



JOGJABANGKITNEWS



PEMULIHAN PELAYANAN KESEHATAN PASKA GEMPA

edisi 5/September/2007

Visi Kemitraan:

"Indonesia yang adil, demokratis dan sejahtera yang dibangun di atas landasan prinsip-prinsip dan praktik tata pemerintahan yang baik yang berkelanjutan"

⌘ Tajuk Rencana

Dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948 dikatakan kesehatan adalah hak dasar manusia. Undang-Undang Dasar 1945 tidak mengatakan hal itu, hanya secara umum kesejahteraan adalah hak semua warganegara, tidak spesifik. Kalau bangsa ini menganggap kesehatan adalah hak asasi manusia, maka kita akan berjuang untuk mewujudkannya. Seperti halnya perjuangan untuk mewujudkan kebebasan sebagai hak asasi manusia.

Hal ini diwujudkan Negara dalam bentuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakatnya. Pasca gempa saat masih dalam tahap emergency terlihat ketidaksiapan pemerintah dan penyedia pelayanan kesehatan dalam merespon para korban. Rumah sakit disebut korban, muncul banyak pos kesehatan, pembagian obat gratis tanpa melakukan pemeriksaan, tersebarunya obat yang kadaluarsa. Pada masa ini respon dan pelayanan yang diberikan luar biasa, bahkan banyak relawan medis yang datang dari



berbagai tempat untuk memberikan pelayanan langsung kepada korban. Bahkan pada tahap emergency ada ketimpangan pemberian pelayanan kesehatan di lapangan, kesehatan ibu dan anak dan kesehatan reproduksi wanita kurang sekali mendapat perhatian. Sehingga mayoritas ibu hamil pada saat gempa mengalami gizi rendah dan kondisi anak yang dilahirkan pun mengalami malnutrisi.

Dalam masa rehabilitasi dan rekonstruksi kesehatan pasca gempa, banyak permasalahan yang muncul. Berdasarkan survey Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, permasalahan yang muncul pasca gempa adalah sanitasi & ketersediaan air, rusaknya infrastruktur layanan kesehatan, wabah penyakit, menurunnya

lingkungan yang sehat, meningkatnya diffable dan yang mengalami cedera, meningkatnya masyarakat yang mengalami gangguan psikosomatis dan permasalahan ini masih tetap ada walaupun pasca gempa sudah 1 tahun 4 bulan. Yang disayangkan disini pelayanan kesehatan yang diberikan kepada korban gempa berangsur-angsur menurun. Sudah tidak ada lagi pemeriksaan gratis bagi korban, pemberian obat dan makanan tambahan. Pemulihan lebih difokuskan pada Rehabilitasi sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu dan Posyandu yang rusak).

Pasca gempa banyak pelajaran yang dapat dipetik. Bagaimana kesiapan pemerintah dalam memenuhi hak kesehatan masyarakatnya sangat teruji pada saat bencana. Jikalau gempa terjadi lagi jangan sampai kenangan buruk penanganan kesehatan kepada masyarakat pasca gempa terjadi lagi. Jadikan momentum gempa sebagai perbaikan pelayanan kesehatan bagi pemenuhan hak dasar masyarakat. (rdk)

Kesehatan Sebagai Hak Dasar

⌘ Kolom FYB



Rekomendasi Workshop

“Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Pasca Bencana”

JANGKA PENDEK

- Mendorong kepada pemerintah daerah dan pemerintah pusat untuk mempercepat upaya-upaya penyelesaian hutang-hutang pemerintah kepada rumah sakit.
- Memastikan penanganan korban yang membutuhkan perawatan lanjut (misal: pencabutan pen).
- Memastikan perbaikan pembagian Voucher Layanan Kesehatan bagi korban yang hanya berlaku pada rentang waktu tertentu saja.

JANGKA MENENGAH

- Mendorong adanya sistem pelayanan kesehatan terpadu bagi korban bencana yang berkelanjutan.
- Memastikan perbaikan pendataan yang akurat dan valid tentang askeskin dan jamkesos.
- Mendorong dan mempercepat perda mengenai sistem yang mengatur jaminan sosial kesehatan masyarakat, lembaga, dan pelayanan yang memenuhi hak-hak warga miskin/sadikin.

JANGKA PANJANG

- Perlunya membentuk forum bersama untuk memonitor upaya-upaya perbaikan kualitas layanan masyarakat.
- Mendorong fungsi preventif dan promotif baik puskesmas, rumah sakit, pemerintah, dan masyarakat (selama ini masih fungsi kuratif) bagi penyiapan lingkungan yang sehat.
- Water and sanitation baik secara infrastruktur maupun pengelolaan tata ruang atau wilayah yang menjamin hak hidup masyarakat.

(rdk)

ANGGARAN 2007 UNTUK RESPON KESEHATAN PASCA BENCANA PEMERINTAH PROPINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

Apa yang dapat dilakukan untuk menjamin kesehatan seseorang dalam satu tahun dengan biaya senilai harga semangkuk bakso? Jawabnya bisa macam-macam, tergantung kondisi kesehatan yang hendak dicapai.

Yang pasti, kenyataan itu ironis dengan dugaan rekening jutaan dollar di luar negeri milik sejumlah pejabat dan konglomerat Indonesia. Atau berita tentang makin banyaknya impor mobil mewah built-in yang harganya ratusan juta rupiah.

Dalam program rehab-rekon pasca gempa 2006 Pemerintah Daerah DIY melalui BAPEDA mengalokasikan dana perbaikan infrastruktur kesehatan sebesar Rp. 8.859.000.000. Dana tersebut digunakan untuk perbaikan puskesmas pembantu baik dalam kategori rusak ringan, sedang dan rusak berat dengan keseluruhan jumlah puskesmas pembantu sebesar 114 unit.

Pada tahun 2007, seiring dengan respon bencana yang masuk ke tahap rehabilitasi dan rekonstruksi, pemerintah propinsi DIY melalui APBD tahun 2007 memiliki program **peningkatan aksesibilitas, kualitas dan pelayanan kesehatan serta rekonstruksi infrastruktur kesehatan** dengan total anggaran Rp.19,310,642,389. Program tersebut, dijabarkan ke dalam 16 program yang dapat diklasifikasikan dalam upaya penyuluhan (promotif), pencegahan (preventif) dan pengobatan (kuratif) untuk respon terhadap kesehatan pasca bencana. Program preventif dan kuratif adalah, Program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, perbaikan gizi masyarakat, pengembangan lingkungan sehat, pencegahan dan penanggulangan penyakit menular dan upaya kesehatan masyarakat.

Total anggaran dari kelima program tersebut adalah sebesar Rp.

8,448,896,348 atau 43,7% dari total anggaran **peningkatan aksesibilitas, kualitas dan pelayanan kesehatan serta rekonstruksi infrastruktur kesehatan**. Jika melihat besarnya prosentase terhadap total anggaran, maka anggaran untuk program upaya preventif dan promotif di bidang kesehatan patut untuk diapresiasi, mengingat pasca bencana, lingkungan yang tidak sehat dan kondisi gizi masyarakat yang menurun, membutuhkan upaya yang serius agar masyarakat tidak mudah terkena penyakit untuk bangkit dari kondisi akibat bencana.

Bagaimana dengan upaya dari pemerintah untuk peningkatan aksesibilitas layanan kesehatan pasca bencana? Dalam APBD 2007, ada 5 program yang terkait dengan pelayanan kesehatan, program-program tersebut adalah program standarisasi pelayanan kesehatan, program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan, program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita, program peningkatan pelayanan kesehatan lansia, dan program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak dengan total anggaran dalam APBD Prop.DIY 2007 sebesar Rp.1,131,603,900 atau 5.9% dari total anggaran. Sementara itu, anggaran untuk kelompok balita, lansia, dan ibu melahirkan dan anak hanya sebesar Rp. 321.430.000 atau 1,7% dari total anggaran. Hal tersebut patut menjadi perhatian bersama bagi pengambil kebijakan mengingat balita, perempuan, lansia adalah kelompok rentan yang sering mendapatkan perlakuan diskriminatif dalam proses penyusunan kebijakan.

Di sisi yang lain, dalam APBD Prop.DIY tahun 2007, program untuk infrastruktur di bidang kesehatan

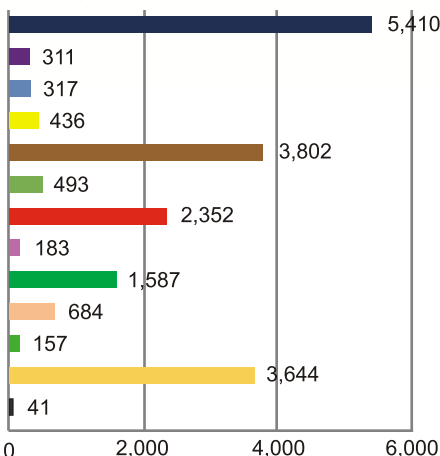
memperoleh alokasi anggaran yang cukup besar yaitu Rp.9,542,802,141, atau sebesar 49,1%. Anggaran tersebut digunakan untuk program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit jiwa, RS, RS (RS GRHASIA). Hal ini menunjukkan bahwa rehab rekon di bidang kesehatan masih terfokus pada rekonstruksi infrastruktur kesehatan.

Ada dua peran pemerintah di bidang kesehatan. Pertama, melindungi kesehatan penduduk miskin. Tugas bupati adalah mengidentifikasi jumlah orang miskin di daerahnya dan berapa kebutuhan pelayanan kesehatan dasar mereka. Pemerintah harus menyediakan uang untuk itu. Mekanismenya bisa langsung diberikan kepada pelayanan kesehatan atau lewat asuransi.

Kedua, tugas pemerintah adalah melaksanakan program kesehatan yang bersifat kesehatan masyarakat (public goods health services). Yaitu, pelayanan yang mempunyai dampak luas kepada masyarakat, seperti kontrol vektor, pencegahan polusi, sanitasi, imunisasi, penanganan penyakit yang mengancam kesehatan masyarakat seperti tuberkulosis, malaria.

Pemerintah harus menghitung berapa uang yang diperlukan penduduk di suatu wilayah untuk memberi pelayanan kesehatan dasar pada penduduk miskin dan untuk pelayanan kesehatan masyarakat. Sedangkan dananya diambilkan dari pajak. Masalah anggaran harus ada peran advokasi yang kuat dari Departemen Kesehatan untuk meyakinkan gubernur dan bupati bahwa alokasi anggaran kesehatan selama ini tidak cukup punya daya ungkit. Advokasi harus mengubah bahasa, jangan berorientasi medis. (Tenti)

Peningkatan Aksesibilitas, Kualitas Dan Pelayanan Kesehatan Serta Rekonstruksi Infrastruktur Kesehatan 2007



- Terselenggaranya penyediaan obat dan perbekalan kesehatan, peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak
- Terselenggaranya upaya kesehatan masyarakat
- Terselenggaranya pengawasan obat dan makanan
- Terselenggaranya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
- Terwujudnya perbaikan gizi masyarakat
- Terselenggaranya pengembangan lingkungan sehat
- Terwujudnya pencegahan dan penanggulangan penyakit menular
- Terselenggaranya standarisasi pelayanan kesehatan
- Terselenggaranya pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit
- Pemeliharaan sarana dan prasarana RS/RSJ/RS Paru-paru/RS Mata
- Terselenggaranya kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan
- Terwujudnya peningkatan pelayanan kesehatan anak balita dan lansia
- Pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana RS

Sumber data: review program/kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi pasca gempa propinsi DIY oleh Bapeda Prop.DIY.

Liberalisasi Kebijakan Kesehatan dan Marginalisasi Masyarakat Miskin

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan yang paling mendasar bagi kehidupan manusia. Hak untuk mendapatkan kesehatan yang layak merupakan hak rakyat yang harus dipenuhi oleh Negara yang dijamin sepenuhnya oleh undang-undang dasar 1945. Hal ini secara tegas disebutkan dalam pasal Pasal 28H dan 34 UUD 1945.

Kapasitas masyarakat untuk bisa mengakses kebutuhan dasarnya memang tidak setara, untuk itu dibutuhkan institusi yang memungkinkan bisa memberikan kebutuhan paling mendasar bagi setiap warga negara. Di sinilah negara berperan untuk memenuhi dan mengaturnya. Terutama dalam konteks kesehatan, negara harus dapat menjamin hak akan kesehatan bagi setiap warga negara, sebagaimana yang tertuang dalam deklarasi Alma Ata, bahwa negara harus dapat menjamin masyarakat untuk meningkatkan status kesehatan secara merata, mengurangi kesenjangan, mengakomodasi dan merespon kebutuhan nyata masyarakat dan menghargai martabat manusia serta menjamin keadilan sosial dalam pendistribusian dana kesehatan.

Kebijakan otonomi daerah yang dimulai tahun 1999 berdampak positif, setelah lebih dari 30 tahun terkungkung dalam sentralisme pembangunan yang berpusat di Jakarta, UU no. 22 tahun 1999 (sekarang UU 32 tahun 2005) tentang Pemerintahan Daerah memberikan kewenangan kepada daerah untuk mengatur dan mengurus kepentingan Masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat. Lebih lanjut bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh daerah kabupaten dan kota meliputi pertanian, pekerjaan umum, kesehatan, pendidikan dan kebudayaan, perhubungan, industri dan perdagangan, penanaman modal, lingkungan hidup, pertanahan, koperasi dan tenaga kerja.

Bagi beberapa daerah yang kaya akan Sumber Daya Alam memberikan kemajuan untuk pengembangan daerahnya tapi bagi daerah yang sumber pendapatan dan pembiayaannya terbatas, maka otonomi daerah menjadi masalah baru. Mau tidak mau pemerintah daerah menggunakan strategi peningkatan Pendapatan Asli Daerah (PAD) untuk memenuhi pembiayaan daerahnya. Upaya peningkatan PAD ini dilakukan dengan meningkatkan pajak dan retribusi daerah. Namun, program peningkatan retribusi daerah ini justru dilakukan di

sektor yang berhubungan dengan hak dasar rakyat seperti sektor pendidikan dan kesehatan.

Repotnya lagi, kita dihadapkan dengan pemerintahan yang telah telanjur menerapkan kebijakan-kebijakan neo-liberal. Salah satu bentuk dari kebijakan neoliberal tersebut adalah pemotongan subsidi publik bagi masyarakat termasuk didalamnya subsidi pendidikan, BBM dan kesehatan. Dibidang kesehatan kebijakan pencabutan subsidi ini mengharuskan institusi-institusi pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit dan Puskesmas membiayai sendiri operasionalisasinya dan ini semua bersumber dari retribusi pasien yang berkunjung pada Rumah Sakit maupun Puskesmas. Yang terjadi kemudian adalah swastanisasi pelayanan kesehatan yang mengakibatkan bidang kesehatan menjadi terkomodifikasikan (komoditas). Implikasi lebih jauh dari kebijakan tersebut, pelayanan kesehatan semakin tidak terjangkau dan menjadi barang yang sulit untuk diakses bagi rakyat miskin. Institusi – institusi pelayanan kesehatan milik pemerintah yang pada awalnya berfungsi untuk memberikan pelayanan bagi masyarakat miskin, dengan adanya kebijakan-kebijakan neoliberal tersebut akhirnya berubah fungsi menjadi Lembaga Jasa yang bersifat Komersil.

Tidak mengherankan kemudian, banyaknya kasus gizi buruk, tingginya angka kematian ibu melahirkan, tingginya angka kematian bayi, mahalnya harga obat, alokasi anggaran kesehatan yang tidak memadai, buruknya system penanganannya bagi korban bencana dan buruknya pelayanan pasien merupakan potret buram dari kesesat pikiran pemerintah selama ini dalam menyusun kebijakan kesehatan.

Melihat kondisi Indonesia saat ini yang terus mengalami bencana dan juga derajat kesehatan yang terus memprihatinkan, dibutuhkan suatu kebijakan kesehatan yang mampu melindungi masyarakat. Dan kebijakan tersebut harus dimulai oleh pemerintah dengan :

1. meninjau ulang kebijakan bidang kesehatan dengan merubah paradigma kesehatan yang berorientasi privatisasi menjadi berorientasi pada institusi layanan publik, sehingga negara dalam konteks ini adalah pemerintah pusat dan daerah harus bertanggung jawab terhadap hak dasar masyarakat akan kesehatan.

2. merevitalisasi pusat pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas) sebagai institusi pelayanan publik yang tidak bersifat komersial.

3. menyusun sebuah kebijakan mengenai jaminan sosial kesehatan yang mampu meng-cover seluruh masyarakat yang berbasis pada pajak penghasilan dan bukan berdasarkan pada hutang luar negeri.

4. menjadikan prinsip-prinsip Deklarasi Kesehatan Dunia sebagai sebuah acuan dalam menyusun kebijakan kesehatan dalam mencapai taraf atau derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat yang setinggi-tingginya.

(anak hilang '07)

“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”

Pasal 28H UUD 45



Merebut Kembali Hak Korban Atas Layanan Kesehatan Pasca Bencana

Pengantar

Segera setelah gempa menguncang jogja 466 hari yang lalu, saya menghubungi seorang sahabat yang tinggal di Imogiri. Sahabat tersebut kaki kanan bawahnya remuk tertimpa blandar rumah. 5 hari pasca 27 Mei 2006, saya mendapatkan informasi sahabat tersebut dirawat di salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta, itupun dirawat di halaman rumah sakit karena kondisi bangunan yang rusak dan pasien korban gempa yang jumlahnya besar serta jumlah tenaga medis yang minim.

Belum sempat menengok, saya mendapatkan informasi kembali sahabat tersebut telah dipindahkan ke puskesmas terdekat dari rumahnya (dibawah tenda darurat karena puskesmas roboh), dan seminggu kemudian pindah lagi ke salah satu rumah sakit milik pemerintah daerah Yogyakarta di sebelah utara yang bangunannya tidak rusak terkena gempa. Sebulan kemudian, sahabat tersebut dirawat di rumah sakit di Jakarta dengan pertimbangan dokter yang merawatnya sejak pertama terkena musibah tinggal di Jakarta dan alat di rumah sakit tersebut lebih lengkap. Akhirnya, saya bisa juga bertemu sahabat saya di Yogyakarta seminggu setelah dari Jakarta dengan kondisi kaki yang belum menunjukkan perubahan lebih baik. Bahkan, luka di kakinya mulai membusuk dan akan dioperasi kembali.

Layanan kesehatan pasca bencana: antara kuratif dan preventif

Sedikit pengantar diatas menggambarkan bahwa kondisi *emergency* pasca bencana bagi korban sangat memprihatinkan, apalagi bagi korban yang tinggal di wilayah dengan akses terhadap jalan dan transportasi yang sulit, serta bagi korban yang mengalami luka, perempuan yang sedang hamil, haid atau sakit, dan tentu saja bagi anak-anak. Jika penanganan terhadap korban tidak tepat maka kondisi korban akan semakin parah.

Bagi korban yang lain yang tidak mengalami luka, terkena batuk, pilek, radang saluran pernafasan, diare, tetanus, demam berdarah dan penyakit yang lain adalah hal yang juga tak kalah memprihatinkan pasca terjadi bencana gempa bumi. Bagi korban, tindakan kuratif dengan pemberian obat maupun rawatan lanjut menjadi hal yang sangat penting. Namun, tindakan preventif juga perlu dilakukan untuk meminimalkan resiko akibat bencana. Menjaga kondisi lingkungan yang bersih, akses terhadap air bersih yang lancar dan sanitasi yang baik adalah satu upaya preventif dalam menjaga kesehatan masyarakat.

Pelajaran yang bisa diambil dari respon terhadap bencana, seharusnya dilakukan secara sistematis, baik pada tahap pra bencana (*disaster preparedness*), tahap *emergency* (ketika bencana terjadi), dan tahap *recovery* yang menyangkut rehabilitasi dan rekonstruksi.

Pada tahap *disaster preparedness*, masyarakat harus disiapkan agar dapat menjaga lingkungan untuk meminimalkan resiko bencana. Menurut dr.Bondan Agus S, SE, MA selaku Kepala Dinas Kesehatan Propinsi DIY, saat ini sedang ditumbuhkan desa siaga di beberapa desa untuk *community preparedness in disaster management*.

Sementara itu, untuk *disaster management plan*, telah ada pusbankes (pusat bantuan kesehatan) yang telah didirikan sebelum gempa, dimana merupakan koordinasi antara RS, PMI, dan dinkes kabupaten.

Bagaimana upaya perawatan lanjutan pasca *emergency* (tahap *recovery* dan rehabilitasi), ketika tidak dirawat lagi oleh tenaga medis yang memadai, ketika rawat jalan, dan sebagainya. Pihak terkait dalam hal ini

pemerintah harus memberikan informasi yang sejelas-jelasnya kepada masyarakat terutama kepada masyarakat korban yang membutuhkan perawatan lanjut. Pemerintah sebenarnya telah memiliki program jaminan kesehatan bagi masyarakat korban pasca bencana. Program Askeskin misalnya, diberikan bagi masyarakat yang kurang mampu untuk dapat mengakses layanan kesehatan gratis. Masyarakat tidak mengetahui bahwa melalui askeskin mereka dapat melakukan terapi lanjutan secara gratis. Walaupun mereka tahu, mereka yang terdaftar sebagai peserta askeskin ketika mengakses layanan tersebut kurang mendapatkan layanan yang memadai. Sementara itu, yang belum memiliki askeskin, tidak mengetahui bagaimana mengurus askeskin tersebut.

Oleh karena itu, apapun yang menjadi upaya dari berbagai pihak, baik pemerintah, LSM, ormas dan masyarakat pada umumnya, program-program tentang layanan kesehatan baik melalui askeskin maupun jamkesos harus disosialisasikan secara jelas dan dengan akses layanan yang mudah dan cepat serta pendataan yang akurat. Kerjasama yang baik antar berbagai pihak juga perlu ditingkatkan dengan tetap memperhatikan kebutuhan kelompok khusus (perempuan, *disable*, dan anak).

Bagaimanapun, mengatasi persoalan kesehatan, baik pasca bencana maupun dalam kondisi normal, tidak hanya sekedar mengobati orang yang sakit, namun perlu juga dipikirkan bagaimana upaya preventif agar kualitas derajat kesehatan semakin meningkat dan pada kondisi apapun pihak-pihak terakut dan masyarakat telah siap mengatasinya. (Tenti)

¹Kayu berukuran besar sebagai kuda-kuda pada bagian atap rumah.

²Sebanyak 12.000 desa siaga telah dikembangkan di 12 propinsi di Indonesia (tahun 2006), tahun 2007 targetnya 30 ribu dan sampai akhir tahun 2008 seluruh desa di Indonesia bisa menjadi desa siaga. Di Yogyakarta, tepatnya di dua desa yakni Candan, Kecamatan Jetis, dan Karangtengah, Kecamatan Imogiri, dibentuk menjadi desa siaga Di Gunungkidul ada 103 desa siaga (www.bkkbn.or.id). Desa siaga dibentuk dalam rangka pemberdayaan kemandirian masyarakat desa dalam bidang kesehatan untuk tanggap. Baik dalam pelayanan kesehatan dasar, penanganan ibu yang melahirkan, maupun penanganan kasus luar biasa terhadap penyakit dan juga bila terjadi bencana. Dengan adanya desa siaga masyarakat akan tumbuh kesadaran secara mandiri dalam mengatasi berbagai permasalahan yang menyangkut bidang kesehatan. Pemerintah pusat telah mengalokasikan dana sebesar Rp.18,8 milyar tahun 2006 untuk pembentukan desa siaga (www.poltekesjogja.or.id). Roh dari Desa Siaga: masyarakat harus mau dan mampu melaksanakan program-program kesehatan, seperti keluarga berencana, perbaikan gizi, dan imunisasi. Di Desa Siaga inilah posyandu masuk ke dalamnya, selain poliklinik desa, pos obat desa, dan pelayanan keluarga berencana. Selain itu, ada pula kampanye Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) yang dijalankan secara paralel (www.kompas.com)

³Menkes Siti Fadilah Supari mengatakan pemerintah menjamin pengobatan pasien korban gempa bumi di Yogyakarta dan Jawa Tengah tidak dikenakan biaya apapun. Jika ada rumah sakit yang menarik bayaran terhadap pasien bencana itu, rumah sakit tersebut harus mengembalikan dana yang dipungut (Kompas 2/6/06). Sementara itu, berdasarkan informasi dari dinas kesehatan prop.DIY, layanan kesehatan untuk korban *disable* ada penyedia pusat rehabilitasi di desa, fasilitas homecare dan fisioterapi serta asuransi kesehatan melalui Jamkesos (disampaikan oleh dr.Bondan Agus S, SE, MA selaku kepala Dinkes Prop.DIY dalam workshop "Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Pasca Bencana, 27 Juni 2007, yang diselenggarakan FYB dan Partnership)

⁴Menurut penuturan salah satu korban *disable* pasca bencana, ketika akan fisioterapi untuk alat lanjutan bingung, karena bayar, harusnya include sampai ke penyembuhan.Ada yang akan operasi platina dan pengambilan platina bingung, biaya dari mana? jamkesos sudah ada tapi belum sampai ke penerima manfaat dan tidak tahu bagaimana cara mengakses jamkesos tersebut.

Upaya Mencapai Millenium Development Goals

Mengurangi tingkat kematian anak usia di bawah 5 tahun hingga dua pertiga; meningkatkan kesehatan ibu dan mengurangi rasio kematian ibu dalam proses melahirkan hingga 75%; dan memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit lainnya adalah 3 dari 9 tujuan MDG's (*Millennium Development Goals*) yang harus dicapai Indonesia dan 189 negara PBB lainnya pada tahun 2015. Begitu pentingnya dalam memberikan pelayanan kesehatan semaksimal mungkin pada masyarakat sehingga menjadi 3 tujuan besar MDG's.

Kita harus bekerja keras mencapainya mengingat Indonesia masih menghadapi kemiskinan yang berkepanjangan. Jumlah anak balita Indonesia yang terancam kurang gizi terus meningkat, mengingat ada 5-6 juta bayi lahir di Indonesia, dan dari jumlah itu 75-85 persen berasal dari keluarga miskin. Situasi ini belum

bergeser, mengingat baru-baru ini, Indonesia dinyatakan termasuk di jajaran negara-negara yang mundur dalam upaya pencapaian MDGs (Kompas, 03/03/2007). Laporan "A Future Within Reach" maupun Laporan MDGs Asia-Pasifik Tahun 2006 menempatkan Indonesia dalam kategori terbawah bersama Banglades, Laos, Mongolia, Myanmar, Pakistan, Papua Nugini, dan Filipina.

Sudah semestinyalah pemerintah bergandengan tangan dengan berbagai pihak untuk memecahkan problem-problem yang masih menjadi "utang" pemerintah dalam mencapai target MDGs 2015. Kerja sama ini tidak saja melibatkan, tetapi mendorong para *stakeholder* (masyarakat, NGO, kewirausahaan) di Indonesia. Tentu saja, ini semua diawali dengan keinginan yang kuat pemerintah untuk mengubah Indonesia menjadi lebih baik! (ctr)

PMI-IFRC



Dalam klinik sederhana yang terletak di Code, Bantul terlihat suasana yang semringah dan tenang. Berkumpul para korban gempa DIY yang sedang mengalami perawatan fisioterapi karena kecacatan yang harus didapatkan pasca gempa DIY. Di Klinik PMI-I IFRC (*International Federation Red Cross and Red Crescent*), para relawan dan tenaga medis melakukan perawatan terhadap korban gempa dengan gratis. Pasca gempa, PMI-IFRC, Palang Merah Negara-Negara Sahabat, dinas kesehatan dan lembaga kesehatan lainnya menjalankan tahap *emergency* dengan memberikan pertolongan pertama ke daerah-daerah yang mengalami gempa dengan mendirikan pos kesehatan, kunjungan pasien, pasokan obat, pengadaan air bersih, dan fasilitas kesehatan lainnya. Hal ini sangat berarti bagi korban gempa, mengingat banyak korban di daerah pelosok yang tidak dapat mengakses rumah sakit dan tidak tahu harus kemana.

Melewati tahap *emergency*, aktifitas PMI-IFRC lebih difokuskan pada perawatan korban gempa yang mengalami kecacatan, luka yang tidak mengalami kecacatan, luka yang tidak mengalami kecacatan, luka yang tidak mengalami kecacatan bagi korban gempa yang mengalami trauma, dan air & sanitasi. Klinik perawatan bagi *diffable* pasca gempa mulai beroperasi

pada September 2006 untuk daerah Code, Bantul dan di Klaten pada Januari 2007. Hal ini sangat berarti, mengingat jumlah *diffable* pasca gempa meningkat hampir 100 persen. Banyak korban yang mengalami depresi karena tidak menyangka harus kehilangan salah satu anggota tubuhnya atau menjadi tidak berfungsi lagi dalam waktu sekejap. Hingga kini, klinik PMI-IFRC menangani 114 korban dalam bentuk perawatan langsung di klinik dan dalam program *home care*, yaitu mereka yang tidak mungkin datang ke klinik dikunjungi secara rutin untuk mendapatkan perawatan. Untuk program dukungan psikososial yang berbasis masyarakat dan sekolah, dengan mengaktifkan kembali kegiatan warga (rebana, perkumpulan warga, melukis, menari, dll) yang terhenti.

PMI-IFRC adalah organisasi kemanusiaan yang tugasnya membantu pemerintahan ketika dalam keadaan darurat atau terjadi bencana. Jika terjadi bencana, PMI-IFRC *men-cover* sebagian para korban (sesuai dengan kapasitas yang dimiliki). Tetapi, masih banyak kebutuhan kesehatan masyarakat yang belum terpenuhi dan pemerintah juga harus aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama bagi mereka, korban gempa bumi DIY-Jateng. (ctr)

Selamat
Menunaikan
Ibadah
Puasa
dan
Hari Raya
Idul Fitri
1428 H

"Saatnya Kualitas Sistem Integritas Ditingkatkan, Bersih dari Korupsi dan Pembaharuan Pelayanan Publik Benar-benar Dirasakan Warga Miskin"



Newsletter ini didukung oleh :

Kemitraan

"*Kemitraan Bagi Pembaruan Tata Pemerintahan di Indonesia*"

Alamat:

Jl. Tentara Zeni Pelajar No. 1 A

Yogyakarta, Indonesia 55231

Tel : +62-274-557953

Fax : +62-274-557952

email: yogya@kemitraan.or.id

website: www.kemitraan.or.id

Redaksi

Pimpinan Umum: Ketua FYB, **Wakil Pimpinan:** Sekertaris FYB, **Penanggung Jawab:** Octo Lampito, **Redaktur Pelaksana:** Idham Ibtu, **Wakil Redaktur Pelaksana:** Sri Naida, **Sekretaris Redaksi:** Citra Nudiasari, **Anggota:** Bambang MBK, Puthut Indroyono, **Photo by** Anggun (Fellowship of Partnership)

Alamat: Jl. Tentara Zeni Pelajar No. 1 A; Tel : +62-274-557953 ext 104, Fax : +62-274-557952, E-mail: yogya@kemitraan.or.id