

## Masyarakat Miskin dan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow<sup>1</sup>

*Ferdinandus Kainakaimu<sup>2</sup>*

### Abstract

*Health condition in Bolaang Mongondow District specially is categorized low compared to other more advanced regions. By using qualitative methods, this article clarifies poor families' access to healthcare in Bolaang Mongondow and identifying internal and external difficulties in accessing one. The informants are categorized as providers and clients of healthcare, specially poor families holding Askeskin (health insurance program for poor people) card that have experience in accessing healthcare in puskesmas (community health center). The result indicates that 1) poor family's access to healthcare in Bolaang Mongondow is not yet optimum. When they were ill, the Askeskin holders should decide either to take care of themselves or seek for medical treatment from private hospitals. Ironically, some rich people get the Askeskin card also. The poor families sometimes were charged additional fees to cover such healthcare as childbearing and maternal and infant healthcare; 2) internal factors in accessing the healthcare (from Askeskin card holders themselves) and external factors that came from the providers of healthcare in giving services to poor families.*

**Keywords:** Access, Poor, Healthcare

### Intisari

Kondisi kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow tergolong rendah dibandingkan dengan daerah lainnya. Dengan menggunakan metode kualitatif, artikel ini menjelaskan akses keluarga miskin terhadap layanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow dan mengidentifikasi kesulitan internal dan eksternal ketika mengaksesnya. Informan adalah penyedia layanan dan kliennya, khususnya keluarga miskin pemegang Askeskin (program asuransi kesehatan untuk orang miskin). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) akses keluarga miskin terhadap kesehatan di Bolaang Mongondow belum optimal. Ketika mereka sakit, pemegang Askeskin harus memutuskan apakah mengobati sendiri atau berobat rumah sakit swasta. Ironisnya, beberapa orang kaya mendapatkan kartu Askeskin juga. Keluarga miskin kadang-kadang dibebani biaya tambahan untuk menutup kesehatan, seperti kesehatan melahirkan anak dan ibu dan bayi. 2) Faktor internal dalam mengakses pelayanan kesehatan (dari pemegang kartu Askeskin) dan faktor eksternal yang berasal dari penyedia layanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin keluarga.

**Kata-kata kunci:** akses, orang miskin, pelayanan kesehatan

<sup>1</sup> Naskah ini adalah sebagian dari tesis penulis di Magister Studi Kebijakan Universitas Gadjah Mada.

<sup>2</sup> P3D Kabupaten Mappi, Papua.

## Pendahuluan

Sejak 2006 pembangunan kesehatan diarahkan untuk mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan akses masyarakat, terutama penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan dasar. Sasaran yang akan dicapai adalah (1) meningkatnya jumlah keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat; (2) meningkatnya jumlah keluarga yang memiliki akses terhadap sanitasi dan air bersih; (3) meningkatnya cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; (4) meningkatnya pelayanan antenatal, postnatal, dan neonatal; (5) meningkatnya jumlah kunjungan penduduk miskin ke puskesmas/pustu dan rumah sakit; (6) meningkatnya cakupan imunisasi; (7) lebih meratanya penyebaran tenaga kesehatan; (8) meningkatnya ketersediaan obat esensial nasional; (9) meningkatnya cakupan pemeriksaan sarana produksi dan distribusi produk tarapetik/obat, obat tradisional, kosmetik, perbekalan peralatan kesehatan rumah tangga, produk komplemen, dan produk pangan; (10) menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular, seperti malaria, demam berdarah dengue (DBD), tuberkulosis paru, diare, HIV/AIDS; serta (11) menurunnya prevalensi kurang gizi dan gizi buruk pada anak balita ([www.bappenas.co.id](http://www.bappenas.co.id), 2006).

Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang lebih baik, pemerintah telah melakukan berbagai upaya dengan mengeluarkan beberapa kebijakan di bidang kesehatan melalui Departemen Kesehatan RI. Upaya tersebut dimulai dari Jaringan Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS BK) yang dilaksanakan dari 1998 sampai dengan 2001. JPS BK dilakukan pemerintah dengan cara menyalurkan dana melalui rumah sakit dan puskesmas untuk memenuhi pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Pada 2002 pemerintah mengeluarkan kebijakan yang dikenal dengan Penanggulangan Dampak Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE BK).

Program ini menggunakan sebagian dari dana subsidi BBM untuk pemeliharaan kesehatan keluarga miskin yang disalurkan langsung kepada pemberi pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas) dan digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang sakit (Kiswanto, dalam Tukiran, dkk., 2007). Tahun 2003 pemerintah memberlakukan kebijakan baru yang dikenal dengan Program Kompensasi pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM BK), yang merupakan kelanjutan Program JPS BK dan PDPSE BK. Program ini pada prinsipnya sama dengan program sebelumnya, hanya dalam PKPS BBM BK ini, ada tambahan kegiatan pelayanan kesehatan dan perubahan dalam pengaturan/pengelolaan pembiayaan (lebih mengarah pada peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan melalui pola hidup sehat) serta juga melibatkan pihak swasta dalam pembiayaan dan pemeliharaan kesehatan. Pada Januari 2005 pemerintah melakukan perubahan kebijakan, yaitu Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang dikembangkan lagi menjadi program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) atau sekarang dikenal dengan penerima manfaat Kartu Askeskin.

Salah satu kelompok sasaran Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) adalah penduduk miskin di wilayah perkotaan. Siapa sebenarnya orang miskin kota itu? Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 1992 telah mengidentifikasi ciri-ciri dari warga miskin kota, yaitu (1) sebagian adalah individu dan sebagian lagi adalah keluarga (mewakili keluarga), (2) berusia antara 18 tahun sampai dengan 55 tahun, (3) ada yang punya pekerjaan dan ada yang tidak memiliki suatu pekerjaan yang layak, (4) berpendapatan rendah (berarti di bawah garis kemiskinan BPS), (5) kondisi rumah dan lingkungan tidak layak huni, (6) tingkat pendidikan dan keterampilan rendah, serta (7) ada yang memiliki hambatan sosial dan psikologis, tetapi ada yang tidak (Susanto dan Saidi, 1998:38).

Walaupun penjelasan BPS di atas sudah begitu jelas untuk mengidentifikasi ciri-ciri keluarga miskin di kota, tidak ada salahnya melihat ciri masyarakat miskin yang diambil dari berbagai sumber rujukan seperti berikut ini. Masyarakat dikatakan miskin bila secara politik, tidak memiliki akses pada proses pengambilan keputusan yang menyangkut hidup mereka. Kemudian secara sosial, mereka tersingkir dari institusi utama masyarakat yang ada. Secara ekonomi, mereka memiliki kualitas SDM yang rendah, termasuk kesehatan, pendidikan, dan keterampilan yang berdampak pada penghasilan. Secara budaya dan tata nilai, mereka terperangkap dalam budaya rendahnya kualitas SDM, seperti rendahnya etos kerja berpikir pendek dan fatalisme. Secara lingkungan hidup, kepemilikan aset fisik mereka tergolong rendah, termasuk aset lingkungan hidup, seperti air bersih dan penerangan. Kondisi tersebut menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, seperti sandang, pangan, papan, keamanan, identitas kultural, proteksi, kreasi, kebebasan, partisipasi, dan waktu luang (Fernandez, dalam Siagian, 2000).

Dalam kebijakan kesehatan JPKMM atau Askeskin ditemukan beberapa permasalahan di lapangan, antara lain masyarakat miskin kurang mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas karena masih terbebani dengan biaya kesehatan, bahkan ada yang enggan untuk berobat ke rumah sakit atau puskesmas. Dari hasil pengamatan dan wawancara dengan 4 orang warga penerima manfaat Kartu Askeskin diketahui bahwa keluarga miskin masih mengeluarkan sejumlah uang untuk membayar biaya kesehatan, yang berkisar antara Rp20.000,00 hingga Rp500.000,00. Selain permasalahan biaya, sebagian besar warga miskin yang ada di Kotamobagu, Kabupaten Bolaang Mongondow belum memiliki kartu Askeskin (belum terdaftar) sehingga mereka tidak dapat memperoleh pelayanan yang baik (harus membayar mahal).

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan dalam tiga dekade

ini telah cukup berhasil meningkatkan derajat kesehatan. Namun derajat kesehatan di Indonesia, khususnya di Kabupaten Bolaang Mongondow, masih terhitung rendah apabila dibandingkan dengan daerah-daerah lain yang sudah maju. Permasalahan utama yang dihadapi adalah rendahnya kualitas kesehatan penduduk yang antara lain ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian bayi, anak balita, dan ibu maternal. Di samping itu, masih juga terdapat masalah tingginya proporsi balita yang menderita kurang gizi, masih tingginya angka kesakitan akibat beberapa penyakit menular, dan kecenderungan semakin meningkatnya penyakit tidak menular. Ditambah lagi dengan adanya kesenjangan kualitas kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu antarwilayah/daerah, gender, dan antarkelompok status sosial ekonomi. Jumlah, penyebaran, komposisi, dan mutu tenaga kesehatan juga belum memadai serta terbatasnya sumber pembiayaan kesehatan dan belum optimalnya alokasi pembiayaan kesehatan.

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow memberikan perhatian khusus, salah satunya, pada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin. Hal ini dapat dilihat dari kebijakan operasionalnya yang salah satunya juga terfokus pada meningkatkan kinerja pengelolaan pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu penyuluhan, pencegahan penyakit, dan pelayanan kesehatan penduduk miskin. Program yang dikembangkan untuk itu adalah Program Upaya Kesehatan Masyarakat dengan kegiatan pokoknya berupa pelayanan kesehatan penduduk miskin di puskesmas dan jaringannya.

Pengamatan dan wawancara dengan 4 orang lurah di Kotamobagu, Kabupaten Bolaang Mongondow, yang mewakili Kecamatan Kotamobagu Barat, Kotamobagu Timur, Kotamobagu Selatan, dan Kotamobagu Utara pada Juni sampai dengan Agustus 2007 meng-

hasilkan hal berikut ini. Terdapat keluhan warga miskin yang berada di wilayah kota dan sekitarnya terkait hal kurangnya tenaga medis, terbatasnya fasilitas kesehatan, masih tingginya biaya kesehatan, dan kurangnya stok obat-obatan sehingga masyarakat miskin semakin sulit mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal ini juga sesuai dengan data Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow yang secara resmi menyatakan bahwa jumlah fasilitas kesehatan yang ada adalah 5 buah rumah sakit, 30 puskesmas, 129 puskesmas pembantu, dan 362 posyandu. Walaupun dikatakan bahwa tenaga kesehatan, seperti dokter dan dokter umum, telah tersebar di seluruh kecamatan, mereka tidak dapat melayani seluruh masyarakat, terutama di desa-desa yang terpencil karena jumlahnya sedikit. Apabila masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan, itu datangnya bukan dari dokter, melainkan dari perawat biasa.

Dengan demikian, jika dilihat dari ketersediaan fasilitas kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow secara umum dapat dikatakan relatif tersedia, tetapi persoalan akses bagi warga miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas masih belum terwujud dengan baik. Akses yang dimaksud tampaknya lebih berkenaan dengan akses ekonomi dan akses organisasi (rumah sakit maupun puskesmas) yang belum pro miskin sehingga mereka terkesan sebagai warga negara kelas dua. Padahal sebagai bagian dari warga negara Indonesia, mereka mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, bukan pelayanan yang dibedakan dengan warga yang memiliki kemampuan ekonomi yang lebih.

Akses pelayanan kesehatan ibarat pintu gerbang pelayanan kesehatan karena memiliki kedudukan yang sangat strategis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Akses pelayanan kesehatan lebih penting lagi ditujukan pada warga miskin karena kehidupan mereka sangat rawan terhadap berbagai permasalahan kesehatan, seperti lingkungan

tempat tinggal yang kurang bersih dan tidak memenuhi persyaratan rumah sehat, asupan gizi yang kurang, serta tidak dimilikinya fasilitas air bersih. Pada sisi lain mereka semestinya menjadi tanggung jawab dominan pemerintah berkenaan dengan kemiskinan mereka, khususnya lagi berkenaan dengan akses mereka terhadap berbagai pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah.

### **Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin**

Menurut Menteri Kesehatan RI (Supari, 2006), untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan, banyak hal yang harus dilakukan, salah satunya adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Secara umum dapat dibedakan sembilan syarat penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik, yakni tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), berkesinambungan (*continuous*), terpadu (*intergrated*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), bermutu (*quality*), tercapai (*accessible*), dan terjangkau (*affordable*). Selanjutnya ditegaskan bahwa sembilan syarat tersebut sama pentingnya, namun terpenuhi syarat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang merata, bermutu, dan terjangkau merupakan satu keharusan. Betapapun sempurnanya pelayanan kesehatan, bila hal ini tidak terpenuhi, tidak akan banyak artinya bagi masyarakat.

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 34 mengamanatkan fakir miskin dan anak-anak terlantar menjadi tanggung jawab negara. Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan. Oleh karena itu, negara bertanggung jawab menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Berkaitan dengan itu, pemerintah akan berusaha seoptimal mungkin untuk mewujudkan amanat ini, antara lain dengan diundangkannya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) sebagai salah satu komponennya dan Undang-Undang Praktik Kedokteran. Adanya kedua undang-undang ini merupakan lompatan jauh ke depan untuk menata sistem pelayanan kesehatan seiring dengan sistem pembiayaannya. Salah satu bentuk perwujudan amanat undang-undang dasar yang harus dilaksanakan adalah kepedulian terhadap pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan, utamanya pelayanan kesehatan masyarakat miskin.

Untuk itu, pemerintah berupaya mewujudkan rasa keadilan di bidang kesehatan dengan mengupayakan agar setiap penduduk terlayani kebutuhan kesehatannya tanpa membedakan status sosial, wilayah, geografis, suku, agama, bahkan kewarganegaraannya. Dalam rangka memenuhi hak-hak masyarakat miskin seperti diamanatkan dalam konstitusi dan undang-undang, pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan RI mempunyai kebijakan untuk lebih fokus pada pelayanan kesehatan bagi warga miskin. Dasar pemikirannya adalah berdasarkan kajian yang ada selain memenuhi kewajiban, pemerintah juga dapat mengawasi indikator-indikator kesehatan agar berjalan lebih baik apabila lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan dan kesehatan. Selain itu, jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita, serta menurunkan angka kelahiran di samping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan masyarakat miskin (Supari, 2006).

Program pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin diadakan sejak tahun 1999. Waktu itu, program ini bernama Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS BK) dengan sumber dana yang berasal dari pinjaman luar negeri. Kemudian pada 2002, program tersebut berganti nama menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM). Sumber dananya berasal dari dalam negeri, yaitu dari pengurangan subsidi BBM. Pada April 2005 program

tersebut berubah lagi menjadi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Sumber dananya juga berasal dari kompensasi subsidi BBM dengan audit dana oleh BPKP dan Bawasda.

Pada masa sebelumnya antara 1999-2004, dana untuk pengelolaan kesehatan masyarakat miskin langsung didrop kepada penyedia pelayanan kesehatan (PPK), yaitu rumah sakit, puskesmas, dan bidan desa. Kemudian sejak awal 2005, dana itu dikelola langsung oleh PT Asuransi Kesehatan (Askes) seperti halnya pegawai negeri. Sebelum 2005, pendataan masyarakat miskin dilakukan oleh bidan desa bersama lurah/kepala desa setempat tiap tahun. Kriteria keluarga miskin waktu itu adalah hanya mampu makan dua kali sehari, tidak mampu menyekolahkan anak karena tidak ada dana, dan rumah yang tidak layak huni. Sedangkan saat ini pendataan dilakukan oleh PT Askes dan BPS dengan kriteria keluarga miskin adalah yang berpenghasilan di bawah Rp500.000,00 per bulan.

Ada satu ketergesa-gesaan yang dilakukan PT Askes yang telah memasang kuota penduduk miskin seluruh Indonesia sampai per desa/kelurahan. Idealnya dilakukan pendataan lebih dulu sebelum diberi kuota per daerah karena akan sesuai dengan realitas jumlah masyarakat miskin yang sebenarnya. PT Askes barangkali berkelit itu memang sudah merupakan kuota yang ditetapkan pemerintah (presiden dan DPR), tetapi yang disayangkan adalah penetapan tersebut tidak berdasarkan data dari bawah (*bottom up*). Masalahnya sekarang adalah kuota tersebut jauh di bawah jumlah penduduk miskin yang didata pada tahun-tahun sebelumnya.

Secara nasional, kuota penduduk miskin yang terlayani PT Askes mengalami penurunan sekitar 36 juta jiwa, suatu jumlah yang tidak sedikit. Masyarakat miskin yang terdata PT Askes itu akan diberi kartu Askes seperti pegawai negeri. Logikanya, dengan pengurangan subsidi BBM akan lebih banyak lagi masyarakat miskin yang terlayani, tetapi

realitanya dengan kuota yang sudah dijatah, jumlah penduduk miskin yang dilayani justru berkurang. Ke manakah masyarakat miskin yang tidak mendapat jatah/kuota kartu Askes akan mendapatkan pelayanan kesehatan gratis, padahal mereka sudah optimis dengan mendengar setiap hari iklan di TV bahwa masyarakat akan mendapat pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit.

Diakui bahwa sebelum tahun 2005 program kartu sehat (kartu berobat sebagai tanda keluarga miskin) banyak yang salah sasaran. Banyak yang seharusnya tidak berhak memiliki kartu tersebut, entah dari mana asalnya, justru mendapatkannya, mungkin karena dekat dengan oknum bidan, pegawai puskesmas/rumah sakit maupun oknum kepala desa. Namun hal itu dapat diminimalisasi jika tim yang terlibat dalam pendataan diperbanyak, misalnya melibatkan kecamatan, bidan desa, kepala desa, dan Dinas Sosial. Hal ini dimaksudkan agar tidak ada lagi pertimbangan keluarga, kawan dekat, dan sebagainya sehingga yang didata benar-benar adalah masyarakat miskin. Dengan sistem yang dulu saja, yang notabene lebih banyak masyarakat miskin terlayani, ditemukan banyak masalah, apalagi yang lebih sedikit tercakup seperti saat ini. Masalah yang dihadapi sebelum 2005 itu, antara lain, adalah di samping salah sasaran, masyarakat yang sebelumnya tidak termasuk masyarakat miskin tiba-tiba jadi miskin, misalnya karena bencana/musibah.

Menurut Amelia Maika dalam Tukiran, dkk. (2007), keterbatasan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga disebabkan oleh perlakuan diskriminatif yang diterima dari para petugas pelayanan kesehatan. Perlakuan yang diskriminatif membuat mereka (orang miskin) enggan memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan masyarakat setempat. Sekalipun mereka datang, itu karena terpaksa dan mereka bersikap pasrah terhadap perlakuan para petugas kesehatan yang melayani, baik dalam kondisi

kesehatan yang baik maupun buruk. Diskriminasi pelayanan kesehatan dapat juga muncul karena perbedaan sikap pemberian pelayanan dalam memberikan pelayanan sangat dipengaruhi oleh status pengguna pelayanan (Dwiyanto, dkk., 2003). Pemberi pelayanan cenderung memperlakukan orang kaya secara berbeda dengan orang miskin. Apalagi ketika orang miskin tersebut menggunakan kartu Askeskin, sering kali para pemberi pelayanan merasa bahwa melayani pemegang kartu Askeskin tidak menguntungkan karena tidak meningkatkan penerimaan puskesmas dan rumah sakit. Kondisi seperti ini membuat banyak warga miskin enggan menggunakan kartu Askeskin.

Berikut adalah contoh kasus diskriminasi pelayanan kesehatan yang pernah dialami oleh salah satu warga miskin. Dalam mengakses pelayanan kesehatan, ternyata ia tidak menerima pelayanan gratis walaupun sudah memiliki kartu Askeskin. Setelah kartu itu disodorkan, ternyata kartu Askeskin itu tidak dapat digunakan karena berbagai alasan menyangkut dana Askeskin yang belum dicairkan atau tunggakan Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) tahun lalu yang belum terbayar sehingga pihak pemberi pelayanan kesehatan tidak dapat memberikan pelayanan seperti yang diharapkan. Di samping itu, pelayanan untuk memperoleh obat yang sesuai dengan resep dokter tidak disediakan oleh pihak rumah sakit dengan alasan obat tersebut tidak terdapat dalam daftar obat di PT Askes. Dengan demikian, pasien harus membeli obat sendiri ke apotek yang tentunya harus mengeluarkan sejumlah uang. Hal ini menunjukkan pemerintah belum sepenuhnya memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin karena pelayanan terhadap pasien masih dibeda-bedakan dengan pasien yang membayar ([www.suarawarga.com](http://www.suarawarga.com), 2007).

## Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan metode kualitatif untuk menggambarkan dan menganalisis serta mengidentifikasi kendala-kendala internal dan eksternal yang berasal dari penerima layanan kesehatan (masyarakat miskin) dan pemberi layanan kesehatan (Dinkes dan Puskesmas) dalam memberikan dan memperoleh akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow. Lokasi penelitian ini di ibukota Kabupaten Bolaang Mongondow, yaitu Kotamobagu. Wilayah Kotamobagu terdiri dari 4 kecamatan, yaitu Kecamatan Kotamobagu Timur, Kotamobagu Barat, Kotamobagu Selatan, dan Kotamobagu Utara. Penelitian ini membatasi pada dua kecamatan, yaitu wilayah Kecamatan Kotamobagu Barat dengan target warga miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas Gogagoman dan Kotamobagu Timur dengan target warga miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas Kotobangon.

Alasan pemilihan wilayah penelitian pada dua kecamatan tersebut lebih didasarkan pada jumlah penduduk (termasuk warga miskin) yang bermukim di kedua tempat tersebut tergolong banyak dan berada pada kawasan padat penduduk dan kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan secara merata sehingga warga miskin yang sudah seharusnya memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya (pemilik kartu Askeskin) menjadi tidak terlayani dengan baik. Informan kunci terdiri dari para *stakeholder* penyedia layanan kesehatan (*provider*), seperti kepala Dinas Kesehatan, dokter, petugas kesehatan, kepala puskesmas, dan pengguna layanan kesehatan (*client/customer*) terutama warga masyarakat miskin pemegang kartu Askeskin. Pemilihan informan *customer* atau warga miskin dengan cara penentuan secara purposif (berdasarkan tujuan tertentu) dengan pertimbangan gender dan pengalaman ketika mendapatkan layanan kesehatan.

## Hasil dan Pembahasan

### ***Pelayanan Kesehatan Balita, Lansia, dan Ibu hamil***

Dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow sangat memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, yaitu perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat. Dengan memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan tersebut, keinginan untuk mencapai sasaran pembangunan kesehatan pada akhir tahun 2010, juga mempertimbangkan perkembangan, masalah, dan kecenderungan yang dihadapi, maka visi Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow adalah sebagai berikut. Terwujudnya masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat dan produktif menuju Bolaang Mongondow baru, yang bersatu, berbudaya, berdaya saing, maju, dan mandiri.

Untuk mencapai visi tersebut, maka Dinas Kesehatan mengemban misi pembangunan kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow. Misinya adalah menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, meningkatkan kinerja institusi dan unit kesehatan milik pemerintah maupun swasta, serta mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Penjelasan misi tersebut adalah sebagai berikut. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif pelbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil dan kontribusi positif tersebut, maka para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan-pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya. Oleh karenanya, seluruh elemen dari sistem kesehatan daerah harus berperan sebagai penggerak utama pembangunan berwawasan kesehatan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah tanggung jawab bersama antara pemerintah dan swasta. Tanggung jawab para penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat. Oleh karena itu, salah satu upaya kesehatan pokok untuk mewujudkan visi pembangunan kesehatan di daerah adalah dengan meningkatkan kinerja institusi sektor kesehatan dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kemudian kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah, dan swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatannya, hanya sedikit yang akan dicapai. Perilaku sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya pokok sektor kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

Untuk mencapai visi, misi, tujuan, dan sasaran, maka disusunlah program-program Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow, yang mencakup program-program berikut. 1) Program lingkungan sehat; 2) program perilaku hidup sehat; 3) program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan; 4) program upaya kesehatan; 5) program perbaikan gizi masyarakat; 6) program sumber daya kesehatan; program obat, makanan, dan bahan berbahaya; dan 7) program kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan. Dari ketujuh program bidang kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow tersebut, tidak ada satu pun program yang secara eksplisit memfokuskan kepada warga miskin, semuanya memprogramkan pelayanan masyarakat, baik warga miskin maupun yang tidak miskin. Hal ini dapat dimaknai sebagai kurangnya sensitivitas pemma terhadap masyarakat miskin dan

kemungkinan karena program-program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sudah terprogram oleh pemerintah pusat maupun pemerintah Provinsi Sulawesi Utara.

Strategi yang digunakan oleh Dinas Kesehatan kabupaten Bolaang Mongondow dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah memberikan pelayanan sesuai dengan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Pelayanan yang dimaksud meliputi 1) pelayanan kesehatan dasar: pengobatan dan perawatan di luar gedung, 2) pelayanan kebidanan: *ante natal care*, *post natal care*, pertolongan persalinan, dan rujukan ibu hamil, serta 3) revitalisasi posyandu: pelatihan kader, rekrutmen kader baru, insentif transportasi kader untuk mengadakan kegiatan semacam *sweeping* yang sasarannya adalah posyandu-posyandu yang dinyatakan *drop out*, dengan cara kader mengadakan kunjungan ke rumah-rumah untuk mengadakan pelayanan penimbangan. Kegiatan *sweeping* ini khususnya dilakukan bagi mereka (warga miskin) yang tidak membawa anaknya ke posyandu karena ada anggapan bahwa anak yang sudah melewati umur imunisasi sudah tidak memerlukan pelayanan penimbangan dan memperoleh pelayanan posyandu, padahal anak tersebut sebenarnya masih menjadi target imunisasi.

Untuk mempertegas pelaksanaan program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (pemegang kartu Askeskin) di Kabupaten Bolaang Mongondow, Kepala Dinas Kesehatan menyatakan hal di bawah ini.

“Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan program yang ditetapkan (protap), yaitu bagi warga miskin yang memiliki kartu Askeskin diarahkan untuk datang ke pemberi pelayanan kesehatan dasar terdekat (puskesmas/pustu) dengan membawa identitas (kartu Askeskin), kemudian akan mendapat pelayanan secara berjenjang hingga ke RSUD bagi pasien yang mendapat rujukan”.



**Tabel 1**  
**Data Jumlah Asuransi Masyarakat Miskin (Askeskin) se-Kabupaten Bolaang Mongondow**  
**Sesuai Kuota Tahun 2006/2007**

Nama Puskesmas	Jumlah Penduduk Miskin		
	Kuota Tahun 2005/2006	Kuota 2007	
		RTM	ART
Motoboi Kecil	8.949	814	3.285
Gogagoman	9.602	782	3.291
Bilalang	9.351	291	1.203
Modayag	8.468	1.704	6.598
Tungoi	6.845	1.354	2.388
Tanoyan	3.604	496	1.920
Mopuya	4.855	874	3.348
Imandi	11.139	1.647	6.497
Pusian	3.713	926	3.750
Molibagu	4.791	1.177	4.952
Mamalia	4.029	1.017	4.235
Pinolosian	3.367	1.260	5.485
Dumagin	1.921	828	3.494
Kotabunan	5.651	869	3.785
Nuangan	3.474	522	1.962
Poigar	4.737	1.242	4.754
Inobonto	5.141	971	3.920
Komangaan	2.843	304	1.331
Lolak	6.274	1.354	5.588
Maelang	2.629	680	2.858
Sangkub	2.091	646	2.663
Bintauna	3.227	540	1.893
Bohabak	3.125	988	3.566
Bolaang Itang	3.540	1.008	4.354
Buroko	2.755	1.011	3.841
Buko	2.579	959	3.670
Kotobangon	0	705	2.849
Pangjan	0	924	3.363
Passi Barat	0	588	2.328
Doloduo	0	1.627	6.608
Upai	0	321	1.193
Jumlah	128.700	27.662	110.972

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow, 2008

Pernyataan tersebut menggambarkan bahwa Dinas Kesehatan cukup serius dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin walaupun program yang dilaksanakan masih melanjutkan program dari pusat. Sebagai program pusat, maka hal-hal yang berhubungan dengan kepemilikan kartu Askeskin disesuaikan dengan ketentuan pusat, yaitu sistem kuota. Jumlah masyarakat miskin yang menerima manfaat berupa Asuransi Masyarakat Miskin

(Askeskin) disampaikan sesuai kuota per puskesmas yang tersebar di wilayah Kabupaten Bolaang Mongondow.

Pada Tabel 1 dapat diketahui bahwa jumlah puskesmas yang terlibat dalam penanganan Askeskin di Kabupaten Bolaang Mongondow berjumlah 31 unit. Pada 2005/2006 jumlah kuota penduduk miskin mencapai 128.700 orang, sedangkan kuota pada 2007 adalah sebanyak

27.662 rumah tangga miskin (RTM) atau meliputi 110.972 anggota rumah tangga (ART).

Puskesmas sebagai institusi terbawah secara struktural menjadi ujung tombak pelaksana kebijakan dari tingkat yang lebih atas, baik melanjutkan program pemerintah pusat berupa program Askeskin maupun mengimplementasikan kebijakan dari pemerintah provinsi atau pemerintah kabupaten yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan bagi warga miskin. Dengan demikian, kebijakan puskesmas yang mengatur pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sepenuhnya berdasarkan program dari pemerintah pusat maupun daerah. Terkait dengan program Askeskin, realisasi pemanfaatan dana Askeskin yang disalurkan melalui puskesmas se-Kabupaten Bolaang Mongondow dapat dilihat pada Tabel 2.

Pada Tabel 2 dapat diketahui bahwa hingga 14 Januari 2008 besarnya realisasi (penarikan dan pemanfaatan) dana Askeskin dapat dikatakan mencapai sebagian besar atau 80 persen lebih. Jika dirinci, maka dana pertolongan persalinan dapat direalisasikan 100 persen, sedangkan dana untuk pelayanan kesehatan dasar menyisakan sekitar Rp223.243.000,00. Dengan demikian, masih ada dana yang dapat dimanfaatkan oleh warga miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan walaupun untuk tiap-tiap puskesmas besarnya tidak sama. Terkait dengan pelayanan kesehatan dasar, menurut Wijono (2000), yang termasuk pelayanan kesehatan dasar adalah imunisasi, *Ante Natal Care* (ANC), pengobatan TBC paru, malaria, demam berdarah dengue, Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diare, gizi (kurang kalori protein, anemia besi, kekurangan iodium), Keluarga Berencana (KB), UKS, termasuk pengobatan kecacingan.

Pelayanan imunisasi di Kabupaten Bolaang Mongondow telah dilaksanakan meskipun belum optimal karena belum menjangkau seluruh warga miskin di wilayah tersebut. Sebagai contoh adalah Puskesmas Gogagoman yang mencakup wilayah kerja di 5 (lima) desa, yakni

Mongkonai, Molinow, Gogagoman, Mogolaing, dan Kotamobagu I, telah memberikan pelayanan imunisasi kepada 2.036 KK warga miskin yang memiliki kartu Askeskin, melalui 8 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dengan 24 kader posyandu yang aktif. Namun dalam pelayanan posyandu tersebut tidak pernah ada program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) seperti yang disampaikan oleh kepala Puskesmas Gogagoman dan informan warga miskin. Rata-rata balita yang berumur kurang dari 3 tahun tidak mendapatkan pelayanan makanan tambahan dan tidak mendapatkan penyuluhan kesehatan khusus yang berhubungan dengan kesehatan balita. Pelayanan imunisasi yang diperoleh hanya berupa penimbangan berat badan, pemberian pil vitamin A, dan garam beryodium. Selain itu, juga tidak pernah diadakan penyuluhan menyangkut pelayanan posyandu secara khusus kepada warga miskin sehingga mereka termotivasi untuk membawa anaknya ke posyandu. Warga hanya tahu bahwa untuk mendapatkan pelayanan imunisasi mereka harus membayar Rp1.000,00 s.d. Rp20.000,00 per satu kali pelayanan imunisasi (polio, DPT, campak, dan hepatitis B).

Pelayanan *ante natal care* (ANC) di Kabupaten Bolaang Mongondow khususnya untuk masyarakat miskin juga mendapat perhatian. Hal ini seperti disampaikan oleh Kepala Subdinas Penyuluhan Urusan JPKM berikut ini.

“Pada prinsipnya pemegang kartu Askeskin dilayani pada semua unit pelayanan kesehatan, mulai dari pustu, polindes, puskesmas hingga ke RSUD termasuk pelayanan kebidanan yang meliputi *Ante Natal Care*, pertolongan persalinan sampai pada rujukan ibu hamil ... semuanya tidak dipungut biaya alias gratis”.

Namun dalam pelaksanaannya masih jauh dari apa yang diharapkan karena ternyata masyarakat miskin masih harus membayar sejumlah uang dalam kasus pertolongan persalinan seperti yang dialami oleh salah satu

**Tabel 2**  
**Laporan Dana Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Realisasi Pemanfaatan di Puskesmas se-Kabupaten Bolaang Mongondow Tahun 2007**

Puskesmas	Alokasi Dana			Penarikan & Pemanfaatan Dana		Saldo Pelayanan Kesehatan Dasar (Rp)
	Pelayanan Kesehatan Dasar (Rp)	Pertolongan Persalinan (Rp)	Jumlah Dana ASKESKIN (Rp)	Pelayanan Kesehatan Dasar (Rp)	Pertolongan Persalinan (Rp)	
Motoboi Kecil	44,600,000	12,400,000	57,000,000	44,503,000	12,400,000	97,000
Gogagoman	43,000,000	12,200,000	55,200,000	41,362,000	12,200,000	1,638,000
Kotobangon	38,500,000	11,400,000	49,900,000	38,284,250	11,400,000	215,750
Upai	16,200,000	7,800,000	24,000,000	16,103,000	7,800,000	97,000
Bilalang	16,350,000	7,800,000	24,150,000	16,050,250	7,800,000	299,750
Passi	31,600,000	10,400,000	42,000,000	31,405,500	10,400,000	194,500
Pangian	43,200,000	12,200,000	55,400,000	42,503,000	12,200,000	697,000
Modayag	93,550,000	34,650,000	128,200,000	41,265,500	34,650,000	52,284,500
Tungoi	32,470,000	10,400,000	42,870,000	32,088,000	10,400,000	382,000
Tanoyan	26,100,000	9,400,000	35,500,000	12,224,750	9,400,000	13,875,250
Mopuya	66,400,000	22,050,000	88,450,000	42,853,000	22,050,000	23,547,000
Doloduo	89,750,000	19,800,000	109,550,000	88,103,000	19,800,000	1,647,000
Imandi	101,500,000	33,950,000	135,450,000	47,578,000	33,950,000	53,922,000
Pusian	51,000,000	13,400,000	64,400,000	50,753,000	13,400,000	247,000
Molibagu	82,200,000	16,000,000	98,200,000	82,103,000	16,000,000	97,000
Mamalia	77,600,000	25,550,000	103,150,000	77,353,000	25,550,000	247,000
Pinolosian	99,550,000	30,100,000	129,650,000	97,084,750	30,100,000	2,465,250
Dumagin	47,500,000	12,800,000	60,300,000	46,503,000	12,800,000	997,000
Kotabunan	66,450,000	14,700,000	81,150,000	56,479,000	14,700,000	9,971,000
Nuangan	41,850,000	16,800,000	58,650,000	30,241,000	16,800,000	11,609,000
Poigar	64,500,000	10,400,000	74,900,000	64,193,000	10,400,000	307,000
Inobonto	99,000,000	24,500,000	123,500,000	94,737,000	24,500,000	4,263,000
Komangaan	18,100,000	8,200,000	26,300,000	2,958,000	8,200,000	15,142,000
Lolak	95,900,000	21,350,000	117,250,000	95,800,000	21,350,000	100,000
Maelang	58,800,000	11,200,000	70,000,000	37,403,000	11,200,000	21,397,000
Sangkub	32,100,000	6,292,000	38,392,000	32,011,000	6,292,000	89,000
Bintauna	40,700,000	16,450,000	57,150,000	36,537,000	16,450,000	4,163,000
Bohabak	48,400,000	8,800,000	57,200,000	48,058,000	8,800,000	342,000
Bolaang Itang	80,000,000	24,150,000	104,150,000	79,753,000	24,150,000	247,000
Boruko	73,000,000	19,250,000	92,250,000	71,403,000	19,250,000	1,597,000
Buko	51,869,000	10,600,000	62,469,000	50,803,000	10,600,000	1,066,000
Jumlah	1,771,739,000	494,992,000	2,266,731,000	1,548,496,000	494,992,000	223,243,000

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow, 2007

informan yang memiliki kartu Askeskin berikut ini.

“Saya telah memeriksakan kehamilan selama tiga kali di puskesmas dengan total biaya Rp10.000,00 dan biaya persalinan sebesar Rp400.000,00”.

Sebagai warga miskin, biaya sebesar ini dianggap memberatkan kelangsungan hidupnya, sementara dalam Tabel 2 tentang Dana Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Miskin (Askeskin) dan Realisasi Pemanfaatan di puskesmas se-Kabupaten Bolaang Mongondow Tahun 2007 menyatakan bahwa realisasi pertolongan persalinan telah mencapai 100 persen. Namun pada kenyataannya warga miskin masih tetap harus membayar. Ada indikasi bahwa pelayanan bagi warga miskin (pemegang kartu Askeskin) hanya dilayani pada fasilitas kesehatan milik pemerintah, yaitu puskesmas dan jaringannya, “terbatas pada ruang” dan pada jam kerja, yaitu 08.00 – 13.00. Setelah selesai jam kerja tersebut, maka

pelayanan kesehatan dianggap pelayanan swasta sehingga harus membayar.

Pelayanan penyakit menular, seperti TBC dan kusta, tidak membedakan warga miskin maupun tidak miskin karena semuanya diberikan secara gratis. Hal ini disampaikan oleh salah seorang petugas Puskesmas Kotobangon yang khusus menangani pengobatan TBC dan kusta berikut ini.

“... untuk pelayanan TBC dan kusta di puskesmas kami, tidak membedakan antara yang kaya maupun miskin, semuanya dilayani dengan gratis, obat diberikan secara cuma-cuma. Bagi penderita TBC, pelayanan obatnya diberikan setiap dua minggu sekali, sedangkan kusta diberikan setiap minggu. Bahkan dari pihak puskesmas selalu mengunjungi ke rumah-rumah warga miskin untuk mengantarkan obat apabila warga miskin tidak datang karena tidak adanya biaya transportasi”.

### **Kendala dalam Mengakses Pelayanan Kesehatan**

Kendala-kendala yang dihadapi dalam mengakses pelayanan kesehatan terbagi atas dua, yaitu kendala internal dan kendala eksternal. Kendala internal yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kendala-kendala yang berasal dari warga miskin pemegang kartu Askeskin sebagai pengguna layanan kesehatan (klien) dalam mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon. Kendala tersebut, antara lain, adalah rendahnya kesadaran warga miskin untuk berperilaku hidup sehat. Hal ini terbukti dari hasil observasi dan wawancara mendalam pada beberapa informan warga miskin kota yang bertempat tinggal di desa/Kelurahan Gogagoman dan Kotobangon. Dari hasil wawancara hampir semua informan menyatakan tidak memiliki akses terhadap air bersih (air PAM) dan tempat buang air besar (WC) yang memenuhi syarat. Air yang dikonsumsi (minum dan memasak) selama ini berasal dari sumur dan sungai (*koala*) dengan kondisi air kurang baik (tidak higienis atau

keruh). Hampir semua informan menyatakan bahwa mereka masih buang air besar di sungai (*koala*). Hasil observasi ke rumah warga miskin juga menunjukkan bahwa umumnya warga miskin kota di Kabupaten Bolaang Mongondow masih hidup dengan lingkungan yang dapat dikatakan kumuh dan tidak sehat. Selain itu, juga masih dijumpai beberapa kebiasaan buruk lain, seperti merokok yang berlebihan dan minum minuman beralkohol sehingga semakin merusak dan memperburuk kondisi kesehatan warga miskin.

Meskipun memiliki kartu Askeskin, warga miskin enggan untuk berobat ke puskesmas karena beranggapan bahwa obat yang diberikan tidak manjur. Oleh karenanya, warga miskin cenderung berobat di klinik swasta atau dokter praktik meskipun biayanya lebih mahal. Menurut pengakuan informan, warga miskin lebih suka untuk berobat ke dokter praktik daripada ke puskesmas karena pelayanan kesehatan yang diberikan di puskesmas terkesan asal-asalan, tidak dengan perhatian khusus, sehingga secara psikologis tidak mendukung ke arah penyembuhan pasien. Selain itu, ketidakpahaman warga miskin mengenai kegunaan kartu Askeskin juga memengaruhi keengganan mereka memanfaatkannya. Hal ini diakui oleh beberapa informan bahwa mereka tidak memahami manfaat dan mekanisme pelayanan Askeskin, apalagi hak-hak yang harus mereka peroleh. Hal ini diduga akibat rendahnya tingkat pendidikan dan kesibukannya mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Warga miskin masih belum merasakan manfaat yang signifikan dari kartu Askeskin sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang diperoleh di puskesmas dan jaringannya. Kartu Askeskin masih dianggap sebagai secarik kertas yang tidak berarti apa-apa, terutama dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Di samping adanya kendala internal yang berasal dari pihak pengguna layanan (dalam hal ini warga miskin), dalam pelayanan kesehatan juga dijumpai kendala eksternal, yaitu kendala yang berasal dari penyedia layanan kesehatan.

Dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow dan puskesmas (Gogagoman dan Kotobangon). Kendala-kendala tersebut, antara lain, meliputi ketersediaan tenaga kesehatan (kuantitas dan kualitas), sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, sistem pelayanan (termasuk sikap pemberi layanan), serta ketersediaan obat.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow menyatakan bahwa jumlah tenaga kesehatan, seperti dokter (umum, spesialis, gigi), sarjana kesehatan masyarakat, tenaga epidemiologi, tenaga entomologi, dan tenaga asuransi kesehatan masih sangat kurang jumlahnya. Akibat dari kurangnya tenaga kesehatan tersebut adalah distribusi pelayanan kesehatan menjadi tidak merata pada setiap kecamatan di wilayah Kabupaten Bolaang Mongondow. Menurut penuturan petugas kesehatan di Puskesmas Gogagoman, wilayahnya memiliki jumlah penduduk terbanyak dan perbandingan antara penduduk miskin dan tidak tergolong seimbang. Namun dengan jumlah tenaga kesehatan yang terbatas, pada musim hujan mereka sering kewalahan memberikan pelayanan kesehatan ekstra kepada masyarakat yang umumnya warga miskin karena pada musim tersebut banyak yang terserang penyakit.

Selain jumlah (kuantitas), kualitas tenaga kesehatan terutama dalam bidang teknis medis, seperti bidan, perawat, dan ahli gizi, masih tergolong kurang, terutama dari segi kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Informan tenaga kesehatan di Puskesmas Kotobangon menyatakan bahwa ia sering mendapatkan keluhan dari warga masyarakat (miskin) tentang pelayanan kesehatan yang kurang baik atau terkesan asal-asalan yang diperoleh dari petugas kesehatan di wilayahnya. Kenyataan ini tentu saja mengecewakan warga masyarakat (miskin), terutama dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal tersebut diperkuat dengan kurangnya persentase penduduk miskin yang mengakses pelayanan kesehatan di pus-

kesmas tersebut karena warga miskin pemegang kartu Askeskin cenderung mengakses pelayanan kesehatan langsung ke RSUD.

Keterbatasan tenaga pelayanan kesehatan ini mengakibatkan mutu pelayanan kesehatan bagi warga miskin di Kabupaten Bolaang Mongondow menjadi rendah. Hal ini terutama yang terkait dengan tata cara memberikan pelayanan yang meliputi upaya pencegahan (*preventif*), mampu menjangkau semua lapisan masyarakat (*comprehensive*), melayani rujukan spesialis, paramedik dan pelayanan konsultasi (*coordinative*), pelayanan kesehatan yang berkelanjutan (*sustainable*), dan rasional sehingga mampu memuaskan masyarakat. Dalam Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow tercantum beberapa program yang mengatur tentang upaya preventif menyangkut pelayanan kesehatan, seperti penyuluhan dan pemberian makanan tambahan, namun hal tersebut belum menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Pelayanan kesehatan rujukan spesialis, paramedik, dan pelayanan konsultasi (*coordinative*) juga belum dilaksanakan secara maksimal yang terbukti dengan warga miskin yang datang ke puskesmas tidak pernah diperiksa oleh dokter. Pelayanan kesehatan yang diperoleh selama ini hanya dari bidan desa dan perawat biasa sehingga mutu pelayanan yang diterima pun terkesan rendah. Pihak puskesmas kurang peka merespons beberapa keluhan dari warga miskin. Petugas kesehatan, bahkan tidak pernah memberikan penjelasan secara terperinci tentang apa yang harus dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan pasien ketika sakit.

Menurut Kepala Dinas Kesehatan, sistem informasi kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow belum berjalan dengan baik. Penyampaian informasi pelayanan kesehatan ke puskesmas-puskesmas masih terkendala oleh minimnya sarana dan prasarana pendukung, seperti alat penyebaran informasi berupa media cetak dan elektronik. Salah satu bentuk belum optimalnya penyebaran sistem informasi tampak pada implementasi program Askeskin. Hingga

saat ini hampir semua warga miskin yang mendapatkan kartu Askeskin belum memahami manfaat dan hak dari kepemilikan kartu Askeskin tersebut. Di dua puskesmas yang berada di wilayah Kotamobagu, warga miskin yang sakit masih harus membayar di loket pendaftaran, membayar biaya imunisasi di posyandu, serta membayar jasa bidan yang membantu proses persalinan dan perawatan sesudah melahirkan. Praktik-praktik tersebut terjadi sebagai akibat dari ketidakpahaman petugas kesehatan tentang manfaat dari program Askeskin, yang membebaskan biaya pelayanan kesehatan bagi warga miskin.

Kurangnya penyebaran informasi terkait dengan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh koordinasi lintas sektoral, terutama menyangkut komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten Bolaang Mongondow, DPRD, swasta (LSM), dan partisipasi masyarakat (masyarakat miskin). Hal ini mengindikasikan bahwa pelayanan kesehatan yang menyangkut penyebaran informasi kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow semata-mata masih menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan saja. Oleh karenanya, apa yang selama ini dilaksanakan, baik berupa sosialisasi dan motivasi kepada tenaga kesehatan di jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow, belum dapat memberikan hasil yang memuaskan karena kurangnya koordinasi lintas sektoral.

Salah satu faktor yang memengaruhi akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan adalah sarana transportasi. Meskipun mempunyai kartu Askeskin untuk berobat gratis, warga miskin tetap tidak dapat mencapai pusat layanan kesehatan karena tidak ada biaya untuk transportasi. Salah satu contoh kasus adalah salah satu informan warga miskin pernah mengalami kendala dalam mengakses pelayanan kesehatan sehubungan dengan gangguan kelumpuhan yang dialami oleh istrinya. Ia terpaksa harus menyewa kendaraan sendiri agar dapat mengantar istrinya berobat. Fasilitas penunjang layanan kesehatan, seperti

alat transportasi (ambulans) milik puskesmas, belum dapat memenuhi kebutuhan warga miskin, terutama yang rumah tempat tinggalnya jauh. Bahkan menurut penuturan petugas kesehatan di Puskesmas Kotobangon, ia sering mengeluarkan uang pribadi untuk membantu ongkos transportasi penduduk miskin yang memerlukan pengobatan rawat jalan.

Selain masalah transportasi, persediaan obat juga masih perlu ditingkatkan. Beberapa informan warga miskin beranggapan bahwa persediaan obat, khususnya untuk pasien dengan kartu Askeskin, kurang manjur. Pasien dengan sakit yang berbeda-beda diberi obat yang sama (sering kali yang diberikan hanya vitamin) sehingga bukan kesembuhan yang diperoleh, bahkan kadang justru muncul efek yang lain. Jika menghendaki obat dengan jenis yang lain, pihak puskesmas hanya memberi resep untuk dibeli obatnya di apotik, yang hal ini berarti pasien harus mengeluarkan uang untuk menebus obat tersebut.

Pelayanan kesehatan di Puskesmas Gogogoman dan Kotobangon secara umum tidak memperlihatkan adanya tindakan diskriminasi. Diskriminasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pelayanan kesehatan yang diberikan tidak membedakan ras, suku, agama, budaya, daerah, pendidikan, status sosial (miskin atau kaya), tetapi diberikan sesuai dengan hak dan martabatnya sebagai manusia. Meskipun secara umum tidak dijumpai adanya sikap diskriminatif petugas dalam melayani pasien utamanya warga miskin, pelayanan yang diberikan masih bersifat standar. Petugas belum memberikan penjelasan dengan baik, terutama mengenai cara hidup sehat bagi pasien yang datang berobat. Kemungkinan hal ini berkaitan dengan insentif yang diterima petugas. Berbeda halnya dengan petugas pada praktik swasta yang langsung menerima pembayaran dari pasien sehingga dalam melayani pasien lebih optimal dan pasien merasa terpuaskan. Di puskesmas, hal ini jarang ditemui dengan alasan pasien yang menunggu banyak sehingga tidak tersedia waktu cukup untuk melayani konsultasi

kesehatan. Kurangnya perhatian dari petugas kesehatan kepada pasien warga miskin akan berdampak buruk pada upaya-upaya penyembuhan karena warga miskin umumnya berpendidikan rendah yang membutuhkan perhatian dan penjelasan ekstra.

### Faktor yang Berpengaruh

Di samping berbagai kendala yang telah disebutkan, terdapat faktor lain yang juga memengaruhi masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan. Faktor tersebut, antara lain, adalah faktor geografis, ekonomis, sosial budaya, organisasi, dan bahasa. Mengacu pada apa yang disampaikan oleh Lori Diprete Brown, et.al. tentang akses terhadap pelayanan, pelayanan kesehatan seharusnya tidak terhalang oleh keadaan geografis, ekonomi, sosial dan budaya, organisasi, atau hambatan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan, dan hambatan fisik lainnya yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan dengan pembiayaannya terjangkau pasien (*affordability*). Akses sosial dan budaya berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang berkaitan dengan nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana pelayanan diatur untuk kenyamanan pasien, jam kerja klinik, dan waktu tunggu. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa dan dialek setempat yang dipahami pasien.

Jarak rumah dengan pusat layanan kesehatan menjadi pertimbangan seseorang untuk mengakses pelayanan resmi dari pemerintah atau mencari alternatif yang lain (swasta). Ada kecenderungan bahwa semakin jauh jarak (akses) mereka ke tempat pelayanan kesehatan, maka semakin mereka memutuskan untuk mencari alternatif lain dalam mengobati penyakit mereka, demikian juga sebaliknya. Jarak rumah tinggal warga miskin sebagai pemegang kartu Askeskin dengan puskesmas

berkisar antara 0,5 sampai dengan 3 km. Dengan tersedianya sarana transportasi jalan darat, mudah bagi pasien untuk menjangkau fasilitas kesehatan. Hal ini dapat dibuktikan dengan cukup tingginya kunjungan masyarakat ketika mereka atau anggota keluarganya yang sedang sakit. Apalagi karena sarana kesehatan lainnya, seperti rumah sakit pemerintah maupun swasta dan bahkan pengobatan alternatif lain, jaraknya relatif jauh dari tempat tinggal mereka.

Sarana transportasi yang digunakan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan pada umumnya adalah becak bermotor (bentor) dengan ongkos Rp3.000,00 per orang dengan waktu tempuh antara 5 menit sampai dengan 30 menit. Jika berjalan kaki, waktu yang diperlukan sekitar 15 hingga 30 menit. Kondisi jalan umumnya sudah diaspal, namun ada beberapa tempat yang kondisi aspalnya rusak sehingga kadang sulit mendapatkan kendaraan yang akan melayani mereka. Sebetulnya setiap puskesmas memiliki satu buah ambulans yang dapat dipergunakan untuk warga yang membutuhkan, misalnya bagi pasien yang membutuhkan rujukan pelayanan kesehatan ke fasilitas yang lebih besar lagi, seperti rumah sakit yang umumnya berada di ibukota kabupaten yang jaraknya relatif jauh. Akan tetapi, salah seorang informan menyatakan pernah mengalami kesulitan ketika istrinya sakit dan tidak dapat berjalan. Pihak pasien telah meminta bantuan kepada puskesmas, namun pihak puskesmas tidak dapat mengantar atau menjemput dengan menggunakan ambulans dengan alasan tidak ada supir.

Menurut data BPS, diketahui bahwa Kabupaten Bolaang Mongondow secara administratif terbagi ke dalam 32 kecamatan dan 329 desa/kelurahan. Jika data ini dikaitkan dengan jumlah fasilitas kesehatan yang terdiri dari 5 buah rumah sakit, 31 puskesmas, 239 puskesmas pembantu, dan 389 posyandu, maka dapat diinterpretasikan bahwa seluruh kecamatan yang ada di Kabupaten Bolaang Mongondow memiliki 1 unit puskesmas

(walaupun masih ada 1 kecamatan, yaitu Kecamatan Kaidiping, yang belum memilikinya). Hal ini disebabkan oleh jarak antara kecamatan ini dengan kecamatan tetangga relatif dekat sehingga dengan alasan efisiensi, hanya ada puskesmas pembantu dan posyandu untuk lebih menjangkau atau membuka akses bagi warga masyarakat yang relatif jauh dengan puskesmas.

Akses ekonomi merupakan faktor penting bagi warga miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas. Warga miskin cenderung mengabaikan kesehatan mereka karena ketiadaan biaya. Persoalan ekonomi sering kali menjadi satu alasan keengganan mereka untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika sakit. Seseorang yang bergantung pada pekerjaan dengan upah yang relatif rendah dan tidak menentu akan kehilangan penghasilan ketika mereka tidak bekerja karena sakit. Demikian halnya warga miskin di lokasi penelitian yang sebagian besar adalah buruh tani yang pendapatan per bulannya berkisar antara Rp150.000,00 – Rp300.000,00/bulan. Kerugian itu akan semakin bertambah ketika mereka harus mengeluarkan uang untuk membiayai pengobatan, terlebih lagi jika uang yang digunakan tersebut diperoleh dari hasil pinjaman dari pihak lain. Kondisi itulah yang membuat mereka tidak memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Adanya Askeskin tentu saja sangat membantu mereka mendapatkan pelayanan kesehatan dasar apabila dilaksanakan sesuai dengan aturan yang berlaku. Namun dalam pelaksanaan di lapangan, pasien masih harus mengeluarkan uang untuk biaya pelayanan kesehatan, seperti uang untuk membayar jasa persalinan bidan sebesar Rp400.000,00; membayar uang loket sebesar Rp4.000,00; dan membayar kartu KMS/KIA bagi balita sebesar Rp5.000,00; bahkan rata-rata biaya yang telah dikeluarkan untuk posyandu berkisar antara Rp6.000,00 sampai dengan Rp28.000,00.

Faktor sosial dan budaya juga memengaruhi masyarakat miskin di wilayah Puskesmas

Gogagoman dan Kotobangon untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan, nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku warga miskin di Bolaang Mongondow sedikit banyak memengaruhi pemahaman dan penerimaan seseorang terhadap suatu fenomena maupun program. Perilaku hidup sehat misalnya, lebih sulit diterapkan pada masyarakat di lokasi penelitian yang tingkat pendidikannya rendah, apalagi yang mempunyai nilai budaya yang kurang memperhatikan masalah kesehatan. Sehubungan dengan budaya, tiap suku bangsa memiliki nilai-nilai yang menjadi acuan dalam perilaku sehari-hari. Inilah yang membedakan antara satu komunitas dengan komunitas yang lainnya dalam menyikapi suatu fenomena maupun dalam bertindak ketika mereka dalam kondisi sakit. Masih terkait dengan budaya, salah satu persoalan yang dapat menghambat akses pelayanan adalah berhubungan erat dengan faktor bahasa. Bahasa yang dimaksud adalah bahasa komunikasi yang digunakan (bahasa Indonesia maupun bahasa lokal), baik oleh penyedia layanan maupun masyarakat yang dilayani; dapat juga bahasa medis yang digunakan oleh dokter maupun perawat setelah melakukan pemeriksaan dan menyampaikan hasilnya.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di lapangan, diketahui bahwa umumnya bahasa yang digunakan adalah bahasa setempat sehingga warga masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan relatif mudah untuk berkomunikasi ataupun komunikasi yang dilakukan relatif lancar. Dokter maupun para perawat yang umumnya juga penduduk daerah setempat yang menyesuaikan dengan kondisi pasien sehingga tidak ada masalah yang berarti. Pasien yang merupakan warga miskin tanpa mempunyai keluhan terkait hal ini dan menerima apa yang sudah disampaikan oleh dokter maupun para perawat. Selain budaya, faktor agama sedikit banyak juga memengaruhi pola hidup seseorang. Berkaitan dengan dua hal tersebut, baik budaya maupun



agama tidak ada satu rumor maupun keyakinan masyarakat di Bolaang Mongondow yang terlalu menghambat akses mereka mendapatkan pelayanan kesehatan. Namun di beberapa tempat pelayanan posyandu bagi anak/balita masih dijumpai adanya anggapan bahwa anak yang sudah melewati batas umur posyandu tidak dapat memperoleh pelayanan posyandu.

Terkait dengan budaya atau anggapan tersebut, salah satu informan menyatakan bahwa anaknya sudah tidak lagi memperoleh pelayanan posyandu karena sudah lewat umur, sementara anak/balita tersebut masih memerlukan pelayanan imunisasi karena belum memperoleh imunisasi lengkap. Kesadaran penduduk miskin untuk berperilaku hidup sehat di wilayah Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon tergolong rendah dan rata-rata hidup pada lingkungan kumuh dengan kondisi air minum yang tidak higienis (air sumur keruh). Hal ini menyebabkan warga miskin rentan terhadap berbagai penyakit. Keadaan tersebut diperburuk dengan kurangnya sosialisasi dan motivasi yang diberikan oleh pihak kesehatan tentang perilaku hidup sehat, khususnya bagi warga miskin. Sehubungan dengan program Askeskin, menurut pengakuan beberapa informan, mereka tidak pernah mendapat penjelasan yang baik dan akurat tentang program Askeskin. Selama ini informasi yang diperoleh berasal dari teman atau tetangga atau dari media cetak dan elektronik sehingga interpretasinya juga tidak sama.

Faktor lain yang memengaruhi akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan adalah unsur organisasi, yaitu berkaitan dengan pelayanan birokrasi pelayanan kesehatan di puskesmas, tata cara, dan mekanisme pelayanan terhadap warga miskin. Hal ini dapat dilihat dari adanya sosialisasi dan motivasi dari berbagai *stakeholder*, seperti petugas kesehatan (bidan, mantri, tokoh masyarakat (ketua RT/RW) dan pihak kelurahan/desa ternyata juga berhasil memengaruhi warga miskin untuk lebih memilih puskesmas sebagai sarana untuk pelayanan

kesehatan mereka dibandingkan dengan sarana milik swasta ataupun pengobatan alternatif. Petugas kesehatan yang dibantu juga tokoh masyarakat serta aparat desa/kelurahan setempat telah menghimbau atau melakukan sosialisasi tentang pentingnya kesehatan dan pentingnya memperoleh pelayanan di puskesmas. Tindakan ini dapat dikatakan efektif karena memang mereka adalah orang-orang yang sangat dekat dengan para warga miskin dan dihormati sehingga segala sesuatu yang disarankan mereka relatif akan dipatuhi dan dilaksanakan.

Masalah waktu juga merupakan salah satu faktor yang menjadi pertimbangan seseorang untuk mengakses sarana pelayanan kesehatan (puskesmas) milik pemerintah. Informan mengakui bahwa mereka akan mengakses sarana pelayanan kesehatan ini ketika mereka mengalami sakit dan setelah berupaya sebelumnya dengan pengobatan sendiri (beli obat sendiri) dan tidak kunjung sembuh, baru mereka akan datang ke puskesmas. Akibatnya adalah sering kali penyakit yang mereka derita itu sudah masuk dalam kategori parah sehingga dalam beberapa kasus pihak puskesmas tidak dapat menangani dan dirujuk ke pihak rumah sakit daerah.

Berkenaan dengan kualitas pelayanan oleh organisasi publik bidang kesehatan ini, secara umum diakui oleh masyarakat bahwa pelayanan yang mereka terima sudah relatif baik, obat yang diberikan adalah generik dan sikap petugas juga sudah ramah. Walaupun terkadang juga ada masyarakat yang mengeluh terhadap pelayanan di puskesmas, hal itu hanya beberapa kasus saja dan lebih disebabkan oleh kurangnya informasi dan kesalahpahaman. Terkait dengan kualitas, masyarakat dapat memahami karena umumnya sarana dan prasarana kesehatan di puskesmas kecamatan memang tidak se-lengkap di rumah sakit. Oleh karena itu, jika puskesmas tidak mampu menanganinya, biasanya pasien akan dirujuk ke rumah sakit daerah.

Kebijakan dapat dikatakan ideal jika terlebih dulu kebijakan itu disosialisasikan kepada target maupun sasarannya. Dari sini akan diharapkan mereka dapat mengetahui, memahami, dan pada akhirnya dapat melaksanakan serta yang terpenting menjaga hak-hak mereka. Salah satu kebijakan di bidang kesehatan khususnya untuk warga miskin adalah Askeskin. Menurut pengakuan informan, mereka tidak pernah mendapatkan sosialisasi yang jelas dan detail tentang Askeskin tersebut, baik berkenaan dengan manfaatnya maupun prosedurnya. Yang mereka ketahui adalah apabila memiliki kartu Askeskin, mereka diperbolehkan mendapat pelayanan kesehatan (berobat) di puskesmas dan tanpa dipungut biaya. Walaupun ada juga sebagian informan memperoleh informasi tentang Askeskin, mereka memperolehnya dari mulut ke mulut ataupun dari media massa (cetak dan elektronik). Sayangnya, tetap saja mereka kurang memahami apa sebenarnya Askeskin itu sendiri. Ketidakhahaman mereka ini diduga karena tingkat pendidikan warga miskin umumnya berpendidikan Sekolah Dasar dan kesibukan mereka mencari nafkah sehari-hari sehingga kurang terlibat dalam setiap program pemerintah maupun tidak terlalu serius dalam mencermati berita-berita di media massa (koran lokal, koran nasional maupun televisi). Menurut sebagian warga miskin, sebenarnya informasi itu sudah diberikan oleh pihak kelurahan/desa, RT, dan pihak puskesmas.

## Simpulan

Secara umum, akses pelayanan kesehatan untuk orang miskin di Kabupaten Bolaang Mongondow belum tercapai secara maksimal. Hal ini terindikasi dari banyaknya masalah ataupun kendala yang ditemui di lapangan. Hasil temuan menunjukkan bahwa tidak semua penduduk dapat mengakses pelayanan kesehatan. Masih banyak penduduk yang ketika sakit, walaupun memiliki asuransi, memutuskan untuk merawat sendiri atau bahkan tidak sedikit yang menggunakan fasilitas rawat jalan swasta. Tidak ditemukan adanya hubungan antara kepemilikan Askeskin dengan peningkatan

akses pelayanan kesehatan. Faktor-faktor yang berhubungan dengan akses pelayanan kesehatan di puskesmas meliputi akses geografis, akses ekonomi, akses sosial dan budaya, akses organisasi, dan akses bahasa. Semua akses ini belum tercapai secara maksimal disertai dengan kualitas pelayanan kesehatan yang masih kurang serta masih adanya diskriminasi pelayanan pada warga miskin pemegang kartu Askeskin sehingga belum meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Hal menarik lain yang ditemukan dalam studi ini adalah masih ditemukan kartu Askeskin yang tidak tepat sasaran. Kartu ini seharusnya bagi kelompok masyarakat tidak mampu, tetapi dalam penelitian ini, tidak ditemukan perbedaan distribusi kartu tersebut antar-kelompok pendapatan.

Secara khusus, pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan suatu hal yang belum terpenuhi di Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon. Dari pengakuan beberapa informan warga miskin, diperoleh jawaban yang bervariasi, ada yang menyatakan bahwa pemeriksaan kesehatan selalu diperoleh dari perawat dan bidan, tidak pernah diperiksa oleh dokter, informan lain menyatakan bahwa obat yang diberikan tidak manjur dan terkesan monoton atau asal-asalan. Beberapa pernyataan tersebut mengindikasikan bahwa mutu pelayanan masih belum optimal. Pelayanan kesehatan di Puskesmas Gogagoman dan Kotobangon pada masyarakat miskin belum tercapai sepenuhnya karena pelayanan yang diberikan masih terbatas pada upaya-upaya kuratif, rehabilitatif. Dalam arti warga miskin dilayani setelah jatuh sakit, bahkan ada yang sudah pada kondisi sakit parah dan tidak pernah diadakan upaya-upaya preventif, promotif. Hal ini terbukti dari sebelas informan warga miskin menyatakan belum pernah ada penyuluhan dan motivasi untuk berperilaku hidup sehat.

Kendala-kendala yang dihadapi dalam akses pelayanan kesehatan bagi warga miskin adalah (1) kendala internal. Kendala internal meliputi kurangnya kesadaran warga miskin untuk berperilaku hidup sehat, kurangnya minat warga

miskin untuk berobat ke puskesmas, kurangnya pemahaman tentang manfaat Askeskin, dan kurangnya partisipasi warga miskin dalam kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan. (2) Kendala eksternal yang meliputi kurangnya jumlah tenaga kesehatan, kurangnya kualitas tenaga kesehatan, kurangnya mutu pelayanan kesehatan, penempatan tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan situasi di lapangan, kurangnya sistem informasi kesehatan, terbatasnya alokasi anggaran pembangunan kesehatan, dan terbatasnya fasilitas penunjang layanan kesehatan.

Sudah menjadi agenda Dinas Kesehatan untuk meningkatkan pemberian informasi yang berkaitan dengan manfaat dari Askeskin sehingga masyarakat lebih termotivasi untuk berobat ke puskesmas. Hal ini dapat dilakukan dengan penyebaran informasi melalui media massa lokal yang ada. Di samping itu, perlu ada penambahan stok obat-obatan karena pihak puskesmas sering menyarankan kepada pasien untuk membeli obat sendiri di apotek. Hal lainnya yang harus menjadi perhatian utama dari pihak Dinas Kesehatan adalah melakukan pendataan ulang terhadap warga miskin secara tepat, sarana dan prasarana secara bertahap ditingkatkan, SDM khususnya tenaga kesehatan yang ada baik di Polindes, puskesmas maupun puskesmas dan RSUD sendiri lebih diberdayakan. Terkait dengan upaya tersebut, Pemerintah Kabupaten dan DPRD Bolaang Mongondow hendaknya tetap berkomitmen untuk memperbesar alokasi anggaran daerah pada bidang kesehatan, terutama untuk warga miskin sehingga mereka dapat gratis 100 persen untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sejak pendaftaran hingga pengambilan resep obat.

Bagi pengambil kebijakan di tingkat pusat, perlu dipikirkan untuk meningkatkan sosialisasi di tingkat masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan, pemerintah ataupun pihak Asuransi perlu menyederhanakan prosedur klaim asuransi (birokrasi) dan bekerja sama dengan sektor swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan. Selain itu, pemerintah perlu juga

mencari cara lain untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Perlu dipikirkan adanya kebijakan khusus yang menjamin para warga miskin dan lansia mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.

## Daftar Pustaka

- Brown, Lori Diprete, et al. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*, QA Project, Bethesda-USA
- Dwiyanto, Agus, dkk. 2003. *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada.
- Siagian, SP. 2000. *Administrasi Pembangunan*. Jakarta, Bina Aksara.
- Supari, Siti Fadilah. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) Departemen kesehatan RI*. Jakarta.
- Susanto, H. dan A. Saidi. 1998. *Klasifikasi Masyarakat Miskin*. Jakarta, Puslitbang Ekonomi dan Pembangunan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Tukiran, dkk. 2007. *Sumber Daya Manusia Tantangan Masa Depan*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, Universitas Gadjah Mada. Bekerja sama dengan Pustaka Pelajar.
- Wijono, Djoko. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan: Teori, Strategi dan Aplikasi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- <http://suarawarga.info/home/index>. 2007. "Pelayanan Kesehatan Bagi Orang Miskin: Diskusi Pembebasan Kibarkan Enam Panji Kemenangan Rakyat", Anonim. 2007. Diunduh pada 26 November 2007.
- <http://www.bappenas.google.co.id>. 2006. "Peningkatan Akses Masyarakat Terhadap Layanan Kesehatan Yang Lebih Berkualitas". Bappenas. 2006. Lembaga Kajian Pembangunan Kesehatan Bappenas, Jakarta. Diunduh pada 16 September 2007.