

## Peranan Dokter Muslim dalam Mengantisipasi Kemiskinan di Sektor Kesehatan

VINI NILASARI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran Unisba, Jl. Hariang Bangsa No.1 Bandung.  
Email: vnilasari\_dr@yahoo.co.id

### Abstract

Poverty is still become one of huge problems faced by Indonesia. According to Country Statistical Report (2007), 37.17 million or no less than 16.85% of Indonesians was categorized as 'poor'. Many factors became the reasons of poverty, one of them was due to the lack of health and sanitation standards. For poor people, health and sanitation is only secondary necessities which would be provided if other primary necessities had been fulfilled. The role of doctors, therefore, is very important. An ideal doctors whose characters are based on Muslim values would be a great advantage to solve poverty problems in Indonesia.

Kata kunci: kemiskinan, kesehatan, dokter Muslim, kurikulum pendidikan.

### I. PENDAHULUAN

Salah satu permasalahan yang masih sulit untuk ditanggulangi pemerintah Indonesia adalah masalah kemiskinan. Jumlah rakyat miskin di Indonesia, menurut data BPS tahun 2007, adalah 37,17 juta orang atau 16,58% dari total penduduk Indonesia yang berkisar sekitar 224 juta orang. Walaupun jumlah ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2006, tapi jumlah ini masih cukup besar. Apalagi bila dilihat sebagian besar penduduk miskin berada di daerah di luar perkotaan, ditambah lagi angka pengangguran yang juga tinggi, serta belum jelasnya parameter yang dipakai untuk mengukur angka kemiskinan itu sendiri.

Kesehatan merupakan salah satu kriteria kemiskinan di Indonesia. Kesehatan sebagai kebutuhan sekunder akan dikesampingkan untuk lebih mengutamakan kebutuhan primer rakyat miskin. Bila

kesehatan diabaikan, maka angka kesakitan akan meningkat, hal ini akan menurunkan angka produktivitas. Oleh karena itu, kesehatan memegang peranan penting dalam pengentasan kemiskinan.

Peranan kesehatan dalam pengentasan kemiskinan tidak akan terlepas dari peran dokter sebagai tenaga kesehatan. Seorang dokter dengan ilmu yang dimilikinya dapat membawa masyarakat di sekitarnya untuk meningkatkan taraf kesehatannya sehingga pengentasan kemiskinan melalui sektor kesehatan dapat ditingkatkan.

Dokter yang berkualitas, selain memiliki kompetensi di bidang ilmu kedokteran, juga harus memiliki moral dan etika yang baik. Dokter Muslim hendaknya seorang dokter dengan karakter seorang Muslim yang memahami nilai-nilai Islam secara utuh dan mampu mencerminkan nilai-nilai keislaman dalam perilaku profesinya.

Perumusan masalah penelitian ini

adalah ingin mengetahui bagaimana peranan dokter Muslim dalam mengentaskan kemiskinan di sektor kesehatan dan bagaimana peranan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung (Unisba) dalam upaya pengentasan kemiskinan.

Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui peranan dokter Muslim dalam mengentaskan kemiskinan dan untuk mengetahui peranan Fakultas Kedokteran Unisba dalam upaya pengentasan kemiskinan.

Sedangkan manfaat penulisan adalah sebagai bahan masukan pihak-pihak terkait baik pemerintah, perguruan tinggi, khususnya Unisba, dan masing-masing individu dalam menentukan program pengentasan kemiskinan. Selain itu, juga sebagai bahan masukan untuk evaluasi program pengentasan kemiskinan yang sudah dilakukan dan sebagai bahan masukan untuk evaluasi program pendidikan kedokteran yang sudah ada.

Kesehatan merupakan salah satu kriteria kemiskinan di Indonesia. Secara logika, pada saat seseorang dikatakan miskin, maka untuk memenuhi kebutuhan primer (sandang, pangan, papan) akan mengalami kesulitan, sehingga kebutuhan sekunder dan tersier, seperti kesehatan dan pendidikan, akan terabaikan. Bila kesehatan diabaikan, maka akan timbul penyakit. Timbulnya penyakit akan makin menurunkan produktivitas seseorang dan menurunkan kualitas generasi penerus bangsa, sehingga kondisi rakyat miskin bukan membaik, tetapi makin memburuk. Hal ini menjadi seperti 'lingkaran setan', diperlukan tindakan-tindakan yang dapat memutuskan mata rantainya. Oleh karena itu, kesehatan sebagai investasi abstrak manusia akan memegang peranan penting dalam pengentasan kemiskinan yang ada di Indonesia.

Peranan kesehatan dalam pengentasan kemiskinan, tidak akan terlepas dari peran dokter sebagai tenaga kesehatan. Seorang dokter dengan ilmu yang dimilikinya dapat membawa masyarakat di sekitarnya

untuk meningkatkan taraf kesehatannya sehingga pengentasan kemiskinan melalui sektor kesehatan dapat ditingkatkan.

Dokter yang berkualitas, selain memiliki kompetensi di bidang ilmu kedokteran, juga harus memiliki moral dan etika yang baik. Sebagai seorang Muslim, moral dan etika yang baik ini akan diterjemahkan sebagai moral dan etika seorang Muslim yang baik. Dokter Muslim hendaknya seorang dokter dengan karakter seorang Muslim yang memahami nilai-nilai islam secara utuh dan mampu mencerminkan nilai-nilai keislaman dalam perilaku profesinya.

Fakultas Kedokteran Unisba sebagai salah satu lembaga pendidikan kedokteran yang berada di bawah naungan panji-panji Islam, harus dapat menjawab tantangan ini. Kebutuhan rakyat akan lulusan dokter Muslim berkualitas dirasakan kian mendesak untuk dapat meningkatkan taraf kesehatan masyarakat, sehingga angka kemiskinan dapat ditekan.

Metode penulisan karya tulis ini menggunakan metode analisis deskriptif.

## II. PEMBAHASAN

### A. Kemiskinan dan Kriteria Miskin

Pada hakikatnya, kemiskinan adalah suatu keadaan serba kekurangan yang dialami seseorang atau sekelompok orang di luar keinginan yang bersangkutan sebagai kejadian yang tidak dapat dihindari dengan kekuatan atau kemampuan yang dimilikinya. Kondisi yang serba kekurangan ini disebabkan oleh berbagai faktor yang sangat kompleks, yang berinteraksi satu sama lain, sehingga menghasilkan kondisi-kondisi yang menyebabkan kemiskinan.

Sebenarnya, dari waktu ke waktu, bahkan dari satu tempat ke tempat lain, pengertian kemiskinan terus mengalami perubahan bersamaan dengan bertambahnya pengetahuan tentang kemiskinan dan faktor-faktor penentunya. Karena itu, definisi kemiskinan yang memadai harus mencakup pengertian kemiskinan yang memiliki

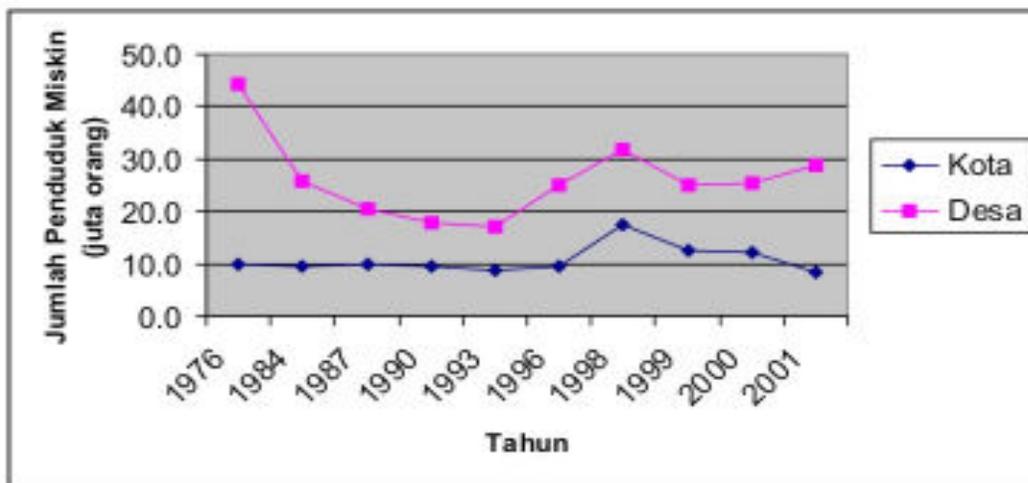
berbagai dimensi.

Dalam memahami masalah kemiskinan, penting untuk diperhatikan adalah lokalitas yang ada di masing-masing daerah, yaitu kemiskinan pada tingkat lokal yang ditentukan oleh komunitas dan pemerintah setempat. Dengan demikian, kriteria kemiskinan, pendataan kemiskinan, penentuan sasaran, pemecahan masalah, dan upaya-upaya pengentasan kemiskinan dapat lebih objektif dan tepat sasaran.

Terdapat beberapa kriteria penduduk miskin yang dapat disampaikan, antara lain:

- (1) Menurut BPS (Badan Pusat Statistik), Suatu kondisi seseorang tidak memenuhi makan 2100 kilo kalori/orang/hari serta memenuhi kebutuhan non-makanan berupa perumahan, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi, dan aneka barang/jasa lainnya.
- (2) Menurut Bank Dunia, tidak tercapainya kehidupan layak penghasilan USD 1,00/ hari.
- (3) Menurut BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional), Keluarga Miskin Pra-Sejahtera, apabila:
  - (a) Tidak dapat melaksanakan ibadah;
  - (b) Tidak mampu makan;
  - (c) Tidak memiliki pakaian berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah dan berpergian;
- (d) Bagian terluas dari rumahnya adalah tanah;
- (e) Tidak mampu membawa anggota keluarga ke sarana kesehatan.
- (4) Menurut Pelayanan Sosial
  - (a) Tingkat penghasilan sangat rendah (BPS) Rp. 80 000,-/bulan/orang;
  - (b) Kondisi perumahan dan lingkungan tidak memenuhi syarat;
  - (c) Tingkat kesehatan rendah;
  - (d) Tingkat ketrampilan dan pendidikan terbatas;
  - (e) Tingkat komunikasi sosial terbatas.
- (5) Menurut Dinas Kesehatan
  - (a) Frekuensi makan < 2 (dua) kali sehari;
  - (b) Frekuensi makan lauk (daging, telur, tempe) 1 kali/minggu;
  - (c) Tidak mampu membeli pakaian baru;
  - (d) Sebagian besar lantai dari tanah;
  - (e) Anak usia 7 – 15 tahun tidak bersekolah;
  - (f) Bila keluarga sakit tidak mampu berobat ke sarana pelayanan kesehatan dasar;
  - (g) Pasangan Usia Subur (PUS) tidak mampu ber-KB.

Tabel 1  
Gambaran Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia



B. Program Pemerintah  
Dalam Pengentasan Kemiskinan

Pada 2 Juli 2007 lalu, pemerintah Indonesia melalui Badan Pusat Statistik (BPS) secara resmi mengumumkan jumlah penduduk miskin turun menjadi 37,17 juta orang, atau 16,58 persen, dari total penduduk Indonesia selama periode Maret 2006 sampai dengan Maret 2007. Pada periode sebelumnya, Maret 2006, jumlah penduduk miskin Indonesia sebanyak 39,30 juta, atau sebesar 17,75 persen, dari total jumlah penduduk Indonesia tahun tersebut. Sementara itu, Menkokesra Alwi Shihab menyatakan bahwa pemerintah Indonesia berusaha untuk menurunkan jumlah penduduk miskin dari 16,58% tahun 2007 menjadi 8,2 % tahun 2009 (Grafik 1).

Walaupun grafik di atas hanya menunjukkan jumlah penduduk miskin sampai 2001, tapi dapat memberikan gambaran tentang jumlah penduduk miskin di Indonesia.

Pemerintah telah berupaya menanggulangi kemiskinan dengan beberapa program pengentasan kemiskinan yang dari tahun ke tahun terus diperbaiki. KUBE (Kelompok Usaha Bersama) merupakan *trademark* dari Departemen Sosial sejak tahun 1980-an, yang masih eksis sampai dengan sekarang.

Pemberdayaan semacam KUBE ini dilakukan juga di departemen lain, misalnya program Proyek Peningkatan Pendapatan Petani dan Nelayan Kecil (P4K) di Departemen Pertanian; kemudian Usaha Ekonomi Desa Simpan Pinjam (UEDSP) di Depdagri; Pembangunan Prasarana Pendukung Desa Tertinggal (P3DT) di Depdagri; Program Pengembangan Kecamatan (PPK) di Depdagri; Program Penanggulangan Kemiskinan Perkotaan (P2KP) di Kementerian PU; Program Pemberdayaan Ekonomi Masyarakat Pesisir di Departemen Kelautan dan Perikanan; Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) di BKKBN, Program Peningkatan Usaha Ekonomi Perempuan (P2UEP) di Kementerian Pemberdayaan Perempuan.

Mulai tahun anggaran 2007, program penanggulangan kemiskinan dikonsolidasikan ke dalam Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM). Sedangkan perbaikan terhadap program Bantuan Langsung Tunai (BLT) diupayakan pada tahun ini melalui Program Keluarga Harapan (PKH). Semangat dan slogan yang ditekankan dalam KUBE adalah "Kerja Untung Tabung" atau "Kutabung". Bahwa bekerja akan mendatangkan keuntungan (*profit*) yang kemudian disimpan (*saving*) untuk kehidupan mendatang. Dengan Kutabung akan memunculkan warga yang mandiri. Hal ini relevan dengan slogan *triple track* Kabinet Indonesia yaitu *employment, income, dan growth*. Dengan semangat *triple-track* tersebut, maka Pemerintah mempunyai target untuk mengurangi pengangguran, penanggulangan kemiskinan, dan memacu pertumbuhan.

Salah satu contoh program penanggulangan kemiskinan adalah yang dilakukan oleh Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Republik Indonesia (TKPKRI) dengan mencanangkan beberapa program sebagai berikut:

1. PNPM (Program Nasional  
Pemberdayaan Masyarakat)

PNPM pada hakikatnya adalah gerakan nasional dalam wujud pembangunan berbasis masyarakat yang menjadi kerangka kebijakan serta acuan dan pedoman bagi pelaksanaan berbagai program pemberdayaan masyarakat dalam rangka penanggulangan kemiskinan.

Pemberdayaan masyarakat dipahami sebagai strategi untuk mencapai tujuan meningkatnya kesejahteraan masyarakat, terutama keluarga miskin.

Harmonisasi kebijakan melalui PNPM untuk perbaikan pemilihan sasaran, baik wilayah maupun kelompok masyarakat, prinsip dasar, strategi, pendekatan, indikator, mekanisme, dan prosedur yang diperlukan untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan dan mempercepat penciptaan lapangan kerja.

Pemberdayaan terjadi pada saat masyarakat mampu mengidentifikasi masalah/penyebab kemiskinan & alternatif penyelesaiannya, mampu mengidentifikasi sumber daya yang tersedia di wilayahnya, mampu memutuskan tindakan yang harus dilaksanakan (peningkatan kemampuan masyarakat berorganisasi dalam skala kelompok & menjadi mitra pemerintah dalam pembangunan desa/kelurahan)

Tujuan umum PNPM adalah upaya percepatan pengurangan kemiskinan dan penciptaan lapangan pekerjaan.

## 2. PKH (Program Keluarga Harapan)

Program ini pada prinsipnya memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin melalui persyaratan menyekolahkan anaknya untuk menuntaskan Wajib Belajar 9 tahun dan memeriksakan kesehatan serta pemberian makanan bergizi kepada anak-anak usia balita dan ibu hamil/menyusui. Untuk jangka pendek, bantuan ini diharapkan dapat mengurangi beban pengeluaran masyarakat miskin. Sedangkan untuk jangka waktu yang lebih panjang, melalui peningkatan pendidikan serta perbaikan kondisi kesehatan dan gizi, dapat memutus rantai kemiskinan.

Melalui kebijakan yang meng-upayakan terjadinya peningkatan pada sisi permintaan (*demand*) keluarga miskin terhadap layanan pendidikan, kesehatan dan gizi yang baik, PKH diharapkan akan berdampak pada perubahan pola pikir masyarakat miskin untuk memiliki generasi penerus yang lebih berkualitas dan mandiri.

Program ini juga diharapkan dapat mengurangi kasus pekerja anak dan mempercepat pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs). Untuk tahun 2007, PKH akan dilaksanakan secara terbatas pada beberapa daerah percontohan (pilot) untuk menguji berbagai instrumen dan prosedur, termasuk penyempurnaan penentuan target rumah tangga miskin. Pemilihan daerah tersebut berdasar pada kesediaan daerah; indikator kemiskinan multi dimensi seperti jumlah dan persentase penduduk miskin,

jumlah siswa SD ke SMP putus sekolah dan kasus gizi buruk; dan penilaian terhadap kesiapan sarana dan prasarana kesehatan dan pendidikan.

Program ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak-anak balita serta meningkatkan pendidikan anak-anak usia sekolah hingga tamat Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP).

Sasaran program ini adalah ibu-ibu pada usia subur, sedang hamil atau menyusui, anak-anak balita, serta anak-anak usia sekolah dasar dan menengah pertama, terutama mereka yang termasuk dalam kelompok rumah tangga miskin.

## 3. BBN (Bahan Bakar Nabati)

Pengembangan bio-fuel sebagai energi nabati pengganti minyak bumi, ditinjau dari segi pembangunan kesejahteraan rakyat, sangatlah bermanfaat; yakni bukan hanya dipandang dari sisi peluang penyediaan energi alternatif yang akan dapat menggantikan minyak bumi karena persediaannya semakin habis, namun juga akan memberikan kesempatan lebih besar untuk memperbaiki kualitas lingkungan hidup, menciptakan lapangan kerja, dan meningkatkan pendapatan masyarakat.

Perbaikan lingkungan di Indonesia, dapat dilakukan dengan membudidayakan berbagai tanaman penghasil *bio-fuel* pada hutan-hutan gundul dan lahan-lahan kritis yang saat ini telah mencapai 58 juta hektar. Dengan pembangunan perkebunan penghasil *bio-fuel* secara besar-besaran, akan memperbaiki iklim global, meningkatkan cadangan dan ketersediaan air tanah bagi penduduk, serta mengurangi bahaya banjir dan bencana lainnya yang sekarang ini sering terjadi sebagai akibat penggundulan hutan. Lebih lanjut pemanfaatan bahan bakar nabati sebagai bahan bakar ramah lingkungan akan berdampak pada penurunan emisi gas-gas rumah.

## 4. Dana Amanah

Lembaga Pengemban Dana Amanah

(LPDA) adalah suatu lembaga yang dibentuk sebagai model penyaluran dana dari donatur/grantor di masing-masing kabupaten/kota, untuk mendukung pendanaan yang berkelanjutan bagi program penanggulangan kemiskinan dan penyerapan tenaga kerja berdasar pada kebutuhan masyarakat/kelompok pemanfaat.

Lembaga ini akan beroperasi dari donasi yang tidak mengikat, baik domestik maupun asing. Melalui lembaga ini, nantinya bantuan kepada masyarakat miskin akan dapat dihimpun/diterima dan dikelola secara efektif. Jalur pemanfaatan dana amanah untuk penanggulangan kemiskinan yang disediakan dalam lembaga ini akan diwujudkan dalam bentuk, yaitu pinjaman usaha produktif, pendidikan, sosial, kesehatan, infrastruktur, dan penyediaan bantuan teknis/tenaga pendamping masyarakat.

### C. Peranan Kesehatan dan Dokter Muslim Dalam Pengentasan Kemiskinan

Dari berbagai upaya yang telah dilakukan pemerintah, secara makro dapat dikatakan bahwa negara kita telah sukses dalam upaya mengentaskan kemiskinan tersebut. Namun, di balik itu, ternyata angka kemiskinan yang terdapat pada setiap daerah masih belum dapat ditekan sampai yang sekecil-kecilnya. Bahkan, angka kemiskinan tiap penduduk masih kelihatan mencolok pada setiap daerah. Dan hal ini dapat menimbulkan kesenjangan yang semakin jauh.

Kesehatan merupakan inti atau pusat untuk pembangunan dan kesejahteraan, terdapat hubungan yang sangat erat antara kemiskinan dengan kesakitan, dan memenuhi kebutuhan kesehatan bagi penduduk miskin sebagai prioritas yang paling tinggi. Beberapa indikator buruknya kesehatan di Indonesia adalah angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan angka harapan hidup.

Bila kita lihat kriteria kemiskinan yang ada, maka kemiskinan suatu keluarga sangat terkait dengan tingkat pendidikan, kesehatan,

dan nutrisi. Pembangunan selama ini yang lebih ditujukan pada sisi *supply* atau pelayanan dasar kesehatan dan pendidikan, belum memberikan dampak yang efektif terhadap peningkatan kualitas sumber daya manusia, khususnya masyarakat miskin.

Rendahnya tingkat pendidikan sebuah rumah tangga miskin menyebabkan mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan anak-anaknya. Keluarga ini pun tidak mampu menjaga kesehatan ibu mengandung, sehingga mengakibatkan tingginya risiko kematian ibu saat melahirkan, dan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan.

Anak-anak keluarga miskin juga banyak yang putus sekolah atau bahkan sama sekali tidak sekolah, karena harus bekerja membantu mencari nafkah. Tidak adanya intervensi kebijakan untuk perbaikan pendidikan, kesehatan, dan nutrisi keluarga miskin, akan mengakibatkan kualitas generasi penerus keluarga miskin selalu rendah dan akhirnya senantiasa terjerat pada lingkaran setan kemiskinan. Oleh karena itu, peranan kesehatan sebagai investasi abstrak manusia Indonesia memegang peranan penting dalam mengentaskan kemiskinan.

Peranan kesehatan dalam pengentasan kemiskinan tidak akan terlepas dari peran dokter sebagai tenaga kesehatan. Seorang dokter dengan ilmu yang dimilikinya dapat membawa masyarakat di sekitarnya untuk meningkatkan taraf kesehatannya, melalui pelayanan kesehatan yang baik dari sisi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif.

Penyuluhan kesehatan dan pesan untuk hidup sehat sebagai langkah-langkah pencegahan menjadi hal yang sangat penting, di samping pelayanan kesehatan yang bersifat pengobatan. Apalagi hingga kini, posisi seorang dokter masih memperoleh kedudukan yang cukup tinggi di masyarakat, terutama di daerah. Apabila setiap dokter memiliki idealisme untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat di sekitarnya maka pengentasan kemiskinan melalui sektor kesehatan dapat ditingkatkan.

Bila kita lihat kriteria 'live star doctor'

dari WHO, bahwa seorang dokter itu hendaklah "care-provider" (pelayan kesehatan), "decision maker" (pengambil keputusan), "communicator", "community leader" (pemimpin komunitas), "manager". Tapi, seorang dokter Muslim kriteria ini sebaiknya "five star doctor +++" (+ beretik islami, + bermoral islami, + profesional).

Pembentukan karakter dokter Muslim yang tidak berorientasi pada materi atau hal-hal lain yang bersifat keduniawian tapi berorientasi pada Allah Swt., dengan keikhlasan dan profesionalisme dalam bekerja, akan membantu terwujudnya masyarakat dengan taraf kesehatan yang tinggi. Ikhlas bahwa apa pun yang ia lakukan selama menjalani profesinya didasarkan pada keyakinannya pada perintah Allah untuk mengamalkan ilmu dan menolong yang lemah serta profesional dalam menjalankan pekerjaannya sesuai dengan kompetensi ilmu kedokteran yang ia miliki tanpa mengurangi standar kualitas sedikit pun. Itu semua dilakukan karena ia menyadari keberadaan Allah Swt., yang mengawasi setiap perilakunya dan akan meminta pertanggungjawabannya kelak.

"Kamu mengikuti apa yang tidak kamu mempunyai pengetahuan tentangnya, sesungguhnya pendengaran, penglihatan dan hati, semuanya akan dimintai pertanggungjawabannya." (Al Isra': 36)

"Tidak boleh menjadi dokter kecuali orang yang berpengalaman" (HR. Bukhori)

Kontribusi yang tak kalah pentingnya dari seorang dokter Muslim adalah pada saat ia menjadi pengambil keputusan, maka segala bentuk peraturan dan perundang-undangan yang berhubungan dengan kesehatan akan mengutamakan keberpihakan pada rakyat miskin (*pro-poor budget*). Menurut definisi Badan Pembangunan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNDP), anggaran berpihak rakyat miskin adalah praktik kebijakan penganggaran yang melibatkan kepentingan dan kebutuhan dasar masyarakat yang paling miskin.

Anggaran subsidi kesehatan untuk rakyat miskin masih diselenggarakan oleh

pemerintah, seperti Kartu GAKIN (Keluarga Miskin) atau ASKESKIN (Asuransi Kesehatan bagi Rakyat Miskin). Hanya saja, langkah-langkah evaluasi dan perbaikan program harus terus dilakukan, sehingga program yang bertujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan dan mengentaskan kemiskinan ini lebih tepat guna dan tepat sasaran.

Maka tidak diragukan lagi, keberadaan dokter Muslim sebagai sumber daya manusia yang mampu dan mandiri serta mempunyai mental dan sikap yang baik, merupakan modal dalam hal penanggulangan kesenjangan dan kemiskinan menuju cita-cita negara yaitu mewujudkan masyarakat adil dan makmur.

#### D. Kontribusi Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung Dalam Pengentasan Kemiskinan

Perguruan tinggi sebagai lembaga pendidikan mempunyai peranan penting untuk turut membantu mengentaskan kemiskinan yang ada di Indonesia. Banyak sektor yang telah dan dapat digarap oleh perguruan tinggi sebagai penghasil ilmuwan-ilmuwan muda yang siap membangun negaranya meningkatkan kualitas bangsanya.

Mengetahui bahwa kemiskinan sangat dekat kekafiran, karena itu, Unisba turut prihatin dengan tingginya angka kemiskinan di Indonesia karena Unisba adalah universitas yang berazaskan pada nilai-nilai Islam dan berusaha untuk mengamalkan nilai-nilai Islam dalam setiap sendi kehidupan sesuai dengan Al-Quran dan As-Sunnah.

Fakultas Kedokteran Unisba sebagai salah satu perwujudan cita-cita mencetak dokter-dokter Muslim yang memahami nilai-nilai islam secara utuh dan mampu mencerminkan nilai-nilai keislaman dalam perilaku profesinya yang sesuai dengan kebutuhan sentra pelayanan kesehatan, mempunyai misi menyelenggarakan pendidikan kedokteran yang antisipatif dan kontributif terhadap perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan lingkungan,

yang hasilnya akan memberikan manfaat kepada masyarakat dalam bidang kesehatan dengan berlandaskan nilai-nilai Islam untuk menjadi *mujahid* (pejuang), *mujtahid* (peneliti), dan *mujadid* (pembaharu).

Untuk dapat melaksanakan misi ini, maka lulusan Fakultas Kedokteran Unisba harus dapat menerapkan pengetahuan kedokterannya dalam mengenal, merumuskan, dan menyusun prioritas masalah kesehatan dan lingkungannya, baik sekarang maupun yang akan datang, terutama dalam usaha untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat, sehingga akan meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

Dalam upaya pengentasan kemiskinan, Fakultas Kedokteran Unisba dapat memberikan kontribusi, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Kontribusi langsung dapat dilaksanakan pada saat Fakultas Kedokteran Unisba melaksanakan kewajiban Tri Dharma perguruan tinggi (Pengajaran, Penelitian, dan Pengabdian kepada Masyarakat), khususnya bidang Pengabdian kepada Masyarakat dengan upaya-upaya yang bertujuan meningkatkan taraf kesehatan masyarakat miskin secara langsung. Usaha-usaha promosi kesehatan yang dapat dilakukan seperti penyuluhan kesehatan pada program KKN (Kuliah Kerja Nyata) pada daerah binaan, di mana penyuluhan dan pembinaan kesehatan kepada masyarakat miskin pada setiap kesempatan dapat menumbuhkan semangat dan mental yang kuat dalam mengubah hidup ke arah yang lebih baik. Dan perlu dipertimbangkan pula pembentukan klinik dengan sistem asuransi kesehatan untuk rakyat miskin yang dapat diakses oleh masyarakat kurang mampu sebagai sarana pelayanan kesehatan, sehingga upaya pengentasan kemiskinan melalui sektor kesehatan dapat tercapai.

Kontribusi tidak langsung berupa lulusan-lulusan Fakultas Kedokteran Unisba sebagai dokter Muslim terbaik yang dapat menjadi *mujahid*, pejuang kesehatan, *mujtahid*, peneliti kesehatan, dan *mujaddid*, pembaharu kesehatan, di tengah

masyarakat.

Lulusan Fakultas Kedokteran Unisba ini dapat secara kuantitatif dan kualitatif, tidak hanya mengutamakan kuantitas dari jumlah lulusan, tapi juga kualitas lulusannya.

Secara umum, pendidikan kedokteran di Indonesia sudah memiliki Standar Profesi Dokter dengan 7 area kompetensi, yaitu kompetensi efektif, ketrampilan klinis, landasan ilmiah ilmu kedokteran, pengelolaan masalah kesehatan, Pengelolaan informasi, mawas diri dan pengembangan diri, serta etika, moral, medikolegal, dan profesionalisme serta keselamatan pasien. Standar Profesi Dokter ini, akan menjadi patokan umum bagaimana seorang dokter mengerjakan profesinya di masyarakat.

Selain itu, lulusan Fakultas Kedokteran Unisba hendaklah memiliki nilai lebih, karena ia berasal dari sebuah lembaga pendidikan yang berazaskan nilai-nilai Islam yang luhur, di mana di dalam nilai-nilai tersebut benar-benar ditekankan bagaimana seorang Muslim memerlakukan orang lain, dalam hal ini pasien. Hal ini dimuat dalam kurikulum iinstitusional/muatan lokal yang bertujuan meningkatkan kemampuan lulusan dokter Unisba sebagai dokter keluarga yang memiliki nilai-nilai islami dengan menambahkan pendalaman penguasaan masyarakat industri dan pemecahan masalah dari aspek Islami.

Muatan lokal Fakultas Kedokteran Unisba ini merupakan materi spesifik sebagai kompetensi unggulan yang di dalamnya mencakup:

- (1) *Humaniora*, yang terdiri atas materi dasar agama Islam yang akan menjadi landasan berpikir, berperilaku, dan bertindak mahasiswa.
- (2) *Hukum dan Filsafat Kedokteran Islam* meliputi dasar pemahaman filosofi dan medikolegal Islam, dan
- (3) Penguasaan di bidang kesehatan industri.

Dengan program pendidikan ini, diharapkan Fakultas Kedokteran Unisba mampu menghasilkan lulusan terbaiknya dan dapat berkiprah di masyarakat, dan memiliki nilai lebih dibandingkan lulusan Fakultas Kedokteran lain

yang ada di tanah air. Walaupun kajian, evaluasi, dan perbaikan harus terus dilakukan untuk mencari bentuk dan muatan yang paling baik untuk diterapkan di Fakultas Kedokteran Unisba, mengingat samapi saat ini Fakultas Kedokteran Unisba belum menghasilkan lulusan.

Oleh karena itu, diperlukan penelitian lebih lanjut, apakah setelah 3 tahun berjalannya program pendidikan kedokteran di Unisba, kurikulum institusional/muatan lokal sudah memberikan pengertian dan pemahaman dasar kepada mahasiswa-mahasiswanya tentang bagaimana berperilaku sebagai dokter muslim kelak, mulai dari konsep pemikiran yang berorientasi pada Allah Swt., membina hubungan dokter dan pasien yang Islami, sampai mengamalkan ilmunya dengan profesional. Apabila itu sudah tercapai maka Unisba akan dengan bangga melepaskan mereka sebagai lulusan-lulusan terbaik yang akan membangun kesehatan bangsa dan negara ini, sehingga terbebas dari kemiskinan.

### III. PENUTUP

*Pertama*, masalah kemiskinan masih menjadi masalah besar di Indonesia dan untuk mengentaskannya bukan hanya menjadi tanggung jawab pemerintah, tapi juga diperlukan partisipasi semua pihak, termasuk perguruan tinggi yang ada di Indonesia.

*Kedua*, Kesehatan mempunyai hubungan yang kuat dengan kemiskinan. Oleh karena itu, peningkatan taraf kesehatan masyarakat akan turut membantu pengentasan kemiskinan yang ada di Indonesia.

*Tiga*, peran dokter Muslim, yang berorientasi pada Allah Swt., memahami dan mengamalkan nilai-nilai Islami dari berperilaku profesinya mempunyai andil besar untuk turut mengentaskan kemiskinan.

*Empat*, peran Fakultas Kedokteran Unisba sangat penting dalam mencetak dokter-dokter Muslim sebagai sumber daya manusia yang berkualitas yang akan terjun

ke masyarakat dan membantu mengentaskan kemiskinan dari sektor kesehatan, menuju cita-cita negara yaitu mewujudkan masyarakat adil dan makmur.

### DAFTAR PUSTAKA

- Buku Pedoman Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung, 2006-2007
- Paket Informasi Dasar Penanggulangan Kemiskinan, (2001). Badan Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Republik Indonesia, Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU.
- <http://tkpkri.org/> diunduh pada tanggal 17 September 2007
- [http://www.indonesia.go.id/id/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1751&Itemid=1216](http://www.indonesia.go.id/id/index.php?option=com_content&task=view&id=1751&Itemid=1216), diakses tanggal 21 Agustus 2007
- Standar Kompetensi Dokter (2006). Konsil Kedokteran Indonesia, Jakarta,
- [http://www.katcenter.info/detail\\_artikel.php?id\\_ar=42](http://www.katcenter.info/detail_artikel.php?id_ar=42), diakses tanggal 18 September 2007.
- <http://72.14.235.104/search?q=cache:e1-1twdYXBwJ:www.bappenas.go.id/index.php%3Fmodule%3DFilemanager%26func%3Ddownload%26pathext%3DContentExpress/%26view%3D406/Arum%2520Atmawikarta.doc+peranan+kesehatan+kemiskinan&hl=id&ct=clnk&cd=3&gl=id>, diakses tanggal 18 September 2007.
- [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_1\\_1\\_02.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf), diakses tanggal 18 September 2007.
- <http://kiunissula.wordpress.com/2007/07/19/menjadi-dokter-muslim-yang-baik/>, diakses tanggal 18 September 2007.
- <http://kiunissula.wordpress.com/dokter-muslim/>, diakses tanggal 18 September 2007.
- <http://www.ipcos.or.id/Articles/Budget/Bagaimana-Mencermati-Anggaran/Page-3.html>, diakses tanggal 18 September 2007.

rah masa depan  
di kampus terdepan

# unisba

UNIVERSITAS ISLAM BANDUNG

Prof. Dr. H. E. Saefullah W., SH., (Rektor) | Dr. KH. Miftah Faridi (Ketua Yayasan)



usmanthia 2008

- + SYARIAH
  - + DAKWAH
  - + TARBIYAH
  - + HUKUM
  - + PSIKOLOGI
  - + MIPA
  - + TEKNIK
  - + EKONOMI
  - + ILMU KOMUNIKASI
  - + KEDOKTERAN
- + PASCASARJANA
    - Program Magister (S2)
    - Ilmu Hukum
    - Pendidikan Islam
    - Ilmu Komunikasi
    - Profesi Psikologi
    - Manajemen
    - Program Doktor (S3)
    - Ilmu Hukum

Jl. Tamansari No.1 Bandung 40116 (022) 4205546,4203368 (Hunting) email: [humas@unisba.ac.id](mailto:humas@unisba.ac.id)

**WWW.UNISBA.AC.ID**