

**PELAYANAN KESEHATAN BAGI
KELUARGA MISKIN
DALAM PERSPEKTIF FILSAFAT**

Oleh:
Elsa Pudji Setiawati

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN UNPAD
BANDUNG**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
Pendahuluan	1
Pelayanan Kesehatan Gakin dan Filsafat	2
Sumber Pengetahuan Kesehatan Gakin	6
Kriteria Kebenaran	12
Penutup	16
DAFTAR PUSTAKA	18

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak dan investasi. Semua warga negara berhak atas kesehatan, termasuk keluarga miskin. Seringkali kesehatan merupakan aset satu-satunya bagi keluarga miskin. Bila jatuh sakit maka keluarga miskin akan kehilangan daya untuk kelangsungan hidupnya dan keluarganya dan akan menjadi bertambah miskin. Kondisi tersebut diperparah dengan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan sehingga makin sulit dijangkau keluarga miskin.

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah sejak krisis moneter untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Dengan akan diberlakukannya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional maka Departemen Kesehatan harus lebih “serius” lagi dalam membentuk sistem pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin.

Berdasarkan berbagai kajian, sistem asuransi secara murni belum dapat dijalankan sepenuhnya karena belum terpenuhinya besaran premi serta para pelaku pelayanan kesehatan belum memiliki kemampuan dan keahlian dalam penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin). Untuk itu Departemen Kesehatan melakukan pola transisi yaitu penyelenggaraan JPK-Gakin dengan prinsip asuransi pada daerah uji coba. Diharapkan dengan dilaksanakannya Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi Keluarga Miskin pada Program Kompensasi Pengurangan Subsidi BBM Bidang Kesehatan maka akan diperoleh manfaat yaitu antara lain:

- Adanya keterpaduan dana dari pusat dan daerah dalam meningkatkan kesehatan keluarga miskin

- Meningkatnya jumlah penduduk yang terlindungi kesehatannya dengan sistem jaminan kesehatan
- Adanya kendali biaya dan kendali mutu dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin.

PELAYANAN KESEHATAN GAKIN DENGAN FILSAFAT

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Sedangkan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 34 menyatakan bahwa :

- *Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara (ayat 1)*
- *Negara mengembangkan system jaminan social bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan (ayat 2)*
- *Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak (ayat 3).*

Sedangkan Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 4 menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Dengan landasan hukum di atas, pemerintah telah melakukan berbagai upaya agar dapat dicapai pemerataan pelayanan kesehatan sampai ke pelosok-pelosok, diantaranya adalah mendirikan puskesmas minimal 1 buah di setiap kecamatan dan menempatkan perawat serta bidan di desa.

Menteri Kesehatan pada kabinet yang baru ini DR. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K) dalam program seratus hari pemerintahan menyatakan dalam Perspektif Baru tanggal 11-12-2004 salah satu prioritas programnya adalah

pengembangan sistem jaminan kesehatan bagi rakyat miskin melalui dua jalan yakni memperluas jangkauan pelayanan kesehatan gratis di puskesmas dan meningkatkan pelayanan kesehatan di kelas tiga rumah sakit pemerintah bagi penduduk miskin. Untuk efektifitas atau efesiensi dana agar (dana kesehatan bagi) masyarakat miskin bisa ditanggulangi, kita menerapkan satu sistem yang sesuai dengan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Selain itu Menteri Kesehatan dalam Perspektif Baru tanggal 11-12-2004 menyatakan apa yang diinginkannya, yaitu :

Saya ingin sekali mengansuransikan penduduk atau rakyat miskin, dimana selama ini takut berobat karena tidak mempunyai biaya, ketika berobat ke puskesmas atau rumah sakit kelas tiga agar gratis. Caranya, kami asuransikan ke PT Askes. Keinginan ini sudah lama direncanakan, tetapi belum terealisasi karena mereka tidak berpikir untuk mengasuransikan semua penduduk miskin

Berdasarkan uraian di atas permasalahan utamanya adalah bagaimana para pelaku kesehatan di Departemen Kesehatan berikut seluruh jajarannya sampai ke tingkat desa serta mereka yang terkait dengan bidang kesehatan dapat mewujudkan apa yang telah dituangkan dalam Undang-Undang Dasar tersebut di atas, dimana keluarga miskin dapat mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan setiap saat dibutuhkan serta pelayanan kesehatan yang diperolehnya

tidak berbeda dengan masyarakat yang mampu membayar atau membeli pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya.

Untuk dapat mencapai hal tersebut maka setiap orang baik dalam lingkungan kesehatan baik yang terlibat langsung maupun yang tidak terlibat langsung dalam pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin harus mengetahui apa yang dibutuhkannya dan mengetahui dukungan apa yang dibutuhkan dari sektor lain untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin

Ditinjau dari filsafat ilmu, pengetahuan dimulai dari rasa ingin tahu, kepastian dimulai dengan rasa ragu-ragu sedangkan filsafat dimulai dengan kedua-duanya. Dengan filsafat, manusia akan didorong untuk mengetahui apa yang telah kita tahu dan apa yang kita belum tahu. Dengan berpikir filsafat maka kita akan berpikir menyeluruh, mendasar dan spekulatif. Pengetahuan pada hakikatnya merupakan segenap apa yang kita ketahui tentang suatu obyek tertentu, termasuk kedalamnya adalah ilmu. Setiap pengetahuan pada dasarnya menjawab jenis pertanyaan tertentu yang diajukan. Oleh sebab itu agar kita dapat memanfaatkan segenap pengetahuan kita secara maksimal maka kita harus mengetahui jawaban apa saja yang mungkin bisa diberikan oleh suatu pengetahuan tertentu. Setiap jenis pengetahuan mempunyai ciri-ciri spesifik mengenai ontologi, epistemologi dan aksiologi yang saling berkaitan.

Pada pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, secara ontologi perlu dideskripsikan pelayanan kesehatan apa saja yang akan disediakan secara gratis oleh pemerintah melalui mekanisme asuransi. Apabila deskripsi jenis pelayanan kesehatan tersebut sudah jelas dan dimana saja keluarga miskin dapat menerima

pelayanan kesehatan tersebut, apakah hanya di institusi pemerintah sajakah atau juga dapat diperoleh di institusi pelayanan kesehatan swasta. Selain itu juga apakah pelayanan kesehatan tersebut hanya di tingkat puskesmas saja atau sampai dengan pelayanan kesehatan di tingkat rumah sakit. Seandainya pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin yang dibiayai pemerintah sampai dengan pelayanan di tingkat rumah sakit dan termasuk didalamnya pelayanan rawat inap, di kelas berapakah keluarga miskin ini boleh dirawat inap, apakah kelas II ataukah kelas III. Seperti dikatakan oleh Menteri Kesehatan, Hasbullah Thabrany maupun Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI Azrul Azwar mengatakan peluang-peluang yang mungkin dilaksanakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin sebagai berikut :

Menteri Kesehatan :

Kita menggunakan dana dari PSBBM yaitu uang dari pencabutan subsidi bahan bakar minyak. Saat ini, kita punya dana kira-kira 1,1 triliun, kemudian Bappenas merencanakan akan menambah 800 miliar sehingga total dana yang tersedia ada sekitar 1,9 triliun. Kemudian masih ada sisa dana dari World Bank dan IDB yang terlanjur kita pinjam tapi tidak terpakai atau proyeknya tidak tepat jadi kita alihkan peruntukannya. Jadi kita punya dana sekitar 2,04 triliun. Untuk 34.500.000 rakyat miskin, dengan dana 2,04 triliun ini bisa kita asuransikan. Dari hasil hitung-hitungan kita dengan PT Askes, maka setiap orang akan diasuransikan sebesar 5.000 per bulan. Dengan asuransi ini, rakyat miskin akan mendapatkan jaminan kesehatan berupa pengobatan, pemeriksaan laboratorium, sampai pengobatan rawat inap.

Visi calon presiden tentang subsidi BBM - Hasbullah Thabrany, Guru Besar dan Dekan FKMUI)". Pencabutan subsidi BBM sudah menjadi

tekad legislatif dan pemerintah. Namun kekhawatiran gejolak ekonomi dan politik menyebabkan subsidi BBM masih terus diberikan. Hasbullah Thabrany dalam tulisannya mengungkapkan seandainya dana subsidi BBM digunakan untuk memberikan pelayanan rawat inap gratis di kelas III di RS pemerintah dan swasta, pastilah yang menikmati masyarakat golongan ekonomi lemah. Dibutuhkan sekitar Rp. 11 triliun per tahun. Kalau dana subsidi BBM yang minimal Rp. 30 triliun tahun ini dan tahun depan digunakan untuk perawatan RS di kelas III. Dampaknya citra keberpihakan pemerintah kepada rakyat banyak akan luar biasa. (Hr. Kompas 11/6/04)

"Dana kesehatan orang miskin kecil". Dirjen Bina Kesmas Depkes Azrul Azwar dalam temu ilmiah nasional Public Health in the new Millenium mengatakan pemerintah sampai sekarang baru mengeluarkan dana kesehatan bagi orang miskin Rp. 1,1 triliun (25% dari anggaran APBN 2004). Padahal, pemerintah tengah menggulirkan program pro orang miskin untuk mempercepat terjadinya Indonesia Sehat 2010. Dengan jumlah 1,1 triliun itu lumayan bisa membantu orang yang benar-benar membutuhkan untuk berobat, walaupun belum sempurna. (Hr. Bisnis Indonesia 19/8/04)

SUMBER PENGETAHUAN KESEHATAN GAKIN

Ilmu merupakan bagian dari pengetahuan yang didapatkan lewat metode ilmiah. Tidak semua pengetahuan dapat disebut sebagai ilmu karena ilmu merupakan pengetahuan yang cara mendapatkannya harus memenuhi syarat-syarat tertentu yang tercantum dalam metode ilmiah. Metode menurut Senn merupakan suatu prosedur atau cara mengetahui sesuatu yang mempunyai

langkah-langkah yang sistematis sedangkan metodologi merupakan suatu pengkajian dalam mempelajari peraturan-peraturan dalam metode tersebut. Jadi metodologi ilmiah merupakan pengkajian dari peraturan-peraturan yang terdapat dalam metode ilmiah. Metode ilmiah merupakan ekspresi mengenai cara bekerja pikiran. Dengan cara bekerja seperti ini maka pengetahuan yang dihasilkan diharapkan mempunyai karakteristik-karakteristik tertentu yang diminta oleh pengetahuan ilmiah yaitu bersifat rasional dan teruji yang memungkinkan tubuh pengetahuan yang disusunnya merupakan pengetahuan yang dapat diandalkan. Dalam hal ini maka metode ilmiah mencoba menggabungkan cara berpikir deduktif dan cara berpikir induktif dalam membangun tubuh pengetahuannya.

Ilmu dan kesehatan merupakan dua aspek yang saling mempengaruhi. Pada satu pihak pengembangan ilmu dalam suatu masyarakat tergantung pada kondisi kesehatan masyarakat, sedangkan di pihak lain pengembangan ilmu kesehatan akan mempengaruhi proses untuk mencapai kondisi kesehatan masyarakat yang diinginkan ataupun yang akan dicapai.

Salah satu kondisi kesehatan yang akan dicapai adalah keluarga miskin dapat mempunyai akses pada pelayanan kesehatan dan dapat memperoleh derajat kesehatan yang sama dengan mereka yang tidak miskin.

Dalam mencapai hal yang diinginkan tersebut peranan ilmu pengetahuan tidak dapat dipungkiri, dimana ilmu mempunyai peranan ganda. Yang pertama ilmu merupakan sumber nilai yang mendukung pencapaian kondisi kesehatan keluarga miskin yang diinginkan, yang kedua ilmu mengisi pembentukan watak manusia-manusia yang berkecimpung khususnya dalam bidang kesehatan. Pada

kenyataannya kedua fungsi tersebut akan bersatu padu dan sangat sulit dipisahkan fungsi masing-masingnya.

Dikaitkan dengan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin yang ingin dicapai oleh pemerintah saat ini, maka hal tersebut tidak akan dapat tercapai bila para pelaku di jajaran kesehatan hanya berpikir aspek kesehatan saja karena dalam pelayanan kesehatan bagi orang miskin dengan sistem yang sesuai dengan Undang-Undang Sistem Jaminan Nasional minimal terdapat tiga bidang ilmu yang saling berkaitan yaitu ilmu kesehatan masyarakat, ilmu kedokteran dan ilmu ekonomi kesehatan. Selain itu sesuai dengan sifatnya yang mendasar, karena banyak faktor yang mempengaruhi kemiskinan maupun kesehatan maka perlu ditentukan titik awal yang menjadi landasan pemikiran yang mendasar karena tidak mungkin pengetahuan untuk menanggulangi kesehatan keluarga miskin dilakukan secara keseluruhan. Sedangkan sifat spekulatifnya adalah dalam menentukan titik awal tersebut para pelaku kesehatan akan melakukan spekulasi. Yang terpenting pada spekulasi tersebut adalah analisis dan pembuktiannya, dimana dapat dipisahkan antara spekulasi yang dapat diandalkan dan spekulasi yang tidak dapat diandalkan. Tugas utama filsafat adalah menetapkan dasar-dasar yang dapat diandalkan, tanpa menetapkan kriteria tentang apa yang disebut benar maka tidak mungkin pengetahuan dapat berkembang di atas dasar kebenaran.

Yang menjadi pertanyaan adalah bagaimana para pelaku di jajaran kesehatan dapat memperoleh pengetahuan yang benar tentang sistem pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin sehingga apa yang tertuang dalam UUD 1945 maupun Undang Undang Kesehatan tersebut di atas dapat tercapai. Pada dasarnya

terdapat dua cara bagi manusia untuk mendapatkan pengetahuan yang benar yaitu yang mendasarkan diri kepada rasio dan yang kedua adalah yang mendasarkan pada pengalaman. Mereka yang mendapatkan pengetahuannya dengan mendasarkan pada rasio disebut kaum rasionalis sedangkan yang mendasarkan pada pengalaman disebut sebagai kaum empiris.

Kaum rasionalis mempergunakan metode deduktif dalam menyusun pengetahuannya dan premis yang digunakan dalam penalarannya adalah yang didapatkan dari ide yang menurut anggapan kaum rasionalis jelas dan dapat diterima. Ide tersebut bukanlah merupakan ciptaan pikiran manusia tetapi sudah ada jauh sebelumnya dan dapat diketahui oleh manusia melalui kemampuan berpikir rasionalnya. Sedangkan fungsi pikiran manusia hanyalah mengenali ide tersebut untuk kemudian menjadi pengetahuan. Masalah dari cara berpikir ini adalah kriteria untuk mengetahui akan kebenaran dari suatu ide yang menurut seseorang adalah jelas dan dapat dipercaya. Kaum rasionalis dalam penalarannya yang bersifat deduktif akan dihasilkan bermacam-macam pengetahuan mengenai obyek tertentu tanpa adanya kesepakatan yang dapat diterima oleh berbagai pihak. Premis-premis yang dibuat berdasarkan pada penalaran rasional yang sifatnya abstrak dan terbebas dari pengalaman sehingga evaluasi tidak dapat dilakukan.

Sedangkan kaum empiris menyatakan bahwa pengetahuan bukan didapatkan lewat penalaran rasional yang abstrak namun didapatkan dari pengalaman yang nyata. Kaum empiris mempergunakan cara berpikir induktif dimana disusun pengetahuan yang berlaku secara umum melalui pengamatan terhadap gejala-gejala fisik yang bersifat individual. Permasalahan utama kaum

empiris adalah pengetahuan yang dikumpulkan cenderung menjadi suatu kumpulan fakta yang belum tentu bersifat konsisten bahkan kadang-kadang terdapat fakta yang saling bertentangan. Selain itu kumpulan fakta tersebut dan keterkaitan antara fakta satu dengan lainnya belum menjamin suatu sistem pengetahuan yang sistematis. Hal ini sejalan dengan pernyataan Meneg Perencanaan Pembangunan/Kepala Bappenas, Sri Mulyani Indrawati, pada harian Pelita tanggal 10 Desember 2004 terhadap program pemerintah bagi orang miskin, diungkapkan berdasarkan evaluasi yang dilakukan ternyata hanya sebagian kecil dari beberapa program dana kompensasi kenaikan harga bahan bakar minyak (BBM) yang sampai kepada orang miskin.

"Kita sudah mengevaluasi 11 program kompensasi kenaikan harga BBM yang dilaksanakan tahun 2003. Dari 11 program itu, hanya beberapa yang sangat baik dan betul-betul mencapai orang miskin," kata Sri Mulyani dalam rapat Komisi XI DPR, di Jakarta, Kamis (9/12).

Sebagian besar dari dana kompensasi tersebut adalah salah sasaran. Bahkan, ada program kompensasi yang ternyata tidak ada hubungannya sama sekali dengan kelompok masyarakat miskin..

Proses kegiatan ilmiah menurut Richie Calder dimulai ketika manusia mengamati sesuatu. Bila dilakukan telaahan lebih lanjut akan membawa kita pada pertanyaan mengapa manusia mengamati sesuatu? Manusia mulai mengamati sesuatu kalau mempunyai perhatian terhadap obyek tersebut. Perhatian tersebut oleh John Dewey dinamakan sebagai suatu masalah. Permasalahan timbul karean adanya kontak manusia dengan dunia empiris. Dengan adanya permasalahan maka proses kegiatan berpikir dimulai dan karena masalah ini berasal dari dunia

empiris maka proses kegiatan berpikirkpun akan diarahkan pada pengamatan obyek yang bersangkutan yang bereksistensi pada dunia empiris pula. Bila dikaitkan dengan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin maka pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin mulai dijadikan permasalahan saat terjadinya krisis moneter pada tahun 1997, dimana keluarga miskin tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan karena tidak terjangkau ditinjau dari aspek biaya. Selain itu indikator kesehatan menunjukkan gambaran yang mengesankan seperti yang diungkapkan oleh Direktur Akademik LEAD, Taufik Alimi sebagai berikut :

Indikator Kesehatan menunjukkan gambaran yang kian mengesankan. Sarana Kesehatan yang terjangkau rakyat kecil semakin mahal dan berakibat pada penurunan kualitas kesehatan masyarakat berpenghasilan rendah. Bahkan bila dibandingkan dengan negara Vietnam, Sri Lanka dan Filipina Indonesia masih kalah jauh. Belanja kesehatan pemerintah Indonesia hanya 0,6 persen dari PDB, sementara Filipina sudah 1,6% ; Thailand 1,9% dan Sri Lanka 1,7%. Akibat dari kebijakan yang salah tersebut , kualitas sumber daya manusia Indonesia benar-benar rendah. Dilihat dari peringkat Human Development Report (HDR) maka Indonesia ternyata menduduki peringkat 111 dari 177 negara yang dievaluasi. Dalam hal Human Development Index (HDI) Indonesia juga di bawah semua negara ASEAN kecuali Vietnam, Kamboja, Myanmar dan Laos.

Dengan melihat adanya permasalahan dalam akses terhadap pelayanan kesehatan pada keluarga miskin maka pemerintah membuat program pengentasan kemiskinan dimana salah satu programnya adalah pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin yang dibiayai oleh pemerintah yang sudah dimulai sejak empat tahun yang lalu.

KRITERIA KEBENARAN

Dalam pelayanan kesehatan terhadap keluarga miskin selain aspek pelayanan yang penting pula ditetapkan adalah kriteria tentang keluarga miskin tersebut. Kriteria keluarga miskin yang telah ditetapkan dan dipergunakan saat ini adalah berdasarkan kriteria yang dikeluarkan oleh Tim Pemetaan Kemiskinan Badan Pusat Statistik (BPS). Indikator yang dipergunakan dalam kriteria miskin tersebut adalah konsumsi berupa makanan, yakni kurang dari 2.100 kalori per hari dan non-makanan. Bahkan, jika kriteria Bank Dunia yang dipakai, yakni pendapatan di bawah 2 dolar AS per hari atau Rp 540.000 per bulan, maka dengan upah minimum provinsi (UMP) di DKI Jakarta Rp 711.000 per bulan, berarti seorang pegawai dengan tanggungan istri yang tak bekerja sudah masuk kategori miskin. Kriteria tersebut haruslah mencerminkan kebenaran tentang miskin tidaknya suatu keluarga sehingga pelayanan kesehatan yang dilaksanakan pemerintah secara gratis dapat tepat pada sasarannya.

Terdapat banyak teori tentang rumusan substantif apa itu kebenaran. Michael Williams mengenalkan setidaknya terdapat 5 teori tentang kebenaran yaitu kebenaran koherensi, kebenaran korespondensi, kebenaran performatif, kebenaran pragmatik dan kebenaran proporsi. Berdasarkan teori kebenaran proporsi dikatakan bahwa suatu kebenaran dapat diperoleh bila proporsinya benar. Aristoteles mengatakan bahwa proporsi benar adalah bila sesuai dengan persyaratan formal suatu proporsi. Pada logika yang lain proporsi benar tidak dilihat pada benar formalnya tetapi dilihat pada benar materiilnya. Sedangkan yang dimaksud dengan proporsi itu sendiri adalah suatu pernyataan yang berisi

banyak kompleks. Pernyataan itu merentang dari yang subyektif individual sampai yang obyektif. Berdasarkan teori koherensi suatu pernyataan dianggap benar bila pernyataan tersebut bersifat koheren atau konsisten dengan pernyataan-pernyataan sebelumnya yang dianggap benar. Sesuatu yang koheren dengan sesuatu yang lain mencerminkan adanya suatu keharmonisan atau suatu kesesuaian dengan sesuatu yang memiliki hierarki yang lebih tinggi. Koherensi tersebut mungkin saja tetap pada dataran sensual rasional, tetapi dapat juga menjangkau dataran transenden. Teori ini dikembangkan oleh Plato dan Aristoteles berdasarkan pola pemikiran yang dipergunakan Euclid dalam menyusun ilmu ukurnya. Sedangkan kebenaran berdasarkan teori korespondensi yang dikembangkan oleh Bertrand Russel (1872-1970) mengatakan bahwa suatu pernyataan dianggap benar jika materi pengetahuan yang dikandung pernyataan tersebut berkorespondensi (berhubungan) dengan obyek yang dituju oleh pernyataan tersebut. Berpikir benar korespondensial adalah berpikir tentang terbuhtinya sesuatu itu dengan sesuatu yang lain. Korespondensi relevan dibuktikan sejalan atau berlawanan arah antara fakta yang satu dengan yang lain yang diharapkan (positifme), antara fakta dengan keyakinan yang diyakini yang sifatnya spesifik (phenomologi). Baik teori koherensi maupun teori korespondensi dipergunakan dalam cara berpikir ilmiah.

Proses pembuktian secara empiris dalam bentuk pengumpulan fakta-fakta yang mendukung suatu pernyataan tertentu mempergunakan teori kebenaran yang disebut sebagai teori kebenaran pragmatis (Charles S. Peirce). Bagi seorang pragmatis maka kebenaran suatu pernyataan diukur dengan kriteria apakah

pernyataan tersebut bersifat fungsional dalam kehidupan praktis. Kriteria pragmatis juga dipergunakan oleh ilmuawan dalam menentukan kebenaran ilmiah dilihat dalam perspektif waktu.

Dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, selain kriteria keluarga miskin yang harus ditetapkan dengan benar juga diperlukan sistem yang tepat dan benar untuk mengatur pelaksanaan upaya-upaya pemerintah untuk memenuhi hak warga negeranya untuk tetap sehat termasuk hak keluarga miskin. Pada tahun 1998 saat krisis moneter terjadi pemerintah meluncurkan program JPS-BK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan) untuk pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin di Puskesmas dan jaringannya serta menempatkan bidan di desa. Program tersebut didukung oleh pembiayaan yang bersumber dari pinjaman luar negeri. Sementara program tersebut masih berjalan, pada tahun 2001 pemerintah juga meluncurkan program PDPSE-BK (Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan). PDPSE-BK merupakan program yang diperuntukkan bagi keluarga miskin untuk pelayanan kesehatan di rumah sakit, penyediaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar dan vaksin hepatitis B di puskesmas dan jaringannya. Pembiayaan program ini bersumber dari dana rupiah murni yang merupakan pengalihan dana dari subsidi BBM. Pada tahun 2002 program tersebut berganti nama menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidang Kesehatan). Pada tahun 2003 seluruh program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin ditetapkan sebagai PKPS BBM Bidang Kesehatan dengan dana dari rupiah murni yang seluruhnya berasal dari pengalihan subsidi BBM.

Dari tahun ke tahun beban APBN untuk menyediakan dana pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin terus meningkat dan akan meningkat terus di masa datang karena kenaikan biaya-biaya tindakan kesehatan, sementara hak keluarga miskin untuk tetap sehat tetap menjadi tanggung jawab pemerintah selain tanggung jawab keluarga miskin itu sendiri. Berdasarkan uraian di atas, maka kriteria suatu sistem yang benar untuk tetap memberikan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin perlu ditetapkan dengan baik dengan menggunakan pola berpikir secara filsafat yaitu secara menyeluruh, mendasar dan spekulatif, menggunakan metode normatif dan deduktif dengan berdasarkan pada asas-asas moral yang filsafati.

Dalam membangun dan membuat suatu sistem pelayanan kesehatan bagi orang miskin baik termasuk pembiayaannya apakah dalam bentuk subsidi ataukah dalam bentuk diasuransikannya keluarga miskin, secara filsafat ilmu yang perlu ditelaah bagaimana proses yang memungkinkan didapatkannya pengetahuan yang berupa ilmu karena saat ini di Indonesia belum ada suatu model pembiayaan kesehatan untuk mendukung pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dimana pembayaran terhadap pelayanan yang diperoleh keluarga miskin tidaklah menjadi tanggung jawab mereka. Walaupun di negara-negara Barat model tersebut memang sudah ada tetapi tidak dapat diterapkan secara langsung di Indonesia. Selain itu juga belum diketahui bagaimana prosedur yang terbaik bagi keluarga miskin untuk dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya dan juga belum diketahui prosedur yang saat ini sedang berlangsung apakah benar-benar menjamin bagi semua pihak yang berkepentingan dalam manajemen program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin untuk dapat membuat

perencanaan, pelayanan maupun melaksanakan evaluasi program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Dalam aspek manajemen program termasuk juga didalamnya bagaimana dengan aspek pembiayaannya, karena dari tahun ke tahun kecenderungan pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin akan cenderung makin besar. Hal ini selain disebabkan karena kemajuan teknologi kesehatan yang memberikan konsekuensi pada peningkatan biaya pelayanan kesehatan tetapi juga disebabkan oleh jumlah orang miskin yang semakin lama semakin bertambah banyak seperti dikemukakan oleh Ketua Tim Pemetaan Kemiskinan Badan Pusat Statistik (BPS) Dr Dedi Walujadi. Ia mengatakan bahwa 42,8 juta jiwa atau 20% dari total penduduk Indonesia sebanyak 214 juta termasuk dalam kriteria miskin pada tahun 2004 dan jumlah ini terancam akan kian membengkak menjadi 37%. Padahal, tahun 2003 penduduk miskin di Indonesia berjumlah 37,3 juta jiwa. Prediksi membengkaknya jumlah penduduk miskin tahun 2005 mudah kita pahami karena ketidakpastian ekonomi, seperti kenaikan harga BBM akan membuat masyarakat yang berada dalam kelompok tersebut terpuruk dalam kategori miskin absolut, yakni kelompok masyarakat yang berada di bawah garis kemiskinan.

PENUTUP

Pemerintah bukanlah tidak melakukan upaya-upaya untuk menanggulangi kemiskinan, tetapi apa yang dilakukan tidak tepat sasaran. Keinginan tersebut harus didukung oleh perencanaan yang baik dari berbagai sektor yang terpadu

sehingga pelaksanaan penanggulangan kemiskinan di berbagai sektor dapat terlaksana dengan baik dan tepat pada sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan. 2003. Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM BIDKES) Pada Daerah Uji Coba Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin (JPK-GAKIN).
2. Departemen Kesehatan. 2004. edisi 12 Juni 2004 (<http://www.depkes.go.id/index>)
3. Departemen Kesehatan. 2004, edisi 20 Agustus 2004 (<http://www.depkes.go.id/index>)
4. Herman Soewardi. 2004. Roda Berputar Dunia Bergulir. Kognisi Baru Tentang Timbul Tenggelamnya Sivilisasi. Bakti Mandiri, Bandung.
5. Jujun S. Suriasumantri. 1993. Filsafat Ilmu. Sebuah Pengantar Populer. Cetakan ke 7. PT Karya Uni Press, Jakarta.
6. Muhammad Baqir Ash-Shadr. 1983. Falsafatuna. Pandangan Muhammad Baqir Ash-Shadr Terhadap Pelbagai Aliran Filsafat Dunia. Penerbit Mizan.
7. Martaja. 2005. Strategi Gebrakan Atasi Kemiskinan (<http://www.perpustakaan.bappenas.go.id>)
8. Noeng Muhadjir. 2001. Filsafat Ilmu. Positivisme, PostPositivisme, dan PostModernisme. Edisi ke II Cetakan I. Rake Sarasin, Yogyakarta.
9. Siti Fadilah Supari. 2004. Rakyat Miskin Berobat Gratis. Perspektif Baru (<http://www.perspektif.net/articles/view.asp>) [28/12/04]
10. Taufik Alimi. 2004. Subsidi BBM dan Kualitas Hidup Manusia Indonesia (<http://www.terranel.or.id/tulisan>)
11. _____, 2004. Sedikit Dana Kompensasi BBM Sampai ke Orang Miskin, Jakarta, Pelita 10 Desember 2004.

12. _____, 2004. MenSos : Perlu Keterpaduan Usaha Berbagai Pihak Dalam Penghapusan Kemiskinan (<http://www.depsos.go.id/modules.php>)