

ANALISIS KEPEMILIKAN DAN PEMANFAATAN KARTU SEHAT OLEH MASYARAKAT MISKIN DI DESA "X", KECAMATAN LABUHAN KABUPATEN PANDEGLANG TAHUN 2005

Oleh:

Tri Rini Puji Lestari

Dosen FIKES – Universitas INDONUSA Esa Unggul, Jakarta

tririni74@yahoo.com

ABSTRAK

Sasaran Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM BK) adalah keluarga miskin yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan tambahan berupa pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit, pengadaan obat sangat esensial untuk mendukung pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan pengadaan vaksin serta pemberian imunisasi Hepatitis B untuk seluruh bayi. Penelitian ini menggunakan kombinasi studi kuantitatif, cross sectional dan studi kualitatif melalui wawancara mendalam terhadap informan kunci. Tujuannya untuk mendapatkan informasi lebih dalam tentang pemilik dan pemanfaatan Kartu Sehat (KS). Hasil penelitian menunjukkan bahwa identifikasi keluarga miskin di Desa "X" dilakukan oleh tim desa, kemudian data tersebut diserahkan ke Dinkes Kabupaten dan selanjutnya ke Bappeda. Pendistribusian KS ke Gakin dilakukan oleh pihak kader kesehatan bekerjasama dengan bidan desa. Sosialisasi dilakukan dengan pendekatan kelompok dan pendekatan massa melalui jalur media massa cetak maupun elektronik. Pihak yang memberikan KS dan informasi manfaat serta cara penggunaannya mayoritas dilakukan oleh kader kesehatan. Keberadaan KS mayoritas dirasakan sangat berguna, meskipun masih ada responden yang mendapat pengalaman tidak menyenangkan selama berobat dengan menggunakan KS. Sehingga tercipta *image* yang tidak baik di masyarakat bila berobat menggunakan KS. Akibatnya frekuensi penggunaan KS untuk berobat masih rendah. Uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara perasaan punya KS, pengalaman tidak menyenangkan, keberadaan KS, biaya yang harus dikeluarkan bila berobat dengan KS dengan pemanfaatan KS ($p=0,05$). Berdasarkan kondisi tersebut di atas, pemilik KS mengharapkan pelayanan kesehatan dengan KS di masa mendatang agar jauh lebih baik dari pada yang dialami sekarang, khususnya tentang perbedaan pelayanan kesehatan antara pasien yang menggunakan KS dengan yang umum. Selain itu, mereka pun mengharapkan pembebasan dari segala biaya saat berobat dengan menggunakan KS.

Kata Kunci:

Kepemilikan, Pemanfaatan, Kartu Sehat

Pendahuluan

Sesuai dengan UUD 1945, pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi hak dasar rakyat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) dan mendukung pembangunan ekonomi, serta berperan penting dalam penanggulangan kemiskinan.

Krisis ekonomi yang terjadi sejak pertengahan tahun 1997 lalu, telah berdampak pada semua sektor kehidupan masyarakat tanpa terkecuali sektor kesehatan. Akibatnya biaya pemeliharaan kesehatan semakin meningkat, sehingga semakin menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Keadaan ini terjadi terutama pada keadaan dimana pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*out of pocket*) dalam sistem tunai (*fee for service*). Belum lagi harga obat-obatan yang terus meningkat, juga semakin memperpanjang daftar masyarakat miskin yang tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan.

Dalam laporan UNDP tahun 2003, nilai Indeks Kesehatan Masyarakat (IKM) Indonesia menduduki ranking ke-33 dari 94 negara, lebih baik dari Sri Lanka dan Vietnam. Survei BPS tahun 2004 memaparkan jumlah penduduk miskin di Indonesia sebesar 40,1% dari total penduduk pada tahun 1976. Pada tahun 1987 menurun menjadi 17,7%. Sementara saat krisis ekonomi di tahun 1998 jumlah penduduk miskin meningkat lagi menjadi 24,2%. Seiring dengan perbaikan ekonomi jumlahnya menurun lagi di tahun 2004 yaitu sebesar 16,5% (www.depkes.go.id).

Tinjauan Teori

Dalam rangka penanggulangan permasalahan tersebut, pemerintah telah dan sedang melaksanakan sistem jaminan kesehatan dalam bentuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin). Pemberian subsidi pemerintah kepada

pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tersebut, merupakan suatu investasi SDM dan bukan pemborosan negara. Hal ini dilakukan untuk memutus lingkaran setan antara kemiskinan dengan kesehatan yang buruk. Dengan adanya intervensi kesehatan diharapkan tidak ada lagi warisan kemiskinan antar generasi.

Pada tahun 1998 pemerintah meluncurkan Program Jaring Pengaman Sosial di Bidang Kesehatan (JPS-BK) untuk pelayanan kesehatan keluarga miskin (Gakin) di puskesmas dan jaringannya, serta bidan di desa. Kemudian tahun 2001 pemerintah juga meluncurkan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi-Bidang Kesehatan (PDPSE-BK) untuk pelayanan kesehatan (termasuk di rumah sakit) dan penyediaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar. Tahun 2002 program tersebut berganti nama menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bidang Kesehatan (PKPS-BBM) (Arifianto & Ruly, 2005).

Pada tahun 2003, pemerintah bermaksud mengembangkan pelayanan kesehatan bagi Gakin menurut prinsip jaminan pemeliharaan kesehatan (semacam asuransi kesehatan). Untuk merealisasikan hal itu maka dibuat model JPK Gakin. Sebagai *pilot project*, model ini dilaksanakan di dua propinsi dan 15 kabupaten (ibid).

Pemberian subsidi bidang kesehatan untuk Gakin tidak langsung disalurkan ke pemberi pelayanan kesehatan (puskesmas, bidan atau rumah sakit), melainkan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (Bapel JPK). Bapel JPK itu bertugas mengelola kepesertaan, membayarkan dana ke pemberi pelayanan kesehatan serta menjaga mutu pelayanan kesehatan. Pemerintah Daerah/Dinas Kesehatan bertindak sebagai pembina/pengawas (Kompas, 27 Pebruari 2003).

Sejak Januari 2005 penyelenggaraan pemberian subsidi bidang kesehatan diserahkan pada PT Asuransi Kesehatan (Askes). Adapun penentuan Gakin sebagai kelompok sasaran program JPK Gakin dilakukan oleh tim desa, yang terdiri dari warga masyarakat dan perangkat/petugas desa.

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Dachlan (1999), menyatakan bahwa bila tim desa menyatakan keluarga miskin, maka 83,4 % keluarga tersebut memiliki kartu sehat dan bila dinyatakan tidak miskin, maka 88,7 % keluarga tersebut tidak memiliki kartu sehat. Hal ini menunjukkan ketepatan yang cukup tinggi dari tim desa dalam menentukan Gakin sebagai kelompok sasaran JPS BK di Propinsi Sulsel (Thaha, 2004).

Namun demikian, keterlibatan Pemerintah Daerah provinsi maupun kabupaten/kota pada program penanggulangan kemiskinan selama ini relatif masih rendah. Hal ini dapat dinilai dari kontribusi Pemerintah Daerah dalam pendanaan penanggulangan kemiskinan pada umumnya dan pendanaan kesehatan rakyat miskin pada khususnya. Temuan di lapangan didapat dana JPS BK sekitar 20-30% tidak tepat sasaran/bocor, karena pelaksanaannya terburu-buru dan setiap pengunjung Puskesmas yang tidak mampu tidak langsung diberi bantuan (Jawa pos, 15-3-1999).

Berdasarkan uraian di atas maka rumusan masalah penelitian ini adalah kepemilikan dan pemanfaatan Kartu Sehat (KS) oleh masyarakat miskin di desa "X" Kecamatan Labuhan, Kabupaten Pandeglang (selanjutnya disebut desa "X"). Untuk itu dengan penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pelaksanaan subsidi bidang kesehatan dimasa yang akan datang.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan kombinasi studi kuantitatif, *cross sectional* dengan pertimbangan prevalensi dari kejadian yang cukup besar dan studi kualitatif melalui wawancara mendalam terhadap informan kunci.

Penelitian dilaksanakan di Rw 02 Desa "X", karena jumlah pra keluarga sejahtera dan keluarga sejahtera I-nya paling banyak dibandingkan kecamatan lainnya di Kabupaten Pandeglang (berjumlah 1000 KK). Selain itu, jumlah Kepala Keluarga (KK) yang menerima Kartu Sehat (KS) paling rendah (37,5 %) dibanding kecamatan lain di Kabupaten Pandeglang. Padahal jumlah sarana kesehatan yang tersedia paling banyak dibanding jumlah sarana pelayanan kesehatan di kecamatan lainnya, yaitu dua Puskesmas, tujuh Pustu, satu Polindes, dan satu Poliklinik.

Dalam penelitian ini yang akan diteliti adalah variabel-variabel yang menggambarkan identifikasi, karakteristik (tingkat pendidikan, pekerjaan, kepemilikan rumah, jenis lantai rumah, luas lantai rumah, kepemilikan pakaian, pola makan, penggunaan fasilitas air, penggunaan fasilitas jamban, tingkat pengetahuan), dan pemanfaatan kartu sehat (tingkat pengetahuan, faktor yang mempengaruhi pemanfaatan KS, dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan yang diterima) dari pemilik KS. Dengan demikian penelitian ini tidak dimaksudkan untuk mencari hubungan sebab akibat, tetapi hanya melihat ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

Bahan atau materi dalam penelitian ini menggunakan data primer yang langsung diambil dari subyek penelitian, yaitu kepala keluarga atau yang mewakilinya dan wawancara mendalam yang dilakukan pada petugas kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang, Puskesmas Kecamatan Labuhan, bidan desa dan kader desa "X".

Instrumen pengumpulan data berupa kuesioner dan pedoman wawancara untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang kepemilikan KS.

Pembahasan

Berdasarkan hasil identifikasi masalah dan tujuan kepemilikan dan pemanfaatan KS di desa "X" melalui pengumpulan data, pengolahan data dan analisis data dapat diuraikan sebagai berikut:

Identifikasi Pemilik KS

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa mekanisme penetapan keluarga miskin/keluarga sasaran pemilik KS dilakukan oleh Tim Desa (Pihak puskesmas bersama-sama bidan desa dan kader kesehatan). Adapun alat yang digunakan dalam penetapan keluarga miskin/keluarga sasaran pemilik KS, menggunakan pendataan rumah tangga keluarga miskin yang telah ada (divalidasi/dimutakhirkan) oleh Tim Desa.

Validasi/pemutakhiran data sasaran ini dilaksanakan secara transparan dan diyakini kebenarannya oleh masyarakat setempat. Apabila ada keluarga yang diidentifikasi miskin oleh Tim Desa tetapi tidak masuk dalam daftar keluarga miskin yang ada, maka keluarga tersebut dimasukkan ke dalam daftar sasaran Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM BK). Sebaliknya apabila ada keluarga yang sudah masuk dalam daftar keluarga miskin, tetapi tidak miskin lagi atau bukan Gakin, maka keluarga tersebut dikeluarkan dari daftar sasaran PKPS-BBM BK.

Hasil validasi data identitas sasaran pemilik KS, ditetapkan/disahkan oleh Kepala Desa/Lurah untuk kemudian disampaikan ke Puskesmas. Data nama dan alamat sasaran pemilik KS yang sudah direkapitulasikan oleh Puskesmas kemudian dikirimkan ke Dinkes Kabupaten/Kota. Selanjutnya data sasaran pemilik KS tersebut ditetapkan oleh Tim Koordinasi Kab/Kota (TKK). Keluarga miskin yang telah ditetapkan sebagai sasaran oleh TKK akan diberi KS oleh Puskesmas sebagai identitas untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh Program Kompensasi Pengurangan

Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) secara gratis.

KS ditandatangani oleh Kepala Puskesmas dan Kepala Desa. Masa berlaku KS adalah satu tahun dan dapat diperpanjang lagi setiap tahun selama pemilik kartu masih termasuk sebagai sasaran PKPS-BBM BK. KS berlaku untuk satu Kepala Keluarga.

Sebagaimana telah diuraikan di atas, untuk penentuan jumlah sasaran penerima KS di Kabupaten Pandeglang besarnya sudah ditentukan oleh pusat (Depkes) berdasarkan data dari BPS. Jumlah yang akan mendapat KS tersebut kemudian dikirim ke Kabupaten (Dinkes) yang selanjutnya disalurkan ke Puskesmas di setiap kecamatan.

Penentuan/identifikasi keluarga miskin di Kabupaten Pandeglang dilakukan oleh Tim desa, kemudian data tersebut diserahkan ke Dinkes Kabupaten dan selanjutnya ke Bappeda. Pendistribusian KS ke Gakin dilakukan oleh pihak kader bekerjasama dengan bidan desa. Namun demikian, menurut ketua RT dan Kepala Desa, pendataan penduduk miskin dilakukan di tingkat kecamatan melalui kerjasama antara Kepala Desa, RW, dan RT. Hal ini menunjukkan tidak adanya kerjasama/koordinasi antara pihak puskesmas dengan institusi lokal. Sehingga, selama dilapangan didapat beberapa keluhan dari pihak institusi lokal. Mereka merasa tidak dilibatkan dalam program pemberian KS di wilayahnya sendiri.

Kecamatan Labuhan, Kabupaten Pandeglang mendapat KS sejumlah 7.148 jiwa. Padahal jumlah penduduk miskin di Kecamatan Labuhan ada 18.000 jiwa, berarti ada 11.000 jiwa lagi yang tidak mendapatkan KS. Khusus untuk Desa "X" yang mendapat KS adalah sebanyak 1070 jiwa dari 10.000 jiwa penduduk miskin yang ada.

Kemudian dilakukan sosialisasi yang bertujuan untuk memberikan pemahaman kepada masyarakat khususnya keluarga miskin tentang haknya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan KS dan menghindari penggunaan KS oleh pihak yang tidak berhak.

Sosialisasi dilakukan dengan pendekatan kelompok dan pendekatan massa melalui jalur komunikasi nasional dan lokal yang efektif seperti radio, TV, dan media cetak. Sosialisasi ini pula dilaksanakan oleh masyarakat atau pihak swasta yang memiliki keahlian dalam bidang penyuluhan/promosi (komunikasi, informasi dan edukasi/KIE). Namun demikian, materi PKPS-BBM BK yang harus disampaikan meliputi: tujuan, sasaran, kegiatan yang dilaksanakan, tata cara untuk mendapatkan

pelayanan kesehatan, alokasi pembiayaan, tata cara penyaluran keluhan masyarakat, dan pemberian kesempatan bagi masyarakat untuk memantau pelaksanaan PKPS-BBM BK. Penyebarluasan informasi dalam rangka sosialisasi program ditujukan kepada pemilik dana PKPS-BBM BK, Redaktur media cetak/elektronik, pengelola LSM dan Perguruan Tinggi, Pengurus Lembaga Pemantau program, kantor pos, dan bank.

Selain itu Bidan Desa juga berkewajiban memberikan informasi/penjelasan kepada keluarga miskin/keluarga sasaran pemilik KS tentang :

1. Pelayanan kesehatan yang dapat diperolehnya secara bebas biaya, yang meliputi :
 - a. Pelayanan kebidanan dasar
 - b. Pelayanan kesehatan dasar
2. Tempat dimana keluarga sasaran dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara bebas biaya.
3. Cara memperoleh pelayanan kesehatan secara bebas biaya, yang pada dasarnya harus terdaftar sebagai keluarga sasaran dan memperoleh KS atau kartu sejenis lainnya.

Penyebarluasan informasi dan penjelasan kepada keluarga sasaran/keluarga miskin dilaksanakan dengan penyuluhan yang dilakukan melalui :

1. Penyuluhan kelompok pada saat hari buka Posyandu.
2. Penyuluhan pada saat memberikan pelayanan di polindes atau pada saat melaksanakan kunjungan rumah. Penyebarluasan Informasi dalam rangka sosialisasi

Sosialisasi tersebut pula dilakukan di Kabupaten Pandeglang yaitu dengan melakukan penyuluhan di Kecamatan yang mengundang kepala-kepala desa dan melalui media massa/radio. Hasil penelitian di dapat pihak yang memberikan KS kepada responden, mayoritas dilakukan oleh kader kesehatan (93.3 %), responden mendapatkan penjelasan tentang kegunaan KS (96.7 %) dan semua responden yang memiliki KS mendapat penjelasan tentang cara menggunakan KS, serta pihak yang memberikan penjelasan tentang manfaat, kegunaan KS mayoritas kader kesehatan (93.3 %).

Karakteristik Pemilik KS

Penentuan karakteristik yang akan memiliki KS mengacu pada Surat Keputusan Bupati No. 465/Kep.18.a-Huk/2005 tentang penetapan kriteria keluarga dan penduduk miskin di Kabupaten Pandeglang dilakukan oleh Tim Puskesmas yang

terdiri dari unsur desa, pihak Puskesmas dan tokoh masyarakat, meliputi:

1. Bangunan tempat tinggal yang layak huni.
2. Mampu membeli pakaian untuk semua anggota minimal 1 stel dalam setahun.
3. Bila ada yang sakit mampu berobat.
4. Ada anak usia sekolah (6-15 tahun) yang tidak sekolah/putus sekolah dijenjang pendidikan dasar.
5. Rata-rata frekuensi makan anggota rumah tangga dalam sehari ≥ 2 kali sehari atau < 2 kali sehari.
6. Pengeluaran per kapita/bulan \leq Rp 124.303,-

Untuk memudahkan penentuan kepemilikan KS, kemudian dari karakteristik tersebut diatas dikategorikan menjadi: keluarga agak miskin (skor 1-6/agak rentan), miskin (skor 7-15) dan sangat miskin (skor 16-21). Sedangkan kategori untuk memiliki KS di Desa "X" adalah keluarga sangat miskin dan keluarga miskin.

Dari sampel sebanyak 30 responden pemilik KS dan 5 responden tidak memiliki KS, ditemukan karakteristik responden sebagai berikut:

- A. Karakteristik responden memiliki KS mayoritas:
1. Pendidikan terakhir tamat SD (53,3%)
 2. Pekerjaan: nelayan (masing-masing 26,7%)
 3. Kebiasaan makan: 3 kali sehari (50%)
 4. Kepemilikan rumah: milik pribadi (66,7%)
 5. Jenis lantai rumah: plester (46,7%)
 6. Luas lantai rumah: ≥ 22 m² (56,7%)
 7. Jumlah pakaian yang dimiliki/mampu dibeli dalam 1 tahun: ≤ 2 potong (36,7%)
 8. Air untuk MCK: sumur sendiri (50%)
 9. Air untuk minum: sumur sendiri (53,3%)
 10. Fasilitas untuk bab: sungai/kali (63,3%)
 11. Pengeluaran untuk sehari-hari: \leq Rp 12.000,- (53,3%)
 12. Pengeluaran rutin per bulan: \leq Rp 350.000,- (100%)

B. Karakteristik responden tidak memiliki KS mayoritas:

1. Pendidikan terakhir: tamat SD (80%)
2. Pekerjaan: nelayan, buruh (masing-masing 40%)
3. Kebiasaan makan: 2 kali sehari (80%)
4. Kepemilikan rumah: milik orang tua (80%)
5. Jenis lantai rumah: tanah (80%)
6. Luas lantai rumah: ≥ 22 m² (80%)
7. Jumlah pakaian yang dimiliki/mampu dibeli dalam 1 tahun: ≤ 2 potong (80%)

8. Air untuk MCK: sumur bersama (80%)
9. Air untuk minum: sumur bersama (80%)
10. Fasilitas untuk bab: sungai/kali (100%)
11. Pengeluaran untuk sehari-hari: \leq Rp 12.000,- (100%)
12. Pengeluaran rutin per bulan: \leq Rp 350.000,- (100%)

Berdasarkan karakteristik tersebut diatas, dapat dilihat bahwa responden yang tidak memiliki KS ternyata kondisinya tidak lebih baik dibandingkan dengan responden yang memiliki KS. Hal ini dapat dilihat dari perbedaan pada kedua kelompok tersebut diatas tentang kebiasaan makan, kepemilikan rumah, lantai rumah, air untuk mandi cuci kakus (MCK), dan air untuk minum.

Dari hasil uji statistik diperoleh ada hubungan yang bermakna antara kepemilikan rumah dengan kepemilikan KS ($p_v = 0,049$). Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan proporsi kepemilikan KS antara responden yang status kepemilikan rumahnya numpang dengan yang memiliki rumah sendiri.

Hasil temuan dilapangan, meskipun status kepemilikan rumah mayoritas milik pribadi tetapi status kepemilikan tanah adalah numpang. Mereka umumnya membangun rumah di tanah milik orang lain. Dari kondisi tersebut maka, seharusnya status kepemilikan rumah tidak dijadikan sebagai indikator untuk menentukan kriteria Gakin.

Selain itu, berkaitan dengan fasilitas untuk BAB didapat mayoritas responden menggunakan sungai/kali (baik yang memiliki KS maupun tidak). Hal ini dikarenakan pemilik tanah yang mereka tempati tidak mengizinkan tanah tersebut dibuat jamban untuk setiap rumahnya. Jadi sudah dapat dipastikan bahwa setiap rumah yang dibangun diatas tanah bukan milik pribadi (numpang) tidak memiliki jamban sendiri. Fasilitas yang boleh dibangun adalah fasilitas jamban umum/bersama. Karena jumlah jamban umum/bersama yang tersedia sangat terbatas (jamban umum/bersama untuk satu RT hanya disediakan dua buah yang berada di satu tempat/lokasi) dan karena faktor jarak dengan rumah tinggal, maka mereka lebih memilih bab di sungai/kali dekat rumahnya.

Pada responden didapat mayoritas mempunyai pengeluaran untuk sehari-harinya \leq Rp 12.000,-. Kondisi ini sangat berkaitan dengan profesi responden yang sebagian besar sebagai nelayan. Saat penelitian ini dilakukan, kebetulan sedang musim 'angin' (para nelayan tidak pergi ke laut untuk menangkap ikan). Akibatnya berpe-

ngaruh pada pendapatan keluarga mereka dan juga pengeluarannya sehari-hari.

Pengeluaran responden yang tidak memiliki KS untuk sehari-hari didapat semuanya \leq Rp 12.000,-. Hal ini dikarenakan saat penentuan kepemilikan KS mereka memang tidak termasuk dalam kriteria Gakin. Seperti yang dijelaskan oleh kader kesehatan "bahwa saat pembagian KS mereka sedang dalam keadaan 'jaya' (saat itu musim melaut, sehingga penghasilan yang didapat melebihi kriteria Gakin. Bahkan tidak sedikit dari mereka yang mampu membeli TV dan motor)".

Selain itu, berdasarkan pengamatan di lapangan, terdapat beberapa keluarga yang seharusnya layak menerima KS tetapi pada kenyataannya mereka tidak menerima KS, misalnya dilihat dari kondisi rumah (bilik dan berlantai tanah), keberadaan anak yatim yang diasuh (dengan pendapatan yang tidak menentu setiap hari). Selain itu dari semua kategori keluarga miskin hasil pendataan rumah tangga keluarga miskin oleh pihak puskesmas (bidan desa) dan kader kesehatan, didapat tidak semuanya memiliki KS. Dari 181 KK Gakin, hanya 33 KK yang memiliki KS.

Menurut Bidan desa dan Kader kesehatan, penentuan 24 KK yang berhak memiliki KS dari 181 KK dengan kategori keluarga miskin, akan lebih diutamakan pada keluarga yang memiliki anak usia sekolah (6-15 tahun) dan keluarga yang ada anak usia sekolah tetapi tidak sekolah/putus sekolah di jenjang pendidikan dasar.

Hal tersebut disebabkan karena jumlah pemilik KS di wilayah tersebut, sudah ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten (berdasarkan data BPS) dan Kader kesehatan yang langsung terjun ke masyarakat, hanya menyalurkan KS berdasarkan kuota dari Puskesmas kecamatan yang diberikan kepada masing-masing desa sehingga tidak setiap keluarga miskin menerima KS (dana terbatas).

Dari kondisi tersebut diatas dapat terlihat, bahwa penentuan karakteristik yang sudah dilakukan oleh pihak puskesmas bersama kader kesehatan (memerlukan biaya yang tidak sedikit) masih belum berperan secara maksimal dalam penentuan kepemilikan KS. Padahal mereka adalah pihak yang paling dekat dengan masyarakat dan paling tahu kondisi daerahnya. Dengan demikian kepemilikan KS selama ini masih belum dinikmati sepenuhnya oleh kelompok yang membutuhkan.

Dengan demikian, pemberian KS untuk Gakin belum mengakomodir jumlah Gakin di wilayah tersebut. Sehingga masih banyak Gakin yang tidak memiliki KS meskipun sudah memenuhi

persyaratan untuk mendapat KS. Padahal, keberadaan KS disana masih banyak diharapkan oleh Gakin.

Temuan dilapangan menunjukkan salah satu responden menyesali Kepala Keluarga (KK) yang masuk kategori miskin tetapi tidak pernah mendapat KS. Dikatakan, bahwa KK bekerja sebagai nelayan dan tidak mempunyai penghasilan tetap dan keluarganya tidak pernah menikmati bantuan kesehatan yang diprogramkan pemerintah pusat sejak krisis ekonomi di Indonesia pertengahan tahun 1997. Bahkan dirinya meminta agar pemerintah bisa memberikan KS kepadanya untuk membantu apabila ada keluarganya yang sakit. Jadi selama ini bila ada anggota keluarga yang sakit, biasanya beli obat di warung atau bila tidak sembuh juga baru pergi berobat ke puskesmas dengan biaya sendiri.

Kenyataan lain dari temuan di lapangan yaitu bahwa terdapat responden dengan kondisi rumah (tembok dan berlantai keramik), mempunyai tiga anak usia sekolah yang bersekolah, fasilitas air untuk MCK dan minum dengan sumur pompa mesin, serta mempunyai fasilitas bab di wc leher angsa, namun ternyata menerima KS.

Berdasarkan kenyataan tersebut di atas, sebagai bukti bahwa masih ada kelompok tertentu yang seharusnya memiliki KS tetapi kenyataannya tidak. Kondisi ini karena selain kuota penerima KS yang sudah ditentukan oleh pusat juga karena saat penentuan kepemilikan/pembagian KS, KK bekerja sebagai nelayan dengan penghasilan yang melebihi kategori Gakin, sehingga mereka tidak mendapat KS. Saat penelitian ini dilakukan sedang "musim angin" sehingga mereka tidak bisa melaut. Keadaan ini mempengaruhi *income* keluarga.

Pemanfaatan Kartu Sehat

Dari responden yang memiliki KS, didapat mayoritas pernah menggunakan KS ketika berobat (70%). Responden umumnya menggunakan KS untuk berobat ke Puskesmas (46,7%). Adapun motivasi menggunakan KS ketika berobat adalah agar tidak keluar biaya saat berobat. Dengan demikian sebagian besar responden mengatakan keberadaan KS mempermudah bagi keluarganya bila ada yang sakit (66,7%) dan selebihnya mengatakan keberadaan KS tidak mempermudah (33,3%). Alasan dari kelompok yang merasa keberadaan KS tidak mempermudah dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan diantaranya adalah karena malu (50%), merasa dibedakan pelayanannya (30%), dan pelayanan yang lambat serta takut (masing-masing 10%).

Selain itu, ditemukan juga sebagian besar responden yang berobat ke Puskesmas dengan menggunakan KS masih harus mengeluarkan uang (40%). Adapun biaya yang dikeluarkan saat berobat menggunakan KS di antaranya untuk keperluan membeli alat-alat suntik (55,6%) dan membeli obat (44,4%). Hal ini tentunya tidak sesuai dengan harapan mereka untuk dapat berobat gratis. Maka tidak mengherankan bila sebagian besar frekuensi penggunaan KS untuk berobat rendah, yaitu < 2 kali (36,7%).

Rendahnya frekuensi penggunaan KS untuk berobat dikarenakan terbentuknya kesan/*image* yang tidak menyenangkan di masyarakat terhadap kepemilikan KS. Seperti yang pernah diutarakan oleh beberapa responden di lapangan, bahwa apabila mereka berobat menggunakan KS maka tidak jarang mereka akan mendapatkan perbedaan pelayanan dan sikap petugas kesehatan dibandingkan apabila mereka berobat tidak menggunakan KS. Selain itu, ongkos yang harus dikeluarkan apabila berobat ke puskesmas akan lebih besar dari biaya puskesmas itu sendiri (Rp. 2000,-). Dengan demikian, mereka lebih memilih membeli obat di warung atau mengkonsumsi ramuan tradisional yang dibuat sendiri sebagai pilihan pertama bila ada anggota keluarga yang sakit daripada berobat ke puskesmas.

Fakta lain yang di dapat di lapangan, berkaitan dengan rendahnya frekuensi penggunaan KS saat berobat adalah lupa membawa KS saat berobat. Seperti yang pernah diutarakan oleh beberapa responden, bahwa alasan lupanya membawa KS saat berobat karena panik/terburu-buru sehingga lupa/tak terpikirkan untuk membawa KS atau karena saat akan pergi berobat KS dicari-cari tidak diketemukan.

Namun demikian secara umum, persepsi responden terhadap pelayanan petugas kesehatan sebagai berikut: baik sebesar (47,6%), kurang baik (28,6%), dan cukup baik (23,8%), serta tidak tahu (30%). Ini artinya, tidak semua responden mempunyai persepsi terhadap pelayanan kesehatan baik.

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara perasaan punya KS, pengalaman tidak menyenangkan, keberadaan KS, biaya yang harus dikeluarkan bila berobat dengan KS dengan pemanfaatan KS.

Berdasarkan kondisi tersebut diatas, pemilik KS mengharapkan pelayanan kesehatan dengan KS di masa mendatang agar jauh lebih baik daripada yang dialami sekarang khususnya tentang indikasi perbedaan pelayanan kesehatan antara yang menggunakan KS dengan yang umum. Selain itu, mereka-

pun mengharapkan pembebasan dari segala biaya saat mendapatkan pelayanan kesehatan.

Kesimpulan

Sasaran PKPS-BBM BK adalah keluarga miskin. Keluarga miskin yang dimaksud adalah keluarga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota melalui Tim Koordinasi Kabupaten/Kota (TKK) dengan melibatkan tim desa dalam mengidentifikasi nama dan alamat Gakin secara tepat, sesuai dengan kriteria Gakin yang disepakati. Alat yang digunakan dalam penetapan Gakin/keluarga sasaran pemilik KS adalah hasil pendataan rumah tangga keluarga miskin yang telah ada (divalidasi/dimutakhirkan) oleh tim desa.

Penentuan/identifikasi Gakin dilakukan oleh tim desa, kemudian data tersebut diserahkan ke Dinkes Kabupaten dan selanjutnya ke Bappeda. Pendistribusian KS ke Gakin dilakukan oleh pihak kader bekerjasama dengan bidan desa. Sosialisasi dilakukan dengan pendekatan kelompok dan pendekatan massa melalui jalur komunikasi nasional dan lokal yang efektif seperti radio, TV, dan media cetak. Sosialisasi ini juga dilaksanakan oleh masyarakat atau pihak swasta yang memiliki keahlian dalam bidang penyuluhan/promosi (komunikasi, informasi dan edukasi/KIE).

Dari sampel sebanyak 30 responden pemilik KS dan 5 responden tidak memiliki KS, didapat bahwa responden yang tidak memiliki KS ternyata kondisinya tidak lebih baik dibandingkan dengan responden yang memiliki KS. Selain itu, berdasarkan pengamatan kami di lapangan, penentuan karakteristik yang sudah dilakukan oleh pihak puskesmas bersama kader kesehatan (memerlukan biaya yang tidak sedikit) masih belum berperan secara maksimal dalam penentuan kepemilikan KS. Padahal mereka adalah pihak yang paling dekat dengan masyarakat dan paling tahu kondisi daerahnya.

Dengan demikian kepemilikan KS selama ini masih belum dinikmati sepenuhnya oleh kelompok yang membutuhkan (oleh Pemerintah Pusat diberlakukan sistem kuota dalam penentuan jumlah Gakin penerima KS). Akibatnya, pemberian KS untuk Gakin belum mengakomodir jumlah Gakin di wilayah tersebut. Sehingga masih banyak Gakin yang tidak memiliki KS meskipun sudah memenuhi persyaratan untuk mendapat KS. Padahal, keberadaan KS disana masih banyak diharapkan oleh Gakin.

Rendahnya frekuensi penggunaan KS untuk berobat dikarenakan terbentuknya kesan/image

masyarakat pemilik KS bahwa apabila berobat menggunakan KS akan mendapatkan pelayanan dan sikap petugas kesehatan yang berbeda dibandingkan dengan pasien umum menyebabkan pemilik KS enggan menggunakan KS ketika berobat. Selain itu dikarenakan ongkos yang harus dikeluarkan apabila berobat ke puskesmas lebih besar dari biaya puskesmas itu sendiri. Sehingga mereka lebih memilih untuk membeli obat di warung dan mengkonsumsi obat tradisional/jamu-jamuan sebagai pilihan pertama bila ada anggota keluarganya yang sakit ringan.

Saran

1. Penentuan jumlah penerima kartu sehat harus berpedoman pada jumlah temuan Gakin hasil identifikasi pihak Puskesmas yang bekerjasama dengan Bidan desa dan Kader Kesehatan (temuan/fakta di lapangan), sehingga lebih mendekati kondisi riil yang ada di masyarakat.
2. Dalam Identifikasi Gakin harus mengikutsertakan aparat desa seperti kepala desa, carik (wakil kepala desa), RT dan RW setempat agar identifikasi keluarga miskin lebih akurat dan tepat sasaran.
3. Saat pelaksanaan sosialisasi tentang KS harus diberikan juga penjelasan kepada pemilik KS tentang haknya (sesuai dengan yang tertera di KS).
4. Petugas kesehatan harus tidak memberikan perlakuan yang berbeda antara pasien umum dengan pasien yang menggunakan Ks.
5. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut, untuk mendapatkan gambaran yang lebih spesifik dan dalam tentang penerima dan pemanfaat KS, dengan menggunakan populasi dan sampel yang lebih luas dengan topik yang sama sehingga dapat lebih menggambarkan kondisi wilayah yang sesungguhnya.

Daftar Pustaka

- Arifianto & Ruly, "Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin", Materi Diklat Metodologi Penelitian Sosial Ekonomi. Jakarta, 2005.
- Cheyne, Christine, Mike O'Brien dan Michael Belgrave, "Social Policy in Aotearoa New Zealand: A Critical Introduction", Oxford University Press, Auckland, 1998.

Jawa Pos, 15 Maret 1999

Kompas, 27 Pebruari 2003

Kuzma, Jan W, "*Basic Statistics for The Health Sciences, first edition*", Mayfield Publishing Company, California, 1984.

Prayitno, Ujianto Singgih, "Karakter Kemiskinan, dalam Pembangunan Sosial Teori dan Implikasi Kebijakan", Seri Kajian Kesejahteraan Sosial. Pusat Pengkajian dan Pelayanan Informasi, Setjen DPR RI, Jakarta, 2000.

Thaha, a. Razak, "Telaah "Ketepatan" Penentuan Keluarga Miskin dalam Pelaksanaan Program JPS Bodang Kesehatan di Propinsi Sulawesi Selatan", dalam Potret Kesehatan pada masa Krisis. Pusat Pangan, Gizi dan Kesehatan Universitas Hasanuddin, Makasar, 2004.

[www. Depkes.go.id](http://www.Depkes.go.id)

[www. Dinkesbanten.go.id](http://www.Dinkesbanten.go.id)