

# Strategi Penciptaan Pelayanan Kesehatan Dasar untuk Kemudahan Akses Penduduk Desa Miskin

*Sunyoto Usman<sup>\*</sup>, Derajad S. Widhyharto<sup>♦</sup>, Amelia Maika<sup>\*</sup>*

## *Abstract*

*Improving health care service access for the poor is a complex and challenging effort. Various health care facilities are often located in hardly accessible spots for the poor. This research seeks to develop policy options that can be used to create primary health care services became more accessible to the poor. A mobile facility-based health care service system or a service system which allows accessible health facility for the society, especially the poor, needs to be developed. This system needs regulation, institutional, human resources and financial support, and also good coordination among institutions which have related functions and duty on primary health care services.*

## **Kata-kata Kunci:**

*Pelayanan kesehatan; kaum miskin; aksesibilitas; fasilitas tetap.*

## **Pendahuluan**

Pemerintah Indonesia telah mencanangkan beberapa program pelayanan kesehatan untuk menciptakan kondisi kesehatan masyarakat agar menjadi lebih baik. Program-program tersebut antara lain berupa subsidi pembiayaan kesehatan, peningkatan sumber daya manusia di sektor kesehatan, peningkatan sumber daya obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, serta perbaikan manajemen kesehatan. Tujuan program-program tersebut adalah untuk meningkatkan aksesibilitas penduduk (terutama penduduk miskin) pada pelayanan kesehatan dasar.

Sejumlah studi telah memperlihatkan terdapat hubungan antara kemiskinan dan kesehatan. Kesehatan adalah kondisi yang mampu menciptakan potensi yang ada dalam

---

<sup>\*</sup> *Sunyoto Usman* adalah Guru Besar Jurusan Sosiologi Fisipol UGM. Ia bisa dihubungi melalui email: sunyotousman@yahoo.com.

<sup>♦</sup> *Derajad S. Widhyharto* adalah Staff Pengajar Jurusan Sosiologi UGM. Ia bisa dihubungi melalui email: derajad@ugm.ac.id.

<sup>\*</sup> *Amelia Maika* adalah Staff Pengajar Jurusan Sosiologi UGM. Ia bisa dihubungi melalui email: amelia@ugm.ac.id.

masyarakat menjadi lebih optimal, baik secara fisik maupun sosial. Kemiskinan adalah faktor yang sangat menghambat usaha-usaha untuk menciptakan kondisi semacam itu. Karena itu semakin tinggi angka kemiskinan, semakin buruk kondisi kesehatan. Prevalensi penyakit infeksi di kalangan penduduk miskin (seperti demam berdarah, malaria, infeksi saluran pernafasan atas, diare) tergolong tinggi. Jumlah kematian bayi dan ibu yang melahirkan di kalangan penduduk miskin juga cenderung tinggi. Kasus tuberculosis juga banyak diketemukan di kalangan penduduk miskin, terutama di kalangan mereka yang bermukim di daerah-daerah kumuh. Hipertensi (tekanan darah tinggi) dengan berbagai manifestasinya banyak diketemukan di kalangan penduduk miskin. Anak-anak dan remaja di kalangan penduduk miskin juga banyak yang menderita kekurangan gizi kronik (*marasmus* dan *kwashiorkor*).

Sementara itu, status kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemiskinan. Mereka yang sakit (tidak sehat) sukar didorong berpikir kreatif, mengerjakan hal-hal yang inovatif, dan sulit melakukan tindakan produktif. Karena itu mudah dipahami apabila pemerintah berusaha keras meningkatkan pembangunan sektor kesehatan, karena bukan hanya memiliki nilai-nilai strategis untuk menciptakan situasi yang kondusif bagi pengembangan sumber daya manusia yang sehat dan produktif, tetapi juga memiliki nilai investasi yang tinggi bagi usaha meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Usaha meningkatkan akses penduduk miskin pada pelayanan kesehatan dalam kenyataannya berpapasan dengan bermacam-macam kendala. Lokasi sejumlah fasilitas kesehatan (seperti Puskesmas, rumah sakit, rumah bersalin, apotek, toko obat, praktik dokter dan sebagainya) kerap kali terletak di tempat yang sulit diakses penduduk miskin. Implikasinya adalah terjadi kesenjangan pelayanan kesehatan, dalam arti penduduk miskin memperoleh pelayanan kesehatan lebih buruk daripada mereka yang tergolong kaya. Lokasi fasilitas kesehatan tentu saja bukanlah satu-satunya faktor yang menyebabkan terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan tersebut. Faktor-faktor lain seperti kemampuan finansial, ketersediaan peralatan kesehatan, kecukupan tenaga medis maupun paramedis, informasi tentang kondisi kesehatan, serta jaringan bisnis di sektor kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesenjangan pelayanan kesehatan. Namun begitu, rendahnya aksesibilitas penduduk miskin terhadap fasilitas kesehatan adalah salah satu faktor determinan yang mempengaruhi terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan.

Rekomendasi tentang strategi meningkatkan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin sebetulnya sudah sering dilakukan, namun selama ini masih belum banyak menyentuh masalah aksesibilitas penduduk miskin pada fasilitas kesehatan. Padahal pengalaman lapangan memperlihatkan bahwa selama ini masalah tersebut sangat penting. Karena kendatipun masalah manajemen pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara transparan, namun kesenjangan tetap akan terjadi apabila kaum kaya justru yang lebih banyak memiliki akses pada pusat-pusat layanan kesehatan. Demikian juga kebijakan penambahan alokasi anggaran di sektor kesehatan bagi penduduk miskin atau

subsidi pembiayaan kesehatan, menjadi tidak berarti apabila tidak diikuti dengan persamaan aksesibilitas penduduk miskin pada pusat-pusat layanan kesehatan tersebut.

Pada 2009, Departemen Kesehatan menaikkan jumlah penduduk miskin yang menerima premi asuransi kesehatan secara gratis dari 36 juta jiwa (2005) menjadi 60 juta jiwa (2009). Premi asuransi kesehatan yang semula Rp 2,1 triliun menjadi Rp 3,7 triliun. Dengan pemberian premi asuransi kesehatan tersebut, 60 juta jiwa penduduk miskin diharapkan mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis dengan membawa kartu asuransi kesehatan ke rumah sakit pemerintah dan Puskesmas. Kendatipun sistem *delivery* pelayanan kesehatan secara gratis bagi penduduk miskin tersebut sudah dipersiapkan, namun usaha menjangkau dan memfasilitasi 60 juta penduduk miskin tentu tidak mudah. Pemukiman penduduk miskin tersebar, dan tingkat akses mereka pada pusat-pusat layanan kesehatan (terutama rumah sakit atau Puskesmas sebagai rujukan) ternyata cukup bervariasi. Karena itu apabila ada di antara mereka yang tidak memanfaatkan kesempatan memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis, tidaklah selalu berarti karena resistensi (penolakan). Faktor penyebabnya boleh jadi karena jarak antara tempat tinggal mereka dengan lokasi rumah sakit atau Puskesmas yang ditetapkan sebagai rujukan tidak mudah dijangkau. Atau dengan kata lain kendala pelayanan kesehatan gratis bagi penduduk miskin bukan terletak pada masalah prosedur administratif, tetapi pada masalah kesenjangan spasial.

Untuk menguji pernyataan tersebut dibutuhkan metode yang dapat dipergunakan untuk mengevaluasi aksesibilitas penduduk miskin pada pusat-pusat layanan kesehatan. Metode *Geographical Information Systems* (GIS) dapat dipergunakan untuk menjawab kebutuhan itu, karena GIS bukan hanya mampu membuat visualisasi aksesibilitas penduduk miskin terhadap pusat-pusat layanan kesehatan, tetapi juga memperlihatkan faktor-faktor spasial yang determinan menciptakan kesenjangan tersebut (Kwan, 2006). Dalam penelitian ini, data spasial yang dianalisis adalah dalam kategori *indirect spatial-data acquisition* (sudah ada) yang bersumber dari Biro Pusat Statistik. Data tersebut dianalisis dalam bentuk *vector data*. Unit analisisnya adalah ruang (*space*), dan karakteristik ruang ditempatkan sebagai variabel independen (Zieleniec, 2007). Sumber data penelitian ini adalah data potensi desa kabupaten Gunungkidul, Daerah Istimewa Yogyakarta, yang dihimpun oleh Biro Pusat Statistik (tahun 1996, 2000 dan 2006). Kabupaten Gunungkidul dipilih sebagai *setting* penelitian ini, karena di kabupaten ini masih banyak jumlah penduduk miskin yang aksesnya pada fasilitas kesehatan masih tergolong rendah.

### **Tinjauan Pustaka: Ruang, Jarak, dan Teori Sosial**

Sosiologi sebagai ilmu sosial telah menyumbang banyak diskusi, salah satu sumbangan sosiologi adalah diskusi tentang ruang dan jarak (*space and spatial*) (Tickamyer, 2000). Setidaknya, Marx, Simmel, sampai dengan Foucault secara jelas mendiskusikannya dalam berbagai buku dan artikelnya. Titik singgung dari diskusi ruang adalah ketika masyarakat berada pada tempat tertentu dan membatasi tempat tersebut secara fisik

maupun nonfisik dengan nilai tertentu pula.

Review ini memberikan ilustrasi perspektif ruang dan jarak yang mempengaruhi eksklusivisme, limitasi, mobilitas, dan kesenjangan, dalam interaksi sosial, organisasi/kelembagaan, produksi pengetahuan, dan kekuasaan mengatur. Selanjutnya, indikasi tersebut kemudian dianggap mengintrodusir proses kapitalisasi dalam kehidupan masyarakat. Kontribusi perspektif ruang dan jarak ini diharapkan dapat dipertimbangkan dan mempengaruhi penentuan kebijakan dalam proses pengambilan keputusan pengentasan kemiskinan dan penjaminan kesejahteraan masyarakat.

Karl Marx dalam "*The Implicit spatially of Historical Materialism*", menunjukkan analisis kritisnya dalam melihat secara mendalam tentang dimensi ruang dan jarak dalam sejarah materialisme dan kritik terhadap kapitalisme. Hal ini ditujukan pada ruang dan jarak sebagai pemaknaan atas kekuatan produksi di bawah kapitalisme yang mempunyai dua karakter, yakni ruang dan jarak sebagai sebuah produksi dan makna atas produksi, ini penting dipertimbangkan sebagai abstraksi untuk meningkatkan daya komodifikasi. Kepemilikan dan pengawasan terhadap ruang dan jarak akan dipertimbangkan sebagai faktor dalam organisasi/kelembagaan dan meningkatnya pengaruh kapitalisme perkotaan akan ditandai dengan terasingnya kelompok miskin (Zieleniec, 2007: 1-4). Hal ini bisa dipahami, karena ruang dan jarak tidak dipikirkan menjadi bagian dari 'alam', begitu pula dalam hal produksi tenaga kerja.

Karl Marx ingin memperlihatkan bahasan penting lainnya, terkait dengan pemisahan antara desa dengan kota sebagai pembagian terbesar dari isu materialisme dan mentalitas tenaga kerja tercipta atas pandangannya terhadap perkotaan dari produksi ruang dan jaraknya. Dimensi ruang dan jarak dari pembagian sosial tenaga kerja merefleksikan analisis Marx tentang definisi karakteristik dari kapitalisme kota modern, serta perhatiannya tidak hanya tentang produksi ruang dan jarak, tetapi juga tentang reproduksi tenaga kerja. Alhasil, pertimbangan ruang dan jarak cukup melekat dalam identifikasi Marx terhadap perpanjangan kapitalisme menuju ke arah pasar dunia yang dipahami sebagai imperialisme dan globalisasi kontemporer.

Selanjutnya, George Simmel dalam esainya "*The Space of Formal Sociology*" juga menjelaskan bahwa kontribusi sosiologi dalam diskusi ruang adalah pemahaman atas isi dari interaksi sosial dalam ruang tersebut (Zieleniec, 2007: 34-35). Meskipun Simmel belum jelas memaparkan teori ruang yang dicontohkannya sebagai proses identifikasi dan aksentuasi dari variasi aspek ruang yang dipahami dalam teori sosial pada umumnya. Derivasi atas pendapat Simmel terlihat dalam beberapa aspek ruang yang cenderung bersifat eksklusif, terbatas, bergerak, dan berjarak.

Di sisi lain, muncul kontribusi Lefebvre dalam analisis ruang yang cukup fundamental untuk membedah kembali ketertarikan ilmu sosial dalam analisis ruang. Kompleksitas teorinya yang membahas mengenai produksi ruang yang mewakili relasi antarjaringan dan kepentingan untuk mengembangkan 'kebenaran pengetahuan' tentang ruang dan jarak. Kontribusi teori Lefebvre merujuk pada pandangan struktural dari analisis sosial dan penjelasannya tentang kompleksitas interaksi dalam artikelnya yang berjudul *The Production of Space* (Zieleniec, 2007: 60-68).

Senada dengan Lefebvre, dalam tinjauan perspektif ekonomi politiknya David Harvey yang diantaranya menyinggung 'pembangunan' ruang dan jarak. Harvey dengan jelas merujuk pada bentuk dan struktur yang terindikasi secara sistematis untuk mendorong pertumbuhan dan prioritas kapitalisme perkotaan sebagai tempat utama produksi, konsumsi dan distribusi yang dipengaruhi analisis ruang dan jaraknya Lefebvre tentang modernitas.

Harvey juga menganalisis tentang organisasi dan pengawasannya terhadap struktur ruang yang merupakan analisis kunci untuk menjelaskan proses akumulasi kapital. Titik persingungannya adalah ketika kota merefleksikan efisiensi organisasi dari proses produksi dan reproduksi tenaga kerja. Harvey juga menegaskan analisis ruang dan jarak dalam pandangan sejarah dan geografis, yang memperlihatkan pembangunan industri mendorong pabrik untuk memikirkan pengembangan infrastruktur berupa jalan dan transportasi untuk mengantarkan bahan baku dan penyelesaian produksinya, serta *supply* tenaga kerja. Termasuk dukungan pelayanannya terkonsentrasi dan terorganisasi untuk meningkatkan hierarki perkotaan dalam kerangka cara berproduksinya (Zieleniec, 2007: 98-99).

Foucault dalam "*Space, Knowledge, and Power*" memang tidak secara langsung memproduksi teori ruang, namun Foucault membuat beberapa kontribusi penting untuk memahami bagaimana pengetahuan ruang dan jarak yang mempengaruhi pembangunan dan intervensinya dalam kajian sosial dan perkembangan kondisi fisik perkotaan (Zieleniec, 2007: 125). Intervensi pengetahuan ruang juga mempengaruhi analisis pengetahuan medis-kesehatan dan wacana ruang dari kota, sekaligus menggambarkan kekuatan dominasi kekuasaan untuk mengatur regulasi dan kebijakan terhadap populasi, kawasan, jarak dan perilaku dan lainnya (Lobao, 2007: 253).

Sebagai contohnya, pengembangan pengawasan sanitasi untuk kesehatan masyarakat yang dilakukan oleh pemerintah sebenarnya merepresentasikan pengetahuan aplikatif tentang ruang dan praktik pengelolaan kekuasaan pemerintah. Kemudian, pengetahuan dan wacana ruang dan jarak juga mempengaruhi 'ruang dan jarak' kelembagaan seperti penjara, sekolah, tempat kerja, dan tempat pemeriksaan kesehatan. Begitu pula ruang hiburan seperti taman publik dan tempat wisata.

## **Kemiskinan dan Pelayanan Kesehatan**

Kabupaten Gunungkidul berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah di sebelah utara dan timur, samudra Hindia di sebelah selatan, serta Kabupaten Bantul dan Kabupaten Sleman di sebelah barat. Luas wilayah Gunungkidul 1.485,36 km<sup>2</sup>, sebagian besar keadaan topografinya berbukit-bukit dengan mata pencaharian utama penduduknya sebagai petani lahan kering, ternak dan nelayan. Masalah utama yang dihadapi kabupaten ini adalah kekeringan atau kekurangan air. Kabupaten Gunungkidul terdiri dari 18 kecamatan, 144 desa, 1.431 dusun di mana 82 desa masuk klasifikasi Swakarya dan 62 desa masih Swadaya. Penduduk Gunungkidul berdasarkan Susenas 2006 telah mencapai 753.560 jiwa dengan jumlah RTM 95.722 KK sejumlah 340.635 jiwa

(45,2%). Pendapatan Asli Daerah Kabupaten Gunungkidul pada tahun 2006 sebesar Rp. 29.801.036.248. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Kabupaten Gunungkidul atas dasar harga berlaku tahun 2006 sebesar 4.390.868 juta rupiah dengan kontribusi terbesar diperoleh dari sektor pertanian, yakni sebesar 35,7% kemudian disusul oleh sektor perdagangan, hotel dan restoran sebesar 14%. PDRB per kapita tahun 2006 sebesar Rp. 6.425.138.

Angka kemiskinan di kabupaten Gunungkidul masih tergolong tinggi. Pada 2009 terdapat sekitar 174.000 (25,4 persen) warga yang tergolong dalam katagori miskin. Jumlah penduduk miskin di pedesaan lebih tinggi daripada yang terdapat di perkotaan. Salah satu faktor yang menciptakan tendensi tersebut adalah kondisi alam pedesaan yang ditandai dengan bebatuan tandus dan gersang. Kondisi alam semacam ini membuat penduduk pedesaan sulit melakukan kegiatan bercocok tanam dengan baik. Sawah di beberapa tempat memang dapat ditanami padi dan palawija, tetapi hasilnya tidak bisa optimal terutama karena tergolong sawah tadah hujan. Kiat *survival* yang dilakukan penduduk pedesaan di kabupaten ini adalah pergi ke kota-kota terdekat setelah masa tanam dan menjelang musim panen. Mereka mengadu nasib dengan bekerja mengisi sektor-sektor informal di perkotaan seperti Yogyakarta, Solo, Semarang dan Jakarta.

Misi pemerintah kabupaten Gunungkidul dalam mewujudkan Gunungkidul sehat untuk mendukung Indonesia sehat 2010 meliputi enam hal yaitu: (1) menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, (2) mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, (3) meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau, (4) memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya, (5) meningkatkan pengelolaan sumber daya kesehatan, dan (6) meningkatkan pelaksanaan manajemen dan sistem informasi kesehatan. Misi tersebut kemudian ditempatkan sebagai dasar untuk menyusun kebijakan dan program di sektor kesehatan.

Jumlah fasilitas kesehatan pemerintah di Kabupaten Gunungkidul pada tahun 2005-2007 tidak ada perubahan yang berarti. Pada rentang tahun tersebut terdapat satu rumah sakit pemerintah, 29 Puskesmas. Pada rentang tahun yang sama jumlah Puskesmas Pembantu justru menurun dari 111 unit (2005-2006) menjadi 108 unit (2007). Perbedaan yang cukup signifikan terlihat pada pusat kesehatan masyarakat yang memperoleh sertifikat ISO. Pada tahun 2005-2006 hanya satu Puskesmas yang memperoleh sertifikat ISO, dan pada tahun 2007 naik menjadi tiga buah. Kenaikan ini mencerminkan perbaikan kualitas kinerja sektor kesehatan di Kabupaten Gunungkidul.

**Tabel 1. Fasilitas Kesehatan Pemerintah**

	Jenis	2005	2006	2007
1	Rumah sakit pemerintah	1	1	1
2	Puskesmas ISO	1	1	3
3	Klinik sehat di Puskesmas	29	29	29
4	Jumlah Puskesmas	29	29	29

5	Puskesmas rawat jalan	16	16	16
6	Puskesmas rawat inap	13	13	13
7	Puskesmas Pembantu	111	111	108
8	Polindes	29	29	29

*Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Gunungkidul 2007*

Kecenderungan tersebut agak berbeda dengan fasilitas kesehatan nonpemerintah. Pada rentang tahun 2005-2007 jumlah balai pengobatan swasta naik cukup signifikan. Seperti nampak dalam tabel 2, jumlah balai pengobatan swasta sebanyak 17 unit (2005), naik menjadi 19 unit (2006). Kemudian naik lagi lebih dari dua kali lipat menjadi 43 unit (2007). Dalam dua tahun terakhir ini juga terdapat dua rumah sakit swasta baru yang lokasinya tidak jauh dari rumah sakit pemerintah yang telah lama ada. Kenaikan jumlah pengobatan swasta tersebut menjadi salah satu indikasi bahwa komitmen dan partisipasi pihak swasta dalam sektor kesehatan di Kabupaten Gunungkidul ke depan memiliki prospek yang cerah.

**Tabel 2. Fasilitas Kesehatan Non-Pemerintah**

	Jenis	2005	2006	2007
1	Pos pelayanan terpadu	1.457	1.457	1.457
2	Desa siaga		19	57
3	Rumah sakit swasta	1	1	1
4	Balai pengobatan swasta	17	19	43
5	Apotek	6	9	9
6	Dokter praktek swasta	80	96	108
7	Rumah bersalin	6	5	5
8	Bidan praktek swasta	165	142	152
9	Perawat praktek swasta		8	73

*Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Gunungkidul 2007*

Apabila partisipasi pihak swasta dalam penyediaan balai pengobatan dapat difasilitasi dengan baik, maka dapat mendorong partisipasi swasta bergerak pada penyediaan fasilitas kesehatan yang lain. Selanjutnya, kenaikan jumlah dokter praktik swasta di kabupaten ini cukup signifikan. Jumlah dokter praktik swasta naik dari 80 orang (2005), menjadi 96 orang (2006), dan naik lagi menjadi 105 orang (2007). Kenaikan jumlah dokter praktik swasta tersebut memperlihatkan kecenderungan bahwa kesadaran atau keinginan masyarakat kabupaten ini untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas semakin meningkat. Sebagian mereka mulai memiliki alternatif lain, meskipun mungkin harus membayar lebih mahal daripada pergi ke rumah sakit umum atau Puskesmas. Tabel 2 juga menunjukkan bahwa jumlah perawat praktik swasta di kabupaten ini meningkat cukup pesat. Jumlah perawat praktik swasta naik 9 kali lipat dari sebanyak 8 orang (2006), menjadi 73 orang (2007).

Rasio tenaga kesehatan per seribu penduduk di Kabupaten Gunungkidul masih belum baik. Seperti nampak pada tabel 3, pada tahun 2007 jumlah tenaga dokter di kabupaten ini sebanyak 63 orang, dokter spesialis 12 orang, dokter gigi 26 orang, dan apoteker 3 orang. Faktor-faktor yang kerap kali disebut sebagai penyebab rendahnya rasio tersebut adalah kondisi geografis dan kondisi sosial ekonomi masyarakat Gunungkidul. Kondisi geografis kabupaten ini bergunung-gunung, bahkan cukup banyak jumlah desa yang berada di dataran tinggi dan terisolir. Infrastruktur transportasi menuju desa-desa tersebut kurang baik, karena itu mudah dipahami apabila kurang menarik minat tenaga medis atau paramedis bertugas di kabupaten ini. Implikasinya kemudian adalah rasio antara tenaga medis, perawat, nonperawat dengan warga masyarakat masih cukup tinggi.

Sebagian besar penduduk perdesaan kabupaten ini adalah petani kecil dengan kepemilikan lahan yang tidak terlalu luas. Sebagian mereka tidak memiliki lahan, dan hanya bekerja sebagai penggarap lahan orang atau menjadi buruh tani. Ketika mereka menderit sakit, tidak sedikit di antara mereka yang lebih memilih pengobatan tradisional, bahkan tidak sedikit yang berobat ke dukun. Perbendaharaan pengetahuan mereka tentang pengobatan atau kesehatan modern masih kurang. Mereka biasanya pergi ke pengobatan modern ketika kondisinya sudah kronis. Faktor-faktor semacam itu diperkirakan ikut mempengaruhi motivasi tenaga medis dan paramedis bertugas atau bekerja di daerah perdesaan, dalam arti mereka merasa bahwa kapasitas yang mereka miliki lebih dapat dimanfaatkan secara optimal untuk memberi pelayanan kesehatan perkotaan daripada penduduk perdesaan. Karena itu mudah dipahami apabila tenaga medis maupun paramedis yang ditugaskan di kabupaten ini pada umumnya lebih memilih ditempatkan di ibukota kabupaten, atau di kecamatan yang lokasinya tidak terlalu jauh dengan ibukota kabupaten.

Angka umur harapan hidup di kabupaten Gunungkidul cukup tinggi, bahkan di atas angka umur harapan hidup target nasional. Pada tahun 2006 angka umur harapan hidup di kabupaten ini laki-laki sebesar 68.5 (target nasional sebesar 67.7), dan perempuan sebesar 72.48 (target nasional 69.6). Rata-rata angka umur harapan hidup tahun 2006 sebesar 70.6 (target nasional sebesar 68.7). Jumlah kematian ibu (ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas) pada tahun 2007 sebanyak 7 orang. Di kabupaten ini terjadi paradoks dalam hal pelayanan kesehatan. Angka umur harapan hidup yang semakin tinggi ternyata tidak diikuti dengan rasio tenaga kesehatan per seribu penduduk. Karena itu mudah dipahami apabila pelayanan kesehatan dasar di kabupaten ini cenderung menurun.

Tujuh besar (*top seven*) penyakit yang terdapat di Kabupaten Gunungkidul tahun 2006 antara lain adalah infeksi saluran pernapasan atas, *common cold*, gastritis, dermatitis kontak alergi, gangguan pada jaringan otot, hipertensi primer, dan asma. Tujuh besar penyakit tersebut lazim di derita oleh penduduk daerah miskin. Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul selama ini sudah melakukan tindakan-tindakan preventif maupun kuratif untuk mengatasi masalah tersebut.



**Tabel 3. Tujuh Besar Penyakit**

	ICD X	Diagnosa	Jumlah penderita	%
1	J06	Infeksi saluran pernapasan atas	54.889	12.22
2	J00	Common cold	41.994	9.35
3	K29	Gastritis	25.738	5.73
4	L23	Dermatitis kontak alergi	24.112	5.37
5	M62	Gangguan pada jaringan otot	23.730	5.28
6	I10	Hipertensi primer	22.777	5.07
7	J45	Asma	20.594	4.58

*Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Gunungkidul 2007*

Survei yang pernah dilakukan oleh Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul tentang sarana air minum dan jamban keluarga terhadap 213.188 keluarga pada tahun 2007 menunjukkan bahwa keluarga yang memiliki akses pada air bersih sebanyak 64.6 persen, keluarga yang memiliki jamban sebanyak 71.2 persen, keluarga yang memiliki tempat sampah sebanyak 72.2 persen, dan keluarga yang memiliki tempat pengelolaan limbah rumah tangga sebesar 22.2 persen. Data tersebut memperlihatkan bahwa tingkat kondisi kesehatan rumah tangga di Kabupaten Gunungkidul secara umum masih rendah.

### **Lokasi Fasilitas Kesehatan**

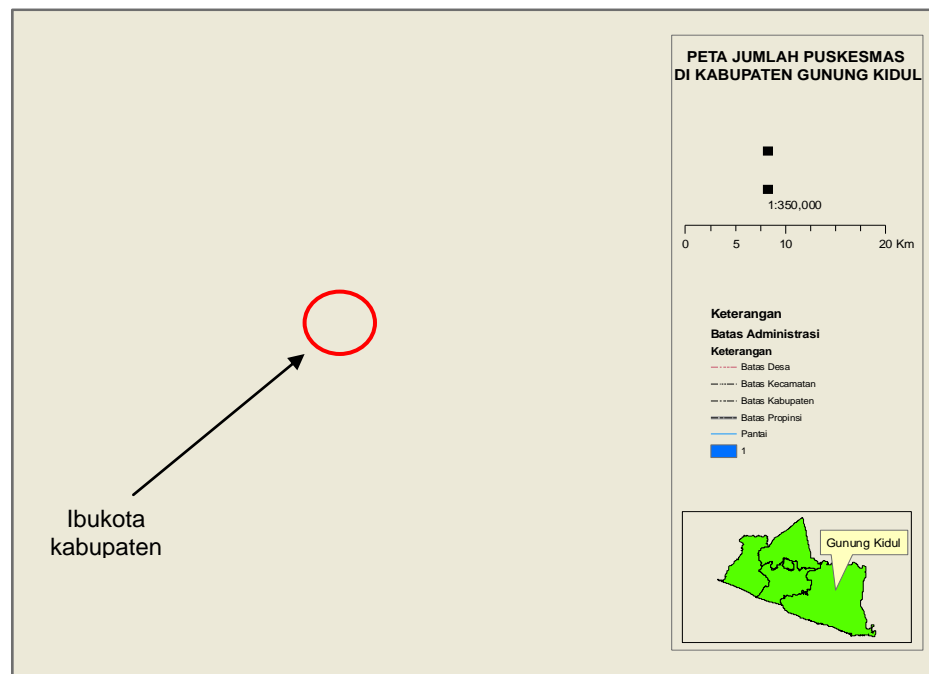
Penelitian ini berupaya mengembangkan opsi kebijakan yang dapat dipergunakan untuk menciptakan pelayanan kesehatan dasar menjadi lebih mudah diakses oleh penduduk miskin. Dalam pendekatan spasial, proses penyusunan opsi kebijakan semacam itu bisa diawali dari membuat visualisasi tentang lokasi fasilitas kesehatan yang ada di kabupaten Gunungkidul. Bentuk visualisasi lokasi fasilitas kesehatan tersebut bisa berupa *a choropleth map* (diberi warna yang berbeda). Visualisasi semacam itu disamping dapat menggambarkan penyebaran lokasi pusat-pusat fasilitas kesehatan, juga dapat memperlihatkan akses desa-desa miskin pada pusat-pusat fasilitas kesehatan tersebut. Dalam penelitian ini desa miskin adalah desa yang memiliki prosentase keluarga prasejahtera dan sejahtera satu di atas 66% dari total jumlah keluarga yang ada di desa tersebut.

Peta 1 memperlihatkan penyebaran Puskesmas di kabupaten Gunungkidul tahun 2000 dan 2006. Informasi yang diperoleh menunjukkan bahwa kemampuan Puskesmas di kabupaten ini dalam memberi pelayanan kesehatan beragam. Sejumlah Puskesmas mampu memberi pelayanan kesehatan dalam kategori cukup baik, tetapi sejumlah Puskesmas yang lain masih memprihatinkan. Informasi yang diperoleh juga menyebutkan bahwa Puskesmas yang kinerjanya tergolong cukup baik pada umumnya berlokasi di kecamatan yang tidak jauh dari ibukota kabupaten.

Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul bulan Desember 2004 - Februari 2005 pernah menyelenggarakan survei tentang pelayanan kesehatan di seluruh kecamatan yang berada dalam wilayah kabupaten ini. Survei ini mewawancarai 250 responden yang dipilih secara acak (random). Hasil survei tersebut memperlihatkan bahwa di beberapa Puskesmas, pada malam hari atau di luar jam kerja, jumlah tenaga medis sangat terbatas. Puskesmas tersebut hanya memiliki satu orang dokter, karena itu pelayanan kesehatan acapkali dilakukan di bawah standar pelayanan yang seharusnya dilakukan. Pemerintah kabupaten ini masih menemui banyak kendala dalam menempatkan dokter di Puskesmas, terutama Puskesmas yang lokasinya di kecamatan terpencil atau sulit diakses baik dengan kendaraan pribadi atau kendaraan umum.

Meskipun jumlah Puskesmas di kabupaten Gunungkidul bertambah dari 29 unit (2000) menjadi 35 unit (2006), namun ternyata penambahan jumlah Puskesmas tersebut lebih mendekati Puskesmas dengan desa-desa kategori kesejahteraan tinggi. Tendensi tersebut terjadi karena lokasi Puskesmas baru pada umumnya masih berada di ibukota kecamatan, atau di desa-desa yang tidak jauh dengan ibukota kecamatan. Penentuan lokasi Puskesmas baru biasanya berdasarkan pertimbangan efisiensi atau pertimbangan kemudahan menempatkan tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) dan fasilitas kesehatan.

**Peta 1. Lokasi Pusat-Pusat Pelayanan Kesehatan**



Pemerintah telah mencanangkan kebijakan mengembangkan Puskesmas Pembantu di setiap desa. Meskipun begitu, namun di sejumlah desa ternyata tidak terdapat Puskesmas Pembantu. Sementara itu, di sejumlah desa lainnya justru ditemukan

lebih dari satu Puskesmas Pembantu. Jumlah Puskesmas Pembantu di kabupaten Gunungkidul turun dari 121 unit (2000) menjadi 115 unit (2006). Puskesmas Pembantu yang menjangkau desa-desa kategori kesejahteraan rendah juga turun dari 55 unit (2000) menjadi 30 unit (2006). Tetapi Puskesmas Pembantu yang menjangkau desa-desa kategori kesejahteraan sedang, justru naik dari 51 unit (2000) menjadi 74 unit (2006). Di kabupaten Gunungkidul terdapat satu rumah sakit pemerintah dan dua rumah sakit swasta. Lokasi rumah sakit pemerintah berada di ibukota kabupaten, dan lokasi rumah sakit swasta juga berada tidak jauh dari ibukota kabupaten. Fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan tenaga paramedis di dua rumah sakit tersebut masih belum mampu menangani pasien-pasien yang menderita penyakit yang tergolong berat. Pasien-pasien tersebut biasanya dirujuk di rumah sakit pemerintah atau rumah sakit swasta di kota-kota besar lain, seperti Yogyakarta, Solo dan Semarang. Penelitian ini belum jauh menelusuri kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dua rumah sakit swasta tersebut. Kualitas pelayanan kesehatan dua rumah sakit baru tersebut boleh jadi masih lebih rendah daripada pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit pemerintah, terutama apabila di lihat dari tenaga-tenaga medis dan paramedis yang mendukung operasionalisasi dua rumah sakit swasta tersebut. Akan tetapi penambahan tersebut memperlihatkan bahwa partisipasi swasta dalam pelayanan kesehatan di kabupaten ini mulai nampak kuat.

Penambahan dua rumah sakit swasta tersebut membawa implikasi penambahan tenaga medis (dokter umum dan dokter gigi), paramedis perawatan (perawat dan bidan), paramedis nonperawatan (apoteker, gizi, kesehatan keliling), dan konsultan dalam bidang kesehatan masyarakat. Seperti telah disampaikan pada uraian terdahulu bahwa jumlah dokter praktik swasta naik dari 96 orang (2006) menjadi 108 orang (2007), bidan praktik swasta naik dari 142 orang (2006) menjadi 152 orang (2007), dan perawat praktik swasta naik dari 8 orang (2006) menjadi 73 orang (2007).

Di sejumlah desa dalam wilayah kabupaten Gunungkidul terdapat poliklinik/balai pengobatan. Ada satu desa yang memiliki lebih dari satu poliklinik/balai pengobatan. Pada tahun 2000 di kabupaten ini terdapat 18 unit poliklinik/balai pengobatan. Apabila dilihat dari segi kesejahteraan desa yang dilayani, maka nampak bahwa sebanyak 7 unit poliklinik/balai pengobatan (39%) memberi pelayanan kesehatan pada desa-desa dalam kategori kesejahteraan sedang, dan sebanyak 11 unit poliklinik/balai pengobatan (61%) memberikan pelayanan kesehatan pada desa-desa dalam kategori kesejahteraan tinggi. Kemudian, pada tahun 2006 jumlah poliklinik/balai pengobatan di kabupaten ini menurun menjadi 17 unit poliklinik/balai pengobatan. Penurunan jumlah tersebut memang tidak banyak, tetapi pergeseran jangkauan layanannya berubah cukup signifikan.

Di kabupaten ini, Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) juga telah tersebar ke segenap desa. Keberadaan Posyandu diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan, terutama untuk kesehatan ibu hamil dan anak-anak balita (berusia di bawah lima tahun). Peta 5 memperlihatkan di sejumlah desa terdapat belasan Posyandu, tetapi sejumlah desa yang lain hanya terdapat beberapa Posyandu saja, bahkan di sejumlah desa tidak terdapat Posyandu. Lokasi desa-desa yang di sana terdapat belasan Posyandu pada

umumnya terletak tidak jauh dari ibukota kabupaten dan ibu kota kecamatan. Sebagaimana poliklinik/balai pengobatan, tenaga-tenaga medis dan paramedis Posyandu pada umumnya didukung oleh tenaga-tenaga medis atau paramedis dari Puskesmas.

Kegiatan pelayanan kesehatan di Posyandu biasanya juga didukung oleh kegiatan sosial yang dilakukan oleh ibu-ibu anggota kelompok Pendidikan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dan dasawisma dari desa-desa setempat. Informasi yang diperoleh juga menyebutkan bahwa kegiatan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Posyandu, baik di daerah perkotaan dan perdesaan juga didukung oleh program-program yang terkait dengan P2KP (Proyek Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan) dengan PPK (Program Pengembangan Kecamatan). Kegiatan mereka terutama terkait dengan penyuluhan kesehatan dan pemberian makanan tambahan untuk meningkatkan gizi ibu hamil dan anak-anak di bawah usia 5 tahun.

Di kabupaten ini terdapat 1.283 unit Posyandu. Sebanyak 489 unit Posyandu (38%) memberikan pelayanan kesehatan pada desa-desa dalam kategori kesejahteraan sedang, dan 794 unit Posyandu (62%) memberikan pelayanan kesehatan pada desa-desa dalam kategori kesejahteraan tinggi. Pada tahun 2006, jumlah Posyandu di kabupaten Gunungkidul naik cukup signifikan menjadi 1.304 unit. Sebanyak 817 unit Posyandu (63%) memberikan pelayanan kesehatan pada desa-desa dalam kategori kesejahteraan sedang, dan 487 unit Posyandu (37%) memberikan pelayanan kesehatan pada desa-desa dalam kategori kesejahteraan tinggi.

Dengan demikian dalam periode waktu 2000-2006 telah terjadi pergeseran pola pelayanan kesehatan melalui Posyandu yaitu dari semula lebih banyak memberikan pelayanan kesehatan pada desa-desa dalam kategori kesejahteraan tinggi bergeser menjadi lebih banyak memberikan pelayanan kesehatan pada desa-desa dalam kategori kesejahteraan sedang. Kesehatan melalui Posyandu terutama ditujukan untuk kesehatan ibu hamil dan anak di bawah usia lima tahun. Itu berarti bahwa ibu-ibu hamil dan anak-anak usia lima tahun di desa-desa dalam kategori kesejahteraan sedang semakin memperoleh banyak pelayanan kesehatan dibandingkan dengan ibu-ibu hamil dan anak-anak usia lima tahun di desa-desa dalam kategori kesejahteraan tinggi.

Penyebaran praktik dokter dan bidan di beberapa tempat memang tidak merata, namun cukup memberi indikasi bahwa dokter dan bidan di kabupaten ini sudah mulai membuka ruang alternatif pelayanan kesehatan melalui praktik di luar jam kerja. Praktik dokter dan bidan memiliki nilai yang cukup positif, karena penderitaan pasien (terutama di daerah perdesaan) dapat segera mendapatkan pertolongan, atau dapat segera ditangani, tanpa harus menunggu jam kerja Puskesmas. Kajian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Gunungkidul menyebutkan bahwa banyak Puskesmas kekurangan tenaga medis dan paramedis. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas tersebut terutama di luar jam kerja tenaga medis dan para medis tidak bisa optimal. Praktik dokter dan bidan dapat menutup kesenjangan pelayanan tersebut, meskipun beban biaya yang harus ditanggung oleh pasien menjadi bertambah banyak karena tidak memperoleh subsidi.

Lokasi praktik dokter di kabupaten ini pada umumnya di desa-desa yang terletak tidak jauh dari ibukota kabupaten, atau di desa-desa yang mudah diakses dari ibukota kabupaten. Di desa-desa dalam kategori ini bahkan ditemukan lebih dari satu praktik dokter. Tendensi tersebut berhubungan dengan tempat tinggal dokter. Para dokter pada umumnya bertempat tinggal di ibukota kabupaten, karena itu menjadi mudah dipahami apabila lokasi praktik mereka juga di desa-desa yang mudah diakses dari ibukota kabupaten. Sementara itu, lokasi praktik bidan di kabupaten ini nampak sudah tersebar, dalam arti juga berada di desa-desa yang terletak agak jauh dari ibukota kabupaten, atau di desa-desa yang tidak selalu mudah diakses dari ibukota kabupaten.

Di beberapa tempat terdapat lokasi rumah sakit bersalin. Rumah sakit bersalin tersebut kebanyakan difasilitasi swasta dan didukung oleh tenaga paramedis Puskesmas. Lokasi rumah sakit bersalin tersebut pada umumnya juga terletak di desa-desa yang tidak jauh dari ibukota kabupaten, atau di desa-desa yang mudah diakses dari ibukota kabupaten. Di beberapa desa terdapat lebih dari satu rumah bersalin. Kecenderungan serupa terjadi pula pada lokasi pondok bersalin. Lokasi pondok bersalin di kabupaten ini kebanyakan juga terletak di desa-desa yang tidak jauh dari ibukota kabupaten, atau di desa-desa yang mudah diakses dari ibukota kabupaten. Lokasi pondok bersalin di desa-desa yang di sana tidak ada rumah sakit bersalin, karena jenis pelayanan kesehatan yang diberikan memang kurang lebih sama.

Di kabupaten ini hanya terdapat tiga buah apotek. Lokasi apotek tersebut terletak di desa-desa yang tidak jauh dari ibukota kabupaten. Pola penyebaran lokasi toko khusus obat tidak terlalu berbeda dengan penyebaran lokasi apatek. Lokasi toko khusus obat berada di ibukota kabupaten, atau di desa-desa yang mudah diakses dari ibukota kabupaten. Karena jumlah apatek dan toko khusus obat tidak banyak, maka banyak dokter yang praktik di kabupaten ini yang tidak memberikan resep kepada pasien, kecuali untuk mengobati penyakit-penyakit tertentu yang tergolong berat atau membutuhkan perawatan khusus. Para dokter yang praktik di kabupaten ini biasanya memiliki persediaan obat untuk mengobati penyakit-penyakit yang tergolong ringan, dan tidak memerlukan perawatan khusus.

### **Akses Penduduk Miskin**

Data potensi desa yang dihimpun oleh Biro Pusat Statistik yang diolah dengan metode GIS memperlihatkan bahwa aksesibilitas penduduk Gunungkidul pada Puskesmas secara umum sebenarnya cukup baik. Hampir di setiap kecamatan terdapat Puskesmas. Kendatipun begitu, namun dalam rentang waktu tahun 2000-2006 terjadi penurunan akses desa terhadap Puskesmas, atau jumlah desa yang memiliki akses mudah dan sangat mudah pada Puskesmas tahun 2006 lebih rendah daripada tahun 2000.

**Tabel 4. Aksesibilitas Desa Pada Fasilitas Kesehatan**

Fasilitas	2000	2006
-----------	------	------

	Kesehatan	Sangat mudah	Mudah	Sulit	Sangat mudah	Mudah	Sulit
1	Rumah Sakit	18	116	10	12	116	15
2	Puskesmas	61	79	4	42	89	12
3	Puskesmas Pembantu	123	20	1	116	27	1
4	Rumah Sakit Bersalin	10	116	17	19	110	14
5	Rumah Bersalin	42	92	10	*	*	*
6	Poliklinik dan Balai Pengobatan	17	111	16	23	107	13
7	Praktek Dokter	68	72	4	46	89	9
8	Praktek Bidan	82	58	4	84	54	5
9	Posyandu	144	0	0	142	2	-
10	Polindes	42	95	7	22	111	8
11	Apotek	16	118	10	22	111	8
12	Toko Obat	16	118	10	12	117	14

Sumber : Olah data GIS

Tabel tersebut memperlihatkan bahwa tingkat aksesibilitas desa-desa di kabupaten Gunungkidul pada fasilitas kesehatan cukup bervariasi. Tingkat aksesibilitas sejumlah desa tergolong 'sangat mudah' dan 'mudah', tetapi tingkat aksesibilitas sejumlah desa yang lain tergolong 'sulit'. Variasi semacam ini lazim terjadi di kabupaten-kabupaten yang tergolong miskin. Kendatipun demikian tendensi yang terjadi pada tahun 2000 berbeda cukup signifikan dengan yang terjadi pada tahun 2006. Jumlah desa yang tergolong memiliki tingkat aksesibilitas dalam kategori 'sangat mudah' pada rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, praktik dokter, Posyandu, Polindes dan toko khusus obat pada tahun 2006 lebih rendah daripada tahun 2000. Jumlah desa tergolong memiliki tingkat aksesibilitas dalam kategori 'mudah' pada fasilitas-fasilitas kesehatan tersebut pada tahun 2006 lebih tinggi daripada tahun 2000. Selanjutnya, jumlah desa yang tergolong memiliki tingkat aksesibilitas dalam kategori 'sulit' pada rumah sakit, Puskesmas, praktik dokter, praktek bidan, Polindes, dan toko khusus obat pada tahun 2006 justru lebih rendah daripada tahun 2000.

Tendensi tersebut memperlihatkan gambaran bahwa tingkat aksesibilitas desa-desa di kabupaten Gunungkidul pada fasilitas kesehatan pada tahun 2006 lebih rendah daripada tahun 2000. Desa-desa yang pada tahun 2000 tergolong memiliki tingkat aksesibilitas 'sangat mudah' pada fasilitas kesehatan menurun menjadi tergolong 'mudah' saja. Sementara itu, desa-desa yang pada tahun 2000 tergolong memiliki tingkat aksesibilitas 'mudah' pada fasilitas kesehatan menurun menjadi tergolong 'sulit'. Penurunan tingkat aksesibilitas desa pada fasilitas kesehatan juga memberikan gambaran

bahwa kenaikan alokasi anggaran sektor kesehatan di kabupaten ini belum efektif untuk menaikkan tingkat pelayanan kesehatan.

Lokasi fasilitas kesehatan di kabupaten Gunungkidul pada tahun 2000 dan 2006 kebanyakan terletak di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'sedang' dan 'tinggi'. Rumah sakit, rumah sakit bersalin, rumah bersalin, poliklinik, balai pengobatan, praktik dokter, praktik bidan, Posyandu, Polindes, apotek, dan toko khusus obat berlokasi di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'sedang' dan 'tinggi'. Fasilitas kesehatan yang berlokasi di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'rendah' hanya Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, dan itupun jumlahnya masih lebih rendah dibandingkan dengan keberadaan Puskesmas dan Puskesmas Pembantu di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'sedang' dan 'tinggi'.

**Tabel 5. Lokasi Fasilitas Kesehatan dan Kategori Kesejahteraan Desa**

	Fasilitas Kesehatan	Tingkat Kesejahteraan Desa (2000)			Tingkat Kesejahteraan Desa (2006)		
		Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi
1	Rumah Sakit	-	-	1	-	1	1
2	Puskesmas	12	16	1	14	17	4
3	Puskesmas Pembantu	55	51	15	30	74	11
4	Rumah Sakit Bersalin dan Rumah Bersalin	-	13	13	-	9	4
5	Poliklinik dan Balai Pengobatan	-	7	11	-	10	7
6	Praktek Dokter	-	19	41	-	36	19
7	Praktek Bidan	-	34	47	-	83	43
8	Posyandu	-	489	794	-	817	487
9	Polindes	-	8	8	-	89	55
10	Apotek	-	-	3	-	2	3
11	Toko Khusus Obat	-	2	3	-	3	1

Tabel tersebut juga memperlihatkan bahwa pada kurun tahun 2000-2006 terjadi kenaikan jumlah Puskesmas, baik yang berlokasi di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'rendah', kesejahteraan 'sedang' maupun kesejahteraan 'tinggi'. Lokasi Puskesmas yang berada di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'rendah' naik dari 12 unit (2000) menjadi 14 unit (2006), di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'sedang' naik dari 16 unit (2000) menjadi 17 unit (2006), dan di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'tinggi' naik dari satu unit (2000) menjadi 4 unit (2006). Kenaikan tersebut menunjukkan indikasi bahwa kebijakan pembangunan Puskesmas baru di kabupaten Gunungkidul

disebar di desa-desa dalam kategori 'rendah', 'sedang' maupun 'tinggi'. Meskipun demikian nampak bahwa penambahan Puskesmas baru di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'tinggi' masih memperoleh prioritas, atau memperoleh tambahan lebih banyak daripada desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'rendah'. Kecenderungan serupa juga terjadi pada keberadaan atau lokasi Puskesmas Pembantu. Lokasi Puskesmas Pembantu yang berada di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'rendah' turun dari 55 unit (2000) menjadi 30 unit (2006). Lokasi Puskesmas Pembantu yang berada di desa-desa dalam kategori kesejahteraan 'tinggi' juga turun dari 15 unit (2000) menjadi 11 unit (2006).

Tendensi semacam itu tentu tidak menguntungkan bagi implementasi kebijakan yang terkait dengan upaya peningkatan akses penduduk desa miskin pada fasilitas-fasilitas kesehatan. Meskipun manajemen pelayanan kesehatan secara gratis bagi penduduk miskin sudah dipersiapkan dengan baik, namun ketika ditengarai terjadi kesenjangan spasial (*spatial inequality*), maka usaha-usaha menciptakan pemerataan pelayanan kesehatan menjadi tidak mudah direalisasi. Apabila ada di antara warga masyarakat yang tidak memanfaatkan kesempatan memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis, tidak bisa serta merta dianggap tidak mau atau menolak kebijakan tersebut. Tetapi boleh jadi karena jarak antara tempat tinggal mereka dengan fasilitas kesehatan, seperti Puskesmas atau rumah sakit yang ditetapkan sebagai rujukan, memang sulit dijangkau.

Uraian yang telah dipaparkan memperlihatkan beberapa hal yang menarik dicermati. *Pertama*, lokasi fasilitas kesehatan di kabupaten Gunungkidul kebanyakan terletak di desa-desa yang tergolong sejahtera, dan desa-desa tersebut pada umumnya menjadi ibukota kecamatan. *Kedua*, lokasi pembangunan fasilitas kesehatan baru pada kurun tahun 2000-2005 kebanyakan juga berada di desa-desa yang tergolong sejahtera. *Ketiga*, akses desa-desa miskin (prasejahtera) pada fasilitas kesehatan di kabupaten ini pada kurun waktu 2000-2005 cenderung terus menurun. Kecenderungan tersebut dapat dijelaskan dengan membahas tiga hal: (1) pola pendayagunaan fasilitas kesehatan, (2) strategi kebijakan pengembangan (*development*) fasilitas kesehatan pada kurun waktu 1996-2005, dan (3) dampak sosial pengembangan (*development*) fasilitas kesehatan.

Bentuk fasilitas kesehatan yang dikembangkan untuk memberi pelayanan kebutuhan dasar di kabupaten Gunungkidul (sebagaimana lazim terdapat di daerah-daerah lain) adalah dalam kategori ciri atau berkarakteristik *fix facility* (fasilitas tetap, tidak bergerak). Pendayagunaan fasilitas kesehatan dalam kategori *fix facility* semacam itu tidak menuntut kegiatan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (pasien), seperti lazim terjadi pada bentuk fasilitas kesehatan yang berkarakteristik *mobile facility* (fasilitas bergerak). Pola pendayagunaan fasilitas kesehatan semacam itu lebih banyak menunggu kebutuhan masyarakat (pasien), dalam arti kebutuhan pasien menjadi dasar memberikan pelayanan kesehatan. Karena itu menjadi mudah dipahami apabila tenaga-tenaga medis (dokter umum dan dokter gigi), paramedis perawatan (perawat dan bidan), dan paramedis nonperawatan (apoteker, ahli gizi) kurang proaktif. Mereka baru terlihat aktif ketika terjadi epidemi atau kejadian yang mengancam kesehatan masyarakat. Sistem pelayanan kesehatan semacam itu melembagakan relasi *asymetric* antara tenaga-tenaga



medis dan paramedis dengan warga masyarakat (pasien). Kedudukan warga masyarakat (pasien) berada pada posisi subordinasi atau memiliki posisi tawar (*bargaining position*) yang rendah dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar.

Dalam kondisi semacam itu, faktor kedekatan jarak atau kecepatan waktu tempuh antara tempat tinggal masyarakat (pasien) dengan lokasi fasilitas kesehatan berpengaruh cukup signifikan terhadap pemberian layanan kesehatan. Warga masyarakat (pasien) yang bertempat tinggal di desa-desa yang dekat dengan lokasi fasilitas kesehatan, memiliki tingkat akses lebih tinggi pada pelayanan kesehatan daripada warga masyarakat (pasien) yang bertempat tinggal di desa-desa yang jauh dengan lokasi fasilitas kesehatan. Demikian pula, warga masyarakat (pasien) yang bertempat tinggal di desa-desa yang cepat menjangkau fasilitas kesehatan, mempunyai tingkat akses lebih tinggi pada pelayanan kesehatan daripada warga masyarakat (pasien) yang bertempat tinggal di desa-desa yang lambat menjangkau fasilitas kesehatan. Kecenderungan semacam itu semakin menegaskan bahwa dalam hal pelayanan kesehatan dengan sistem *fix facility*, faktor kesenjangan spasial (*spatial inequality*) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat akses pada fasilitas kesehatan.

Strategi kebijakan pengembangan (*development*) fasilitas kesehatan pada kurun waktu 1996-2005 di kabupaten Gunungkidul masih menempatkan pemerintah, terutama pemerintah daerah, pada posisi dominan. Proses perumusan dan eksekusi kebijakan pengembangan fasilitas kesehatan pada kurun waktu tersebut berorientasi pada kepentingan dan prioritas pembangunan daerah. Kepentingan dan prioritas pembangunan daerah tersebut dilandasi prinsip pemerataan, dalam arti segenap warga masyarakat harus memperoleh akses yang sama pada fasilitas kesehatan. Dalam hal pengembangan fasilitas kesehatan baru, prinsip tersebut diterjemahkan menjadi penempatan kegiatan pelayanan kesehatan di lokasi-lokasi yang belum terdapat fasilitas kesehatan. Oleh karena pola yang berlaku selama ini lokasi-lokasi fasilitas kesehatan berada di desa-desa yang berdekatan atau menjadi ibukota kecamatan, maka kecenderungannya adalah pengembangan fasilitas kesehatan baru tersebut kebanyakan juga berada di desa-desa yang berdekatan atau menjadi ibukota kecamatan. Desa-desa tersebut pada umumnya dalam kategori desa sejahtera. Itulah sebabnya menjadi mudah dipahami apabila pada kurun waktu 1996-2005, akses desa-desa dalam kategori sejahtera pada fasilitas kesehatan lebih tinggi daripada desa-desa prasejahtera (desa miskin).

Strategi kebijakan pengembangan (*development*) fasilitas kesehatan semacam itu memperoleh pembenaran argumentasi efisiensi pendayagunaan tenaga medis dan paramedis. Kebijakan penempatan lokasi-lokasi baru fasilitas kesehatan menjadi lebih efisien di desa-desa yang berdekatan atau menjadi ibukota kecamatan karena mudah dijangkau oleh tenaga medis dan paramedis. Di kabupaten Gunungkidul, jumlah dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, dan ahli gizi masih terbatas. Perbandingan antara jumlah tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga nonperawat dengan jumlah pasien yang harus dilayani masih jauh dari ideal. Karena itu penempatan lokasi-lokasi baru fasilitas kesehatan di desa-desa yang berdekatan atau menjadi ibukota kecamatan

memudahkan tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga nonperawat untuk mengalokasikan waktu dan tenaga untuk memberikan pelayanan kesehatan.

Fasilitas-fasilitas kesehatan swasta (seperti rumah sakit swasta, klinik bersalin swasta, praktik dokter, praktik bidan) pada umumnya juga berlokasi di desa-desa yang tergolong kategori sejahtera. Kecenderungan demikian seperti 'pisau bermata dua'. Di satu pihak, warga masyarakat (pasien) yang berasal dari desa-desa sejahtera tersebut memiliki cukup akses pada fasilitas kesehatan, tetapi di lain pihak, mereka juga harus mengeluarkan biaya kesehatan lebih besar. Biaya yang dikeluarkan untuk kesehatan tersebut dari waktu ke waktu semakin besar, karena bukan hanya harga obat-obatan semakin mahal, tetapi juga karena kenaikan uang jasa pelayanan kesehatan untuk rumah sakit swasta, klinik bersalin swasta, praktik dokter, atau praktik bidan. Besaran dan kenaikan biaya semacam itu tidak mudah dikontrol pemerintah daerah, terutama karena tumbuh dan berkembang bersama dengan pertemuan kesepakatan antara tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga nonperawat dengan warga masyarakat (pasien). Hasil studi ini menunjukkan bahwa desa-desa yang tergolong sejahtera sebenarnya juga dihuni oleh penduduk yang tergolong miskin, kendati jumlah mereka lebih kecil daripada penduduk yang tergolong miskin yang bertempat tinggal di desa-desa yang tergolong prasejahtera. Meskipun akses mereka pada fasilitas kesehatan cukup baik, namun beban yang harus mereka tanggung untuk memenuhi kebutuhan atau membayar biaya kesehatan dari waktu ke waktu juga semakin besar.

## **Kesimpulan dan Rekomendasi**

Hasil kajian menunjukkan tiga hal penting. *Pertama*, pembangunan pusat-pusat pelayanan kesehatan di Kabupaten Gunungkidul masih mengikuti sistem *fix facility*. Sistem semacam itu melembagakan relasi sosial yang menempatkan tenaga-tenaga medis maupun paramedis kurang pro-aktif memberikan pelayanan kesehatan. *Kedua*, lokasi fasilitas-fasilitas kesehatan berhubungan erat dengan tingkat adaptasi masyarakat terhadap kebijakan atau program pelayanan kesehatan. Akses penduduk pada fasilitas kesehatan yang bertempat tinggal atau berdomisili di desa-desa yang tergolong prasejahtera (kebanyakan penduduk miskin) lebih rendah daripada mereka yang berdomisili di desa-desa yang tergolong sejahtera. *Ketiga*, variabel kesenjangan spasial (*spatial inequality*) memiliki implikasi penting terhadap tingkat aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan tidak dapat diberikan secara optimal apabila kebijakan diimplementasikan mengabaikan masalah kesenjangan spasial tersebut.

Rekomendasi untuk mengatasi hal tersebut adalah sebagai berikut. *Pertama*, pembangunan fasilitas kesehatan di kabupaten ini kedepan perlu disertai dengan sistem *mobile facility*. Sistem semacam ini mampu mendorong tenaga-tenaga medis dan paramedis melakukan pelayanan kesehatan secara pro-aktif mendekati diri pada penduduk miskin yang berdomisili di desa-desa dalam kategori prasejahtera. *Kedua*, pembangunan fasilitas kesehatan dengan sistem *mobile facility* tersebut harus terkait dengan pengembangan jejaring-jejaring transportasi dan telekomunikasi, serta didukung

oleh sistem penyebaran informasi masalah dan kebutuhan kesehatan. *Ketiga*, perlu kerjasama di antara pemerintah, tenaga-tenaga medis dan paramedis, serta pelaku usaha di sektor kesehatan, terutama dalam hal mendayagunakan sumber daya (*resources*) daerah untuk mendukung sistem *mobile facility* tersebut.\*\*\*\*\*

### Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik. (2007). *Gunungkidul dalam Angka*. Kabupaten Gunungkidul.
- Badan Pusat Statistik. (1996). *Data Potensi Desa*.
- Badan Pusat Statistik. (2000). *Data Potensi Desa*.
- Badan Pusat Statistik. (2006). *Data Potensi Desa*.
- Kwan, M. (2006). *Space-time and integral measures of individual accessibility: a comparative analysis using a point-based framework*. London: Geography Analysis, Sage Publication.
- Lobao, Linda M, Gregory Hooks, and Ann R. Tickamyer (eds). (2007). *The Sociological of Spatial Inequality*. New York: State University of New York Press.
- Profil Kesehatan. (2007). Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul
- Tickamyer, Ann R. (2000). 'Space Matters! Spatial Inequalities in Future Sociology.' *American Sociological Association (ASA), Contemporary Sociology*, Vol.29, No.6 (Novembre 2000). Pg. 805-813.
- Zieleniec, Andrzej. (2007). *Space and Social Theory*. London: Sage Publication.