

# MARJINALISASI MASYARAKAT MISKIN ATAS HAK KESEHATAN DI KOTA SURABAYA

Sulton Fikri\*

## **Abstrak**

Penelitian ini bertujuan untuk mendiskripsikan masyarakat miskin yang termarjinalkan berupa hak kesehatan. Politik kesehatan menjadi sangat penting dengan membuat kebijakan di bidang kesehatan, karena kesehatan merupakan kebutuhan mendasar yang harus dipenuhi. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan merupakan instrumen untuk melakukan pembangunan dibidang kesehatan. Berdasarkan permasalahan yang diangkat, peneliti menggunakan teori marjinal dari Janice Perlman untuk menganalisis. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis kualitatif-deskriptif terhadap data yang diperoleh melalui wawancara, observasi, dan tinjauan pustaka. Hasil analisis menemukan masih ada masyarakat miskin yang termarjinalkan atas hak kesehatan. Hal ini dikarenakan dalam pelaksanaan program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan masih ada perlakuan diskriminasi dalam mengakses pelayanan kesehatan dan masih ada masyarakat miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ada.

Kata kunci: Masyarakat Miskin, Pelayanan Kesehatan, Politik Kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

---

\* Mahasiswa Program Studi Ilmu Politik, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Airlangga Surabaya (email: sultonifikri@gmail.com)

## **Pendahuluan**

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar bagi masyarakat dimana negara harus mampu dan memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat secara merata berupa pelayanan kesehatan. Diberbagai negara maju, kebijakan tentang pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan telah menjamin hak semua warga negara (Ham, 1999: 5). Paling tidak ada beberapa alasan bahwa jaminan pelayanan kesehatan harus menjamin kepada seluruh warga negara. Pertama, kesehatan adalah hak fundamental dimana pada *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR) pasal 25 menjelaskan bahwa “setiap orang berhak atas taraf hidup yang menjamin kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya”. Kemudian pada pasal 12 *International Covenant on Economic, Sosial and Cultural Right* (ICESCR) menjelaskan bahwa negara mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang tertinggi.

Untuk itu jaminan kesehatan harus mutlak dipenuhi oleh negara karena merupakan bagian dari hak asasi manusia supaya mampu menciptakan kesejahteraan masyarakat. Untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi masyarakat diperlukan kebijakan tentang jaminan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara merata. Kebijakan tentang jaminan kesehatan ini harus bisa benar – benar memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik tanpa ada tindakan diskriminatif, dapat diakses dengan mudah oleh semua kalangan, serta untuk meningkatkan mutu dan kualitas kesehatan, dan yang terpenting negara mampu menjamin kesehatan masyarakat baik secara pelayanan maupun secara biaya (Gray, 2003: 63-65).

Namun jaminan dan layanan kesehatan tersebut sering menjadi polemik ketika menyangkut dengan masyarakat miskin. Bukan tanpa alasan jika menyatakan demikian, karena hingga kini pelayanan kesehatan semakin mahal harganya. Tingginya biaya kesehatan yang harus dipenuhi oleh masyarakat nyatanya tidak semua mampu memenuhi. Tidak bisa dipungkiri bila masyarakat miskin akan secara nyata kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan biaya yang tinggi itu. Dengan ini negara harus mampu untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Salah satu usaha yang dilakukan pemerintah dalam hal ini untuk meningkatkan derajat kesehatan secara efektif dan efisien, maka dikeluarkannya Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). UU SJSN ini dibuat bertujuan untuk memenuhi hak setiap warga negara supaya dapat hidup layak dan bermartabat agar terwujudnya tingkat kesejahteraan. Kemudian pemerintah mengadakan program kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN ini merupakan bagian dari SJSN yang langsung diselenggarakan oleh pemerintah pusat untuk menjamin

supaya masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan sehat. Sementara untuk menyelenggarakan dari program tersebut dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang bertujuan untuk memenuhi hak dibidang kesehatan.

Berbagai masalah terkait dengan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sering kali ditemui berupa diskriminasi dalam bentuk pelayanan. Belum lagi masyarakat miskin yang belum memiliki jaminan untuk mendapatkan layanan kesehatan yang tersedia. Bahkan beberapa dari mereka kesulitan untuk mengaksesnya. Meskipun negara telah membuat kebijakan dibidang kesehatan, akan tetapi beberapa masyarakat masih ada yang belum terpenuhi hak – haknya.

### **Teori Marjinal Janice Perlman**

Pengertian marjinal menurut Perlman ini dibedakan menjadi empat dimensi yaitu marjinal secara sosial, budaya, ekonomi, dan politik. Marjinalitas sosial menjadi diskusi tentang terpinggirkan secara sosial; Marginalitas budaya adalah percakapan tentang *otherness*; Marjinalitas ekonomi berubah menjadi perampasan, kerentanan, dan pemikiran ulang mata pencaharian dan aset; Dan marjinalitas politik menjadi dialog tentang kurangnya suara, klaim kewarganegaraan, dan hak (Perlman, 2010: 152).

Marjinal secara sosial dimana dalam suatu masyarakat terpinggirkan dengan hidup terisolasi, karena mereka dianggap tidak mampu ataupun tidak diberikan ruang untuk mengakses sumber daya. Masyarakat yang terpinggirkan mencakup mereka yang lahir di sebuah kota metropolitan dengan tingkat pendidikan dan kesehatan yang buruk, taraf hidup yang rendah serta akses layanan yang terbatas (Perlman, 2010: 155). Kemudian marjinal secara budaya dipahami sebagai tindakan diskriminasi dalam hal akses publik yang menyangkut soal suku, agama, ras, adat (SARA). Perlman lebih juga menekankan pada tindakan diskriminasi yang dialami oleh masyarakat berdasarkan warna kulit dan kaum urbanisasi. Tindakan diskriminasi berdasarkan warna kulit yang terjadi adalah dalam hal mendapatkan pekerjaan dan perumahan. Sementara kaum urban yang dijelaskan Perlman yakni adanya perbedaan akses antara masyarakat asli dengan masyarakat pendatang, selain itu dapat digambarkan pada tempat tinggal diperkotaan. Adanya perbedaan dalam hal tempat tinggal, dimana para penduduk asli menempati tempat – tempat pusat kota, sedangkan para pendatang bermukim di pinggiran kota yang notabene sebagai kawasan ilegal untuk dihuni (Perlman, 2010: 153). Selanjutnya marjinal secara ekonomi Perlman menilai bahwa masyarakat yang memiliki Pendapatan rendah, tidak memiliki pekerjaan, dan pengangguran sehingga berujung pada kemiskinan merupakan kategori marjinal secara ekonomi. Masyarakat yang termarginalkan secara ekonomi ini cenderung berpengaruh pada status sosial

dan akses politik. Meskipun masyarakat marjinal belum tentu masyarakat miskin begitu juga sebaliknya, akan tetapi termarginalkan secara ekonomi akan berdampak pada marginalisasi pada bidang lain. Sementara marginalisasi secara politik, Perlman menyatakan jika terdapat pembatasan untuk bersuara. Artinya bahwa masyarakat marjinal tidak diberi ruang untuk terlibat aktif dalam proses politik. Akibat dari terpinggirkannya dari proses politik, mereka akhirnya memilih untuk bersikap apatis dalam segala hal yang berkaitan dengan politik. Bagi mereka keadaan politik yang terjadi baik ditingkat lokal maupun ditingkat nasional tidak akan bisa membantu mereka keluar dari kemiskinan. Tak hanya itu, kesadaran dan pengetahuan politik yang rendah juga menyebabkan masyarakat miskin untuk enggan membicarakan persoalan politik. ketidaktertarikan dalam politik ini yang kemudian membuat mereka bersikap apatis. Hal lain yang berkaitan dengan marjinal secara politik ialah soal hak. Hak menjadi penting untuk dijamin oleh negara, namun apabila hak ini tidak dapat dipenuhi oleh negara maka mereka terpinggirkan, dimanipulasi, dan ditekan. Perlman menyebutkan jika masyarakat yang secara hak-nya tidak terpenuhi bahkan ditindas maka mereka termarginalkan secara politik.

### **Kesehatan Sebagai Hak Warga Negara**

Hak atas kesehatan telah diatur dan diakui di dunia internasional sebagai bagian dari hak asasi manusia. Untuk itu sebagai negara harus menjamin akan hak kesehatan bagi warga negaranya. Di dalam Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 (UUD NRI 1945) telah mengakui dan menjamin hak atas kesehatan tersebut. Sebagaimana dalam pasal 28H ayat (1) yang menyebutkan, setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya pasal 28H ayat (2) menyebutkan, setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. Lebih lanjut didalam pasal 34 ayat (2) UUD NRI 1945 menyebutkan, negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Selanjutnya didalam pasal 34 ayat (3) menyebutkan, negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Dapat diartikan bahwa untuk urusan kesehatan bagi masyarakatnya, negara memiliki kewajiban untuk memberikan kesehatan yang layak demi terwujudnya kesejahteraan. Setidaknya ada empat unsur yang harus dipenuhi oleh negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan, yakni ketersediaan, aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan (Kontras, 2015). Pertama

ketersediaan, artinya bahwa negara harus mampu memenuhi ketersediaan berupa fasilitas kesehatan baik sarana maupun prasarana dengan mapan. Kedua aksesibilitas, hal ini bertujuan untuk agar masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah, secara ekonomi pun terjangkau. Ketiga kualitas, dimana negara harus mampu untuk memberikan kualitas kesehatan yang terbaik bagi masyarakat. Keempat kesetaraan, ini menjadi sangat penting karena akses terhadap pelayanan kesehatan harus setara oleh setiap orang, terlebih bagi masyarakat miskin.

### **Politik Kesehatan di Indonesia**

Politik dan kesehatan memang merupakan dua konsep yang berbeda. Akan tetapi kedua konsep ini memiliki hubungan meski tidak secara bergantung. Dimana politik tidak hanya berkuat pada persoalan kekuasaan saja, tetapi juga kebijakan publik juga merupakan ruang lingkup dari politik itu sendiri. Kebijakan publik ini yang mana merupakan keputusan politik yang telah disepakati bersama. Politik kesehatan dapat dipahami sebagai segala kebijakan – kebijakan politik yang menyangkut kesehatan dimana dimanifestasikan kedalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelayanan kesehatan ini adalah sebagai bentuk dari kebijakan publik yang memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Adanya politik kesehatan ini bertujuan untuk melakukan upaya pembangunan masyarakat dalam bidang kesehatan. Politik memainkan peran yang paling penting dalam kebijakan kesehatan (Gray, 2003: 162). Politik diperlukan dalam pengambilan keputusan politik khususnya terhadap kesehatan karena berpengaruh kepada kesehatan masyarakat, begitu pula sebaliknya politik juga dapat dipengaruhi oleh kesehatan bilamana jika derajat kesehatan masyarakat meningkat maka akan berpengaruh pada kesejahteraan masyarakat.

Di Indonesia beberapa terjadi perubahan kebijakan dibidang kesehatan. Sebagaimana amanat UUD NRI 1945, beberapa kebijakan pemerintah membuat program jaminan kesehatan untuk masyarakat mulai dari yaitu Askes (Asuransi Kesehatan). Prinsip penyelenggaraan mengacu kepada prinsip asuransi kesehatan sosial, penyelenggaraan harus dilakukan secara serentak seluruh Indonesia dengan azas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang, pelayanan kesehatan dengan dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang, harus diselenggarakan dengan prinsip nirlaba, menjamin adanya probabilitas dan ekuitas dalam memberikan pelayanan kepada peserta dan adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas. Kemudian pada tahun 2008 pemerintah mengubahnya dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). Perubahan nama program ini hanya penamaan saja dimana agar lebih luas cakupannya. JAMKESMAS tetap memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan

perelayanan kesehatan terhadap masyarakat tentu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial. Kemudian di tahun 2014, semua program jaminan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah tersebut (Askes PNS, JPK Jamsostek, TNI, Polri, dan Jamkesmas), diintegrasikan ke dalam program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Berdasarkan Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), bertujuan untuk memenuhi hak setiap warga negara supaya dapat hidup layak dan bermartabat agar terwujudnya tingkat kesejahteraan. Kemudian pemerintah mengadakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN ini merupakan bagian dari SJSN yang langsung diselenggarakan oleh pemerintah pusat untuk menjamin supaya masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan sehat. Selanjutnya untuk menjalankan Jaminan Kesehatan Nasional dibentuklah badan hukum yaitu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang berfungsi untuk memberikan jaminan berupa jaminan kesehatan dan ketenagakerjaan.

### **Jaminan Kesehatan Untuk Masyarakat Miskin**

Adanya BPJS kesehatan ini sekaligus upaya pemerintah untuk memberikan perhatian serta berupaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya guna mewujudkan kesejahteraan. Akan tetapi pemerintah menyadari bahwa tidak semua masyarakat mampu untuk memenuhi program asuransi kesehatan tersebut, terutama pada masyarakat miskin. Hal tersebut karena BPJS Kesehatan membutuhkan pembiayaan berupa iuran untuk mendapatkan jaminan kesehatan tersebut. Seperti yang diketahui bahwa masyarakat miskin akan cenderung kesulitan untuk memenuhi iuran itu. Sehingga pemerintah memberikan perhatian khusus terhadap masyarakat miskin agar bisa menikmati jaminan kesehatan berupa pelayanan kesehatan. BPJS Kesehatan sendiri untuk kepesertaannya dibedakan menjadi dua jenis yakni Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non-PBI. BPJS Kesehatan jenis PBI memang dikhususkan bagi masyarakat miskin, akan tetapi harus sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

Peserta PBI yang terdiri dari fakir miskin dan tidak mampu iuran ditanggung oleh pemerintah. Fakir miskin dalam pengertian ini adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya (pasal 1 angka 5 Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan). Orang Tidak Mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar Iuran bagi dirinya dan keluarganya (pasal 1 angka 6 Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima

Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan). Sementara untuk masuk kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ini berdasarkan penetapan Keputusan Menteri Sosial Nomor 146 Tahun 2013.

Perlindungan dan jaminan kesehatan sangat diperlukan bagi masyarakat miskin karena kesehatan masyarakat menjamin terpenuhinya keadilan sosial khususnya bagi masyarakat miskin, untuk kepentingan yang bersifat politis yakni menjaga keutuhan integrasi bangsa dengan meningkatkan upaya pembangunan di bidang kesehatan bagi masyarakat miskin miskin serta untuk memenuhi komitmen dunia agar supaya mampu menurunkan angka kemiskinan melalui upaya perbaikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, dan bilamana kesehatan masyarakat yang baik, pertumbuhan ekonomi akan baik pula dengan demikian upaya mengatasi kemiskinan akan lebih mudah dengan prospek ke depan yang jauh lebih berhasil.

### **Hak Kesehatan Pada Masyarakat Miskin**

Kemiskinan di perkotaan seperti di Kota Surabaya merupakan fenomena yang dinilai sebagai persoalan – persoalan yang serius, mengingat dampak yang ditimbulkan ini dapat merembet kepada persoalan lain seperti sosial, ekonomi, dan politik. Kesehatan bagi masyarakat miskin ini menjadi perhatian yang sangat menarik. Penghasilan bisa menjadi penentu kesehatan, yang mana semakin rendah posisi sosio-ekonomi, semakin buruk kesehatan (De Boyser, 2009: 31). Hal ini bukan tanpa sebab, melainkan karena masyarakat miskin cenderung memiliki derajat kesehatan yang rendah. Penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin ialah selain ketidakcukupan untuk memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan adalah keterbatasan akses yang diterima terhadap layanan kesehatan yang layak, rendahnya mutu dan kualitas layanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya layanan kesehatan reproduksi. Tentu masyarakat miskin ini tidak mampu untuk memenuhi derajat kesehatannya secara mapan. Hal ini senada dengan pendapat Perlman tentang marginal secara ekonomi dimana masyarakat yang termasuk dalam konsep ini ialah mereka yang secara ekonomi tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dan berdampak pada akses publik.

Masalah utama dari masalah kemiskinan adalah masalah aksesibilitas. Aksesibilitas dalam hal ini berarti kemampuan seseorang atau sekelompok orang dalam masyarakat untuk dapat mencapai atau mendapatkan sesuatu yang sebenarnya merupakan kebutuhan dasarnya dan seharusnya menjadi haknya sebagai manusia serta sebagai warga negara. Mengenai akses, untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan berpengaruh menurut pendapatan, ras, jenis kelamin, kelahiran, dan berbagai faktor lain yang terkait dengan status, sumber material, dan status sosial (Almgren, 2013: 245). Meskipun BPJS Kesehatan jenis PBI diperuntukkan

bagi masyarakat miskin di Surabaya, namun diantara dari mereka masih belum dijamin hak kesehatannya.

Perlman menilai jika masyarakat termarjinalkan secara sosial, jelas akan berdampak pada akses publik yang dimilikinya. Sebagaimana yang ditemukan dalam penelitian ini jika masyarakat miskin banyak tidak mengetahui cara untuk mendapatkan kartu BPJS Kesehatan, sehingga banyak masyarakat miskin yang masih ada di Kota Surabaya hingga kini belum memiliki kartu BPJS Kesehatan. Kebanyakan dari mereka menganggap program BPJS Kesehatan telah secara otomatis didapatkan, padahal untuk mendapatkan BPJS Kesehatan dibutuhkan proses pendaftaran kepersertaan terlebih dahulu. Yang mereka ketahui untuk mengakses pelayanan kesehatan hanya menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) sebagai tanda bukti bahwa mereka adalah masyarakat miskin. Akan tetapi aturan untuk bisa mengakses pelayanan kesehatan di Rumah Sakit harus menggunakan BPJS Kesehatan PBI bila biaya ditanggung oleh pemerintah. Pembiayaan kesehatan masyarakat miskin di Surabaya memang dikaver dua lini, pertama BPJS Kesehatan PBI dan pemakai SKTM. Sementara yang menggunakan SKTM harus terlebih dahulu didata. Junaedi selaku Wakil Komisi D DPRD Kota Surabaya menjelaskan, memang kecenderungan masyarakat miskin di Surabaya banyak yang tidak mengetahui cara untuk mendapatkan kartu kepersertaan, bahkan sebagian dari mereka baru akan mengurus kepersertaan jika membutuhkan pelayanan kesehatan.

Sementara marjinal secara budaya yang dimaksudkan dalam penelitian ini ialah masyarakat miskin yang merupakan masyarakat pendatang dipertanian yang menginginkan mendapatkan hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Ada perbedaan dalam hal mendapatkan hak atas pelayanan kesehatan antara masyarakat pendatang dengan masyarakat asli. Setiap kantor BPJS Kesehatan ada di daerah – daerah untuk menjangkau kepersertaan BPJS Kesehatan. Pihak BPJS Kesehatan akan hanya melayani pengurusan kepersertaan masyarakat yang sesuai status kependudukan berdasarkan Kartu Tanda Penduduk. Sehingga masyarakat miskin di Kota Surabaya belum tentu mendapatkan akses untuk kepersertaan BPJS Kesehatan. Karena masyarakat miskin di Kota Surabaya belum tentu penduduk asli, banyak dari mereka yang berasal dari luar daerah yang bertempat tinggal di Surabaya. Menurut Perlman masyarakat yang termarjinalkan secara budaya bisa dilihat bagaimana akses yang diperoleh antara penduduk asli perkotaan dengan penduduk pendatang, dimana penduduk asli akan mudah mendapatkan akses publik sesuai dengan haknya. Permasalahan ini juga terjadi dalam mendapatkan hak atas pelayanan kesehatan. Untuk mendapatkan hak tersebut maka masyarakat harus mengurus kepersertaan berdasarkan



domisili kependudukannya yang tercantum dalam Kartu Tanda Penduduk, karena tidak serta merta mengurus pada BPJS Kesehatan sesuai dengan tempat tinggalnya. Dari sini yang menjadi letak masyarakat akan dianggap termarginalkan secara budaya, mengingat terdapat perbedaan akses antara masyarakat asli dengan masyarakat pendatang.

Bagi masyarakat pendatang tentu menganggap masalah ini sebagai tindakan diskriminasi, karena mereka menganggap telah lama tinggal di Surabaya, untuk itu mereka mengklaim memiliki hak yang sama untuk mendapatkan kepersertaan BPJS Kesehatan di Kota Surabaya. Banyak kasus masyarakat miskin di Kota Surabaya yang belum memiliki kartu BPJS Kesehatan dikarenakan status kependudukan bukan dari Surabaya, sehingga mereka tidak dapat mengakses kartu BPJS Kesehatan. Ini juga berkaitan dengan keterbatasan informasi yang didapat oleh masyarakat miskin tersebut.

Kemudian dari pada itu masyarakat miskin juga mengalami kesulitan bahkan tidak terenuhi untuk mendapatkan hak atas pelayanan kesehatan. Sebagaimana dalam pasal 28 H ayat 1 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kebutuhan pelayanan kesehatan yang juga merupakan hak sebagai warga negara yang diakui secara politik dan hukum, oleh karena itu negara harus bisa memberikan dan melindungi hak politik tersebut. Kesehatan adalah politik karena hak terhadap standar kehidupan yang layak untuk kesehatan dan kesejahteraan harus menjadi aspek kewarganegaraan dan hak asasi manusia (Palutturi, 2013: 43). Palutturi mengemukakan mengapa kesehatan itu adalah politik dan harus dijamin, karena dalam bidang kesehatan adanya disparitas derajat kesehatan masyarakat, dimana sebagian menikmati kesehatan dan sebagian tidak menikmati kesehatan. Seperti diketahui bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia, yang dimana semua orang berhak untuk menikmatinya. Oleh sebab itu, untuk memenuhi keadilan dibidang kesehatan harus diperjuangkan, supaya dapat mewujudkan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Namun faktanya masyarakat masih ada yang belum dijamin haknya sebagai warga negara, terutama pada masyarakat miskin. Sebab masih ada 300.000 warga miskin yang seharusnya masuk BPJS PBI dan ditanggung APBD, tapi yang sudah tercover hanya 270.000 warga miskin di Surabaya (Surya. 26 April 2017 : 11) Berdasarkan temuan tersebut maka masyarakat miskin tidak hanya termarginalkan secara ekonomi tetapi juga termarginalkan secara politik dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal tersebut karena masyarakat miskin belum semua dijamin hak atas kesehatan sebagai warga negara, terutama pada masyarakat miskin. Dengan demikian masih ada masyarakat miskin yang belum

terjamin dan mendapatkan hak atas pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan marjinalisasi secara politik menurut Perlman tidak hanya membicarakan soal keterbatasan bersuara, akan tetapi perlu juga dipahami pemenuhan hak sebagai warga negara (Perlman, 2010: 152). Ketika hak sebagai warga negara dalam hal ini hak kesehatan tidak dipenuhi oleh negara maka masyarakat tersebut termarjinalkan secara politik.

### **Kesimpulan**

Masyarakat miskin Kota Surabaya tidak hanya sebagai kelompok masyarakat kelas bawah, tapi juga termarjinalkan secara dalam mengakses pelayanan kesehatan. Adanya tindakan diskriminasi dalam memberikan pelayanan kesehatan membuat masyarakat miskin termarjinalkan secara ekonomi dan sosial. Karena status miskin yang melekat terhadap masyarakat miskin dan kurangnya penghasilan berdampak pada akses pelayanan kesehatan yang didapatkan. Akibatnya masyarakat miskin terbatas dalam hak akses pelayanan kesehatan, sehingga derajat kesehatan yang dimiliki masyarakat miskin cenderung rendah. Karena dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan, masih banyak masalah – masalah seperti ada kecenderungan diskriminasi dalam memberikan pelayanan kesehatan dan masih ada beban biaya yang dibebankan pada masyarakat miskin yang seharusnya dalam program kebijakan semua ditanggung oleh pemerintah. Sementara marjinalisasi secara budaya juga berlaku pada masyarakat miskin yang merupakan pendatang. Hal tersebut dikarenakan adanya perlakuan yang berbeda dalam hal mendapatkan kepesertaan BPJS Kesehatan. Tidak hanya itu, masyarakat miskin juga termarjinalkan secara politik karena masih ada yang belum terjaminnya hak sebagai warga negara. Untuk itu masyarakat miskin merasa program jaminan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah guna usaha untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat demi terciptanya kesejahteraan belum benar – benar menjamin.

### **Daftar Pustaka**

- Christopher Ham. 1999. *Health Policy in Britain*. England: Macmillan Press LTD.
- Gunnar Almgren. 2013. *Health Care Politics, Policy, and Services: A Social Justice Analysis*. New York: Springer Publishing Company.
- Janice Perlman. 2010. *Favela: Four Decades of Living on the Edge in Rio de Janeiro*. Oxford: Oxford University Press.
- Katrien De Boyser, et al. 2009. *Between the Social and the Spatial: Exploring the Multiple Dimensions of Poverty and Social Exclusion*. Swansea: Ashgate Publishing Limited.
- Virginia Gray, et al.. 2003. *Interest Groups And Health Care Reform Across The United States*. Washington DC: Georgetown University Press.

Sukri Palutturi. “Pentingnya Politik Bidang Kesehatan”. *Jurnal AKK*, Volume 2 No. 3  
(September, 2013).

Warga Miskin Tak Terima Iuran BPJS. *Surya*. 26 April 2017, hal 11

Anonim, Kesehatan dalam Perspektif HAM, dapat diakses di  
<https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf>