MODEL PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DI KABUPATEN BANYUMAS

Sri Hartini, Tedi Sudrajat, dan **Rahadi Wasi Bintoro**
Fakultas Hukum Universitas Jenderal Soedirman
E-mail: sri.hartini@unsoed.ac.id

Abstract

The legal protection to health care, especially for the poor directed to apply the principles of holistic, unity, evenly, acceptable and achievable. Therefore, this article is useful to explain the rules, policies and barriers that occur in its implementation. Based on the classification, there are 3 part in implementing legal protection and health services include arrangement of the essence of health development, funding and health service delivery. Policies that have been implemented in Banyumas includes a health card namelly jamkesmas, jamkesda, and jampersal. In fact, there are resistance from the aspect of substance, structure and legal culture that affects all three models of its implementation.

Key words: legal protection, health care, the poor

Abstrak

Perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat miskin diarahkan untuk dapat menerapkan prinsip yang menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau.Oleh karena itu, artikel ini hadir guna menjelaskan pengaturan, kebijakan dan hambatan yang terjadi dalam penerapannya. Mencermati pemilahan dalam pengaturannya, terdapat 3 (tiga) klasifikasi dalam menerapkan perlindungan hukum dan pelayanan kesehatan meliputi pengaturan terhadap esensi pembangunan kesehatan, pendanaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Adapun kebijakan yang telah diterapkan di Kabupaten Banyumas meliputi jamkesmas, jamkesda dan jampersal. Dalam pelaksanaannya terdapat hambatan dari aspek substansi, struktur dan budaya hukum yang ketiganya mempengaruhi model pelaksanaannya.

Kata Kunci : perlindungan hukum, pelayanan kesehatan, masyarakat miskin

Pendahuluan

Pembangunan nasional merupakan sarana strategis guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat, yang pada hakekatnya diarahkan untuk membentuk manusia seutuhnya yaitu untuk membangun kesejahteraan masyarakat Indonesia seluruhnya. Dalam kaitan ini, ruang lingkup pembangunan nasional sangat luas, maka pelaksanaannya harus secara terencana, menyeluruh, bertahap dan berlanjut. Pada tiap-tiap tahap diharapkan dicapai keselarasan dalam kemajuan lahiriah dan batiniah yang merata mencakup seluruh rakyat, dengan kadar keadilan sosial yang meningkat, dengan demikian pembangunan adalah suatu proses yang berjalan terus menerus.

Hakikatnya, pembangunan kesehatan merupakan kewajiban bersama dari masyarakat dan pemerintah. Masyarakat adalah pelaksana utama pembangunan sedangkan pemerintah berkewajiban untuk mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang menunjang, saling mengisi dan saling melengkapi dalam satu kesatuan langkah menuju tercapainya tujuan.

Pembangunan di Indonesia telah membawa banyak perubahan dalam berbagai aspek di masyarakat, baik pada kawasan pedesaan mau pun perkotaan. Perubahan tersebut membawa dampak tidak hanya terhadap lingkungan fisik, tetapi juga sistem nilai dalam tatanan kehi-

* Artikel ini merupakan artikel hasil penelitian dengan skim Hibah Penelitian Unggulan yang dibiayai oleh DIPA UNSOED pada Tahun 2012

dupan sosial bermasyarakat. Di Propinsi Jawa Tengah, perubahan yang diciptakan oleh pembangunan di daerah ternyata membawa implikasi yang mengkhawatirkan dan sifatnya kompleks, karena ternyata telah melahirkan keterbelakangan dan kemiskinan dalam masyarakat.[1] Salah satu bentuk kemiskinan yang dihadapi masyarakat adalah kemiskinan terhadap akses kesehatan.

Secara umum, menurunnya posisi Indonesia dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2011 memberikan gambaran tentang lemahnya kebijakan daerah dan kurang sinergisnya hubungan antara pusat dan daerah.[2] Buktinya di Banyumas, angka kematian ibu di tahun 2010 belum memenuhi target capaian ideal yaitu masih 123,9/100.000 kelahiran hidup.[3]

Mengingat kesehatan merupakan aspek penting dalam kehidupan masyarakat, maka pemerintah seharusnya menciptakan suatu pembangunan kesehatan yang memadai sebagai upaya perbaikan terhadap buruknya tingkat kesehatan selama ini. Dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) pada Pasal 28H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin, dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan pemerintah dan pemerintah daerah. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan UUD 1945, setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara, dan upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat.

Berdasarkan UUD 1945 Pasal 28H dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tersebut mengisyaratkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan. Mencermati hal tersebut, maka upaya penjaminan pelayanan dan perlindungan kesehatan bagi masyarakat miskin merupakan harapan dan luaran dari negara kesejahteraan dan sepatutnya dilaksanakan dengan mengacu pada norma yang ada.

Permasalahan

Ada dua permasalahan yang dibahas pada artikel ini. *Pertama*, mengenai bentuk pengaturan dan kebijakan yang berkaitan dengan perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat misikin di Kabupaten Banyumas; dan *kedua* mengenai hambatan yang timbul dalam pengaturan dan kebijakan yang berkaitan dengan perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Banyumas.

Metode Penelitian

---

1 Berdasarkan data BPS (Badan Pusat Statistik) tahun 2008, tingkat kemiskinan Jawa Tengah masih menduduki peringkat ke 22 dari 33 Provinsi di Indonesia dan juga mempunyai tingkat kemiskinan paling besar di banding Provinsi lainnya di pulau Jawa. Lihat Sri Hartini dan Tedi Sudrajat, "Fenomena Kemiskinan dalam Kebijakan Publik", *Majalah Dinamika Hukum,* Vol. 6 No. 1 Januari 2006, Purwokerto: FH UNSOED, hlm. 88-99

2 Pada tahun 2011, Indonesia berada di peringkat 124 dari 187 negara

3 Data dari tahun 2009 menunjukkan bahwa Indonesia masih mengalami 307 kematian untuk setiap 100.000 kelahiran hidup. sementara MDG bertujuan untuk menurunkannya menjadi 105 kematian pada tahun 2015. Lihat Tedi Sudrajat dan Agus Mardianto, "Hak atas Pelayanan dan Perlindungan Kesehatan Ibu dan Anak (Implementasi Kebijakan di Kabupaten Banyumas)", *Jurnal Dinamika Hukum* Vol. 11 No. 2 Mei 2011, Purwokerto: FH UNSOED, hlm. 266

Tipe penelitian ini adalah *socio legal research* dengan pendekatan kualitatif. Informannya adalah Ketua Komisi D DPRD Banyumas, Ketua Bidang Pembinaan dan Pengabdian Kemitraan dan Promosi Kesehatan (P2KPK) di Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas. Metode pemilihan informan dilakukan dengan menggunakan model *purposive sampling* dengan cara melakukan wawancara dan hasil wawancara tersebut dikomparasikan dengan observasi dan didukung oleh kepustakaan dan dokumentasi.

Metode pengolahan data dilakukan dengan metode analisis interaktif dan disajikan secara naratif. Untuk mempertanggungjawabkan substansi dilakukan uji data dan keabsahan data dengan model triagulasi sumber. Adapun substansi dianalisis dengan *content* dan *comparative analysis* dengan menggunakan beberapa model penafsiran meliputi penafsisar gramatikal, sistematis dan teleologis.

Pembahasan

Bentuk Pengaturan dan Kebijakan Perlindungan Hukum terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Kabupaten Banyumas

Pada dasarnya, sejak konferensi di Alma-Ata tahun 1978 WHO (*World Health Organization*) telah mencetuskan "Deklarasi Alma-Ata" yang pada dasarnya menyepakati bahwa *primary health care* adalah kunci untuk mencapai tujuan "*Health for all the world's people*" Adapun lima konsep dasarnya adalah: *pertama,* atas dasar pemerataan, pelayanan kesehatan harus dapat mencakup seluruh masyarakat; *kedua,* pelayanan kesehatan harus efektif, efisien, dapat terjangkau dan diterima masyarakat; *ketiga,* pelayanan kesehatan harus mencakup pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif; *keempat,* masyarakat dan perseorangan harus berpartisipasi dalam kegiatan pelayanan kesehatan dan harus dapat swasembada; *kelima,* upaya pelayanan kesehatan harus menca-kup juga dan berkaitan dengan faktor-faktor sosial lainnya seperti lingkungan, ekonomi dan lain-lain.[4]

Hal ini berarti bahwa kebijakan pembangunan kesehatan akan selalu terkait dengan kebutuhan masyarakat berupa program-program peningkatan kesehatan masyarakat miskin sebagai bagian integral dari rencana pembangunan kesehatan nasional dalam jangka panjang. Dalam kaitan ini, pembangunan kesehatan masyarakat miskin merupakan suatu program nasional yang harus diwujudkan dan diaplikasikan dalam rangka menciptakan kesejahteraan masyarakat sebagaimana termaktub dalam alinea keempat Pembukaan UUD 1945.

Pembangunan kesehatan pada era otonomi daerah, didistribusikan kewenangannya (desentralisasi) ke tingkat daerah, yang berdampak pada perubahan tatanan dasar pemerintahan dan kewenangan dari pemerintah. Hal ini bermakna bahwa pembangunan kesehatan di tingkat daerah didasarkan pada kebijakan yang secara hierarkis mengacu pada peraturan perundang-undangan dan diimplementasikan dalam bentuk program kerja. Di tingkat daerah, bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus dilaksanakan. Penyelenggaraan urusan wajib merupakan perwujudan otonomi yang pada intinya adalah pengakuan/ pemberian hak dan kewenangan.[5]

Mencermati problematika perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Banyumas, maka peneliti akan mengkaji satu persatu kata kunci didalam penelitian ini meliputi: kemiskinan, pelayanan dan perlindungan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini dimaksudkan untuk menjelaskan hubungan antara kemiskinan, pelayanan dan perlindungan kesehatan sehingga nantinya diketahui mengenai bentuk pengaturan dan kebijakan yang sesuai diterapkan di Kabupaten Banyumas.

Kemiskinan

[4] Lo Siauw Ging,1995*, Analisis Kebijakan Tentang Fungsi Sosial Rumah Sakit Swasta,* Tesis, Jakarta: Pancasarjana UI, hlm. 1.

[5] Ratih Ariningrum, NK Aryastatmi, "Studi Kualitatif Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Setelah Penerapan KW-SPM Di Kabupaten Badung, Tanah Datar, Dan Kota Kupang", *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 11 No. 1 Januari 2008, Jakarta: Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat, hlm. 33

Persoalan kemiskinan menjadi tantangan garda depan dunia, tidak hanya di Indonesia, tetapi ia menjadi permasalahan terbesar abad 21. Hal tersebut dimuat, salah satunya di MDGs yang disepakati oleh PBB, berupa target bersama dari 180 negara untuk mengurangi separuh jumlah penduduk miskin dunia dalam periode 2000-2015.[6] Realitasnya, di Indonesia, kemiskinan merupakan permasalahan sosial yang hadir di tengah-tengah kehidupan masyarakat Indonesia. Hal inilah yang menciptakan kewajiban pemerintah sebagaimana diamanatkan UUD 1945 untuk memberikan hak dasar guna mewujudkan masyarakat yang sejahtera.

Tingginya jumlah penduduk miskin tersebut disebabkan beberapa hal. *Pertama,* penyebaran pembangunan yang belum merata terutama di perdesaan; *kedua,* terbatasnya akses terhadap layanan dasar (kesehatan, pendidikan, perumahan, permukiman, infrastruktur, permodalan/kredit, dan informasi) dan bantuan sosial bagi masyarakat miskin; dan *ketiga,* rendahnya kapasitas dan produktivitas usaha serta keterbatasan akses terhadap sumber-sumber pendanaan.

Untuk mengukur kemiskinan, BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Adapun kriteria masyarakat miskin meliputi: luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m^2 per orang; jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan; jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/ rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester; tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama dengan rumah tangga lain; sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik; sumber air minum berasal dari sumur/ mata air tidak terlindung/sungai/air hujan; bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah; hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu; hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun; hanya sanggup makan sebanyak satu/dua kali dalam sehari; tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik; sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000 per bulan; pendidikan tertinggi kepala kepala rumah tangga: tidak sekolah/tidak tamat SD/hanya SD; dan tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai Rp. 500.000, seperti: sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

Berdasarkan kriteria tersebut, maka rumah tangga yang tidak memenuhi syarat untuk mendapatkan bantuan/subsidi pemerintah adalah rumah tangga yang tidak memenuhi kriteria tersebut di atas, PNS, TNI, Polri/pensiunan, pengungsi yang diurus oleh pemerintah, dan penduduk yang tidak mempunyai tempat tinggal. Kemiskinan dapat pula dikatakan sebagai rendahnya kualitas hidup masyarakat karena tidak terpenuhinya kebutuhan sosial, artinya kesempatan mereka untuk mendapatkan barang-barang dan pelayanan-pelayanan yang disediakan oleh pemerintah sangat kecil, termasuk akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Padahal kesehatan adalah salah satu aspek penting dalam kehidupan masyarakat yang harus mendapatkan perhatian lebih dari pemerintah. Biaya kesehatan yang mahal menjadi kendala bagi masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.

Desentralisasi Kesehatan dalam Rangka Pelayanan dan Perlindungan Hukum Bagi Masyarakat Miskin

Sebagaimana diamanatkan konsititusi dan undang-undang, Kementerian Kesehatan menetapkan kebijakan untuk lebih memfokuskan pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Dasar pemikirannya adalah selain memenuhi kewajiban pemerintah juga berdasarkan kajian bahwa indikator-indikator kesehatan akan lebih baik apabila lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan. Melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyara-

[6] Syarif Iman Hidayat, "Studi Kemiskinan Dalam Perspektif Masyarakat Miskin Desa Tertinggal Di Kabupaten Sampang", *Jurnal Teknologi Dan Manajemen Informatika*, 6 Edisi Khusus September 2008, Malang: Universitas Merdeka Malang, hlm. 78

kat Miskin diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran disamping dapat terlayaninya kasus-kasus kesehatan masyarakat miskin umumnya.

Bergulirnya era otonomi daerah ditandai oleh adanya pengalihan kewenangan pemerintahan pusat menjadi terdistribusi ke daerah-daerah melalui proses desentralisasi. Desentralisasi diharapkan membawa angin segar bagi tumbuhnya demokrasi dan partisipasi warga dalam segenap aktivitas pembangunan yang pada gilirannya dapat meningkatkan kesetaraan antar golongan, memperluas keadilan sosial dan memperbaiki kualitas kehidupan rakyat banyak.[7] Namun demikian, pengalaman desentralisasi selama sebelas tahun terakhir pasca Orde Baru memperlihatkan dua peta diametral. Peta pertama menunjukkan bahwa sebagian besar daerah (kabupaten/kota) tidak melakukan atau gagal meningkatkan kesejahteraan warganya. Peta kedua, menunjukkan beberapa daerah yang melakukan terobosan melalui penerapan kebijakan publik yang bernuansa perlindungan sosial, seperti pemberian pelayanan gratis di bidang pendidikan, kesehatan, perumahan dan administrasi.

Sedikitnya ada 3 (tiga) faktor kunci yang mendorong sebuah daerah mempromosikan perlindungan sosial sebagai salah satu jalan atau rute peningkatan kesejahteraan warganya. *Pertama,* komitmen elite lokal (pemerintah, DPRD) yang kuat, reformis dan pro kesejahteraan; *kedua,* g*ood governance*: reformasi birokrasi dan anggaran daerah; *ketiga,* partisipasi masyarakat memberi kontribusi penting bagi upaya-upaya promosi kebijakan kesejahteraan: desakan, keterlibatan dalam perencanaan kebijakan, dukungan atas kebijakan, aksi-aksi sukarela dalam implementasi di lapangan.

Mencermati hal diatas, penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, mempunyai arti penting karena beberapa alasan pokok. *Pertama,* menjamin terpenuhinya keadilan sosial bagi masyarakat miskin, sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mutlak mengingat kematian bayi dan kematian balita 3 kali dan 5 kali lebih tinggi dibanding pada keluarga tidak miskin; *kedua,* untuk kepentingan politik nasional yakni menjaga keutuhan integrasi bangsa dengan meningkatkan upaya pembangunan (termasuk kesehatan) di daerah miskin dan kepentingan politis internasional untuk menggalang kebersamaan dalam memenuhi komitmen global guna menurunkan kemiskinan melalui upaya kesehatan bagi keluarga miskin; *ketiga,* upaya-upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin, memerlukan penyelesaian menyeluruh dan perlu disusun strategi serta tindak pelaksanaan pelayanan kesehatan yang peduli terhadap penduduk miskin.

Perlindungan masyarakat miskin melalui peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi salah satu strategi yang sangat penting dalam lingkup kebijakan penanggulangan kemiskinan di Indonesia. Sehubungan dengan itu, studi ini akan difokuskan pada pemahaman tentang bagaimana upaya perluasan akses pelayanan kesehatan sebagai salah satu implementasi kebijakan perlindungan masyarakat miskin di daerah dalam konteks desentralisasi.

Konsep Kebijakan Perlindungan Kesehatan bagi Warga Miskin

Pada dasarnya, pemantapan program jaminan kesehatan dimaksudkan untuk menjamin akses terhadap intervensi yang *cost effective* berdasarkan bukti ilmiah yang berkualitas, memberdayakan wanita, keluarga dan masyarakat. Hal ini bermakna bahwa dalam mempromosikan kesehatan diperlukan pemahaman dan analisis kebutuhan yang tepat sasaran, sehingga nantinya akan mempengaruhi kebijakan sosial dan kebijakan kesehatan.[8]

Upaya-upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin, memerlukan penyelesaian menye-

[7] Lihat dan bandingkan dengan Kania Damayanti, "Kebijakan asuransi kesehatan untuk rakyat miskin (Askeskin): harapan dan kenyataan implementasi", *Jurnal Ilmu Administrasi,* Vol. 5 No. 1 Maret 2008, Bandung: Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi LAN, hlm. 62-84

[8] Oedojo Soedirham, "Promosi Kesehatan Sebagai Kebijakan Sosial", *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 10 No. 3 Juli 2007. Jakarta: Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, hlm. 273

luruh dan perlu disusun strategi serta tindak pelaksanaan pelayanan kesehatan yang peduli terhadap penduduk miskin. Peluang kebijakan daerah dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dalam konteks otonomi daerah dapat dioptimalkan dengan adanya desentralisasi fiskal.[9]

Pelayanan kesehatan peduli penduduk miskin meliputi upaya-upaya sebagai berikut. *Pertama*, membebaskan biaya kesehatan dan mengutamakan masalah-masalah kesehatan yang banyak diderita masyarakat miskin seperti TB, malaria, kurang gizi, PMS dan pelbagai penyakit infeksi lain dan kesehatan lingkungan; *kedua*, mengutamakan penanggulangan penyakit penduduk tidak mampu; *ketiga*, meningkatkan penyediaan serta efektifitas pelbagai pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat non personal seperti penyuluhan kesehatan, regulasi pelayanan kesehatan termasuk penyediaan obat, keamanan dan fortifikasi makanan, pengawasan kesehatan lingkungan serta kesehatan dan keselamatan kerja; *keempat*, meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan penduduk tidak mampu; *kelima*, realokasi pelbagai sumber daya yang tersedia dengan memprioritaskan pada daerah miskin; dan *keenam*, meningkatkan partisipasi dan konsultasi dengan masyarakat miskin. Masalah kesehatan masyarakat bukan masalah pemerintah saja melainkan masalah masyarakat itu sendiri karena perlu dilakukan peningkatan pemberdayaan masyarakat miskin.

Perlindungan Hukum terhadap Pelayanan Kesehatan

Batasan/pengertian perlindungan sebagai segala upaya pemenuhan hak dan pemberian bantuan untuk memberikan rasa aman seseorang. Ruang lingkup "perlindungan hukum" yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah perlindungan yang diberikan oleh Pemerintah melalui perangkat hukumnya seperti kebijakan dan peraturan Perundang-undangan.

Perlindungan hukum dimaksudkan untuk memberikan kepastian, keadilan dan kemanfaatan hukum bagi masyarakat. Salah satu bentuk perlindungan hukum bagi masyarakat adalah dengan diwujudkannya aturan serta kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan, didasarkan pada hak dasar yang diamanatkan UUD 1945. Secara umum aturan yang menaungi perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut. *Pertama*, UUD 1945; *kedua*, Pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan; *ketiga*, Pasal 34 ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak; *keempat*, Pendanaan dan Pengelolaan Dana Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin, yang meliputi: UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286), UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 5, Tambahan Lemb. Negara Nomor 4355), UU No. 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400), UU No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637), UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4920), UU No. 22 Tahun 2011 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2012, Per-Men Keuangan No. 134/PMK.6/2005 tentang Pedoman Pembayaran dalam Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Permen Keuangan No. 91/PMK.06/2007 tentang Bagan Akun Standar; *kelima*, Penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yang meliputi: UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Ta-

[9] Ria Masniari Lubis, "Sistem Informasi Kesehatan Nasional, Perlukah?", *Jurnal Info Kesehatan,* Vol. 7 No. 1 Tahun 2003, Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara hlm. 78

hun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063), UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072), UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 116, Tambahan Lembaran Negara No. 4431) dan PP No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637), UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan UU No. 12 tahun 2008 tentang perubahan kedua atas UU No. 32 Tahun 2004 (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Indonesia Nomor 4844), PP No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737), PP No. 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741), Perpres No. 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 94 Tahun 2006, PerMen Kesehatan No. 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 903/Menkes/Per/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dijadikan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Adapun kebijakan yang memberikan perlidungan hukum bagi masyarakat miskin di Kabupaten Banyumas berupa jamkesmas, jamkesda Propinsi Jawa Tengah, jampersal, dan jamkesmas non kuota. Jamkesmas adalah bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh Pemerintah, diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2008 dan merupakan perubahan dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin/JPKMM atau lebih dikenal dengan program Askeskin yang diselenggarakan pada tahun 2005 s.d. 2007. Program Jamkesmas diselenggarakan untuk memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas kesehatan yang melaksanakan program Jamkesmas, mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar dan terkendali mutu dan biayanya, dan terselenggaranya pengelolaan keuangan negara yang transparan dan akuntabel.

Program jaminan bantuan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang diberikan Pemerintah Propinsi Jawa Tengah kepada masyarakat Kab. Banyumas. Adapun jaminan pembiayaannya meliputi: Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dilakukan pada Puskesmas dan jaringannya; Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) pada RSUD Margono Soekarjo; dan Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) dilaksanakan pada Puskesmas rawat inap dan pelayanan rawat inap kelas III RSUD Margono Soekarjo dan Rumah Sakit luar daerah yang telah menjalin kerjasama dengan Pemerintah Kab. Banyumas.

Jaminan pembiayaan persalinan (Jampersal) yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir. Jampersal diperuntukkan bagi seluruh ibu hamil yang belum memiliki jaminan persalinan. Sasaran yang dijamin jampersal antara lain: ibu hamil; ibu bersalin; ibu nifas (sampai 42 hari setelah melahirkan); bayi baru lahir (sampai dengan usia 28 hari); adapun jaminan pembiayaannya meliputi: pemeriksaan kesehatan, pertolongan persalinan, pelayanan

nifas, pelayanan kb pasca persalinan, pelayanan bayi baru lahir. Peserta program Jampersal adalah seluruh ibu hamil yang belum memiliki jaminan persalinan (tidak tertanggung di dalam kepesertaan ASKES, Jamkesmas, Jamkesda, Jamsostek dan asuransi lainnya).

Program jaminan bantuan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang diberikan Pemerintah Daerah Kab. Banyumas kepada masyarakat Kab. Banyumas. Sasaran Program Jamkesda adalah masyarakat Kab. Banyumas yang belum memiliki jaminan kesehatan berupa Jamkesmas, ASKES dan asuransi kesehatan lainnya.

Hambatan Pengaturan dan Kebijakan dalam Perlindungan Hukum terhadap Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Misikin di Kabupaten Banyumas

Pembangunan di bidang kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Dalam perkembangannya, telah terjadi perubahan orientasi, baik tata nilai maupun pemikiran terutama mengenai upaya pemecahan masalah dibidang kesehatan. Perubahan orientasi tersebut kemudian mempengaruhi sistem kesehatan nasional melalui penerapan prinsip yang menyeluruh "*holistic*", terpadu "*unity*", merata "*evenly*", dapat diterima "*acceptable*" dan terjangkau "*achievable*" oleh masyarakat.[10]

Sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2 yang menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, dan terbitnya UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait harus memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Karena melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Berdasarkan konstitusi, pemerintah melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, diantaranya adalah Program Jaringan Pengaman Sosial Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2000, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDSE) tahun 2001, dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Pada awal tahun 2005, melalui Keputusan Menteri Kesehatan 1241/ Menkes/XI/04 pemerintah menetapkan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) melalui pihak ketiga, yaitu, PT Askes (persero) Program ini lebih dikenal sebagai program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Program Askeskin merupakan kelanjutan dari PKPS-BBM yang telah dilaksanakan sebelumnya, dimana pembiayaannya didanai dari subsidi BBM yang telah dikurangi pemerintah untuk dialihkan menjadi subsidi di bidang kesehatan. Program Askeskin (2005-2007) kemudian berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang. JPKMM/Askeskin, maupun Jamkesmas kesemuanya memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial.

Mencermati hal diatas, secara teoretis, fungsi pokok dari hukum adalah mengatur hubungan antarmanusia dan antara individu dengan negara agar segala sesuatu berjalan dengan tertib sehingga kedamaian karena tegaknya kepastian (hukum) dan keadilan di dalam masyarakat, yang notabene merupakan tujuan hukum dapat tercapai. Berdasar hal tersebut, menurut Radbruch, hukum seharusnya memenuhi nilai-nilai dasar yang meliputi keadilan, kegunaan (*zweekmaszigkeit*) dan kepastian hukum. Berdasarkan perspektif tersebut, maka penegakan hukum hendaklah dilihat sebagai

[10] Rusmin Tumanggor, "Masalah-Masalah Sosial Budaya Dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia", *Jurnal Masyarakat dan Budaya* Vol. 12 No. 2 2010, Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan, hlm. 223

suatu proses sosial yang melibatkan lingkungannya, dalam pengertian bahwa penegakan hukum sebagai kegiatan yang menarik lingkungan ke dalam proses tersebut, maupun yang harus menerima pembatasan-pembatasan dalam bekerjanya disebabkan oleh faktor lingkungan. Penegakan hukum dilihat sebagai kegiatan untuk mewujudkan keinginan-keinginan hukum menjadi kenyataan. Artinya, sebagai usaha untuk mewujudkan nilai-nilai dasar di dalam hukum seperti keadilan, kepastian hukum dan kemanfaatan. Namun permasalahannya adalah sekalipun ketiga-ketiganya merupakan nilai dasar dari hukum, namun diantara ketiganya terdapat *spannungsverhaltnis*, suatu ketegangan satu sama lain.

Berbicara tentang hambatan pelaksanaan perlindungan hukum dalam pelayanan kesehatan, maka didalamnya terdapat juga *spannungsverhaltnis* antara unsur kepastian, keadilan dan kemanfaatan hukum. Karenanya, hambatan hukum tersebut akan dilihat dan dianalisis melalui aspek struktur hukum, substansi hukum, dan budaya hukum. Khusus untuk permasalahan kesehatan di wilayah Banyumas, hal yang perlu dihubungkan dengan struktur, substansi dan budaya hukum adalah permasalahan konsep dan sistem pelayanan kesehatan, penerapan pelayanan kesehatan dan bentuk perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

Komponen pertama yang dianalisis adalah struktur hukum. Menurut Lawrence M. Friedman, yang dimaksud dengan suatu struktur sistem hukum adalah:

> *... its skeleton or framework, the durable part, which gives a kind of shape and definition to the whole.... The structure of a legal system consists of elements of this kind: the number and size of courts; their jurisdiction (that is, what kind of cases they hear, and how and why); and modes of appeal from one court to another. Structure also means how the legislature is organized, how many members..., what a president can (legally) do or not do, what procedures the police department follows, and so on. Structure, in a way, is a kind of cross section of the legal system? a kind of still photograph, which freezes the action.*[11]

Permasalahan yang berkaitan dengan struktur hukum dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin meliputi: *pertama,* pada dasarnya, akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar sudah meningkat yang ditandai dengan meningkatnya jumlah Puskesmas, dibentuknya Pos Kesehatan Desa (PKD) di tiap desa, dan dijaminnya pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas dan rumah sakit oleh Pemerintah Daerah. Namun akses terhadap pelayanan kesehatan masih belum merata, masih terbatasnya sarana pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan di daerah pinggiran Banyumas. Keterbatasan akses juga disebabkan karena kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur seperti di wilayah Lumbir dan Gumilir; *kedua,* jumlah dan jenis tenaga kesehatan terus meningkat namun kebutuhan dan pemerataan distribusinya belum terpenuhi, utamanya di desa. Masalah kurangnya tenaga kesehatan, baik jumlah, jenis dan distribusinya menimbulkan dampak terhadap rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan berkualitas, di samping itu juga menimbulkan permasalahan pada rujukan dan penanganan pasien untuk kasus tertentu; *ketiga,* pengembangan karier belum berjalan, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya; *keempat,* permasalahan obat, pemerintah telah berusaha untuk menurunkan harga obat namun masih banyak kendala yang dihadapi, salah satunya dalam hal produksi obat. Indonesia masih bergantung pada bahan baku impor yang menyebabkan harga obat masih sulit dijangkau masyarakat; *kelima,* sistem informasi kesehatan menjadi lemah setelah diterapkan kebijakan desentralisasi. Keterbatasan data menjadi kendala dalam pemetaan masalah dan penyusunan kebijakan. Pemanfaatan data belum optimal dan surveilans belum dilaksanakan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Mencermati permasalahan diatas, proses desentralisasi yang be-

[11] Lawrence M. Friedman, 1984, *American Law: An Introduction New York*: W.W. Norton & Co, hlm. 5

lum optimal berpotensi menimbulkan masalah pada buruknya pelayanan kesehatan yang diberikan bagi masyarakat.

Komponen kedua dari sistem hukum adalah substansi, yaitu *"...the actual rules, norms, and behavior patterns of people inside the system."*[12] Definisi ini menunjukkan pemaknaan substansi hukum yang lebih luas daripada sekadar stelsel norma formal (*formele normenstelsel*). Friedman memasukkan pula pola-pola perilaku sosial dan norma-norma sosial selain hukum, sehingga termasuk juga etika sosial seperti asas-asas kebenaran dan keadilan. Jadi, yang disebut komponen substansi hukum di sini adalah semua asas dan norma yang dijadikan acuan oleh masyarakat dan pemerintah. Berdasar hal di atas, maka terdapat permasalahan mendasar dalam pengaturannya, meliputi permasalahan alokasi dana, detail pelaksanaan kegiatan dan lemahnya perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Hal ini mengandung arti bahwa peraturan tersebut tidak memenuhi syarat hukum yang efektif karena beberapa hal. *Pertama,* kaidah hukumnya tidak jelas, karena tidak mencantumkan detail pelaksanaan kegiatan, ukuran keberhasilan serta keberkalaan evaluasi. Hal ini mengakibatkan kurang adanya perlindungan hukum bagi masyarakat miskin; *kedua,* dalam kaitannya dengan jaminan kesehatan masyarakat dapat diidentifikasi bahwa akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit meningkat, salah satu faktor pendorongnya adalah adanya jaminan pembiayaan kesehatan di rumah sakit bagi masyarakat miskin. Namun dalam implementasinya, pemerintah memiliki keterbatasan pada jumlah *Bed Occupation Rate* (BOR) kelas III yang dikhususkan bagi masyarakat tak mampu. Selain itu sistem rujukan belum berjalan dengan baik sehingga pelayanan kesehatan tidak efisien. Kebijakan serta pembinaan dan pengawasan belum mencakup klinik dan rumah sakit swasta, serta dirasakan belum terkoordinasinya pelayanan kesehatan secara integral; *ketiga,* sanksi yang belum tegas terhadap pelaksanaan kebijakan yang lalai/salah dalam melaksanakan kegiatan sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum dalam penjatuhan hukuman.

Khusus untuk anggaran pembiayaan kesehatan, berdasarkan UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan), pemerintah harus mengalokasikan dana minimal 5% dari APBN untuk pelayanan kesehatan. Perintah tersebut tertuang jelas dalam Pasal 171 ayat (1) yang menentukan bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara, di luar gaji. Pada kenyataannya, anggaran kesehatan di Indonesia belum mencapai angka sebagaimana diamanatkan UU tersebut. Bahkan sejak Indonesia merdeka, angka yang dialokasikan untuk anggaran kesehatan selalu di bawah 5%. Ini menunjukkan komitmen Indonesia sangat rendah dalam membiayai pelayanan kesehatan masyarakat

Permasalahan substansial adalah aturan tentang kesehatan telah mencantumkan minimal anggaran, namun hal tersebut tidak ditegaskan terhadap kondisi dimana alokasi dana tersebut tidak dilaksanakan sepenuhnya oleh penarik kebijakan. Hal tersebut kemudian berdampak pada tidak adanya perlindungan hukum bagi masyarakat terhadap kurangnya anggaran kesehatan.

Komponen ketiga dari sistem hukum adalah budaya hukum, yang diartikan oleh Friedmann sebagai:

> *... people's attitudes toward law and legal system/their beliefs, values, ideas, and expectations... The legal culture, in other words, is the climate of social thought and social force which determines how law is used, avoided, or abused.Without legal culture, the legal system is inert? a dead fish lying in a basket, not a living fish swimming in its sea.* [13]

Budaya hukum dapat diberikan batasan yang sama dengan kesadaran hukum. Kesadaran hukum adalah abstraksi (para ahli) mengenai perasaan hukum dari para subjek hukum. Da-

[12] *Ibid*, hlm.6

[13] *Loc.cit*

lam konteks pembicaraan tentang sistem hukum ini, tentu saja yang dimaksud dengan budaya hukum adalah kesadaran hukum dari subjek-subjek hukum suatu komunitas secara keseluruhan. Jadi, sekalipun struktur hukum (pejabat yang berwenang) dan substansi hukum (bekerja dan berlaku pelaksana pelayanan kesehatan, tetap saja terbuka kemungkinan adanya perbedaan tentang pola kerja dan penerapan dalam pelayanannya. Hal ini terjadi karena ada interaksi antara struktur, hukum yang berlaku, dan budaya kerja yang terbangun. Dalam hal ini, faktor budaya kerja bagi pelayan kesehatan dapat dikategorikan sebagai permasalahan yang harus diberikan perhatian khusus dalam sistem jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini dapat diidentifikasi dengan kurang responnya pelayan kesehatan terhadap pasien dari masyarakat miskin.

Adapun permasalahan yang berkaitan dengan budaya hukum dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah masyarakat masih ditempatkan sebagai obyek dalam pembangunan kesehatan, promosi kesehatan belum banyak merubah perilaku masyarakat menjadi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Pemanfaatan dan kualitas Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), seperti Posyandu dan Poskesdes masih rendah. Upaya kesehatan juga belum sepenuhnya mendorong peningkatan atau perubahan pada perilaku hidup bersih dan sehat, yang mengakibatkan tingginya angka kesakitan yang diderita oleh masyarakat.

Penutup

Simpulan

Pada dasarnya, pemerintah telah melakukan upaya untuk memberikan perlindungan hukum dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan beragam peraturan dan kebijakan reformasi kesehatan.Adapun program kesehatan yang diterapkan untuk daerah Banyumas meliputi Jamkesmas, Jamkesda Propinsi Jawa Tengah, Jampersal dan Jaminan Kesehatan Masyarakat Non Kuota, Pada saat ini pemerintah daerah Kabupaten Banyumas sedang merancang peraturan daerah tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah (Jamkemasda) namun substansinya masih dalam proses pematangan.

Faktor yang menghambat berupa faktor substansi, struktur dan budaya hukum. Aspek struktur hukum yang menghambat berupa akses terhadap pelayanan kesehatan masih belum merata, jumlah dan jenis tenaga kesehatan belum merata, kurangnya pengembangan karier bagi pelayan kesehatan, permasalahan distribusi obat dan sistem informasi. Aspek substansi berupa kaidah hukumnya tidak jelas, karena tidak mencantumkan detail pelaksanaan kegiatan, ukuran keberhasilan serta keberkalaan evaluasi, pengaturan tentang sistem rujukan belum berjalan dengan baik sehingga pelayanan kesehatan tidak efisien, kebijakan serta pembinaan dan pengawasan belum mencakup klinik dan rumah sakit swasta, dan sanksi yang belum tegas terhadap pelaksanaan kebijakan yang lalai/ salah dalam melaksanakan kegiatan sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum dalam penjatuhan hukuman. Aspek budaya hukum meliputi masyarakat masih ditempatkan sebagai objek dalam pembangunan kesehatan, promosi kesehatan belum banyak merubah perilaku masyarakat menjadi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), Pemanfaatan dan kualitas Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), seperti Posyandu dan Poskesdes masih rendah.

Saran

Ada beberapa saran yang dapat diberikan berkaitan dengan permasalahan yang dibahas pada artikel ini. *Pertama*, seharusnya terdapat penguatan kebijakan dan komitmen dari eksekutif dan legislatif dalam mengkaji perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan yang ukurannya pasti dan memberikan perlindungan hukum bagi masyarakat miskin; *kedua*, pada dasarnya, pelaksanaan aturan masih terkendala dengan aturan yang belum secara tegas mengatur tentang permasalahan alokasi dana, detail pelaksanaan kegiatan dan bentuk perlindungan hukum terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin; dan *ketiga*, seharusnya dibuat sistem informasi yang terpadu dan integral terhadap proses pelayanan kesehatan yang dibuat oleh Dinas Kesehatan.

Daftar Pustaka

Ariningrum, Ratih, NK Aryastatmi. "Studi Kualitatif Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Setelah Penerapan KW-SPM Di Kabupaten Badung, Tanah Datar, dan Kota Kupang". *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Jakarta*. Vol. 11 No. 1 Januari 2008;

Damayanti, Kania, "Kebijakan Asuransi Kesehatan untuk Rakyat Miskin (Askeskin): Harapan dan Kenyataan Implementasi", *Jurnal Ilmu Administrasi Vol.* 5 No. 1 Maret 2008 *Bandung: Lembaga Pengembangan Administrasi STIA LAN;*

Friedman, Lawrence M. 1984. *American Law: An Introduction.* New York: W.W. Norton & Co;

Ging, Lo Siauw. 1995. *Analisis Kebijakan tentang Fungsi Sosial Rumah Sakit Swasta.* Tesis. Jakarta: Pancasarjana UI;

Hartini, Sri dan Tedi Sudrajat, "Fenomena Kemiskinan dalam Kebijakan Publik", *Majalah Dinamika Hukum,* Vol. 6 No. 1 Januari 2006. Purwokerto: FH UNSOED*;*

Hidayat, Syarif Iman. "Studi Kemiskinan Dalam Perspektif Masyarakat Miskin Desa Tertinggal Di Kabupaten Sampang". *Jurnal Teknologi Dan Manajemen Informatika,* Vol. 6 Edisi Khusus September 2008. Malang: Universitas Merdeka Malang;

Lubis, Ria Masniari. "Sistem informasi Kesehatan Nasional, Perlukah?". *Jurnal Info Kesehatan,* Vol. 7 No. 1 Tahun 2003. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara;

Rahardjo, Satjipto. 2006. *Ilmu Hukum*. Bandung: Citra Aditya Bakti

Soedirham, Oedojo. "Promosi Kesehatan sebagai Kebijakan Sosial". *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* Vol. 10 No. 3 Juli 2007 Jakarta: Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat;

Sudrajat, Tedi dan Agus Mardianto, "Hak atas Pelayanan dan Perlindungan Kesehatan Ibu dan Anak (Implementasi Kebijakan di Kabupaten Banyumas)". *Jurnal Dinamika Hukum UNSOED Purwokerto*

Tumanggor, Rusmin, "Masalah-Masalah Sosial Budaya Dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia", *Jurnal Masyarakat dan Budaya*, Vol. 12 No. 2 2010. Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan.