

MENJEMBATANI AKSESIBILITAS MASYARAKAT MISKIN PADA PELAYANAN KESEHATAN MELALUI INSTITUSI LOKAL

Ahmad Arif Widiyanto

Pasca Sarjana Sosiologi Universitas Gadjah Mada

Alamat Email : ahmad.widiyanto@yahoo.com

Abstract

The lack of the Poor's accessibility to the health care is still become a problem that difficult to resolved. In practice, they still face obstacles that hinder their accessibility to the health services. Some literatures suggest that the problem is caused by two factors. The first is the internal factors (come from the individuals themselves); such as the lack of people's participation in health service activities. The second one is the external factors (come from outside the individual); such as geographical location, discrimination, and administrative procedures. However, in my opinion, these factors are not the most substantial and fundamental causes; they more like "secondary" factors. This paper assumes that the lack of poor's accessibility to health services caused by systemic and structural factors: it is the technocratic models of the policies applied by the government (top-down) in the healthcare development that negated the potential of local communities. The Society has no chance to express their aspirations related to the good form of health care that they want. In addition, they were not involved in the process of formulation, implementation, monitoring, and evaluation of government's health policies. The result is the implementation of health development at the practical level experienced many obstacles and unpredictable problems, including the problem of the poor's slow accessibility to the health services and so on dependency. Thus, the poor become powerless to access health services. Therefore, it needs a medium that bridges the poor's access to the health services, which is called. These points

will be discussed in this paper. The goal of the paper is to reveal the systemic and structural obstacles that obstruct the poor's access to health services. Moreover, this paper offers an alternative solution to solve this problem by using the local institutions as a medium that facilitate the poor to access the health services.

Keywords: Poor's Accessibility, Health Services, Structural and Local Institutions

Intisari

Masalah rendahnya aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan hingga kini belum terselesaikan. Pada praktiknya, masyarakat miskin masih menemui kendala-kendala yang menghambat aksesibilitasnya pada pelayanan kesehatan. Beberapa literatur menunjukkan bahwa masalah tersebut disebabkan oleh dua faktor, yaitu: *pertama* adalah faktor internal (yang datangnya dari individu itu sendiri), misal: kurangnya partisipasi warga miskin dalam kegiatan pelayanan kesehatan. *Kedua* adalah faktor eksternal (yang berasal dari luar individu) seperti letak geografis yang jauh, perlakuan diskriminatif dari *health care provider* dan prosedur administratif yang rumit. Namun, menurut penulis, faktor-faktor tersebut bukanlah penyebab utama yang substansial dan mendasar, melainkan hanya faktor "sekunder" saja. Tulisan ini berasumsi bahwa masalah rendahnya akses masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan disebabkan oleh faktor sistemik dan struktural, yaitu dominasi model kebijakan pemerintah yang teknokratis (*top-down*) dalam pembangunan kesehatan sehingga menafikan potensi-potensi lokal masyarakat. Masyarakat tidak diberi kesempatan untuk menyuarakan aspirasinya terkait bentuk pelayanan kesehatan yang baik bagi mereka. Di sisi lain, masyarakat juga tidak dilibatkan dalam perumusan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi kebijakan kesehatan pemerintah. Akibatnya, pelaksanaan pembangunan kesehatan di tingkat bawah mengalami banyak kendala dan masalah yang tidak terprediksi, termasuk masalah rendahnya aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan. Dengan demikian, masyarakat miskin menjadi tidak berdaya mengakses pelayanan kesehatan dan mengalami ketergantungan

pada pemerintah. Oleh karena itu, dibutuhkan sebuah media yang menjembatani akses masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan, yaitu institusi lokal. Tulisan ini memaparkan hambatan sistemik dan struktural yang menyumbat akses masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan. Selain itu, tulisan ini berupaya menawarkan solusi alternatif untuk mengatasi masalah ini dengan memanfaatkan institusi lokal sebagai jembatan yang mengantarkan masyarakat miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan, hal itu juga sekaligus menjadi tulisan ini.

Kata Kunci : akses orrang miskin, pelayanan kesehatan, struktural dan institusi lokal

Pendahuluan

Kesehatan merupakan kebutuhan individu yang penting dan mendesak. Kesehatan bukan hanya dipandang sebagai instrumen yang fungsional bagi kehidupan individu, melainkan sebagai hak setiap individu yang harus didapatkan melalui pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan dalam Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diusahakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Hak atas pelayanan kesehatan dijamin oleh UUD 1945 Pasal 28 H ayat 1 yang menyebutkan bahwa “ setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan”. Pemerintah sebagai representasi dari negara berkewajiban untuk memenuhi hak kesehatan seluruh warganya secara tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), berkesinambungan (*continues*), terpadu(*integrated*), layak (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), bermutu (*quality*), tercapai (*accessable*), serta terjangkau (*affordable*).

Namun, pada praktiknya tidak mudah untuk merealisasikannya bahkan seringkali menemui masalah baik sistemik maupun teknis. Masalah sistemik bersumber pada paradigma pembangunan kesehatan sebagai acuan perumusan, pelaksanaan dan evaluasi kebijakan kesehatan, sedangkan masalah teknis berkuat pada proses pelaksanaan kebijakan mencakup bagaimana prosedurnya, mekanismenya dan siapa saja aktor serta sasarannya. Masalah tersebut antara lain adanya disparitas status kesehatan, beban ganda penyakit, kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, perlindungan masyarakat di bidang obat dan makanan, serta perilaku hidup bersih

dan sehat. Masalah penting lainnya adalah akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, penanganan masalah gizi buruk, penanggulangan wabah penyakit menular, pelayanan kesehatan di daerah bencana dan kurangnya pemenuhan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan. Rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk yang harus dilayani masih rendah. Fasilitas kesehatan belum tersebar merata dan hanya menjangkau masyarakat di pusat-pusat kota.¹ Banyaknya permasalahan tersebut menghambat tercapainya agenda *health for all* yang diupayakan pemerintah.

Masalah aksesibilitas penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan menjadipersoalan serius yang belum terselesaikan. Aksesibilitas yang dimaksud mencakup akses fasilitas kesehatan, akses biaya kesehatan dan akses informasi terkait kesehatan.² Selain itu, menurut Prasetyo, ada biaya akses lainnya yang harus dipenuhi yaitu transportasi, penginapan dan makanan termasuk *opportunity cost* (biaya yang timbul akibat tidak bekerja untuk memperoleh jasa kesehatan).³ Karakteristik masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan menurut Prasetyo bukan hanya diukur dari besaran penghasilan saja, melainkan juga diukur dari jarak tempuh ke pelayanan kesehatan, akses informasi terkait kesehatan, tingkat pendidikan dan rutinitas (jam kerja) yang padat.

Pada hakikatnya, pemerintah sudah mengupayakan pelayanan kesehatan yang *acesable* bagi masyarakat miskin melalui berbagai program dan kebijakannya seperti Jamkesmas, ASKESKIN, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-GAKIN) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan masih banyak lagi. Dengan banyaknya program jaminan kesehatan diharapkan meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan. Langkah pemerintah tersebut memang sudah seharusnya dilakukan sebagai wujud tanggung jawab negara terhadap rakyatnya. Namun, Pemerintah terkesan mendominasi program pembangunan kesehatan dan kurang memperhatikan variasi dan potensi lokal masyarakat untuk membangun pelayanan kesehatan yang baik, tepat sasaran dan merata. Pelaksanaan pembangunan kesehatan masih bersifat sentralistis (*top-down*) dan mengandalkan pola seragam (*blue-print approach*). Alasan

1 Restiyani, Puji dkk., *Aksesibilitas Masyarakat Miskin dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus di Kawasan Kampung Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang*, Dalam Jurnal Ilmu Pemerintahan, (FISIP: Universitas Diponegoro, 2013), hlm. 1.

2 Restiyani dkk., *Op cit.* 2013.

3 Eko Prasetyo, *Orang Miskin Dilarang Sakit*, (Yogyakarta: Resist Book, 2007).

dipilihnya adalah untuk efisiensi, kontrol dan mudahnya pengelolaan dan memperkecil ketidak pastian sejak perencanaan.⁴

Paradigma pembangunan yang *top-down* dan sentralistis kentara mempengaruhi kebijakan-kebijakan kesehatan pemerintah yang *blue-printoriented*. Sistem pelayanan kesehatan dituntut mengikuti petunjuk teknis pemerintah tanpa mempertimbangkan kondisi masyarakat yang variatif. Padahal, pendekatan pembangunan yang sentralistis dan bersifat seragam sulit menyentuh berbagai kebutuhan lokal yang sangat bervariasi.⁵ Masyarakat dengan segala potensinya hanya dipandang sebagai obyek pembangunan kesehatan. Akibatnya, segala konsekuensi dan hambatan-hambatan dalam pelaksanaannya seringkali terjadi di luar diprediksi. Masalah-masalah seperti kesenjangan akses, diskriminasi, dan kurangnya efisiensi program menjadi hambatan serius yang luput dari perhatian. Bahkan parahnya dominasi pemerintah akan memicu ketergantungan masyarakat pada program-program kesehatan bentukan pemerintah. Sehingga masyarakat berpikir instan dan kurang mengembangkan potensi mereka untuk membangun pelayanan kesehatan yang efektif dan merata.

Institusi lokal, sebagai bagian potensi masyarakat dalam tulisan ini dipandang mampu mengupayakan pelayanan kesehatan yang merata. Tentu saja hal tersebut terwujud bila dioptimalkan dan mendapat dukungan dari berbagai pihak. Institusi lokal mempunyai kelebihan-kelebihan yang tidak dimiliki institusi bentukan pemerintah. Institusi lokal merupakan endapan dari nilai-nilai dan aktivitas lokal yang telah terinstitusionalisasi dan dapat diarahkan untuk mengupayakan kepentingan bersama termasuk juga pelayanan kesehatan.⁶ Hal itu sangat disayangkan jika diabaikan dan justru malah dimarginalisasi program-program kesehatan bentukan pemerintah. Berangkat dari latar belakang di atas, tulisan ini ingin mengutarakan gagasan tentang perlunya pengembangan institusi lokal untuk peningkatan aksesibilitas masyarakat pada umumnya dan masyarakat miskin pada khususnya terhadap pelayanan kesehatan.

Tulisan ini bertujuan menawarkan wacana tentang *mindset* pembangunan yang *top-down*, sentralistis dan *blue-printed oriented*

4 Soetomo. *Persoalan Pengembangan Institusi Masyarakat*. Jurnal Ilmu Sosial dan Politik. Vol. 10, Nomor 1 Juli. 2006. Hlm. 51.

5 *Ibid*, hlm:52.

6 Uphoff (1986) dalam bukunya *Local Institutional Development: An Analytical Sourcebook* hal 80-109 sudah menjelaskan secara teoretik beserta contoh kasusnya tentang bagaimana pengembangan institusi lokal untuk pelayanan kesehatan dasar. Institusi lokal mampu mengemban isu-isu pelayanan kesehatan dasar seperti akses, biaya, program preventif dan kuratif, persepsi terhadap biaya dan manfaat serta pelayanan dan kebutuhan privat dan publik.

tidak selalu efektif dan tepat sasaran justru berpotensi menciptakan ketergantungan (patron-klien) dalam pelayanan kesehatan. Tujuan penting lainnya adalah mengarustamakan institusi lokal dalam pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan. Tulisan ini lebih dulu memaparkan apa saja persoalan yang menghambat aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan. Berikutnya menjelaskan bagaimana dominasi pemerintah dalam pelayanan kesehatan. Terakhir, tulisan ini membahas institusi lokal beserta potensinya dalam menyediakan pelayanan kesehatan.

Kemiskinan, Kesehatan dan Akses pada Pelayanan Kesehatan

Kesehatan dalam bingkai teori fungsional struktural dipandang sebagai item yang berfungsi bagi terselenggaranya kehidupan masyarakat yang tertib, seimbang dan teratur. Pandangan demikian berangkat dari asumsi bahwa kesehatan individu akan turut mempengaruhi tatanan sosial yang berlaku karena berjalannya sistem sosial. Sebaliknya, perspektif teori konflik memandang kesehatan sebagai bentuk kekuatan (*power*) dari individu. Asumsi dasarnya adalah siapa yang paling berkuasa akan diuntungkan dari kualitas kesehatan individu. Pada titik ekstrem dari teori ini, kesehatan menjadi representasi dari akumulasi penghasilan. Kondisi tersebut mengamini pendapat Kaplan dkk. 1996, dan Lynch dkk, 1998 bahwa ketidaksetaraan penghasilan berhubungan dengan tingkat pengeluaran untuk kesehatan.⁷Pada akhirnya, minimnya alokasi biaya untuk kesehatan mempengaruhi tingkat kesehatan individu.

Masyarakat miskin yang berpenghasilan kecil dalam pandangan teori konflik memiliki kemungkinan besar rentan terhadap penyakit. Banyaknya kebutuhan hidup mengurangi alokasi biaya kesehatan untuk individu dan keluarganya. Di sisi lain, rutinitas pekerjaan terus menghimpit guna mencukupi kebutuhan keluarga tanpa diiringi dengan pemeliharaan kesehatan. Kondisi demikian semakin buruk saat kesehatan individu menurun sedangkan biaya pengobatan tidak terjangkau. Kenyataan ini semakin mendukung pandangan bahwa status ekonomi yang rendah berhubungan erat dengan rendahnya kualitas kesehatan bahkan rentan dengan kematian. Penyakit sejalan dengan konsentrasi kemiskinan, pemukiman golongan miskin (kumuh) dan pekerja industrial.⁸

Analisis kelas memandang kesehatan menjadi representasi

⁷ dalam White, *Sosiologi Kesehatan*, Jakarta:Rajawali Press, 2011), hlm.102.

⁸ *Ibid*, hlm. 78.

perjuangan kelas sosial sebagai bentuk relasi konstitutif individu dengan individu lainnya. Asumsi yang demikian akan menempatkan individu sebagai faktor mutlak penentu rendah-tingginya kualitas kesehatan dan mengabaikan kemungkinan adanya faktor-faktor lain. Navarro membantah jika individu dijadikan penyebab utama munculnya masalah kesehatan individual.⁹ Ia menilai bahwa rendahnya kesehatan individu adalah sebagai korban dari sistem sosial yang tidak memprioritaskan usaha kesehatan maksimal. Sistem sosial yang dimaksudnya selain kondisi lingkungan fisik dan masyarakat adalah sistem yang dijalankan untuk menyediakan pelayanan kesehatan.

Determinannya penghasilan dan pekerjaan bagi kualitas kesehatan individu mencuatkan wacana kelas sosial dalam kajian tentang kesehatan. Kelas bukanlah hanya variabel semata, melainkan wahana konstitutif hubungan sosial.¹⁰ Pada kenyataannya, kelas sosial sangat berpengaruh pada kehidupan sosial individu tidak hanya berkaitan dengan relasi dan interaksi sosial, melainkan dengan kebutuhan hidupnya. Menurut Higgs dan Scambler salah satu unsur yang penting dari kelas sosial adalah efeknya terhadap kehidupan masyarakat.¹¹

Argumentasi Higgs dan Scambler di atas tidak berlebihan jika melihat realitas empiris kehidupan sosial. Efek dari kelas sosial mulai terasa dalam dunia kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan, relasi sosial dokter dan pasien mengarah pada hubungan diskriminatif. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan didasarkan pada seberapa besar kekuatan sosial-ekonomi pasien (*fee-for-service*).¹² Para pendukung sistem *fee-for-system* sepakat bahwa melalui sistem ini pelayanan kesehatan tidak hanya melewati satu jalur yang dikoordinasikan oleh aktor tunggal yang berwenang (pemerintah). Artinya, pihak lainnya termasuk masyarakat dan swasta juga memiliki peluang sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan. Namun, sistem ini banyak mengundang kecemasan yang oleh Reindhardt diringkas sebagaimana berikut:¹³

- a. *Widespread duplication of expensive facilities that unnecessarily increase the cost of health care.*

9 Dalam Cockerham, William, *Medical Sociology, Fifth Edition*. (New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1992), hlm. 260.

10 White, *opcit*, hlm. 116.

11 Higgs, P. And Scambler, *Explaining Health Inequalities :How Useful are concepts of Social Class? In Modernity, Medicine and Health*. (London : Routledge, 1998) hlm. 6.

12 Cockerham, William, *opcit*, hlm. 260.

13 *Ibid*, hlm, 172-174.

- b. *Maldistribution of medical resources with a relative abundance of resources in affluent urban areas and a corresponding lack in poorer urban and rural areas.*
- c. *A lack of comprehensiveness and continuity of care.*
- d. *Block some consumers, particularly the near-poor, from access to health care.*
- e. *Encourage physicians to over treat those consumers who can afford to pay for the treatment.*

Tingkat keuangan pasien akan menentukan aksesnya pada pelayanan kesehatan. Masyarakat yang kaya tentu dapat memilih pelayanan kesehatan sekehendaknya mulai dari perawatan, fasilitas pelayanan dan jenis obat-obatannya. Sebaliknya, masyarakat dengan basis sosial-ekonomi rendah akan kesulitan mengakses pelayanan kesehatan yang maksimal. Pada titik inilah kelas sosial berimplikasi pada perlakuan diskriminatif dalam pemberian pelayanan kesehatan oleh *health care provider* yang menjadikan kemampuan finansial sebagai tolok ukur utama (*the law of medical money*).

Sebagai negara berkembang, jumlah penduduk miskin di Indonesia termasuk tinggi jika dibandingkandengan negara-negara lainnya. Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat jumlah penduduk miskin di Indonesia pada 2013 mencapai 28,07 juta jiwa. Keterjangkauan masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan sangat rendah akibat mahalnya biaya dan jauhnya letak pelayanan kesehatan sehingga mereka lebih memilih menggunakan pengobatan alternatif atau tradisional.¹⁴ Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan besarnya persentase penduduk yang mengobati penyakitnya sendiri, yaitu sebanyak 66,82% tahun 2011 dari total keseluruhan jumlah penduduk di Indonesia. Mereka hanya mengandalkan obatan-obatan tradisional untuk perawatan kesehatan. BPS mencatat pada tahun 2011 ada sebanyak 23,63% penduduk yang menggunakan pengobatan tradisional.

Namun, Kesenjangan spasial bukanlah faktor utama penghambat aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan. Akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan masih sering terkendala oleh faktor internal dan eksternal masyarakat.¹⁵ Faktor

14 [Http://www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) Diakses pada tanggal 26 Agustus 2013.

15 Ferdinandus, *Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Bolaang Mongondow*. Tesis. (Program Studi Magister Kebijakan. Universitas Gadjah Mada. Tidak Diterbitkan. 2008), hlm. 33.

internal meliputi 1. Kurangnya kesadaran warga miskin untuk berperilaku hidup sehat, 2. Kurangnya minat warga miskin untuk berobat ke puskesmas, 3. Kurangnya pemahaman tentang manfaat kartu askeskin, 4. kurangnya partisipasi warga miskin dalam kegiatan pelayanan kesehatan. Sedangkan kendala-kendala eksternal (berasal dari penyedia layanan kesehatan : provider) yaitu: 1. Kurangnya jumlah tenaga kesehatan 2. Kurangnya kualitas tenaga kesehatan, 3. Kurangnya mutu pelayanan kesehatan; 4. Penempatan tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan situasi di lapangan; 5. Kurangnya sistem informasi kesehatan; 6. Terbatasnya alokasi anggaran kesehatan; 7. Terbatasnya fasilitas penunjang layanan kesehatan. Semua faktor tersebut mempengaruhi akses pelayanan kesehatan yang diterima warga miskin.

Meskipun akses pada pelayanan kesehatan terbuka, namun masih sering terjadi diskriminasi pada masyarakat miskin.¹⁶ Menurut Dwiyanto, Diskriminasi pelayanan kesehatan dapat muncul karena perbedaan sikap dalam pemberian pelayanan yang dipengaruhi status pengguna layanan. Status sosial-ekonomi pengguna layanan kesehatan turut menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima dari *health provider*. Penghasilan pasien atau pengguna menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diterima. Kebutuhan (*needs*) para pasien dan keinginan (*want*) para *health provider* pada pelayanan kesehatan akan disesuaikan dengan uang yang tersedia.

Melihat berbagai hambatan yang dialami masyarakat miskin, lantas bagaimana nasib akses mereka ke pelayanan kesehatan? Bagaimanapun campur tangan pemerintah dalam persoalan ini? masih adakah harapan masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang adil dan berkualitas? Pemerintah sejauh ini mengupayakan solusinya melalui program-program kesehatan dengan berbagai variannya yang disediakan pemerintah pusat maupun daerah. Setidaknya, dengan varian program tersebut masyarakat miskin terbantu untuk menerima pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Namun dominasi pemerintah dengan pendekatan teknokratisnya dalam sistem pelayanan kesehatan kurang memenuhi harapan. Bahkan sebaliknya, dapat mewujudkan menjadi *blunder* dengan terbentuknya *mindset* ketergantungan masyarakat pada pemerintah dan terabaikannya potensi lokal masyarakat.

16 *Ibid*, 2008. hlm. 33.

Dominasi Pemerintah dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan sejauh ini sangat didominasi peran pemerintah sebagai aktor yang memiliki legitimasi untuk mengatur pembangunan kesehatan. Pemerintah pula yang mempunyai kendali untuk menyediakan pelayanan sosial bagi segala kebutuhan masyarakat. Padahal pelayanan sosial seharusnya diartikan sebagai tindakan memproduksi, mengalokasikan dan mendistribusikan sumberdaya sosial kepada publik.¹⁷ Segala sumber daya yang dimiliki negara dikelola untuk kemudian didistribusikan pada seluruh warga negara.

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tergantung pada kebijakan dan program pembangunan kesehatan yang dijalankan pemerintah sebagai pemangku tanggung jawab. Pemerintah menjadi pembuat “rambu-rambu” dan pengatur jalannya program pembangunan kesehatan pada tingkat pusat melalui otoritasnya untuk membuat kebijakan. Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah akan menjadi acuan dari penentuan program hingga persoalan teknis pelaksanaannya. Dengan demikian, agenda pembangunan kesehatan sangat ditentukan rumusan kebijakan pemerintah dan yang paling penting adalah ditentukan oleh paradigma pembangunan itu sendiri.

Pemerintah terkesan terlalu mendikte masyarakat dengan menyediakan berbagai program-program kesehatan yang “instan”. Masyarakat tidak diberi kesempatan untuk menyuarakan inisiatif dan aspirasinya tentang bagaimana bentuk pelayanan kesehatan yang baik bagi mereka dengan mengupayakannya secara mandiri. Dalam mewujudkan pelayanan kesehatan dan tujuan *health for all*, pemerintah tidak membangunnya dari bawah (*bottom-up*), dalam artian melibatkan segala potensi masyarakat. Akibatnya, kegagalan-kegagalan yang tidak dapat diantisipasi sebelumnya melalui pendekatan teknokratis telah menjelma menjadi hambatan utama pembangunan kesehatan. Kegagalan program-program bentukan pemerintah sebagai representasi kebijakan teknokratisnya sebagaimana terangkum dalam tabel 1 Keunggulan dan Kelemahan Jaminan Kesehatan Sosial baik nasional maupun daerah.

17 Janianton Damanik., *Menuju Pelayanan Sosial Yang Berkeadilan*, (Dalam Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Volume 15, Nomor 1, Juli. 2011), hlm. 2.

Tabel 1
Keunggulan dan Kelemahan
Jaminan Kesehatan Sosial baik nasional maupun daerah

| No | Model | Keunggulan | Kelemahan |
|----|--|---|---|
| 1 | Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) | Dapat membebaskan dan meringankan biaya pelayanan kesehatan | Pada prakteknya terjadi semacam "pungli" dan penyalahgunaan SKTM Terhambat prosedur birokrasi yang berbelit-belit dalam pengurusannya Adanya diskriminasi bagi pengguna SKTM di unit pelayanan kesehatan |
| 2 | Kartu Sehat (KS) | Diberikan kepada masyarakat miskin dan dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan di sarana kesehatan yang ditunjuk oleh pemerintah | Adanya kendala di Lapangan dalam hal penetapan masyarakat miskin dan distribusi KS |
| 3 | Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) dan Penanggulangan Dampak Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK) | | Dana berasal dari hutang ADB sebesar 200 juta US \$ Ada dugaan penyimpangan antara lain dana JPSBK berpindah ke JPKM per kabupaten sekitar 500 juta per tahun Adanya sistim <i>fee</i> untuk bapel JPKM sekitar 8 % berdasarkan SE DIRJEN BINKESMAS 1446/BM/X/98 Adanya premi sekitar 10% bagi BAPEL JPKM dari Pemerintah Rp. 10.000,- per kepala orang miskin/ tahun |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 4. | Program kompensasi pengurangan subsidi bahan bakar minyak | Dana langsung disalurkan kepada sarana pelayanan kesehatan (RS, Dinkes, Puskesmas) | Kesulitan dalam pertanggungjawaban keuangan ada kesenjangan di mana sarana pelayanan berperan ganda sebagai pemberi layanan dan sekaligus pengelola dana jaminan sosial. Penetapan pola tarif ditentukan sendiri oleh penyelenggara sarana layanan (provider). Sehingga terjadi variasi tarif yang sangat beragam untuk pelayanan yang sama. Diragukan akuntabilitasnya dan transparasinya |
| 5. | Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-GAKIN) | Prinsip kendali mutu dan kendali biaya pengelola dapat dana manajemen pengelolaan maksimal 5 % | Sulit mendapatkan kartu Gakin Di beberapa wilayah diperjualbelikan oleh oknum aparat dengan besaran antara Rp. 25.000., s/d Rp. 50.000., (di DKI Rp. 50.000) |
| 6. | Bapel JAMKESOS di wilayah DI Yogyakarta | Dapat diakses langsung oleh lembaga untuk kelompok rentan secara langsung ke Bapel JAMKESOS | Prosedur warga untuk memperoleh kartu JAMKESOS masih berbelit-belit (rantai birokrasi masih panjang) Sosialisasi dari Bapel JAMKESOS terhadap warga masih kurang Distribusi sering tidak tepat sasaran Beberapa kasus penanganan medis yang butuh pembiayaan besar terkadang dialihkan ke ASKESKIN |

| | | | |
|----|----------|--|---|
| 7. | ASKESKIN | Dapat dilayani di semua penyelenggara pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, dll). Pelayanan kuratif cukup memadai asal sesuai DPHO (Daftar Platfon Harga Obat) | Sistem kuota yang seringkali tidak sesuai dengan jumlah yang seharusnya menjadi penerima. Prosedur dan mekanisme pendataan dan pendistribusian kartu Askeskin tidak jelas. Sosialisasi kepada warga masih kurang. Adanya indikasi penyimpangan prosedur penggunaan dana asuransi melalui praktek penggelembungan klaim asuransi oleh beberapa RSUD. |
|----|----------|--|---|

Sumber data: diadopsi dari monitoring YPKKI dan analisis JANGKEP (dalam Yudhatama, 2007: 56-57).

Pengobatan gratis yang menjadi andalan pemerataan program pembangunan kesehatan lainnya juga masih kurang maksimal. Masalah teknis seringkali menghambat distribusi pelayanan kesehatan gratis. Selain itu, kualitas pelayanan kesehatan juga tidak sesuai dengan standar nasional. Menurut Palatturi,¹⁸ Paling tidak ada dua hal yang perlu diperhatikan untuk mengkaji penerapan kebijakan pelayanan kesehatan gratis. Pertama, Jaminan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Bukan hanya berkaitan dengan akses keterjangkauan pengobatan tetapi juga berkaitan dengan jaminan mutu pelayanan kesehatan. Dalam konsep negara kesejahteraan (*welfare state*), jaminan kesehatan bagi masyarakat menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakannya. Masyarakat diberikan jaminan akses pada pelayanan kesehatan secara merata. Argumen ini menolak untuk menolong masyarakat miskin dengan menyediakannya pekerjaan agar mereka dapat membeli perawatan kesehatan sebagaimana orang lainnya.¹⁹

Kondisi ini seakan mengamini pandangan yang menolak model pembangunan *top-down* karena sudah terbukti banyak berakhir dengan kegagalan. Menurut Widhyharto setidaknya ada enam persoalan mendasar yang ditengarai sebagai penyebab kurang berhasilnya pembangunan kesehatan di Indonesia.²⁰ Pertama, pendekatan *blue print*

¹⁸ Palutturi, Sukri, *Kesehatan itu Politik*, (E-media Solusindo: Semarang, 2010), hlm.25.

¹⁹ Cockerham, *Opcit*, hlm. 262.

²⁰ Derajad S. Widhyharto, *Kebijakan Pelayanan dan Perlindungan Kesehatan*

yang teknokratis dan cenderung mengabaikan keterlibatan petugas kesehatan di lapangan maupun masyarakat dalam pembangunan kesehatan. *Kedua*, usaha pembangunan kesehatan diasumsikan sebagai proyek yang sifatnya sementara. Sehingga tanggung jawab terhadapnya juga dilakukan hanya sebatas proyek. Hal ini mengakibatkan tidak adanya prioritas kebutuhan usaha kesehatan seperti pelayanan, perlindungan, alokasi dokter, dan obat-obatan. Alokasi anggaran kesehatan juga tidak merujuk pada kebutuhan di lapangan.

Ketiga, masyarakat hanya dipandang sebagai obyek dalam usaha kesehatan. Masyarakat tidak diberi kesempatan untuk berkontribusi dalam usaha kesehatan. Keterlibatan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan aktivis bidang kesehatan juga sangat minim,terlebih dalam usaha promotif dan preventif. *Keempat*, Usaha kesehatan cenderung didominasi oleh usaha kuratif daripada promotif dan preventif. *Kelima*, indikator keberhasilan pembangunan lebih bersifat kuantitatif daripada kualitatif. Keberhasilan program diukur berdasarkan capaian pembangunan fisik seperti sebaran puskesmas, rumah sakit dan petugas kesehatan. Sebaliknya, kesadaran dan kepuasan masyarakat pada pelayanan kesehatan terabaikan. *Keenam*, rendahnya kualitas pelayanan kesehatan akibat sistem birokrasi yang lebih mengedepankan *reward and punishment* dalam pelayanan kesehatan.

Poin ketiga menunjukkan bahwa masyarakat hanya didorong untuk hidup sehat dengan mengikuti instruksi teknis pemerintah yang sentralistis tanpa melihat sejauh potensi masyarakat yang sebenarnya dapat dilibatkan. Padahal masyarakat menjadi bagian dari aktor pembangunan kesehatan yang seharusnya turut berkontribusi dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Posisi masyarakat bukanlah menjadi obyek melainkan subyek pembangunan kesehatan. Dalam praktek tersebut, model pembangunan dibangun dari bawah (*bottom-up*), yaitu melalui maksimalisasi potensi masyarakat untuk turut menyediakan pelayanan kesehatan. Peran pemerintah dalam hal ini hanya menstimulan dan memfasilitasi upaya pembangunan kesehatan oleh masyarakat.

Dalam posisi sebagai obyek, masyarakat tidak terlalu banyak berperan dalam pembangunan kesehatan karena minimnya legitimasi dan tiadanya wewenang. Masyarakat hanya patuh pada arahan dari pemerintah dan penyedia jasa kesehatan. Sehingga meniadakan

Perempuan Hamil dan Melahirkan di Kota Madiun: Studi Kasus tentang Kebijakan Kesehatan Perempuan Sensitif Gender, Tesis, (Program Pascasarjana Administrasi Negara FISIP UGM Yogyakarta. Tidak Diterbitkan, 2005), hlm. 24-26.

hubungan simetris antara masyarakat dan *stake holder* pelayanan kesehatan. Konsekuensinya adalah muncul masalah-masalah kesehatan dan pelayanan kesehatan di tingkat "lokal" yang cenderung mendiskreditkan individu sebagai faktor penyebab masalah kesehatan. Navarro (1986) membantah bahwa individu adalah penyebab fundamental masalah kesehatan individual. Menurutnya, masalah-masalah kesehatan pada tingkat individu muncul karena adanya ketidakberesan pada sistem sosial masyarakat yang dipengaruhi oleh program pembangunan kesehatan.²¹

Terlalu dominannya campur-tangan pemerintah dalam kehidupan publik individu mengancam kemandirian dan keberdayaan masyarakat. Benar memang pemerintah bertanggung jawab meyelenggarakan kehidupan bernegara dan menjamin kepentingan publik sampai tingkat individu. Namun, Peranan negara terlalu kuat dan jauh memasuki wilayah privat kehidupan sosial sampai tingkat individu sehingga melemahkan potensi dan posisi tawar masyarakat untuk mengimbangi dominasi negara. Tidak jarang kebijakan publik bersifat koersif sehingga individu mengalami alienasi dan ketidakberdayaan menghadapi kebijakan publik.²² Secara perlahan, dominasi pemerintah akan membentuk ketergantungan pada kekuatan negara dalam segala urusan baik yang bersifat privat maupun publik, termasuk juga kesehatan.

Menurut Ivan Illich, ketergantungan individu pada birokrasi medis - termasuk juga pada obat-obatan- untuk mengupayakan kesehatan dirinya tidak hanya berdampak pada kerugian akibat prosedur yang sulit, melainkan juga mengeliminir kemampuan individu untuk mengatasi masalah kehidupannya.²³ Obat telah mengambil alih kontrol terhadap masalah sosial dan mereduksi abilitas masyarakat dalam menangani masalah kehidupannya. Mental birokrasi atau dalam bahasa Foucault disebut *governmentality* dalam pelayanan kesehatan semakin mendiskreditkan kapabilitas masyarakat untuk melakukan *capacity-building* secara mandiri dalam menangani persoalan kesehatan bagi dirinya. Segala jenis pelayanan kesehatan diatur dan didistribusikan melalui kepanjangan tangan birokrasi pemerintah hingga di tingkat individu sehingga menciptakan ketergantungan akut terhadap pemerintah dan sekaligus memupus potensi masyarakat.

21 Dalam Cockerham. *Opcit.*

22 Heru Nugroho, *Negara Pasar dan Isu-Isu Keadilan Sosial.* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2001), hlm. 141.

23 Dalam Cockerham, *Opcit.* Hlm.260.

Dominasi Negara dalam penyediaan pelayanan sosial-termasuk pelayanan kesehatan- menurut Damanik kurang mengungkapkan nilai keadilan. Menurutnya, adanya ketidakadilan dalam pelayanan sosial dikarenakan pola distribusi sumberdaya sosial yang karitatif berpotensi menimbulkan relasi patron-klien. Negara menempatkan sasaran (masyarakat) sebagai klien atau subordinasi penyedia jasa (*service provider*) yang berperan sebagai patron, entah itu dari pihak negara sendiri, sektor swasta, maupun organisasi non-pemerintah. Bentuk ketidakadilan muncul ketika sang patron mendominasi dalam merancang bentuk, jenis dan mekanisme distribusi sumberdaya sosial secara sepihak sesuai dengan kepentingannya.²⁴

Dari kenyataan di atas, terlihat jelas bahwa permasalahan ketidakberdayaan masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan bukan hanya disebabkan oleh faktor internal dan eksternal (teknis) semata, namun juga oleh faktor sistemik akibat dominasi kebijakan pemerintah yang sentralistis dalam pembangunan khususnya penyediaan pelayanan kesehatan. Model sentralistis pelayanan kesehatan mendiskreditkan masyarakat sebagai klien, sedangkan birokrasi pemerintah sebagai patronnya. Kondisi inilah yang semakin melembagakan dominasi negara terhadap kepentingan publik sehingga mengeliminir potensi dan keberdayaan masyarakat. Seterusnya, ketergantungan mengendap dalam pola pikir masyarakat untuk selalu mengandalkan *power* negara dalam memenuhi kebutuhan privat dan publiknya, termasuk pelayanan kesehatan.

Institusi Sosial: Sarana Alternatif Peningkatan Aksesibilitas Masyarakat Miskin pada Pelayanan Kesehatan

Dalam permasalahan sistemik yang demikian, lantas muncul pertanyaan, bagaimana cara masyarakat mengakses pelayanan kesehatan tanpa terjadi kesenjangan dan diskriminasi?. Bagaimana cara dan strategi untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang merata tanpa menimbulkan ketergantungan pada pemerintah?. Jika berkaca pada kenyataan di atas, persoalan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah permasalahan sistemik yang beroperasi di wilayah makro (kebijakan) dimana individu sebagai entitas mikro menduduki posisi minor. Masyarakat miskin sebagai bagian dari aspek mikro tidak seimbang bila dihadapkan dengan realitas makro tersebut. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kendala-kendala yang menghambat akses masyarakat miskin merepresentasikan hubungan

²⁴ Damanik, *Opcit*, hlm. 8.

timpang akibat dominasi kebijakan pemerintah. Oleh karena itu, dibutuhkan sebuah wadah untuk menjembatani kepentingan pemerintah dengan rakyatnya di satu sisi dan kepentingan rakyat dengan pemerintahnya. Institusi sosial -khususnya institusi lokal- dinilai mampu menjalankan peran tersebut.

Secara umum, institusi adalah “ *complex of norms and behaviors that persist over time by serving collectively valued purpose*”.²⁵ Institusi dapat didefinisikan sebagai sekumpulan norma-norma dan tindakan-tindakan yang kompleks dalam suatu wadah yang didirikan untuk secara kolektif memperjuangkan tujuan bersama. Institusi sosial dengan demikian adalah suatu wadah (lembaga, keluarga, asosiasi, komunitas, organisasi) yang di dalamnya terdapat nilai-nilai, norma-norma dan perilaku-perilaku yang dibentuk atas kesadaran kolektif untuk memperjuangkan kepentingan bersama (*common will*). Yang dimaksud kepentingan bersama adalah segala sesuatu yang menjadi kehendak, tujuan dan kebutuhan yang menyangkut orang banyak (kelompok, komunitas, ataupun masyarakat).

Institusi berbeda dengan organisasi. Tidak semua organisasi merupakan institusi. Organisasi memiliki status khusus dan legitimasi untuk memenuhi kebutuhan anggota dan mempertemukan nilai-nilai normatif mereka. Organisasi dapat dikatakan sebagai institusi jika telah melewati proses institusionalisasi. Menurut Huntington institusi “ *are stable, valued, recurring pattern of behavior* “. Sedangkan organisasi adalah struktur yang memiliki peran-peran yang diterima dan diakui.²⁶ Struktur merupakan hasil dari interaksi dari berbagai peran yang kompleks ataupun sederhana. Organisasi dapat beroperasi di sektor informal ataupun formal.²⁷ Secara umum, institusi, apakah itu sebuah organisasi ataupun tidak, merupakan kompleksitas dari norma-norma dan perilaku yang bertujuan untuk melayani kepentingan bersama.²⁸

Institusi sosial pada semua level tidak hanya mencakup usaha individual semata, namun juga menjelma sebagai aksi kolektif yang mengandung kepentingan, sumber daya, sekumpulan ide-ide dan idealitas kolektif. Institusi sosial berfungsi sebagai saluran tindakan kolektif yang dikuatkan melalui distribusi keuntungan-keuntungan, legitimasi dan harapan-harapan anggotanya.²⁹ Segala aktivitas institusi sosial diarahkan untuk mewujudkan kepentingan bersama yang selain

25 Norman Uphoff, *Local Institutional Development: an Analytical Sourcebook with Cases*. (USA: Kumarian Press, 1986), hlm.9.

26 Uphoff. *ibid.* hlm.8.

27 *Ibid.*, hlm. 8.

28 *Ibid.*, hlm. 9.

29 *Ibid.*, hlm 14.

dalam lingkaran keanggotaannya juga bagi ranah sosial yang lebih luas. Dengan memanfaatkan segala potensi dan sumber daya yang miliki, institusi sosial mampu menguatkan posisi tawar masyarakat untuk lebih aktif menyuarakan dan mengendalikan kepentingannya sendiri.

Begitu juga dengan institusi lokal, bila potensi yang terdapat dimaksimalkan, kebutuhan publik masyarakat dapat diupayakan. Esmen dan Uphoff mengklasifikasikan institusi lokal dalam enam jenis sebagaimana berikut:³⁰ (a) Administrasi lokal yang merupakan perwakilan birokrasi pusat yang bertugas pada tingkat lokal (b) Pemerintahan lokal yang mempunyai otoritas untuk menyelenggarakan pembangunan dan memutuskan regulasi yang dipertanggungjawabkan pada masyarakat (c) Asosiasi masyarakat lokal yang bertujuan untuk mengusahakan berbagai kepentingan anggotanya (d) koperasi, semacam organisasi lokal yang menjadi media kerjasama untuk memperoleh keuntungan ekonomis, (e) organisasi pelayanan lokal yakni organisasi lokal yang dibentuk untuk membantu orang lain di luar keanggotaannya meskipun anggota mungkin dapat memperoleh keuntungan darinya. Contoh dari organisasi ini adalah organisasi keagamaan atau komunitas amal (f) Usaha ekonomi perseorangan di bidang manufaktur, perdagangan atau jasa.

Institusi lokal memiliki kelebihan yang termuat dalam beberapa indikasi pokok, yaitu: (1) Keberadaan sebuah institusi lokal ditentukan oleh kesesuaian dengan nilai-nilai agama dan budaya setempat serta seberapa besar institusi tersebut mampu memenuhi kebutuhan masyarakat, (2) Partisipasi masyarakat akan semakin meningkat bila pembangunan menggunakan media lembaga tradisional yang ada, (3) Institusi atau lembaga yang berlandaskan pada adat istiadat setempat adalah sarana yang potensial bagi pembangunan masyarakat.³¹ Institusi lokal menjembatani kehendak-kehendak bersama yang tidak terakomodasi oleh pemerintah sebagai penyelenggara kehidupan publik. Dalam posisi sebagai perantara tersebut, institusi lokal berfungsi sebagai struktur mediasi.³² Menurut Berger dan Neuhaus, struktur mediasi adalah institusi yang berada di antara ruang privat individu

30 *Ibid.*, hlm. 4.

31 IMRON, M. ALI, H.R. RIYADI SOEPRAPTO, SUWONDO.. *Peran Institusi Lokal Dalam Pembangunan Desa (Suatu Kajian Tentang Peran Lembaga Tahlil Dalam Pembangunan Desa di Desa Simorejo Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.)* Program Studi Ilmu Administrasi Negara Kekhususan Administrasi Pembangunan Program Pascasarjana Universitas Brawijaya Malang.2002.

32 *Ibid.*, hlm.149

dan institusi (struktur) yang lebih besar.³³

Kelebihan dari institusi lokal adalah ia berada di luar birokrasi pemerintahan sebagai rantai kekuasaan negara. Dalam sektor kesehatan, Institusi lokal menjelma sebagai aktor ketiga yang mengimbangi dominasi negara dan swasta. Hal inilah yang membedakan paradigma struktur antara dengan paradigma desentralisasi fungsi pemerintahan. Nugroho menyebutkan desentralisasi dibatasi hanya pada apa yang telah diatur dalam struktur-struktur pemerintahan.³⁴ Sedangkan paradigma struktur mediasi berurusan dengan struktur-struktur yang berposisi di antara pemerintah dan individual.

Tujuan dari adanya struktur mediasi menurut Nugroho bukan untuk menyerang dan menghancurkan struktur-struktur mega tetapi berupaya menemukan cara yang lebih baik dalam relasi negara dan individu. Peran pemerintah dalam hal ini adalah untuk memberdayakan institusi keluarga, organisasi sukarela dan institusi lainnya untuk mengatasi masalah. Namun bukan untuk menggantinya dengan program-program publik berbasis komunitas. Melainkan memberikannya peluang dan dorongan untuk mengembangkan fungsinya bagi kepentingan bersama.

Dalam bidang pelayanan kesehatan, institusi lokal dapat berkontribusi penting dalam pemerataan pelayanan kesehatan. Selama ini, institusi yang demikian banyak diperankan oleh LSM baik lokal, nasional maupun asing. Peran itu juga mampu dijalankan oleh institusi lokal yang tergabung dalam ikatan adat dan sosial bahkan juga sosial-keagamaan seperti pesantren dan masjid melalui balai atau klinik kesehatannya. Namun, bukanlah wujud fisik institusi yang menjadi penggerakannya, melainkan komunitas yang terikat oleh nilai-nilai kolektifitaslah yang menjadi figur utamanya. Komunitas yang kuat, yang di dalamnya dibangun ketahanan hubungan-hubungan sosial akan menghasilkan populasi yang sehat dan dengan biaya yang murah.³⁵ Konsep komunitas dikonstruksi kembali dalam suasana merosotnya pelayanan berbasis institusional dengan sasaran utama memindahkan pemberian pelayanan dari sektor formal ke informal.³⁶

33 Berger, P. L., & Neuhass, R.J, *Opcit.* hlm.169.

34 Heru Nugroho, *Opcit.*, hlm.12.

35 White, *Opcit.* hlm.72.

36 *Ibid*, hlm. 95.

Institusi dan Komunitas Keagamaan Sebagai Sarana Alternatif

Dari sekian banyak institusi lokal beserta potensi dan karakteristiknya, menurut Etzioni, organisasi sosial kemasyarakatan dan keagamaan lebih unggul dan efektif dibandingkan institusi sosial lainnya karena memiliki karakteristik khas, yaitu pertama, organisasi keagamaan secara khusus tidak dibentuk untuk mencari keuntungan, apalagi keuntungan finansial. Kedua, organisasi sosial keagamaan menempati posisi di luar wilayah organisasi pemerintah. Ketiga, dalam aktivitasnya ia memusatkan pada tercapainya kepentingan kolektif. Keempat, keanggotaannya bersifat masif.³⁷

Karakteristik yang pertama dan kedua menjadi determinan penting bagi efektifitas tindakan kolektif pada institusi ini. Sifatnya yang *non-profit oriented* dan berada di luar campur-tangan pemerintah menjadi modal berharga untuk menarik kepercayaan masyarakat yang berimplikasi pada mengalirnya dukungan bagi institusi sosial. Dengan berada di luar "sistem" pemerintah, institusi sosial dapat leluasa bergerak tanpa harus dikontrol dan bahkan dimonopoli oleh pemerintah. Kelebihan-kelebihan itulah yang menjadi daya tarik dan potensi besar institusi sosial untuk digunakan sebagai media penguatan kapasitas dan posisi tawar masyarakat serta memperjuangkan kepentingannya.

Sebagai bagian dari institusi lokal, komunitas keagamaan menjadi sarana penting untuk memberdayakan serta meningkatkan kapasitas dan posisi tawar masyarakat. Todd dan Allen menjelaskan bahwa komunitas keagamaan, dalam hal ini adalah *religious congregations*, mampu membangun keadilan sosial.³⁸ Menurut hasil penelitian mereka, kongregasi (jamaah) yang menghubungkan modal sosial masyarakat melekat dengan pengarus-utamaan keadilan. Aspek spesifik dari *setting* kongregasi (misalnya, orientasi teologis) sangat penting bagi pengutamakan individu dan partisipasinya terhadap aktivitas keadilan sosial. Ikatan sosial yang terbentuk atas dasar nilai teologis mendorong kepedulian sosial yang tinggi termasuk juga pada ketidakadilan yang terjadi di masyarakat. Sehingga menjadi beralasan jika komunitas keagamaan dijadikan garda depan dalam mengembangkan dan melindungi masyarakat dari ekspansi struktur

³⁷ Etzioni, Amitai. *Organisasi-organisasi Modern*. (Jakarta : Penerbit UI dan Bradjaguna. 1982), hlm.3.

³⁸ Todd NR and Allen NE, *Religious congregations as mediating structures for social justice: a multilevel examination*. (Chicago: Departement of Pshychology De Paul University, 2011).

makro untuk menciptakan keadilan sosial, termasuk dalam hal ini adalah menciptakan pelayanan kesehatan yang berkeadilan sosial.

Begitu juga dengan institusi keagamaan, Gereja misalnya pernah menjadi garda depan dalam penyediaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan yang membutuhkan. Gereja menggerakkan jamaahnya di bawah nilai teologis kristen untuk membantu orang yang sakit dan membutuhkan. Gerakan tersebut didorong oleh keyakinan terhadap nilai ajaran kristen dan gagasan bahwa keselamatan dapat dicapai bagi siapa saja yang membantu sesama, termasuk menyediakan pelayanan sosial. Gereja Katolik Roma pada abad pertengahan mendorong para pendetanya untuk mendirikan rumah sakit di dekat gereja sebagai wujud nyata ibadah mereka.³⁹ Fungsi utama dari rumah sakit di gereja pada saat itu adalah sebagai pusat kegiatan religius dan menyebarkan pelayanan sosial, termasuk pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang digerakkan gereja telah berkontribusi bagi pengembangan rumah sakit. Rodney Cod mengidentifikasi tiga bentuk fitur pelayanan kesehatan di rumah sakit yang diadopsi dari pelayanan kesehatan oleh gereja tempo dulu. *Pertama*, konsep pelayanan yang berorientasi untuk melayani orang yang membutuhkan telah menjadi panduan pokok dalam pola kerja di rumah sakit. *Kedua*, rumah sakit menjadi wadah pelayanan kesehatan universal untuk seluruh masyarakat yang sakit atau terluka. *Ketiga*, untuk memantau perkembangan kesehatan pasien, rumah sakit menyediakan fasilitas menginap dalam satu lokasi sehingga sewaktu-waktu dapat mengontrol kesehatan pasien.⁴⁰ Namun, pelayanan kesehatan antara di rumah sakit dan gereja memiliki perbedaan pada jumlah penarikan biayanya. Gereja lebih bersifat karitatif, sedangkan rumah sakit menetapkan tarif tertentu pada pelayanan kesehatan.

Sebagaimana gereja, masjid sebagai salah satu institusi keagamaan juga telah mengalami transformasi penting dalam tubuhnya dengan mengembangkan peran dan fungsi sosialnya guna memfasilitasi dan memediasi kepentingan masyarakat. Dengan berkembangnya peran dan fungsi sosial masjid, tidak menutup kemungkinan berbagai bentuk kelemahan dan kesenjangan yang ada di masyarakat akibat kurang optimalnya peran pemerintah dan persoalan lainnya dapat teratasi. Masjid melalui potensi dan kelebihanannya mampu membentuk kemandirian masyarakat yang akhirnya dapat menyebar secara merata, termasuk juga dalam hal menyediakan pelayanan kesehatan. Hal ini menjadi niscaya mengingat masjid merupakan institusi "sakral"

³⁹ Cockerham, *Op cit*, hlm.207.

⁴⁰ dalam Cockerham, *Ibid*, hlm. 207-208.

yang menampung segala aktifitas sosial serta menjadi pusat kegiatan masyarakat. Selain itu faktor kepercayaan masyarakat yang tinggi terhadap masjid memudahkan pengembangan peran dan fungsinya untuk mengupayakan tercapainya keberdayaan masyarakat.

Masjid tidak hanya menjadi pusat peribadatan umat Islam, lebih dari itu, masjid mampu menjembatani terakomodasinya kebutuhan dan kepentingan masyarakat. Masjid selain sebagai pusat pembinaan umat Islam juga menempati peranan penting dalam proses perubahan sosial dan menunjang percepatan pembangunan dalam masyarakat.⁴¹ Berdasarkan survei yang dilakukan Litbang Republika tahun 2010, sebanyak 83,5 persen dari 1.307 responden menyatakan masjid bukan hanya tempat ibadah. Bahkan, sebanyak 84,2 persen responden memandang masjid perlu digunakan sebagai tempat kegiatan non-keagamaan. Masjid menunjukkan dinamika pemberdayaan terutama pada fungsi pendidikan dan dakwah serta fungsi sosial kemasyarakatan.⁴²

Sebagai institusi keagamaan, masjid dapat difungsikan untuk memberikan pelayanan kesehatan.⁴³ Sebagai contoh konkret, Masjid Jogokaryan yang berbasis di kelurahan Mantrijeron kota Yogyakarta, melalui klinik kesehatan telah lama memberikan pelayanan kesehatan yang *pro-poor* yakni sejak 1997 saat krisis moneter menimpa Indonesia. Meskipun secara geografis letaknya berada di wilayah perkotaan dimana banyak bermukim masyarakat kelas menengah ke atas, namun masih terdapat sebagian masyarakat yang tergolong miskin dan membutuhkan mediasi agar dapat menikmati pelayanan kesehatan yang bermutu. Hingga kini, klinik tersebut telah melayani ratusan pasien dari semua kalangan, termasuk masyarakat miskin tidak hanya yang berdomisili di sekitar masjid, tetapi juga mengakomodasi masyarakat yang berdomisili jauh dari lokasi masjid.

Sejauh ini, upaya mediasi pelayanan kesehatan umum oleh masjid Jogokaryan yaitu meliputi; menyediakan asuransi kesehatan masyarakat miskin (ASKESKIN). Untuk pasien ASKESKIN dibebaskan dari biaya pemeriksaan namun tetap dibebankan biaya obat sebesar 50%, Penyuluhan informasi kesehatan, Deteksi penyakit (*medical check up*), Bakti sosial atau pengobatan gratis. Untuk melancarkan upaya mediasi, pihak klinik masjid juga menjalin kerjasama dengan

41 Ajahari, *Dimensi-dimensi Pengembangan Fungsi Masjid di Kota Palangkaraya*. (dalam Jurnal Studi Agama dan Masyarakat, Volume 6, Nomor 1, Juni 2009), hlm.2.

42 Ajahari, *Ibid*, hlm.70.

43 Iwan Rustiawan, *Upaya peningkatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masjid Jogokaryan Yogyakarta*, Skripsi, (Fakultas Dakwah. UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, 2007).

- (1) Baitul Maal Masjid Jogokaryan untuk pendanaan klinik, (2) kerjasama dengan rumah sakit untuk meningkatkan kualitas, kinerja dan pelayanan kesehatan, terutama merekomendasi rujukan ke rumah sakit untuk mendapat pelayanan yang dibutuhkan dan lebih lengkap.
- (3) Kerjasama dengan apotek untuk mempermudah pelayanan pengobatan.⁴⁴

Sebagai institusi keagamaan, masjid dapat menjadi bagian penting masyarakat yang menyediakan solusi-solusi alternatif dalam pemecahan masalah sosial. Lebih dari itu, sebagaimana gereja, masjid dipandang mampu melindungi individu dan masyarakat dari struktur-struktur yang cenderung diskriminatif. Begitu juga dengan struktur-struktur mediasi lainnya berpotensi besar menjadikan masyarakat lebih berdaya dalam menghadapi masalah-masalah yang timbul dari struktur lainnya yang lebih besar. Sehingga mereka memiliki daya dan kebebasan untuk menjalin hubungan dengan struktur-struktur besar ataupun menghadapinya jika terdapat potensi ekspansif atau diskriminatif. Dalam hal ini, institusi lokal mampu menjembatani akses masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan yang sempat terhambat oleh ekspansi kapitalisme dan sentralisme kebijakan pemerintah yang terbukti gagal.

Namun, pengembangan institusi lokal guna mewadahi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tidak lepas dari tantangan. Tantangan yang mendasar berasal dari transformasi dari paradigma pelayanan kesehatan sentralistik ke paradigmanewu yang berakar pada institusi lokal. Paradigma lama yang menekankan penyeragaman (*adjustment*) terpusat telah mengakar dalam pola pikir masyarakat, khususnya birokrasi (*governmentality*). Mental birokrasi telah mendominasi model pelayanan kesehatan masyarakat sehingga perlu adaptasi cukup lama. Tantangan yang jauh lebih penting adalah dari transformasi paradigma itu sendiri. Setidaknya ada tiga tantangan, *Pertama*, peningkatan akses masyarakat agar lebih besar dalam pengambilan keputusan, penguasaan sumberdaya, fasilitas dan pelayanan publik. Untuk mewujudkannya, diperlukan institusi lokal yang strategis guna memfasilitasi berbagai tindakan bersama. *Kedua*, institusi lokal yang dibutuhkan bukan sekedar sebuah organisasi formal melainkan organisasi yang di dalamnya terkandung pola tingkah laku yang melembaga. *Ketiga*, peningkatan akses masyarakat lokal dalam berbagai hal menuntut adanya kemauan politik.⁴⁵

Institusi lokal bila mampu mengatasi tantangan transformasi

44 Rustiawan, *Op cit*, hlm. 65-75.

45 Soetomo, 2006. *Op cit*. hlm. 5.4

paradigmatik di atas dapat memediasi hubungan simetris pemerintah dengan masyarakat miskin dalam pelayanan kesehatan. Pemerintah dapat menjalankan pelayanan kesehatan melalui perantara institusi lokal. Di sisi lain, Masyarakat miskin berpeluang besar meyuarkan aspirasinya terkait kualitas pelayanan kesehatan yang diterima dan diinginkannya. Hubungan tersebut lebih merupakan kemitra-sejajaran dari pada relasi patron-klien negara dengan rakyatnya. Kebijakan desentralisasi yang dijalankan seharusnya mampu dimaksimalkan untuk mengembangkan model tersebut. Namun, kenyataannya struktur birokratis masih tetap mewarnai pemerintahan. Hal tersebut turut mempengaruhi tata-kelola pelayanan kesehatan. Untuk mewujudkannya perlu hubungan sinergis antara pemerintah dengan masyarakat melalui institusi lokal. Namun, persoalannya adalah mau dan mampukah pemerintah untuk merealisasikannya. Dan yang lebih penting adalah kapabilitas dari institusi lokal tersebut.

Penutup

Masalah rendahnya aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan merupakan efek negatif dominasi kebijakan teknokratis pemerintah dalam pembangunan kesehatan. Persoalan rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan disebabkan tidak hanya oleh hambatan berupa urusan administratif yang rumit, tingginya biaya, kesenjangan spasial, diskriminasi dan masalah-masalah lain yang muncul baik karena faktor internal maupun eksternal. Tetapi juga disebabkan oleh permasalahan sistemik yang berakar pada paradigma pembangunan kesehatan pemerintah yang teknokratis (*top-down*) dan tidak mengakomodasi potensi-potensi masyarakat. Padahal sudah terbukti bahwa model sentralistis pembangunan kurang menyentuh persoalan masyarakat yang variatif. Pelayanan kesehatan pun tidak terdistribusi secara merata. Sudah seharusnya pemerintah mempertimbangkan potensi institusi-institusi di masyarakat untuk dilibatkan dalam setiap kebijakan pembangunan kesehatan mulai dari perumusan kebijakan, penerapan, pemantauan dan evaluasi.

Masyarakat sendiri juga harus sadar dan jeli memanfaatkan potensi-potensi yang dimilikinya -juga institusi-institusinya- untuk meningkatkan kapasitasnya berpartisipasi dalam mewujudkan tujuan kesehatan bagi semua (*health for all*) agar berdaya dan tidak terlalu bergantung pada pemerintah. Pemerintah hendaknya memposisikan masyarakat sebagai subyek dan mitra pembangunan kesehatan karena

mereka lah yang mengenali potensi, masalah dan solusi yang terbaik dalam pemecahan masalah. Terutama dalam meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan sebagaimana yang telah dilakukan oleh institusi keagamaan di atas.

Daftar Bacaan

- Ajahari.(2009). *Dimensi-dimensi Pengembangan Fungsi Masjid di Kota Palangkaraya*. (dalam Jurnal Studi Agama dan Masyarakat. Volume 6. Nomor 1. Juni.
- Cockerham, William.(1992). *Medical Sociology*. Fifth Edition. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Damanik, Janianton. (2011). *Menuju Pelayanan Sosial Yang Berkeadilan*. (Dalam Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Volume 15. Nomor 1. Juli.
- Damanik, Janianton.(2011). *Menuju Pelayanan Sosial Yang Berkeadilan*. Dalam Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Volume 15. Nomor 1. Juli.
- Etzioni, Amitai. (1982). *Organisasi-organisasi Modern*. Jakarta : Penerbit UI dan Bradjaguna.
- Etzioni, Amitai. (1982). *Organisasi-organisasi Modern*. Jakarta : Penerbit UI dan Bradjaguna.
- Ferdinandus. (2008). *Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Bolaang Mongondow*. Tesis. Program Studi Magister Kebijakan. Universitas Gadjah Mada. Tidak Diterbitkan.
- Higgs, P. And Scambler. (1998). *Explaining Health Inequalities :How Useful are concepts of Social Class? In Modernity, Medicine and Health*. London : Routledge.
- Imron, M. Ali, H.R. Riyadi Soeprapto, Suwondo.(2002). *Peran Institusi Lokal Dalam Pembangunan Desa (Suatu Kajian Tentang Peran Lembaga Tahlil Dalam Pembangunan Desa di Desa Simorejo Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro)* Program Studi Ilmu Administrasi Negara Kekhususan Administrasi Pembangunan Program Pascasarjana Universitas Brawijaya Malang.
- Nugroho, Heru. (2001). *Negara Pasar dan Isu-Isu Keadilan Sosial*. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Palutturi, Sukri. (2010). *Kesehatan itu Politik*. E-media Solusindo: Semarang.
- Prasetyo, Eko. (2007). *Orang Miskin Dilarang Sakit*.Yogyakarta: Resist Book.

- Restiyani, Puji dkk. (2013). *Aksesibilitas Masyarakat Miskin dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus di Kawasan Kampung Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang*. Dalam *Jurnal Ilmu Pemerintahan*. FISIP: Universitas Diponegoro.
- Rustiawan, Iwan. (2007). *Upaya peningkatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masjid Jogokaryan Yogyakarta*. Skripsi.Fakultas Dakwah. UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.
- Soetomo.(2006). *Persoalan Pengembangan Institusi Masyarakat*. *Jurnal Ilmu Sosial dan Politik*. Vol. 10. Nomor 1Juli..
- Todd NR and Allen NE.(2011). *Religious congregations as mediating structures for social justice: a multilevel examination*. Chicago: Departement of Pshychology De Paul University
- Towsend, P. And Davidson, N (eds). (1988). *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divid*.Harmonds Wath:Penguin
- Uphoff, Norman.(1986). *Local Institutional Development: an Analytical Sourcebook with Cases*.USA: Kumarian Press.
- Usman, Sunyoto dkk. (2009). *Strategi Penciptaan Pelayanan Kesehatan Dasar Untuk Kemudahan Akses Penduduk Miskin*. *Jurnal Ilmu Sosial dan Politik*. Fisipol Universitas Gadjah Mada.
- White. (2011). *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta:Rajawali Press.
- Widhyharto, Derajad S. (2005). *Kebijakan Pelayanan dan Perlindungan Kesehatan Perempuan Hamil dan Melahirkan di Kota Madiun: Studi Kasus tentang Kebijakan Kesehatan Perempuan Sensitif Gender*. Tesis. Program Pascasarjana Administrasi Negara FISIP UGM Yogyakarta. Tidak Diterbitkan.

INTERNET

[Http://www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) Diakses pada tanggal 26 Agustus 2013.