



Jurnal Ilmu Pemerintahan, Volume , No. , Tahun 2013, Hal:

Online di <http://fisip.undip.ac.id>

**AKSESIBILITAS MASYARAKAT MISKIN DALAM MEMPEROLEH
PELAYANAN KESEHATAN**

**(Studi Kasus di Kawasan Kampung Tambak Mulyo
Kelurahan Tanjung Mas Semarang)**

**Puji Restiyani, Dra. Fitriyah, MA, Lusia Astrika, S.IP, M.Si
D2B 009 038**

(Puji.Restiyani@yahoo.com/Puji.Restiyani@gmail.com)

Jurusan Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Diponegoro
Jln. Prof. Soedarto, SH, Tembalang, Semarang, Kotak Pos 1269
Website: <http://www.fisip.undip.ac.id/> Email: fisip@undip.ac.id

Abstrak

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apa saja program pemerintah kota Semarang bidang kesehatan untuk masyarakat miskin, menganalisa bagaimana masyarakat miskin memperoleh akses informasi terhadap program pemerintah kota Semarang dan untuk mengetahui aksesibilitas masyarakat miskin dalam pelayanan kesehatan terutama di daerah Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang.

Hasil penelitian membuktikan bahwa aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan (studi kasus di kawasan kampung Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang) dilaksanakan melalui beberapa program kesehatan yaitu Jamkesmas dan Jamkesmaskot. Minimnya informasi mengenai program tersebut karena kurangnya sosialisasi dari pemerintah. Akses masyarakat kampung Tambak Mulyo juga masih sulit dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini digambarkan melalui analisis berdasarkan tiga indikator yang digunakan yaitu akses fasilitas kesehatan, akses biaya kesehatan dan akses informasi program pemerintah bidang kesehatan di kampung Tambak Mulyo belum memberikan akses pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat.

Kata Kunci : Aksesibilitas, Masyarakat Miskin, Pelayanan Kesehatan

Abstract

The purpose of this study is to find out what government programs Semarang health for the poor, to analyze how the poor gain access to information on government programs and to find out semarang poor accessibility to health services, especially in the area of tambak mulyo.

Based on research results this, the poor accessibility to health services carried out through several health programs are Jamkesmas and Jamkesmaskot. Lack of information about the program due to lack of socialization of government. Public access Tambak Mulyo is still difficult to obtain health care. This is illustrated through an analysis based on three

indicators are used that access to health facilities, rates, and information on the village Tambak Mulyo not provide good access to health services for the community.

Keywords: Accessibility, The Poor, Health Service

1. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Pembangunan kesehatan dihadapkan pada berbagai permasalahan penting antara lain disparitas status kesehatan; beban ganda penyakit; kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; perlindungan masyarakat di bidang obat dan makanan; serta perilaku hidup bersih dan sehat. Beberapa masalah penting lainnya yang perlu ditangani segera adalah peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, penanganan masalah gizi buruk, penanggulangan wabah penyakit menular, pelayanan kesehatan di daerah bencana, dan pemenuhan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan. Kualitas pelayanan menjadi kendala karena tenaga medis sangat terbatas dan peralatan kurang memadai. Dari sisi jumlah, rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk yang harus dilayani masih rendah. Keterjangkauan pelayanan terkait erat dengan jumlah dan pemerataan fasilitas kesehatan.

Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terkait erat dengan terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan, baik karena kendala geografis maupun kendala biaya (*cost barrier*). Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003 menunjukkan bahwa kendala terbesar yang dihadapi penduduk miskin untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah ketiadaan uang (34 persen), jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terlalu jauh (18 persen), serta adanya hambatan dengan sarana angkutan atau transportasi (16 persen). Data Susenas 2004 menunjukkan bahwa kendala biaya menjadi permasalahan yang cukup serius, terutama bagi penduduk miskin, karena selama ini sebagian besar (87,2 persen) pembiayaan kesehatan bersumber dari penghasilan penduduk sendiri. Pembiayaan yang berasal dari jaminan pemeliharaan kesehatan (kartu sehat yang dikeluarkan Pemerintah) hanya sebesar 6,3 persen dan yang berasal dari asuransi sebesar 5,2 persen. Artinya, penduduk harus menanggung biaya yang besar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini tentu amat memberatkan bagi penduduk miskin karena mereka harus mengeluarkan biaya yang besar untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

Alasan pentingnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, merupakan dorongan untuk mempercepat penanggulangan kemiskinan dan keharusan mutlak untuk melaksanakan upaya peningkatan status kesehatan penduduk miskin. Kesehatan adalah hak semua warga negara tanpa terkecuali termasuk di dalamnya masyarakat miskin juga berhak untuk mendapatkan pelayanan dalam bidang kesehatan. Untuk itu diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat, dengan mengutamakan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin secara gratis telah diupayakan oleh Pemerintah sejak terjadinya krisis ekonomi tahun 1997. Hasil pemantauan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin menunjukkan adanya beberapa kendala termasuk kurang efisiennya penggunaan dana. Oleh karena itu, pada tahun 2005, sejalan dengan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004

Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, upaya peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan lebih ditingkatkan melalui upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin dengan sistem jaminan/asuransi kesehatan. Dengan sistem ini, penduduk miskin diikutkan pada asuransi kesehatan dengan premi yang dibayarkan oleh Pemerintah. Program teranyar pemerintah pusat untuk melayani kebutuhan masyarakat miskin dan hampir miskin akan kesehatannya digulirkan di tahun 2008 adalah Jamkesmas (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). Anggaran untuk program Jamkesmas ditahun 2008 disiapkan sebesar Rp 4,6 triliun untuk 76,4 juta masyarakat miskin dan hampir miskin. Seluruh pendanaan program-program di atas bersumber dari pemerintah dan bersifat proyek, karena itu tidak ada jaminan kesinambungannya, sementara itu sumber dana dari pemerintah daerah belum dipadukan untuk program pengentasan kemiskinan umumnya dan pembiayaan kesehatan khususnya sehingga sulit bagi penduduk miskin jika tidak lagi mendapat jaminan seperti yang pernah diperolehnya.

Sebagai kota yang mengalami perkembangan, Kota Semarang tidak terlepas dari masalah kesehatan dan kemiskinan. Berbagai program pengentasan kemiskinan telah dilakukan, namun tingkat kemiskinan di Kota Semarang masih cenderung meningkat. Upaya yang dilakukan pemerintah kota Semarang dalam menanggulangi kemiskinan adalah dengan disusunnya perda kota Semarang No 4 tahun 2008 tentang penanggulangan kemiskinan di kota Semarang. Menurut data Bappeda 2007 dari tahun 2001 sampai 2005 jumlah Rumah Tangga miskin (RTM) di Semarang meningkat, dengan rata-rata peningkatan 14,12% per tahun. Pada tahun 2005 saja jumlah RTM adalah 20,40% yang berarti satu dari lima rumah tangga di Semarang adalah rumah tangga miskin. Pada tahun 2011 saat ini kemiskinan di Kota Semarang telah mencapai angka 26,41%, meningkat dari tahun sebelumnya. Jumlah itu terus meningkat seiring dengan meningkatnya angka kemiskinan di tingkat nasional dan tingkat kemiskinan itu didominasi oleh masyarakat nelayan. Selain itu masalah kesehatan yang dihadapi Kota Semarang yaitu Angka Kematian Bayi (AKB) di kota Semarang berdasarkan data yang ada di Dinas Kesehatan Kota adalah 48 per 25.706 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) terdapat 22 kasus per 25.706 kelahiran hidup. Cakupan ibu hamil K1 (kunjungan *antenatal* ke-1) sudah mencapai 100, 92% dan K4 (kunjungan *antenatal* ke-4) mencapai 94%. Persalinan di kota Semarang yang di tolong oleh tenaga kesehatan sebesar 96,65%.¹ Apabila masalah tersebut tidak ditangani secara optimal, maka dapat membawa dampak negatif di masa mendatang, seperti semakin meningkatnya angka kejahatan, meningkatnya kekurangan gizi, dan memburuknya kondisi sosial.

Akses masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan di kota Semarang memang belum sepenuhnya berjalan dengan baik. Pengetahuan masyarakat miskin untuk memperoleh akses informasi terhadap program pemerintah kota Semarang juga sangat kurang, khususnya masyarakat miskin di Tambak Mulyo Semarang. Tambak Mulyo yang dulu bernama Tambak Lorok merupakan salah satu daerah pantai di kota Semarang yang terletak di Sungai Banger, kelurahan Tanjung Mas Kecamatan Semarang Utara sekitar tahun 1950 pada kawasan ini muncul sebuah pemukiman yang sebagian besar masyarakatnya bermata pencaharian mencari ikan dan hasil laut lain atau sering disebut sebagai nelayan. Sebagian masyarakat di Tambak Mulyo ini bisa dikatakan sebagai keluarga miskin. Mereka hanya mengandalkan iklim atau cuaca untuk menangkap ikan. Sehingga untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mereka masih mengalami kesulitan. Terutama kebutuhan dasar yaitu kesehatan sangat sulit diperoleh bagi masyarakat nelayan karena di daerah kawasan Tambak

Mulyo hanya berdiri satu Balai Pengobatan milik swasta yang hanya buka tiga kali dalam seminggu. Serta waktu pelayanannya yang hanya tiga jam. Di Kelurahan Tanjung Mas ada fasilitas kesehatan Puskesmas tetapi untuk menjangkau kesana membutuhkan waktu yang lama serta biaya transportasi yang mahal. Masyarakat lebih memilih datang ke Balai Pengobatan walaupun dengan biaya Rp 5000, daripada harus menempuh jarak jauh untuk datang ke Puskesmas. Hal ini membuktikan bahwa akses kesehatan bagi masyarakat di Tambak Mulyo sangat kecil. Kita ketahui kemiskinan sangat mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin menjadi rentan terhadap pelbagai macam penyakit, misalnya menderita gizi buruk, pengetahuan kesehatan kurang, perilaku kesehatan kurang, lingkungan pemukiman buruk dan biaya kesehatan tidak tersedia. Sehingga diperlukan adanya kebijakan-kebijakan pembangunan kesehatan.

Permasalahan yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah Apa saja program pemerintah kota Semarang bidang kesehatan untuk masyarakat miskin, bagaimana masyarakat miskin memperoleh akses informasi terhadap program pemerintah kota Semarang, Bagaimana aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan terutama di daerah Tambak Mulyo kelurahan Tanjung Mas Semarang. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah Untuk mengetahui apa saja program pemerintah kota Semarang bidang kesehatan untuk masyarakat miskin, untuk menganalisis bagaimana masyarakat miskin memperoleh akses informasi terhadap program pemerintah kota Semarang, untuk mengetahui aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan terutama di daerah Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang.

Penelitian ini menggunakan kerangka teori sebagai acuan dalam mendukung isi dari penelitian. Teori-teori tersebut antara lain: a) pelayanan publik : diartikan sebagai setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap sejumlah manusia yang memiliki setiap yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk atau fisik, b) Aksesibilitas pelayanan publik : aksesibilitas adalah suatu ukuran kenyamanan atau kemudahan lokasi tata guna lahan berinteraksi satu dengan yang lain, dan mudah atau sulitnya lokasi tersebut dicapai melalui sistem jaringan transportasi. Pernyataan mudah atau sulit merupakan hal yang sangat subyektif dan kualitatif, mudah bagi seseorang belum tentu mudah bagi orang yang lain, begitu pula dengan pernyataan sulit, oleh karena itu diperlukan kinerja kualitatif yang dapat menyatakan aksesibilitas. Jadi aksesibilitas pelayanan publik merupakan tingkat kemudahan untuk mencapai suatu pelayanan publik yang diselenggarakan oleh negara. c) akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin : akses dimaksudkan untuk memfasilitasi mengenai siapa yang sesungguhnya mendapatkan keuntungan dari sesuatu dan melalui proses apa serta bagaimana ia melakukannya. Karenanya akses memfokuskan pada siapa mendapatkan apa bagaimana caranya dan kapan. Akses adalah faktor untuk menilai mutu pelayanan kesehatan dalam hubungannya dengan kuantitas pelayanan kesehatan

Adapula operasionalisasi konsep penelitian ini adalah akses pelayanan kesehatan, diartikan sebagai jalan bagi seseorang untuk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. dan masyarakat miskin yaitu suatu kondisi dimana fisik masyarakat yang tidak memiliki akses ke prasarana dan sarana dasar lingkungan yang memadai, dengan kualitas perumahan dan pemukiman yang jauh di bawah standart kelayakan serta mata pencaharian yang tidak menentu yang mencakup seluruh multidimensi, yaitu dimensi politik, dimensi sosial, dimensi ekonomi dan dimensi asset.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan tipe penelitian deskriptif dikarenakan penulis ingin memecahkan masalah tentang akses masyarakat miskin dalam

memperoleh pelayanan kesehatan di Semarang. Fokus dari penelitian ini yaitu aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan khususnya di Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang. Lokus atau tempat penelitian yaitu di Dinas Kesehatan Semarang, Puskesmas Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara, Balai Pengobatan swasta (A & A Rachmat) dan Masyarakat yang ada di daerah Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang. Teknik pengambilan informan yang dipilih adalah *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel yang diambil dengan maksud atau tujuan tertentu, seseorang atau sesuatu tersebut memiliki informasi yang diperlukan bagi penelitiannya. Bertitik tolak dari penjabaran tersebut, maka penulis memilih Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, Kepala atau pegawai puskesmas, Kepala Balai Pengobatan Swasta dan masyarakat miskin yang langsung atau tidak langsung pernah menggunakan layanan kesehatan yang berada di daerah Tambak Mulyo Kelurahan Tambak Mulyo Semarang.

Adapun sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang di kumpulkan dalam penelitian lapangan adalah data primer yang berupa hasil wawancara dan para informan untuk mengetahui aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Data Sekunder yaitu data yang diperoleh dari literatur-literatur, dokumen, buku, data statistik, laporan dan lain-lain yang berhubungan dengan penelitian ini dimana peneliti dapat memperolehnya secara tidak langsung. Instrumen dalam penelitian ini yaitu peneliti sendiri, dimana peneliti melakukan penelitian dibantu dengan berbagai instrumen pendukung dalam pengumpulan data. Instrumen pendukung tersebut yaitu telepon seluler (ponsel), kamera, panduan wawancara, catatan lapangan. Berbagai instrumen pendukung tersebut dipergunakan untuk mempermudah peneliti dalam mengumpulkan data yang diperlukan dalam penelitian ini. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu *Indepth interview* . Pengumpulan data dilakukan dengan tanya jawab secara langsung dengan informan sebagai narasumber. Instrumen yang digunakan disini adalah pedoman wawancara. Wawancara dilakukan dengan berdasarkan pada a) *interview guide* yang telah dibuat sebelumnya yang berisi pertanyaan-pertanyaan, dimana melalui interview peneliti bisa mendapatkan informasi yang mendalam. Interview atau wawancara dilakukan dengan Kepala atau pegawai Dinas Kesehatan Semarang, Kepala atau pegawai puskesmas, Kepala Balai Pengobatan Swasta dan masyarakat miskin yang ada di Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas Semarang. b) Observasi : Pengumpulan data melalui pengamatan secara langsung terhadap objek penelitian guna memperoleh gambaran yang lebih jelas. Dilakukan secara sistematis dan dilatarbelakangi dengan pemahaman dan pendalaman terhadap masalah yang akan diteliti. Teknik ini memungkinkan peneliti menarik informasi (kesimpulan) ihwal makna dan sudut pandang narasumber, kejadian, peristiwa atau proses yang diamati. c) Studi pustaka : pengumpulan data dalam teknik ini dilakukan dengan melihat dan mengamati dokumen-dokumen, buku dan catatan yang berhubungan dengan penelitian ini. Dalam penelitian ini penulis menggunakan dokumen tertulis.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif. Metode kualitatif adalah suatu penelitian yang mempergunakan data deskriptif analitis, yaitu apa yang dinyatakan oleh responden secara tertulis maupun lisan, juga perilakunya yang nyata diteliti dan dipelajari sebagai suatu bagian yang utuh. Data yang diperoleh dari penelitian lapangan dan penelitian kepustakaan dikumpulkan yang kemudian dianalisis secara sistematis. Dalam analisis data peneliti melalui tiga tahap antara lain: Reduksi data yaitu sebagai proses pemilihan pemusatan perhatian pada penyederhanaan pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari hasil penelitian lapangan, penyajian data yaitu sebagai kesimpulan informasi yang tersusun dan memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Adapun dalam penelitian penulis lebih menekankan pada bentuk

penyajian yang deskriptif. Penarikan kesimpulan adalah bagian terakhir dari analisa adalah menarik kesimpulan dan verifikasi. Dari permulaan, peneliti mulai mencari arti benda-benda, pola-pola, penjelasan, konfigurasi-konfigurasi yang mungkin, alur sebab akibat dan proposi.

2. Pembahasan

A. Program Pemerintah Kota Semarang Bidang Kesehatan Untuk Masyarakat Miskin

Salah satu faktor yang menentukan bagi keberhasilan pelaksanaan pembangunan kesehatan adalah kemudahan di dalam akses terhadap pelayanan kesehatan yang ada, tidak terkecuali keluarga miskin, pemerintah memberikan bantuan/subsidi untuk pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin atau Maskin melalui program Jamkesmas dan jamkesmaskot untuk warga Kota Semarang.

1. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Pemerintah telah menanggung biaya pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu sejak tahun 2004. Diawali dengan program uji coba JPK Gakin tahun 2004, program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dari tahun ke tahun terus dikembangkan. Tahun 2005 program JPK Gakin berubah menjadi JPK-MM (jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat miskin), dari tahun 2006-2007 program JPK-MM berubah menjadi Askekin berubah menjadi Jamkesmas (jaminan kesehatan masyarakat).

Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal. Dasar jamkesmas yaitu Kepmenkes RI Nomor 125/MENKES/SK/II/2008 sebagaimana diubah dengan Kepmenkes RI Nomor 1079/MENKES/SK/XI/2009 tentang Penyelenggaraan Jamkesmas.

2. Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang (Jamkesmaskot)

Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang (Jamkesmaskot) adalah program dari pemerintah Kota Semarang dalam bidang kesehatan yang bertujuan memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu yang sakit agar mendapat perawatan yang baik di rumah sakit. Dasar jamkesmaskot: Peraturan Daerah Kota Semarang No. 4 tahun 2008 tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kota Semarang, Peraturan Walikota Semarang No. 28 tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin dan/atau Tidak Mampu di Kota Semarang, Surat No. 050/3138 tanggal 26 Juli 2011 tentang Pelayanan Warga Miskin Kota Semarang.

Program kesehatan pemerintah Kota Semarang khususnya untuk masyarakat miskin yaitu jamkesmas dan jamkesmaskot itu pada dasarnya sama. Tetapi perbedaannya hanya berasal dari segi pembiayaan. Jamkesmas adalah program kesehatan oleh pemerintah pusat yang biaya pelayanan kesehatannya gratis untuk masyarakat yang tidak mampu. Akan tetapi program pelayanan kesehatan Jamkesmaskot yang pembiayaannya berasal dari pemerintah daerah Kota Semarang biaya pelayanan kesehatannya itu tergantung dari tarif kesehatan. Jadi, pelayanan kesehatan bersubsidi jamkesmaskot itu hanya menanggung biaya pelayanan dasar dan obat generik selebihnya masyarakat harus membayar biaya lain yang tidak ditanggung

oleh jaminan kesehatan kota Semarang sehingga membuat masyarakat sangat bingung akan haknya menjadi warga miskin yang tidak tercover oleh jamkesmas.
Berikut tabel perbedaan antara jamkesmas dengan jamkesmaskot, sebagai berikut:

Tabel 3.2
Matriks Perbedaan Jamkesmas dengan Jamkesmaskot

Komponen	Jamkesmas	Jamkesmaskot
Tujuan	Bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah pusat	Diperuntukan bagi masyarakat miskin yang tidak masuk program jamkesmas dibiayai oleh pemerintah daerah kota Semarang
Penyelenggara program	Diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2008	Diselenggarakan oleh pemerintah kota Semarang sejak tahun 2008
Pelaksanaan pelayanan	Mengikuti prinsip-prinsip penyelenggaraan sebagaimana yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2012	Pelaksanaan pelayanan kesehatan diatur dalam Peraturan Daerah Kota Semarang No.4 tahun 2008
Data kepesertaan	Data peserta berasal dari BPS	Data peserta berasal dari Bappeda
Peserta	Sebesar 303.019 jiwa atau sebesar 67,58% penduduk miskin di Semarang	Sebanyak 145.379 jiwa atau sebesar 32,42% penduduk miskin di Semarang
Sumber anggaran	Bersumber dari Anggaran Pengeluaran dan Belanja Negara (APBN) sebesar 6,3 T (Jamkesmas, Jampersal, BOK)	Berdasarkan pembiayaan APBD kota Semarang Tahun 2013 sebesar 44,7M
Bentuk pelayanan	Bentuk pelayanannya menyeluruh Tidak ada batasan pelayanan Haemodialisa (cuci darah)	Pembatasan maksimal 10 kali cuci darah
Kartu	Kartu jamkesmas sama	Draf penerima jamkesmaskot dibagi dua yakni pemegang kartu gold untuk warga miskin dan kartu silver untuk kurang mampu
Biaya pelayanan	Biaya pelayanannya gratis	Biaya pelayanannya tergantung tarif, membayar biaya lain yang tidak ditanggung jamkesmaskot
Surat penjaminan	Tidak harus ke DKK untuk mendapat surat penjaminan	Jika rawat inap harus ke DKK untuk mendapat surat penjaminan, kecuali di RSUD kota Semarang

Sumber: data primer yang diolah penulis dari berbagai sumber

Jamkesmas dan jamkesmaskot ternyata memiliki beberapa kendala, diantaranya yaitu karena adanya batasan kuota jamkesmas atau jamkesmaskot banyak masyarakat di luar kota Semarang pindah untuk menjadi kota Semarang karena ingin mendapatkan pelayanan kesehatan gratis tersebut, banyak masyarakat yang mengaku dirinya miskin, padahal jaminan kesehatan ini khusus untuk masyarakat yang benar-benar membutuhkan, selain itu banyak calo yang menawarkan jasanya untuk mengurus kepesertaan jamkesmas maupun jamkesmaskot, kita ketahui bahwa persyaratannya itu gratis.

B. Informasi Terhadap Program Kesehatan Pemerintah Kota Semarang (Sosialisasi)

Pengembangan sistem informasi kesehatan salah satu program pembangunan kesehatan. Program ini bertujuan untuk mengembangkan sistem informasi kesehatan guna mewujudkan suatu sistem informasi kesehatan yang komprehensif berhasil guna mendukung pembangunan kesehatan mencapai Indonesia Sehat 2010. Sasaran utama program ini adalah tersedianya informasi yang akurat, tepat waktu, lengkap dan sesuai dengan kebutuhan sebagai bahan dalam proses pengambilan keputusan untuk perumusan kebijakan, perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan penilaian program kesehatan di semua tingkat administrasi kesehatan (Depkes, 1999). Penyampaian informasi atau penyampaian pesan merupakan peran dan fungsi komunikasi. Salah satu bagian komunikasi yang memiliki peran cukup besar adalah sumber informasi. Sumber informasi akan memberikan peluang besar terhadap proses komunikasi atau pertukaran informasi. Keberhasilan komunikasi yang dilakukan pemerintah akan memberikan pengetahuan yang baik bagi masyarakat peserta Jamkesmas atau jamkesmaskot, sehingga dengan pengetahuan yang baik dari peserta Jamkesmas diharapkan program Jamkesmas akan berjalan dengan baik.

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang (Jamkesmaskot) merupakan program pembangunan yang dilaksanakan pemerintah pusat dan pemerintah kota Semarang dengan tujuan meningkatkan derajat hidup masyarakat miskin khususnya yang ada di kota Semarang. Program pemerintah di bidang pelayanan kesehatan ini dilaksanakan secara menyeluruh oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Masyarakat peserta Jamkesmas dan Jamkesmaskot sebagai pihak yang menjadi objek dari program pembangunan ini seharusnya memiliki pengetahuan yang cukup mengenai program tersebut. Agar peserta Jamkesmas dan Jamkesmaskot mendapatkan pengetahuan yang cukup maka diperlukan penyampaian informasi yang baik dari pihak penyelenggara program kepada masyarakat miskin. Masyarakat Kota Semarang memperoleh informasi atau pengetahuan dari sosialisasi yang dilakukan oleh tim pengelola jamkesmaskot, serta tim koordinasi dari setiap SKPD melalui Musrenbang (Musyawarah Perencanaan Pembangunan), Kadarkum (Keluarga Sadar Hukum), Sosialisasi dari Rumah Sakit dan puskesmas.

pemerintah kota semarang hanya melakukan sosialisasi Jamkesmas dan Jamkesmaskot pada pertemuan lintas sektor dan lintas program, sehingga sosialisasi yang diberikan tidak khusus untuk membahas sosialisasi program kesehatan Jamkesmas dan jamkesmaskot. Sehingga masyarakat yang mengikuti kegiatan di setiap pertemuan tersebut harus aktif menanyakan tentang apa itu program jamkesmas dan jamkesmaskot. Dapat dikatakan jika masyarakat yang mengikuti pertemuan tersebut tidak berupaya untuk menanyakan tentang bantuan bersubsidi ini berarti mereka tidak akan mendapatkan informasi secara jelas. Selain itu masyarakat yang mengikuti sosialisasi pertemuan di kelurahan atau kecamatan tersebut hanya perwakilan dari RT, RW, perangkat kelurahan serta dari perangkat kecamatan, serta tidak ada pertemuan rutin untuk mensosialisasikan program Jamkesmas dan Jamkesmaskot. Hal ini berarti tanggung jawab penyampaian informasi terdapat pada perwakilan RT agar informasi yang diduplikasinya harus diterima secara langsung oleh masyarakat.

Pengetahuan masyarakat miskin tentang program kesehatan yang ada di kota semarang dapat diakibatkan oleh faktor *intern* dan faktor *ekstern*. Ketidaklengkapan

administrasi pelayanan kesehatan pasien jamkesmas disebabkan oleh faktor *intern* misalnya pengetahuan kurang mengenai persyaratan jamkesmas. Pengetahuan kurang bisa disebabkan rendahnya pendidikan pasien sehingga kurang mampu menerima dan memahami informasi. Juga kurangnya pengalaman sehingga pasien tidak memiliki pemikiran mengenai persyaratan yang harus dilengkapi.

Faktor *ekstern* karena kurangnya sosialisasi jamkesmas kepada masyarakat sehingga masyarakat tidak mendapatkan informasi yang akurat. Kurangnya sosialisasi petugas (*man*) bisa disebabkan dana (*money*) kurang untuk melaksanakan kegiatan ini. Media informasi atau sarana dan prasarananya juga kurang (*material*) sehingga menghambat penyampaian informasi kepada masyarakat. Aspek *methode* atau metode untuk menyampaikan pesan mengenai kelengkapan administrasi pelayanan kesehatan jamkesmas kepada seluruh masyarakat juga sulit jika tidak ada dukungan dari lintas sektor mengingat wilayah cakupan juga luas (Sabarguna, 2008).

C. Analisis Aksesibilitas Masyarakat Miskin Dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan di Kampung Nelayan Tambak Mulyo Kelurahan Tanjung Mas

Aksesibilitas masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan sangat penting untuk peningkatan produktivitas sumber daya manusia, sebab hanya sumber daya manusia yang sehat, yang dapat beraktivitas dan mengembangkan diri. Pembangunan kesehatan merupakan upaya memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak rakyat memperoleh akses atas kebutuhan pelayanan kesehatan yang murah dan berkualitas. Masalah pada pencapaian derajat kesehatan, biasanya menyangkut masalah rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan, di antaranya akses biaya, akses transportasi, akses informasi.

1. Akses fasilitas kesehatan

Penyediaan fasilitas kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu kesehatan masyarakat, dan menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan fasilitas layanan kesehatan dan fasilitas layanan umum yang layak bagi setiap warga negara. Salah satu tanggung jawab seluruh jajaran kesehatan adalah menjamin tersediannya pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan terjangkau oleh setiap individu, keluarga dan masyarakat luas. Namun pada kenyataannya tetap saja banyak masyarakat yang tidak terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Ketidakterjangkauan umumnya terjadi karena jauhnya jarak tempuh dan terlampau besarnya jumlah masyarakat yang menjadi tanggung jawab sebuah Puskesmas. Kampung Tambak Mulyo terletak sangat dekat dengan wilayah laut, sedangkan untuk ke puskesmas mereka harus melewati jalan arteri yang kira-kira berjarak 5 km. Sehingga diperlukan biaya transportasi yang tidak sedikit untuk mencapai ke puskesmas Bandarharjo. Tidak ada angkutan umum untuk menjangkau ke puskesmas, sehingga masyarakat memanfaatkan becak sebagai alat transportasinya.

2. Akses biaya

Layanan kesehatan adalah bagian paling mahal dalam jaminan hak asasi manusia. Mahalnya biaya kesehatan mempersulit pencapaian target “hak untuk mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan”, terutama bagi masyarakat yang kurang mampu. Menurut data WHO ketidakmampuan masyarakat dalam membayar biaya kesehatan menghambat masyarakat untuk datang ke pusat layanan kesehatan walaupun mereka membutuhkannya. Pernyataan ini sesuai dengan penelitian falkingham yang menyatakan bahwa meningkatnya biaya kesehatan mempengaruhi akses menuju pelayanan kesehatan terutama bagi mereka yang hidup dibawah garis kemiskinan. Biaya kesehatan yang tinggi akan menghambat masyarakat untuk mencari bantuan medis.

Akses masyarakat terutama penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas terkendala oleh variabel geografis dan biaya. Saat ini jasa pelayanan kesehatan makin lama makin mahal. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh perseorangan, menyebabkan tidak semua anggota masyarakat mampu untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Selain itu, kemampuan pemerintah untuk mensubsidi pelayanan kesehatan sangat rendah. Tanpa sistem yang menjamin pembiayaan kesehatan, maka akan semakin banyak masyarakat yang tidak mampu yang tidak memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana yang mereka butuhkan. Dengan kecenderungan meningkatnya biaya hidup, termasuk biaya pemeliharaan kesehatan, diperkirakan beban masyarakat terutama penduduk berpenghasilan rendah akan bertambah berat. Biaya kesehatan yang meningkat akan menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, terutama bila pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*out of pocket*) dalam sistem *fee for services*.

Sebagaimana yang telah dicantumkan diatas, hambatan pasien menuju akses layanan kesehatan akibat tingginya biaya kesehatan masih menjadi masalah yang perlu diperhitungkan. Di Indonesia masih banyak masyarakat miskin yang tidak dapat menyentuh pelayanan kesehatan gratis dan bahkan mereka juga tidak mampu membayar biaya untuk berobat ke Puskesmas. Di kecamatan Semarang utara merupakan kecamatan yang paling banyak penduduk miskin di Kota Semarang yaitu sebesar 55.458 jiwa. Hanya 24.045 orang yang memiliki jamkesmas dan mendapatkan pelayanan gratis, dan selebihnya hanya menggunakan jaminan pelayanan kesehatan kota semarang (jamkesmaskot). Jaminan pelayanan kesehatan bersubsidi ini hanya menanggung pelayanan dasar dan obat generik selebihnya masyarakat harus membayar biaya lain yang tidak ditanggung oleh jaminan kesehatan bersubsidi ini sehingga membuat masyarakat khususnya masyarakat miskin dan kurang mampu di Kampung Tambak Mulyo Kecamatan Semarang Utara sulit untuk membiayai biaya berobat baik untuk berobat di puskesmas maupun Rumah Sakit pemberi layanan kesehatan jamkesmas atau jamkesmaskot di kota Semarang. Meskipun pelayanan kesehatan di puskesmas itu gratis yaitu dengan syarat membawa kartu jamkesmas/jamkesmaskot dan atau foto copy KTP/ KK tetapi masyarakat di Tambak Mulyo lebih banyak memilih berobat di pelayanan kesehatan terdekat yaitu Balai Pengobatan swasta A & A Rachmat. Hal ini dikarenakan faktor keterjangkauan fasilitas pelayanan puskesmas yang dirasa sangat jauh sehingga masyarakat harus mengeluarkan uang banyak hanya untuk transportasi.

3. Akses Informasi tentang Jamkesmas atau Jamkesmaskot

Informasi selalu berhubungan dengan keterbukaan, dan keterbukaan adalah modal utama dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang adil. Keterbukaan atau transparansi penyelenggaraan pelayanan publik merupakan pelaksanaan tugas dan kegiatan yang bersifat terbuka bagi masyarakat dari proses kebijakan, perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan / pengendalian-nya, serta mudah diakses oleh semua pihak yang membutuhkan informasi. Untuk mewujudkan pelayanan yang transparan, pemerintah seharusnya menyediakan berbagai informasi yang dibutuhkan bagi pasien penerima program pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin, mulai dari persyaratan, prosedur sampai waktu pelayanan. Pemberian Jamkesmas atau Jamkesmaskot bagi warga kampung Tambak Mulyo dilakukan dengan pengurusan oleh Ketua RT bagi warga yang membutuhkan. Hanya saja, pengurusan dari Jamkesmas atau jamkesmaskot tersebut terkendala oleh masalah administrasi. Belum lagi terkadang bagi warga yang telah mendapatkan Jamkesmas masih mengalami sedikit kesulitan dalam pengurusan ke rumah sakit.

Sosialisasi di Kampung Tambak Mulyo dirasa sangat kurang. Akibatnya mereka tidak bisa menggunakan fasilitas kesehatan gratis tersebut. Sebaiknya dari pihak RT memberikan sosialisasi menyeluruh terhadap warga kampung Tambak Mulyo, karena sebagian dari mereka membutuhkan pelayanan kesehatan gratis. Kondisi ekonomi mereka yang dinilai kurang dari mampu membuat hidup mereka serba pas-pasan. Cuaca panas serta lingkungan yang jauh dari layak bersih membuat mereka sering terkena penyakit. Untuk itu, pelayanan kesehatan yang dekat serta biaya yang gratis harus ada di lingkungan Tambak Mulyo karena akan sangat membantu masyarakat miskin tersebut untuk mengakses pelayanan kesehatan. Jika kesehatan mereka terjamin maka kegiatan perekonomian mereka akan berjalan dengan baik sehingga dapat meningkatkan taraf hidup mereka menjadi lebih baik lagi.

3. PENUTUP

Berdasarkan hasil analisis data yang di peroleh selama penelitian, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Program pemerintah Kota Semarang bidang kesehatan untuk masyarakat miskin sejauh ini cukup baik meskipun masih terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaannya. Masyarakat miskin di kota Semarang mendapatkan pelayanan kesehatan Jamkesmas dan Jamkesmaskot. Tujuan Jamkesmas dan Jamkesmaskot mampu menjawab kebutuhan masyarakat bidang pelayanan publik bidang kesehatan karena dengan program ini masyarakat miskin mendapatkan kemudahan akses pelayanan kesehatan. Namun, program ini mengalami beberapa kendala yaitu banyak masyarakat yang mengaku miskin, banyak masyarakat kabupaten lain yang pindah ke kota Semarang untuk bisa mendapatkan pelayanan ini, serta banyak calo yang menawarkan jasanya untuk mengurus persyaratan jamkesmas dan jamkesmaskot, padahal persyaratannya tidak ditanggung biaya. Peran pemerintah harus ditingkatkan agar dapat menimalisir beberapa kendala demi pencapaian pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
2. Minimnya informasi masyarakat miskin mengenai program pelayanan kesehatan Jamkesmas dan Jamkesmaskot. Hal ini dikarenakan sosialisasi yang diberikan oleh pemerintah Kota Semarang kurang. Sosialisasi hanya dilakukan oleh tim pengelola program, selain itu tim koordinasi dari setiap SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) melalui pertemuan Musrenbang (Musyawarah Perencanaan Pembangunan), Kadarkum (Keluarga Sadar Hukum) yang diadakan di Kelurahan maupun Kecamatan. Permasalahan dalam sosialisasi ini kurangnya keseriusan masing-masing aktor dalam memberikan informasi yang merata dan memadai bagi keseluruhan masyarakat miskin.
3. Aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan di kampung Tambak Mulyo belum sepenuhnya mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang baik. Hal ini dibuktikan dengan ketidakterjangkauan masyarakat di Tambak Mulyo dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas. Mereka harus menempuh jarak yang jauh serta mengeluarkan biaya untuk transportasi. Tetapi dengan adanya Balai Pengobatan Swasta di Tambak Mulyo sangat membantu masyarakat disana. Selain itu masyarakat masih kesulitan dalam mengakses biaya kesehatan. Bahwa masyarakat Tambak Mulyo secara ekonomi berada dalam garis ekonomi menengah kebawah. Penghasilan mereka masih mengandalkan hasil tangkapan laut karena sebagian masyarakat berprofesi sebagai nelayan. Akses informasi masyarakat di Tambak Mulyo mengenai program

Jamkesmas dan Jamkesmaskot sangat kurang. Sosialisasi hanya didapatkan melalui RT, RW dan Puskesmas. Hal ini dirasa kurang karena masyarakat Tambak Mulyo adalah warga miskin, dengan demikian mereka berhak untuk mengetahui dan mendapatkan pelayanan kesehatan gratis yang diberikan oleh pemerintah.

Berdasarkan beberapa kesimpulan diatas, terkait dengan aksesibilitas masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan (studi kasus di kawasan kampung nelayan Tambak Mulyo kelurahan Tanjung Mas Semarang), maka penulis memberikan beberapa rekomendasi pemecahan masalah tersebut, yaitu:

1. Pemerintah Kota Semarang harus melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program kesehatan untuk masyarakat miskin untuk mengetahui perkembangan program tersebut. Melalui evaluasi program ini diharapkan pemerintah mengetahui apa yang dirasakan dan diharapkan masyarakat mengenai program Jamkesmas dan Jamkesmaskot. Selain itu pemerintah harus mendata dan melakukan verifikasi secara langsung agar penerima program benar-benar warga miskin yang membutuhkan.
2. Perlu adanya revitalisasi agen sosialisasi program kepada masyarakat. Agar sumber informasi mengenai program dapat diterima oleh seluruh masyarakat miskin. Sosialisasi bisa juga dilakukan dengan memasang pengumuman mengenai kelengkapan administrasi di setiap puskesmas dan jajarannya (puskesmas pembantu, kantor kelurahan, posyandu). Selain itu dengan menjalin kerjasama dengan sektor kecamatan untuk melakukan sosialisasi kepada seluruh kepala kelurahan, PKK, tokoh masyarakat mengenai program Jamkesmas/Jamkesmaskot agar membantu mempercepat akses informasi kepada masyarakat miskin.
3. a. Pemerintah sebaiknya memperhatikan masyarakat pesisir pantai di Tambak Mulyo kelurahan Tanjung Mas Semarang Utara agar mendapatkan akses fasilitas pelayanan kesehatan yang baik dengan mendirikan semacam puskesmas pembantu di kampung Tambak Mulyo. Diharapkan pemberian fasilitas kesehatan puskesmas masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan secara gratis.
b. Pemerintah seharusnya memberikan kuota jamkesmas yang lebih khususnya kepada masyarakat miskin di Kampung Tambak Mulyo karena sebagian dari mereka adalah nelayan miskin yang sangat membutuhkan pelayanan kesehatan gratis supaya perekonomian mereka semakin membaik.
c. Sosialisasi terhadap program pemerintah bidang kesehatan di Kampung Tambak Mulyo harus dilakukan secara menyeluruh misalnya melalui arisan, perkumpulan RT/RW, PKK, Karang Taruna, majlis ta'lim dan berbagai kegiatan sosial kemasyarakatan lainnya untuk membantu masyarakat agar dapat mengakses layanan subsidi kesehatan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 1996 . *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : Binarupa Aksara
- Koentjoro, Tjahjono. 2007. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: ANDI
- Kurniawan, Agung. 2005. *Transformasi Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Pembaruan
- Moleong, Lexy J. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Mujiran, Paulus. 2004. *Republik Para Maling*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta

- Rasyid, Ryaas, 1998. *Desentralisasi Dalam Menunjang Pembangunan Daerah Dalam Pembangunan Administrasi di Indonesia*. PT. Pustaka LP3ES, Jakarta.
- Rienks, A.S dan Poerwanto, I. 1985. *Penyakit dan Pengobatan di Jateng: Persepsi Desa Kontra Persepsi Pemerintah*. Dalam: Michael R.Dove (Ed.) *Peranan Kebudayaan Indonesia dalam Modernisasi*. Jakarta: AAL dan Yayasan Obor Indonesia
- Sari W, I.2008. *Manajemen Pemasaran Usaha Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendekia Press
- Setiyono, Budi. 2004. *Birokrasi Dalam Perspektif Politik & Administrasi*, Semarang : Puskodak Undip.
- Sinambela, L.P. 2006. *Reformasi Pelayanan Publik, Teori, Kebijakan, dan Implementasi*. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Warella, Y. 1997. *Administrasi Negara dan Kualitas Pelayanan Publik. Pidato Pengukuhan Guru Besar Madya*. Universitas Diponegoro
- Widodo, Joko. 2001. *Good Governance Telaah dari Dimensi : Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi pada Era Desentralisasi dan Otonomi Daerah*:Surabaya: Insan Cendekia
- Yohandarwati dkk.2003. *Direktorat Kependudukan, Kesejahteraan Sosial, dan Pemberdayaan Perempuan, Sistem Perlindungan dan jaminan Sosial (Suatu Kajian Awal)*. Jakarta : Bappenas

Sumber dari Internet:

<http://www.dinkes.com>, diunduh pada 2 oktober 2011

http://www.ppjk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89, diunduh pada 12 Agustus 2012

<http://dpn-srmi.blogspot.com/2009/11/jaminan-akses-kesehatan-untuk-si-miskin.html>, diakses pada tanggal 16 Juni 2013 pukul 12.52 WIB