

OPTIMALISASI PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP MASYARAKAT MISKIN DI PROVINSI GORONTALO

Harson Gasim

Widyaiswara Badan Kepegawaian Pendidikan Dan Pelatihan Daerah Provinsi Gorontalo
Email : harson_gasim@yahoo.co.id

Abstract

The main problems of the current health services among others are still high disparity between the health status of the population had a high socioeconomic level of the population has a low socioeconomic level or poor. Low health status of the poor is closely related to limited access to health care, either because of geographical constraints or cost constraints (cost barrier). In other words, that the biggest obstacle facing the poor people to obtain health care facilities is the lack of cost, distance to health care facilities are too far away, as well as barriers to the means of transport or transport. To that end the Provincial Government through the Department of Health has Gorontalo optimizing health care for the poor with concrete actions such as (1) Equity in health services for the poor through the placement of doctors and paramedics, especially in health centers and hospitals in underdeveloped areas; increase the availability, equity, quality, and affordability of drugs and medical supplies, especially for the poor; and improving the quality of community pharmacy services and hospitals; (2) Improving the equity and affordability of health care; (3) Improve the quality of health services; (4) Improving hygienic behavior and healthy; (5) Improving the prevention and eradication of disease; (6) Improving the nutritional state of society; (7) Improving the handling of health problems in the affected areas.

Keyword : Health services, poor, socioeconomic level

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan merupakan salah satu kebutuhan yang sangat penting bagi upaya untuk mencapai kemampuan hidup sehat setiap orang. Dalam rangka usaha ini, maka perlu beberapa upaya yang harus dilakukan sebaik-baiknya oleh pemerintah meliputi peningkatan; pencegahan; penyembuhan; maupun upaya pemulihan yang bersifat menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Hal ini beralasan karena kebijakan program di bidang kesehatan cukup luas dan membutuhkan perhatian serius, oleh sebab itu, tugas ini bukan saja menjadi tanggungjawab pemerintah tetapi juga segenap lapisan masyarakat.

Seperti yang telah kita ketahui biaya berobat yang semakin mahal selalu menjadi perbincangan di beberapa belahan masyarakat terutama di Indonesia, apalagi di jaman yang sekarang ini banyak sekali bermunculan jenis-jenis penyakit baru yang semakin mengerikan, kurangnya perhatian serta penanggulangan pemerintah terhadap permasalahan kesehatan, karena selain permasalahan ekonomi di Indonesia permasalahan yang tidak kalah pentingnya yaitu adalah masalah kesehatan

terutama bagi orang-orang miskin yang kurang mampu untuk membayar pengobatan apalagi jika masalah kesehatan itu sudah menyangkut nyawa.

Selama ini masalah kesehatan masih didominasi oleh pemerintah, khususnya menyangkut kesehatan masyarakat miskin. Sebagian masyarakat memandang bahwa persoalan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup besar. Anggapan tersebut berkaitan dengan pengalaman khususnya bagi yang pernah mengidap penyakit, bahwa sudah banyak mengeluarkan biaya yang sangat besar, bahkan ada yang sudah menghabiskan harta benda yang dimilikinya. Namun belum juga menampilkan hasil yang menggembirakan bahkan ada diantaranya yang mengalami hal yang fatal sampai akhir hidupnya, penyakitnya tidak pernah sembuh.

Bagi masyarakat yang mempunyai kemampuan dana yang lebih, hal seperti itu bukanlah bermasalah. Namun bagi masyarakat miskin khususnya di daerah pedesaan, masalah kesehatan menjadi barang yang sulit diperoleh. Berbagai alasan yang dikemukakan antara lain tidak memiliki biaya bukan hanya untuk

membeli obat, tapi untuk mendatangi tempat-tempat pelayanan kesehatan pun mereka tidak mampu. Bahkan ada sebagian masyarakat rela berjalan kaki berpuluh kilometer hanya ingin memperoleh pelayanan kesehatan, karena kondisi kesehatan mereka sudah harus membutuhkan pelayanan medis.

Namun jika keadaan masih bisa diselesaikan dengan cara tradisional misalnya berobat ke dukun, maka mereka tidak akan mengunjungi pusat pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau. Permasalahan yang demikian itu sehingga bagi mereka memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai, adalah sesuatu yang langka.

Oleh sebab itu, pemerintah telah mengeluarkan suatu kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tahun 2007 melalui program asuransi kesehatan masyarakat miskin, dan tahun 2009 dikenal dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) serta di daerah dikenal dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah (Jamkesda).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah *library research* (penelitian kepustakaan) yaitu penelitian yang dilaksanakan dengan menggunakan literatur (kepustakaan) baik berupa buku, catatan, maupun laporan hasil dari penelitian terdahulu (Hasan, 2002:11).

Data dan sumber data diperoleh dan bersumber dari studi dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang tidak langsung ditujukan pada sebuah penelitian, namun melalui dokumen. Dokumen yang digunakan dapat berupa buku harian, surat pribadi, laporan, notulen rapat, catatan khusus dalam pekerjaan sosial dan dokumen lainnya (Hasan, 2002:11). Jadi semua dokumentasi diposisikan setara tergantung ketersambungan dengan topik utama penelitian.

Adapun teknik pengumpulan data dengan cara mengidentifikasi wacana dari buku-buku, makalah atau artikel, majalah, jurnal, web (internet), ataupun informasi lainnya yang berhubungan dengan judul penulisan untuk mencari hal-hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah dan sebagainya yang berkaitan dengan kajian tentang pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin di Provinsi Gorontalo. Untuk itu dilakukan langkah-langkah sebagai berikut: (1) Mengumpulkan data-data yang ada

baik melalui buku-buku, dokumen dan majalah serta internet (web); (2) Menganalisa data-data tersebut sehingga bisa menyimpulkan tentang masalah yang dikaji.

Setelah dilakukan pengumpulan data, maka data tersebut dianalisis untuk mendapatkan kesimpulan dengan menggunakan teknik analisis yaitu: (1) Analisis Deskriptif yaitu usaha untuk mengumpulkan dan menyusun suatu data, kemudian dilakukan analisis terhadap data tersebut (Surachman. 2005:139). Analisis deskriptif yakni data yang dikumpulkan adalah berupa kata-kata, gambar dan bukan angka-angka. Hal ini disebabkan oleh adanya penerapan metode kualitatif. Selain itu, semua yang dikumpulkan berkemungkinan menjadi kunci terhadap apa yang sudah diteliti (Moleong. 2007:11); (2) Analisis Isi, dimana data deskriptif sering hanya dianalisis menurut isinya, dan karena itu analisis macam ini juga disebut analisis isi (*content analysis*) (Suryabrata, 2010:94).

Burhan Bungin mendefinisikan *content analysis* adalah teknik penelitian untuk membuat inferensi- inferensi yang dapat ditiru (*replicabel*), dan sah data dengan memperhatikan konteksnya. Analisa isi berhubungan dengan komunikasi atau isi komunikasi (Bungin, 2007:230). Dalam penelitian kualitatif, analisis isi ditekankan pada bagaimana peneliti melihat keajegan isi komunikasi secara kualitatif, pada bagaimana peneliti memaknakan isi komunikasi interaksi simbolik yang terjadi dalam komunikasi (Bungin, 2007:231).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Konsep dan Definisi Kemiskinan

Kemiskinan merupakan suatu kondisi ketidakmampuan secara ekonomi untuk memenuhi standar hidup rata-rata masyarakat di suatu daerah. Fenomena seperti ini biasa terjadi dikarenakan rendahnya pendapatan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan pokok baik papan, sandang, maupun pangan dan juga rendahnya kualitas sumber daya manusia itu sendiri. Kemampuan pendapatan yang rendah ini juga akan berdampak pada berkurangnya kemampuan untuk memenuhi standar hidup rata-rata seperti standar kesehatan dan standar pendidikan.

Menurut Chambers (1998) dalam Wini (2010:24-25), kemiskinan adalah suatu kesatuan konsep (*integrated concept*) yang

memiliki lima dimensi, yaitu: (1) Kemiskinan (*proper*) adalah kondisi ketidakmampuan pendapatan untuk mencukupi kebutuhankebutuhan pokok. Konsep atau pandangan ini berlaku tidak hanya pada kelompok yang tidak memiliki pendapatan, akan tetapi dapat berlaku pula pada kelompok yang telah memiliki pendapatan; (2) Ketidakberdayaan (*powerless*) adalah rendahnya kemampuan pendapatan akan berdampak pada kekuatan sosial (*social power*) dari seseorang atau sekelompok orang terutama dalam memperoleh keadilan ataupun persamaan hak untuk mendapatkan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan; (3) Kerentanan menghadapi situasi darurat (*state of emergency*) adalah seseorang atau sekelompok orang yang disebut miskin tidak memiliki kemampuan untuk menghadapi situasi yang tidak terduga, di mana situasi ini membutuhkan alokasi pendapatan untuk menyelesaikannya; (4) Ketergantungan (*dependency*) adalah keterbatasan kemampuan pendapatan ataupun kekuatan sosial dari seseorang atau sekelompok orang yang disebut miskin tadi menyebabkan tingkat ketergantungan terhadap pihak lain adalah sangat tinggi. Mereka tidak memiliki kemampuan atau kekuatan untuk menciptakan solusi atau penyelesaian masalah terutama yang berkaitan dengan penciptaan pendapatan baru. Bantuan pihak lain sangat diperlukan untuk mengatasi persoalan-persoalan terutama yang berkaitan dengan kebutuhan akan sumber pendapatan; (5) Keterasingan (*isolation*) adalah faktor lokasi yang menyebabkan seseorang atau sekelompok orang menjadi miskin. Pada umumnya, masyarakat yang disebut miskin ini berada pada daerah yang jauh dari pusat-pusat pertumbuhan ekonomi.

Masalah kemiskinan dapat dipahami dalam berbagai cara, pemahaman utamanya mencakup beberapa hal sebagai berikut (wikipedia.com): (1) Gambaran kekurangan materi, yang biasanya mencakup kebutuhan pangan sehari-hari, sandang, perumahan, dan pelayanan kesehatan. Kemiskinan dalam arti ini dipahami sebagai situasi kelangkaan barang-barang dan pelayanan dasar; (2) Gambaran tentang kebutuhan sosial termasuk keterkucilan sosial, ketergantungan, dan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam masyarakat. Hal ini termasuk pendidikan dan informasi. Keterkucilan sosial biasanya dibedakan dari kemiskinan, karena hal ini mencakup masalahmasalah politik dan moral, dan tidak dibatasi pada bidang ekonomi; (3) Gambaran

tentang kurangnya penghasilan dan kekayaan yang memadai. Makna "memadai" disini sangat berbeda-beda melintasi bagian-bagian politik dan ekonomi di seluruh dunia.

Indikator Kemiskinan

Berdasarkan pendekatan kebutuhan dasar, BPS (2007:54-55) menggunakan tiga indikator kemiskinan, yaitu (1) *Head count index*, yaitu persentase penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan; (2) *Poverty gap index* (Indeks Kedalaman Kemiskinan) yang merupakan ukuran rata-rata kesenjangan pengeluaran masingmasing penduduk miskin terhadap garis kemiskinan; (3) *Poverty severity index* (Indeks Keparahan Kemiskinan) yang memberikan gambaran mengenai penyebaran pengeluaran diantara penduduk miskin (Gambar 1).

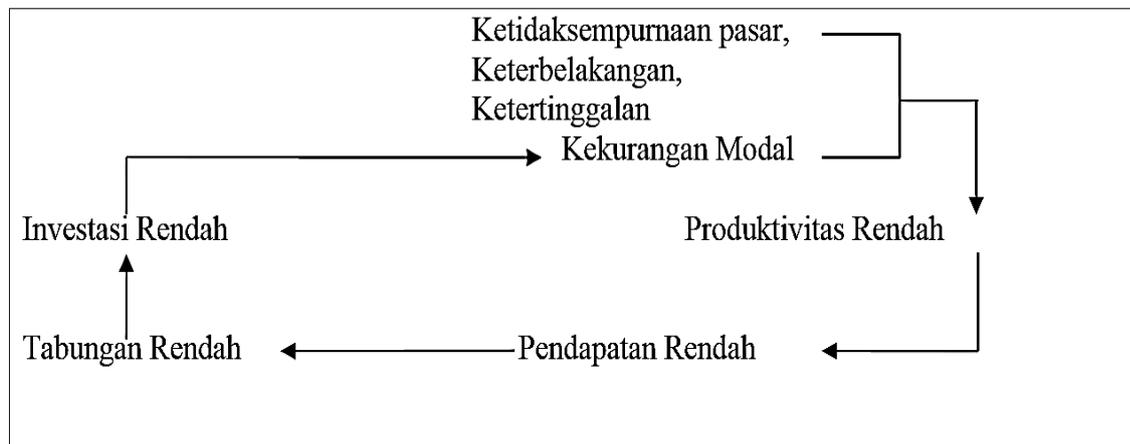
Dari ketiga pendekatan tersebut Mudrajad (2006:115) menyatakan bahwa cara yang paling sederhana untuk mengukur kemiskinan adalah dengan ukuran *Head count index*. Di samping itu, untuk mengukur tingkat kemiskinan BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Untuk kebutuhan minimum makanan digunakan patokan 2.100 kalori per orang per hari. Sedangkan untuk kebutuhan minimum bukan makanan meliputi pengeluaran untuk perumahan, sandang, serta aneka barang dan jasa lainnya. Jadi penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan.

Pada umumnya terdapat dua indikator utama untuk mengukur tingkat kemiskinan di suatu wilayah. Menurut Arsad (2010), indikator kemiskinan yang umum digunakan dapat dibedakan menjadi dua yaitu: (1) Kemiskinan Absolut adalah seseorang termasuk golongan miskin absolut apabila hasil pendapatannya berada di bawah garis kemiskinan dan tidak cukup untuk menentukan kebutuhan dasar hidupnya; (2) Kemiskinan Relatif adalah seseorang termasuk golongan miskin relatif apabila telah dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya, tetapi masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan keadaan masyarakat sekitarnya.

Ukuran kemiskinan didasarkan pada jumlah rupiah pengeluaran rumah tangga yang

disetarakan dengan jumlah kilogram konsumsi beras per orang per tahun dan dibagi wilayah pedesaan dan perkotaan. Seseorang dikatakan miskin apabila konsumsi per kapita setara dengan 20 kg beras untuk daerah pedesaan dan 30 kg beras untuk daerah perkotaan. Namun

ukuran kemiskinan Sajogyo mendapatkan banyak dikritik karena hanya mengandalkan pada satu harga (harga beras), di mana beras merupakan makanan pokok sebagian besar penduduk Indonesia sehingga untuk keluarga miskin porsinya akan menurun secara cepat.



Gambar 1. Lingkaran setan kemiskinan versi Nurske (Sumber: Mudrajad, 2006)

Penyebab Kemiskinan

Menurut Todaro dan Smith (2006), kemiskinan yang terjadi di negara-negara berkembang diakibatkan karena interaksi antara 6 karakteristik berikut yaitu: (1) Tingkat pendapatan nasional di negara berkembang terbelah rendah dan laju pertumbuhan ekonominya tergolong lambat; (2) Pendapatan per kapita di negara berkembang juga masih rendah dan pertumbuhannya amat sangat lambat, bahkan ada beberapa yang mengalami stagnasi; (3) Distribusi pendapatan amat sangat timpang atau sangat tidak merata; (4) Mayoritas penduduk di negara berkembang harus hidup dibawah tekanan kemiskinan absolut; (5) Fasilitas dan pelayanan kesehatan buruk dan sangat terbatas, kekurangan gizi dan banyaknya wabah penyakit sehingga tingkat kematian bayi di negara-negara berkembang sepuluh kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang ada di negara maju; (6) Fasilitas pendidikan di kebanyakan negara-negara berkembang maupun isi kurikulumnya relatif masih kurang relevan dan kurang memadai.

Penyebab kemiskinan dipandang dari sisi ekonomi: (1) Secara mikro, kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumberdaya yang menyebabkan distribusi pendapatan yang timpang. Penduduk miskin hanya memiliki sumberdaya dalam jumlah terbatas dan kualitasnya rendah; (2) Kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas sumberdaya manusia. Kualitas

sumberdaya manusia yang rendah berdampak pada produktivitas yang rendah, dan kemudian mengakibatkan upah yang diterima juga rendah. Rendahnya kualitas sumberdaya manusia ini karena rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi, atau karena keturunan; (3) Kemiskinan muncul akibat perbedaan akses dalam modal.

Ketiga penyebab kemiskinan ini bermuara pada teori lingkaran setan kemiskinan (*vicious circle of poverty*). Teori ini ditemukan oleh Ragnar Nurkse agnar Nurkse (1953) dalam Kuncoro (2009:121), yang mengatakan: “*a poor country is poor because it is poor*” (negara miskin itu miskin karena dia miskin). Adanya keterbelakangan, ketidaksempurnaan pasar, dan kurangnya modal menyebabkan rendahnya produktivitas. Rendahnya produktivitas mengakibatkan rendahnya pendapatan yang diterima. Rendahnya pendapatan akan berimplikasi pada rendahnya tabungan dan investasi. Rendahnya investasi berakibat pada keterbelakangan dan seterusnya.

Layanan Kesehatan Bagi Penduduk Miskin

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi semua umat manusia tanpa membedakan status sosialnya. Jika seseorang sakit, dia tidak akan mampu melaksanakan berbagai tugas dan kewajibannya. Hal tersebut akan berdampak bagi kelangsungan hidupnya dan keluarganya. Oleh karena itu, semua orang berlomba-lomba menjaga kesehatan mereka.

Tapi sayang sekali, penyakit sering tiba-tiba datang dalam kehidupan manusia. Bagi orang yang mampu, mereka dapat dengan mudah memperoleh perawatan atau pengobatan dengan biaya mereka sendiri. Tetapi, bagaimana dengan nasib warga miskin?. Bagi mereka kesehatan adalah hal yang sangat mahal. Apabila mereka terkena penyakit, hal tersebut merupakan hal yang sangat menakutkan. Mereka akan sangat sulit untuk mendapatkan kesembuhan dari penyakit tersebut karena buruknya pelayanan kesehatan di negara kita terutama bagi golongan seperti mereka.

Bagi warga miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memuaskan adalah hal yang sangat sulit. Mereka harus memenuhi berbagai macam syarat yang ditentukan oleh pihak rumah sakit. Syarat-syarat tersebut menjadi alat untuk mempersulit pasien dari warga miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pihak rumah sakit terlalu mementingkan syarat daripada pelayanan yang diberikan.

Pasien kalangan kurang mampu seringkali mendapat perlakuan yang berbeda dari pihak rumah sakit. Mereka dijadikan pasien kelas dua. Pihak rumah sakit lebih mendahulukan pasien yang memiliki uang daripada pasien yang menggunakan Jamkesmas. Walaupun mereka dalam keadaan sekarat, mereka harus rela menunggu setelah pasien yang memiliki uang tersebut. Diskriminasi dalam hal pelayanan inilah yang membuat masyarakat kecewa dengan kinerja pemerintah khususnya di bidang kesehatan.

Permasalahan utama pelayanan kesehatan saat ini antara lain adalah masih tingginya disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antara perkotaan dengan perdesaan. Secara umum status kesehatan penduduk dengan tingkat sosial ekonomi tinggi, di kawasan barat Indonesia, dan di kawasan perkotaan, cenderung lebih baik. Sebaliknya, status kesehatan penduduk dengan sosial ekonomi rendah, di kawasan timur Indonesia dan di daerah perdesaan masih tertinggal.

Di sisi lain, kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan juga masih rendah. Kualitas pelayanan menjadi kendala karena tenaga medis sangat terbatas dan peralatan kurang memadai. Dari sisi jumlah, rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk yang harus dilayani masih rendah. Keterjangkauan pelayanan terkait erat dengan jumlah dan pemerataan fasilitas kesehatan.

Pada tahun 2002 untuk setiap 100.000 penduduk hanya tersedia 3,5 puskesmas. Itu pun sebagian penduduk, terutama yang tinggal daerah terpencil, tidak memanfaatkan Puskesmas karena keterbatasan sarana transportasi dan kendala geografis. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003, angka kematian bayi pada kelompok termiskin adalah 61 berbanding 17 per 1.000 kelahiran hidup pada kelompok terkaya. Demikian juga, angka kematian balita pada penduduk termiskin (77 per 1.000 kelahiran hidup) jauh lebih tinggi daripada angka kematian balita pada penduduk terkaya (22 per 1.000 kelahiran hidup). Penyakit infeksi yang merupakan penyebab kematian utama pada bayi dan balita, seperti ISPA, diare, tetanus neonatorum dan penyulit kelahiran, juga lebih sering terjadi pada penduduk miskin.

Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terkait erat dengan terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan, baik karena kendala geografis maupun kendala biaya (*cost barrier*). Data SDKI 2002-2003 di atas menunjukkan bahwa kendala terbesar yang dihadapi penduduk miskin untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah ketiadaan uang (34 persen), jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terlalu jauh (18 persen), serta adanya hambatan dengan sarana angkutan atau transportasi (16 persen).

Data Susenas 2004 menunjukkan bahwa kendala biaya menjadi permasalahan yang cukup serius, terutama bagi penduduk miskin, karena selama ini sebagian besar (87,2 persen) pembiayaan kesehatan bersumber dari penghasilan penduduk sendiri. Pembiayaan yang berasal dari jaminan pemeliharaan kesehatan (kartu sehat yang dikeluarkan Pemerintah) hanya sebesar 6,3 persen dan yang berasal dari asuransi sebesar 5,2 persen. Artinya, penduduk harus menanggung biaya yang besar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini tentu amat memberatkan bagi penduduk miskin karena mereka harus mengeluarkan biaya yang besar untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

Masalah kesehatan yang menimbulkan perhatian masyarakat cukup besar akhir-akhir ini adalah masalah gizi kurang dan gizi buruk. Walaupun sejak tahun 1989 telah terjadi penurunan prevalensi gizi kurang yang relatif tajam, mulai tahun 1999 penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita relatif lamban dan cenderung tidak berubah. Saat ini terdapat 10 provinsi dengan prevalensi gizi

kurang di atas 30, dan bahkan ada yang di atas 40 persen, yaitu di Provinsi Gorontalo, Nusa Tenggara Barat (NTB), Nusa Tenggara Timur (NTT), dan Papua. Menurut Data Badan Pusat Statistik periode Maret 2013 menunjukkan bahwa presentase jumlah penduduk 2013 sebesar 22,84%.

Masalah busung lapar terutama dialami oleh anak balita yang berasal dari keluarga miskin. Dua faktor penyebab utama terjadinya gizi buruk tersebut adalah rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan terjadi dalam kurun waktu yang lama. Penyebab kedua adalah terjadinya serangan penyakit infeksi yang berulang. Kedua faktor ini disebabkan oleh tiga hal secara tidak langsung, yaitu (1) ketersediaan pangan yang rendah pada tingkat keluarga; (2) pola asuh ibu dalam perawatan anak yang kurang memadai; dan (3) ketersediaan air bersih, sarana sanitasi, dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terbatas. Penyebab tidak langsung tersebut merupakan konsekuensi dari pokok masalah dalam masyarakat, yaitu tingginya pengangguran, tingginya kemiskinan, dan kurangnya pangan.

Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin

Upaya pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada warga miskin melalui Jamkesmas masih belum dapat terealisasi dengan baik. Banyak pasien pengguna Jamkesmas masih saja dipersulit dengan urusan administrasi. Selain itu, sistem pendataan Jamkesmas pada masyarakat miskin masih belum tuntas adanya fungsi ganda dari penyelenggara, baik sebagai pengelola maupun pembayar, verifikasi tidak berjalan optimal, paket pelayanan belum diimbangi dengan kebutuhan dana yang memadai, serta penyelenggara tidak menanggung resiko. Pemerintah perlu memberikan perhatian khusus dalam menangani masalah ini. Hal ini karena kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara. Negara wajib memberikan jaminan kesehatan kepada warganya, termasuk warga miskin.

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin masih belum dapat dirasakan sebagaimana mestinya. Masyarakat golongan miskin seringkali tidak mendapatkan pelayanan yang layak. Mereka harus dihadapkan dengan berbagai syarat yang mempersulit. Ditambah lagi dengan sikap diskriminasi yang dilakukan

oleh pihak rumah sakit. Dalam hal ini, pemerintah perlu meninjau kembali kinerja rumah sakit khususnya dalam pelayanan terhadap warga kurang mampu.

Upaya dalam rangka peningkatan pemerataan, pelayanan kesehatan dilaksanakan melalui penempatan tenaga dokter dan paramedis terutama di puskesmas dan rumah sakit di daerah tertinggal; peningkatan ketersediaan, pemerataan, mutu, dan keterjangkauan harga obat dan perbekalan kesehatan, terutama untuk penduduk miskin; dan peningkatan mutu pelayanan farmasi komunitas dan rumah sakit. Melalui pelaksanaan berbagai kebijakan itu dan dibarengi dengan kemajuan di bidang sosial dan ekonomi, diharapkan taraf kesehatan penduduk miskin akan menjadi lebih baik.

Selanjutnya, dalam Dokumen Renja Kerja (Renja Bappeda Provinsi Gorontalo, Tahun 2012) disebutkan bahwa tindak lanjut optimalisasi pelayanan bagi penduduk miskin, pemerintah Provinsi Gorontalo melalui Dinas Kesehatan telah melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Meningkatkan Pemerataan dan Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan

Peningkatan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masyarakat dilaksanakan antara lain melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan gratis bagi penduduk miskin di puskesmas dan jaringannya, serta kelas III rumah sakit. Melalui upaya ini diharapkan tingkat disparitas status kesehatan antara penduduk kaya dan miskin semakin berkurang. Untuk mengantisipasi berbagai kendala teknis di lapangan yang dihadapi oleh masyarakat miskin dalam mendapatkan pelayanan yang layak, misalnya hambatan administrasi dan prosedural, sosialisasi dan advokasi kepada institusi penyelenggara akan lebih ditingkatkan, di samping memperkuat pemantauan dan *safe guarding*.

Selain itu, juga dilaksanakan peningkatan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya; pembangunan dan perbaikan rumah sakit terutama di daerah bencana dan tertinggal secara selektif; pengadaan obat, pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan; dan penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan.

Selanjutnya, perlu ditingkatkan pelayanan kesehatan dasar yang mencakup sekurang-kurangnya peningkatan promosi

kesehatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan dasar; peningkatan pelayanan kesehatan rujukan; pengembangan pelayanan dokter keluarga; serta peningkatan peran serta masyarakat dan sektor swasta dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Upaya lainnya dalam rangka peningkatan pemerataan, pelayanan kesehatan dilaksanakan melalui penempatan tenaga dokter dan paramedis terutama di puskesmas dan rumah sakit di daerah tertinggal; peningkatan ketersediaan, pemerataan, mutu, dan keterjangkauan harga obat dan persediaan kesehatan, terutama untuk penduduk miskin; dan peningkatan mutu pelayanan farmasi komunitas dan rumah sakit.

Melalui pelaksanaan berbagai kebijakan itu dan dibarengi dengan kemajuan di bidang soISAI dan ekonomi, diharapkan taraf kesehatan penduduk miskin akan menjadi lebih baik.

2. *Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan*

Dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, upaya yang akan dilakukan adalah pengangkatan dan penempatan tenaga kesehatan, seperti dokter dan tenaga keperawatan terutama di daerah terpencil, peningkatan proporsi puskesmas yang memiliki tenaga dokter; peningkatan proporsi rumah sakit kabupaten/kota yang memiliki tenaga dokter spesialis dasar, dan peningkatan mutu pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.

3. *Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*

Dalam rangka meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat akan dilaksanakan kegiatan (1) pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE); (2) pengembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat, (seperti pos pelayanan terpadu, pondok bersalin desa, dan usaha kesehatan sekolah) dan generasi muda; dan (3) peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat.

Upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, perlu didukung oleh peningkatan kualitas lingkungan hidup yang dilaksanakan melalui penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar terutama bagi masyarakat miskin; pemeliharaan dan pengawasan kualitas

lingkungan; pengendalian dampak resiko pencemaran lingkungan; dan pengembangan wilayah sehat.

4. *Meningkatkan Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit.*

Untuk menurunkan angka kesakitan, kematian, dan kecacatan akibat penyakit menular dan penyakit tidak menular upaya yang perlu dilakukan antara lain pencegahan dan penanggulangan faktor risiko; peningkatan imunisasi; penemuan dan tatalaksana penderita; peningkatan surveilans epidemiologi dan penanggulangan wabah; dan peningkatan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) pencegahan dan pemberantasan penyakit.

5. *Meningkatkan Keadaan Gizi Masyarakat*

Dalam rangka meningkatkan status gizi masyarakat terutama pada ibu hamil, bayi, dan anak balita perlu dilakukan pendidikan gizi dan pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi. Penanggulangan kurang energi protein, anemia gizi besi, gangguan akibat kurang yodium, kurang vitamin A, dan kekurangan zat gizi mikro lainnya perlu ditingkatkan, sejalan dengan penanggulangan gizi-lebih, dan surveilans gizi.

Untuk mengatasi masalah busung lapar atau kurang energi dan protein tingkat berat di berbagai daerah di Indonesia telah dilakukan langkah darurat berupa perawatan penderita di rumah sakit dan pemberian makanan tambahan. Upaya berikutnya adalah menyusun rencana secara terpadu untuk menangani masalah ini mulai dari aspek produksi, distribusi sampai dengan konsumsi dan bersifat lintas sektor.

6. *Meningkatkan Penanganan Masalah Kesehatan di Daerah Bencana*

Dalam rangka penanggulangan akibat bencana yang terjadi di berbagai daerah, upaya-upaya yang akan terus dilanjutkan antara lain adalah rehabilitasi dan rekonstruksi sarana pelayanan kesehatan yang rusak, pemenuhan tenaga kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit, penyediaan obat dan peralatan kesehatan, perbaikan gizi, serta upaya untuk memulihkan fungsi pelayanan kesehatan di daerah bencana.

KESIMPULAN

Optimalisasi pelayanan bagi penduduk miskin di Provinsi Gorontalo telah dilakukan

langkah-langkah sebagai berikut: (1) Peningkatan pemerataan, pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin dilaksanakan melalui penempatan tenaga dokter dan paramedis terutama di puskesmas dan rumah sakit di daerah tertinggal; peningkatan ketersediaan, pemerataan, mutu, dan keterjangkauan harga obat dan perbekalan kesehatan, terutama untuk penduduk miskin; dan peningkatan mutu pelayanan farmasi komunitas dan rumah sakit; (2) Selanjutnya, dalam rangka tindak lanjut optimalisasi pelayanan bagi penduduk miskin, pemerintah Provinsi Gorontalo dalam Dinas Kesehatan telah melakukan langkah-langkah sebagai berikut: (a) Meningkatkan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; (b) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan; (c) Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat; (d) 4. Meningkatkan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit; (e) Meningkatkan keadaan gizi masyarakat; (f) Meningkatkan penanganan masalah kesehatan di daerah bencana.

BPS,2007. Data dan informasi Kemiskinan Tahun 2005-2006. Buku 1 [DIKES] Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo, 2012, Dokumen Perencanaan Renja Kerja (Renja). Dikes Provinsi Gorontalo.

WEB.

[http:// www. Wikipedia.com.](http://www.Wikipedia.com.), diakses tanggal 24 Januari 2016, pukul 21.30 Wita.

<http://www.bkkbn.go.id> diakses tanggal 26 Januari 2016, pukul 09.00 Wita.

www.bappenas.go.id/index.php/download, diakses tanggal 24 Januari 2016 pukul 10.00. Wita

www.datastatistik-indoneISA.com diakses tanggal 13 Januari 2016, pukul 21.00 Wita

www.depkes.go.id diakses tanggal 13 Januari 2016, pukul 22.00 Wita, pukul 22.00 Wita

www.tnp2k.go.id., diakses tanggal tanggal 26 Januari 2016, pukul 09.00. Wita

DAFTAR PUSTAKA

- Arsyad L. 2010. Ekonomi pembangunan. Yogyakarta.
- Bungin B. 2007. Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu SoISAL, Jakarta: Kencana Prenama Media Group.
- Chambers J L C. 1998. Sedimentation In The Modern and Miocene. Mahakam Delta. IndoneISAn Petroleum Association.
- Hasan M I. 2002. Pokok-pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya, Ghalia. IndoneISA, Bogor.
- Moleong L J. 2007. Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi. Bandung: Rosda Karya.
- Kuncoro M. 2009. Metode Riset Untuk Bisnis & Ekonomi. Penerbit. Erlangga. Jakarta
- Surachman W. 2005. Pengantar Penelitian Ilmiah: Dasar, Metode dan Teknik, Bandung: Tarsito.
- Suryabrata S. 2010. Metodologi Penelitian. Jakarta. CV. Rajawali.
- Todaro M P. dan Smith, S.C. 2006. Pembangunan Ekonomi. Jilid I Edisi Kesembilan. Haris Munandar (penerjemah). Erlangga, Jakarta.
- BKKBN. 2010. Penyiapan Kehidupan Berkeluarga Bagi Remaja. Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi. Jakarta