



UNIVERSITAS INDONESIA

**AKSESIBILITAS PENDUDUK MISKIN TERHADAP
PELAYANAN KESEHATAN DI KELURAHAN
PENJARINGAN, JAKARTA UTARA**

SKRIPSI

MUHAMMAD CHAIRUL FAHMI

0606071645

FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

DEPARTEMEN GEOGRAFI

DEPOK

DESEMBER 2010



UNIVERSITAS INDONESIA

**AKSESIBILITAS PENDUDUK MISKIN TERHADAP
PELAYANAN KESEHATAN DI KELURAHAN
PENJARINGAN, JAKARTA UTARA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana sains

MUHAMMAD CHAIRUL FAHMI

0606071645

FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

DEPARTEMEN GEOGRAFI

DEPOK

DESEMBER 2010

i

Universitas Indonesia

HALAMAN PERSEMBAHAN



HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Muhammad Chairul Fahmi

NPM : 0606071645

Tanda Tangan :

Tanggal : Desember 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Muhammad Chairul Fahmi
NPM : 0606071645
Departemen : Geografi
Judul Skripsi : Aksesibilitas Penduduk Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Sains pada Program Studi Geografi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Ketua sidang : Drs. Hari Kartono, M.S. (.....)

Pembimbing 1 : Dra. Widyawati, M.S.P. (.....)

Pembimbing 2 : Drs. Cholifah Bahaudin, M.A. (.....)

Penguji 1 : Hafid Setiadi, S.Si. M.T. (.....)

Penguji 2 : Dra. Tuti Handayani, M.S. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Desember 2010

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, atas berkah dan rahmat Allah SWT, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Aksesibilitas Penduduk Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara” ini yang merupakan bagian dari syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sains dari Departemen Geografi FMIPA UI. Penulis menyadari bahwa selesainya skripsi ini merupakan hal yang sulit tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini akan penulis manfaatkan untuk mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kedua orang tua penulis, Muhammad Syachrullah dan Siti Istichola, yang dengan ikhlas telah memberikan doa dan kasih sayang serta kebebasan dan kepercayaan kepada penulis untuk menjadi pribadi yang baik. Serta kepada kakak dan kakak ipar serta adik penulis, Muhammad Zainul Asyiqin dan Ni Luh Nanda Permanasari serta Ahmad Ilham Danial sebagai saudara yang menjadi sumber semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Dra Widyawati MSP selaku pembimbing 1 serta Drs Cholifah Bahaudin MA selaku pembimbing 2 yang dengan penuh semangat membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi.
3. Hafid Setiadi Ssi MT selaku penguji 1 serta Dra Tuti Handayani MS selaku penguji 2 yang telah memberikan banyak masukan dan saran selama penyelesaian skripsi ini.
4. Dr rer nat Eko Kusratmoko MS selaku ketua Departemen dan Dra MH Dewi Susilowati MS selaku sekretaris Departemen yang juga memberikan masukan dan saran terhadap skripsi ini. Serta Dr Djoko Harmantyo MS yang sempat menjadi Penguji 1 penulis, terima kasih atas masukan dan sarannya.
5. Seluruh staf dosen Departemen Geografi UI, terutama Dra Ratna Saraswati MS yang telah memberikan banyak ilmu kepada penulis serta segenap staf karyawan yang telah membantu penulis selama menimba ilmu di kampus.
6. Bapak Wondo dan Ibu Rokhmah serta jajaran staf di Kelurahan Penjaringan yang telah memberikan masukan dan data-data yang penulis butuhkan. Para Ketua RW dan RT yang diteliti di Kelurahan Penjaringan yang menjadi

- ujung tombak penulis dalam mendapatkan data yang konkret. Serta Ibu Rumah Tangga yang dengan senang hati mau diwawancara oleh penulis.
7. Sahabat Matahari Sakti, yang telah memberikan warna kehidupan kepada penulis selama kuliah. Alfaris, Anggi Kusumawardani, Gilang Ramadhan, Hendrik Tampubolon, Zulfikri Arzi, Himawan Ibadillah. Ayo kumpul lagi!
 8. Seluruh keluarga besar geografi angkatan 2006 yang disebut berdasarkan teman main, The Bego's, Noni and The Essential, The Gospel, Ria and Freinds, Anak Ex Asrama, Anak Mapala, Anak GMC, dan Anak Orang.
 9. Teman-teman satu bimbingan dan satu jurusan sebagai tempat berdiskusi, Anggi K, Gilang R, Dicky L, Elgodwistra K, Fian MS, Ambaryani, Abrar, Budi, Ida, Laila, Tipa, Hendris, Reagy Muzqufa, dan Yudo Asmoro.
 10. HMG 2008 Gilang, Anggi, Tya, Tipa, Noni, Ria, Wawan, dan teman-teman lain yang tidak bisa disebutkan satu per satu.
 11. Seluruh keluarga besar H Muhammad Noer dan H Musa yang tidak bisa disebutkan satu per satu. Serta Sitti Nurjannah AmF, yang selalu mencurahkan kasih sayangnya kepada penulis sejak SMP.
 12. Komunitas Sepeda Monas a.k.a Pittsclub (Pak Rusjaya, Pak Didih, Bang Lie Widjaja, Pak Malih, Pak Warih, dan Pak Jumadi), Go Funbike Murah!
 13. Teman-teman main penulis: Rangga ASP, Mugi Ayomi, Khairul Akmal, Hari Indarto, Anca, Gilang Merdeka, Mandala Aditya, Awi, Dina, Delis, Asri, Yogi, Stefani, Shely Selvianah, Gerad, Fandi, Akhyar, Tino, Zico, Aftaf, Hilman, Firman, Mukti, Rian, dan Jupri.
 14. Basis Provinsi DKI Jakarta atas beasiswa yang pernah diberikan.

Akhir kata, semoga semua pihak yang telah membantu penulis dibalas kebaikannya oleh Allah SWT. Mudah-mudahan skripsi ini bisa menjadi pelengkap dan membawa nilai manfaat bagi pengembangan bidang ilmu geografi walaupun penulis menyadari masih banyak yang kurang dalam skripsi ini.

Penulis

Desember, 2010

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhammad Chairul Fahmi
 NPM : 0606071645
 Program Studi :
 Departemen : Geografi
 Fakultas : Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
 Jenis karya : Skripsi
 demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Aksesibilitas Penduduk Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan
Di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
 Pada tanggal : Desember 2010

Yang menyatakan

(.....)

ABSTRAK

Nama : Muhammad Chairul Fahmi
Program Studi : Geografi
Judul : Aksesibilitas penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara.

Tulisan ini mendeskripsikan aksesibilitas penduduk miskin pada permukiman kumuh (*Slum Area*) dalam berobat ke pelayanan kesehatan berdasarkan indikator asal daerah, lama menetap, tingkat pendapatan, dan pendidikan dengan menggunakan pendekatan teori kemiskinan dan teori ruang sosial. Metode pengambilan sampel menggunakan metode *proportional purposive sampling* dan *snowballing* yang kemudian dianalisa dengan menggunakan analisa kecenderungan serta metode analisa deskriptif. Hasil dari penelitian ini menemukan bahwa kemiskinan merupakan hambatan bagi penduduk miskin di permukiman kumuh untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai. Ruang sosial yang mereka punya yang meliputi rasa memiliki (*sense of belonging*) yang tinggi atas wilayah kebutuhan pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor kunci yang memudahkan mereka dalam memvisualisasikan cara untuk mengakses pelayanan kesehatan ini disamping status penduduk asli, tingkat pendidikan dan ekonomi, serta lama menetap di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara.

Kata Kunci : aksesibilitas; kemiskinan; kesehatan; ruang sosial; visualisasi.

xiv+58 halaman; 34 gambar; 16 tabel; 5 lampiran

Daftar Pustaka : 35 (1975-2010)

ABSTRACT

Name : Muhammad Chairul Fahmi
Major : Geography
Title : Poor dwellers accessibility in obtaining health services in Sub District Penjaringan, Jakarta Utara

The aim of this paper is to describe the poor dwellers accessibility in slum areas to obtain health services based on the indicators of native people, length of stay, economic, and education using the theory of poverty and social space approach. This research used proportional purposive sampling and snowballing method to take the sample of population and using the trend analysis with spatial descriptive method. The finding of this research is that the poverty has been reducing them in slum areas to get accessibility to obtain suitable health services. They have social space which involve: highly sense of belonging in the area of health services need, has been becoming of one way of key factor that easier to them in the way to visually process their accessibility to health services besides the status of native people, education, economic, and their length of stay in Sub District Penjaringan, Jakarta Utara.

Key Words : accessibility; poverty; health; social space; visually.

xiv+58 pages; 34 pitcures; 16 tables; 5 appendixes.

Bibliography : 35 (1975-2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR DAN FOTO	xii
DAFTAR TABEL	xiii
LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Masalah dan Pertanyaan Penelitian.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Ruang Lingkup Penelitian	4
1.5. Batasan Penelitian dan Penggunaan Definisi	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Aksesibilitas di dalam cabang ilmu geografi	6
2.2.1. Pengertian Aksesibilitas.....	6
2.2.2. Aksesibilitas di dalam pelayanan kesehatan	7
2.2. Kemiskinan (Penduduk) di Perkotaan.....	8
2.2.1. Pengertian Kemiskinan dan Faktor Penyebabnya	8
2.2.2. Penduduk Miskin	9
2.2.3. Indikator/Tolok Ukur Kemiskinan	10
2.3. Permukiman Kumuh	11
2.3.1. Sejarah Permukiman Kumuh	11
2.3.2. Tipologi Permukiman Kumuh	12
2.4. Pelayanan Kesehatan Berbasis Komunitas	12
2.5. Konsep Ruang dalam Geografi	14
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	16
3.1. Kerangka Penelitian	16
3.2. Penentuan Sampel	16
3.3. Pengumpulan Data	17
3.4. Pengolahan Data	18
3.4.1. Pengolahan Data Primer.....	18
3.4.1.1. Hasil Kuesioner.....	18
3.4.1.2. Hasil Observasi Lapang	19

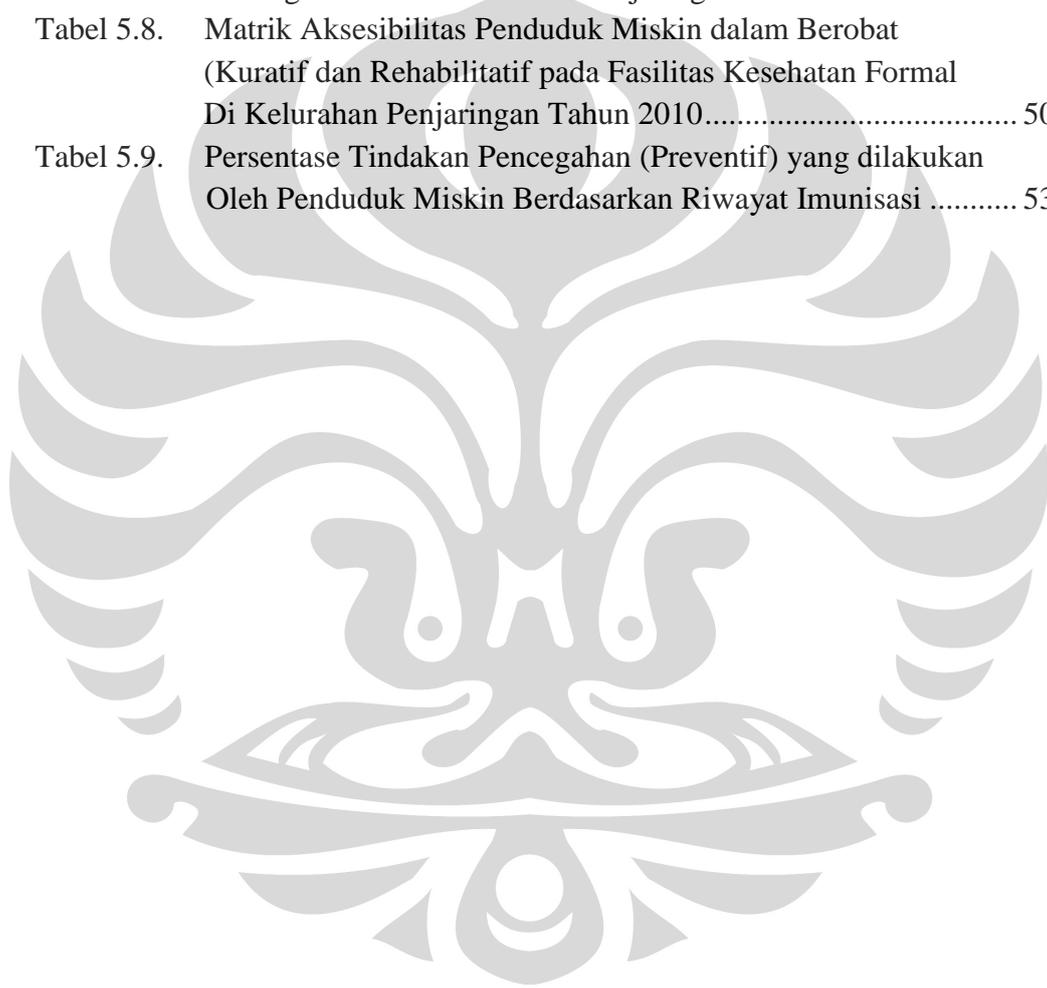
ke Puskesmas Kelurahan	50
5.4.2. Aksesibilitas Penduduk Miskin dalam Berobat ke Faskes Formal Swasta Murah	51
5.4.3. Aksesibilitas Penduduk Miskin dalam Berobat Faskes Formal Swasta Mahal	52
5.5. Tindakan Preventif	52
BAB 6 KESIMPULAN	54
DAFTAR PUSTAKA	55
DAFTAR GAMBAR DAN FOTO	
Gambar 2.1. Kerangka Pemikiran Untuk Studi Aksesibilitas Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	8
Gambar 3.1. Kerangka Penelitian	16
Gambar 4.1. Grafik Persentase Luas Status Tanah di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009	22
Gambar 4.2. Grafik Persentase Jenis Peruntukan Tanah di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009	23
Gambar 4.3. Peta Penggunaan Tanah Kelurahan Penjaringan.....	24
Gambar 4.4. Grafik Persentase Jumlah Penduduk Per RW di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009	25
Gambar 4.5. Fakta Wilayah RW Padat di Kelurahan Penjaringan	26
Gambar 4.6. Fakta Wilayah RW Tidak Padat di Kelurahan Penjaringan.....	26
Gambar 4.7. Grafik Persentase Status Pendidikan Penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009.....	28
Gambar 4.8. Grafik Persentase Mata Pencarian Penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009.....	29
Gambar 4.9. Grafik Persentase Penduduk Miskin Per RW di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009.....	30
Gambar 4.10.Kondisi Lingkungan di RW 017 Kelurahan Penjaringan	31
Gambar 4.11.Kondisi Lingkungan di RW 017 Kelurahan Penjaringan	31
Gambar 4.12.Kondisi Lingkungan di RW 004 Kelurahan Penjaringan	31
Gambar 4.13.Kondisi Lingkungan di RW 007 Kelurahan Penjaringan	31
Gambar 4.14.Kondisi Lingkungan di RW 011 Kelurahan Penjaringan	32
Gambar 4.15.Kondisi Lingkungan di RW 014 Kelurahan Penjaringan	32
Gambar 4.16.Peta Sebaran Fasilitas Kesehatan Formal di Kelurahan Penjaringan.....	33
Gambar 5.1. Peta Sebaran Penduduk Miskin di Kelurahan Penjaringan.....	35
Gambar 5.2. Grafik Persentase Status Sosial Penduduk Miskin.....	37
Gambar 5.3. Grafik Persentase Status Pendidikan Penduduk Miskin	39

Gambar 5.4.	Grafik Persentase Mata Pencaharian Penduduk Miskin	40
Gambar 5.5.	Grafik Persentase Pendapatan Keluarga Penduduk Miskin	41
Gambar 5.6.	Grafik Persentase Pengguna Air Konsumsi Penduduk Miskin	43
Gambar 5.7.	Penjual Galon Air Isi Ulang di RW Kumuh Berat Kelurahan Penjaringan	44
Gambar 5.8.	Hidran di RW Kumuh Berat Kelurahan Penjaringan	44
Gambar 5.9.	Grafik Persentase Fasilitas MCK Penduduk Miskin	45
Gambar 5.10.	Fasilitas MCK Pribadi di Kelurahan Penjaringan	45
Gambar 5.11.	Fasilitas MCK Umum di Kelurahan Penjaringan	45
Gambar 5.12.	Kualitas Tempat Tinggal dan Kondisi Lingkungan di RW Kumuh Sedang Kelurahan Penjaringan	46
Gambar 5.13.	Kualitas Tempat Tinggal dan Kondisi Lingkungan di RW Kumuh Berat Kelurahan Penjaringan	47
Gambar 5.14.	Salah Satu RW Tempat diadakannya Sarana Promosi Kesehatan di Kelurahan Penjaringan	48
Gambar 5.15.	Skema Aksesibilitas Penduduk Miskin dalam Berobat (Kuratif dan Rehabilitatif) Pada Fasilitas Kesehatan Formal Di Kelurahan Penjaringan 2010	49
Gambar 5.16.	Persentase Tindakan Pencegahan yang Dilakukan Penduduk Miskin Berdasarkan Riwayat Imunisasi	53

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Jumlah Sampel Berdasarkan KK Per RW	17
Tabel 4.1.	Status Tanah, Luasannya, dan Persentase Luasannya di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009	22
Tabel 4.2.	Jenis Peruntukan Tanah, Luasannya, dan Persentase Luasannya di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009	23
Tabel 4.4.	Status Pendidikan Penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009	27
Tabel 4.5.	Mata Pencaharian Penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009	28
Tabel 4.7.	Sarana dan Prasarana Kesehatan yang Terdapat Di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009	32
Tabel 4.9.	Profil Prasarana Kesehatan yang Terdapat Di Kelurahan Penjaringan Tahun 2010	34
Tabel 5.1.	Persentase Status Sosial Penduduk di RW Kumuh Sedang dan Berat Kelurahan Penjaringan	37
Tabel 5.2.	Lama Menetap Penduduk Miskin di RW Kumuh Sedang dan Berat Kelurahan Penjaringan	38

Tabel 5.3.	Persentase Status Pendidikan Penduduk Miskin di RW Kumuh Sedang dan Berat Kelurahan Penjaringan.....	39
Tabel 5.4.	Persentase Mata Pencaharian Penduduk Miskin di RW Kumuh Sedang dan Berat Kelurahan Penjaringan.....	40
Tabel 5.5.	Persentase Tingkat Pendapatan Keluarga Penduduk Miskin di RW Kumuh Sedang dan Berat Kelurahan Penjaringan.....	41
Tabel 5.6.	Persentase Sumber air minum Penduduk Miskin di RW Kumuh Sedang dan Berat Kelurahan Penjaringan	43
Tabel 5.7.	Persentase Fasilitas MCK Penduduk Miskin di RW Kumuh Sedang dan Berat Kelurahan Penjaringan	45
Tabel 5.8.	Matrik Aksesibilitas Penduduk Miskin dalam Berobat (Kuratif dan Rehabilitatif pada Fasilitas Kesehatan Formal Di Kelurahan Penjaringan Tahun 2010.....	50
Tabel 5.9.	Persentase Tindakan Pencegahan (Preventif) yang dilakukan Oleh Penduduk Miskin Berdasarkan Riwayat Imunisasi	53



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Tabel 4.3. Luas Wilayah, Jumlah dan Persentase Penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009.
- Lampiran 2. Tabel 4.5. Luas Wilayah, Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009.
- Lampiran 3. Tabel 4.8. Nama-nama Tempat Pelayanan Kesehatan yang terdapat di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009.
- Lampiran 4. Tabel 5.10. Karakteristik Responden Penduduk Miskin Pada Rukun Warga yang diteliti.
- Lampiran 5. Kuesioner



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kemiskinan (penduduk) merupakan masalah sosial yang tidak pernah habis dibahas dari generasi ke generasi. Krisis ekonomi yang melanda Indonesia, khususnya Kota Jakarta pada tahun 1998, secara tidak langsung mengakibatkan naiknya jumlah penduduk miskin akibat dari pemutusan hubungan kerja (PHK) secara besar-besaran yang dilakukan beberapa perusahaan yang diiringi pula dengan kenaikan harga dasar bahan pokok. Sudah banyak yang telah dilakukan oleh pemerintah, pemangku kepentingan (*stakeholders*), dan lembaga swadaya masyarakat (LSM/NGO) melalui program-programnya untuk membantu pengentasan kemiskinan, khususnya dalam pencapaian target pertama dari Millenium Development Goals (MDGs).

Di kota-kota besar Indonesia, khususnya Jakarta, kemiskinan secara tidak langsung disebabkan oleh faktor migrasi (Santoso, 2006; Adi, 2005; Koestoer, *et.al*, 2001; Conway, 1985; Dickenson, *et.al*, 1983). Faktor ini membentuk ketahanan hidup penduduk agar dapat bersaing di perkotaan guna bekerja sebagai buruh industri atau membuka lapangan pekerjaan baru khususnya dalam bidang industri kecil, manufaktur, dan pelayanan jasa (Levy, 1991; Conway, 1985; Dickenson, *et.al*, 1983). Tetapi, mayoritas penduduk yang pindah ini belum siap menghadapi situasi baru di tempat tujuannya. Mereka yang tidak dapat memasuki pasar kerja di Jakarta akhirnya menjadi satu kelompok masyarakat yang merupakan penduduk berpendapatan rendah yang cenderung mendiami hunian wilayah kumuh (*slum area*) padat dan miskin (Adi, 2005).

Keberadaan penduduk miskin di wilayah kumuh (*slum area*) padat dan miskin biasanya ditandai dengan tidak tersedianya pelayanan dasar yang mudah diakses. Karena pengetahuan mereka yang rendah, umumnya mereka mengabaikan kesehatan dan tidak mendapatkan imunisasi lengkap untuk anak-anak mereka (Rao, *et.al*. 2010). Maka, perlu diupayakan restrukturisasi melalui advokasi dan akomodasi pemerintah serta peran fasilitator kesehatan berbasis

komunitas agar kebutuhan dasar penduduk miskin ini terpenuhi (Sato, 2010; Alcock, *et.al.* 2009).

Herbert dan Thomas (1982) melalui teori *culture of poverty*-nya berasumsi bahwa kemiskinan adalah budaya miskin yang dilatarbelakangi ketidakmampuan individu yang diwarisi kemiskinan oleh keluarganya dalam bentuk kegagalan untuk mendapatkan pelayanan kesejahteraan. Kegagalan dalam pelayanan kesejahteraan diartikan sebagai kegagalan dalam pelayanan kesehatan. Kemudian, Dutton (*lihat Hartono, et.al.* 1999) ber teori bahwa faktor kurang tepatnya sistem pelayanan kesehatan merupakan penghalang dalam pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan. Jadi, dapat disintesis bahwa kemiskinan adalah adanya halangan pada aksesibilitas yang dimiliki penduduk miskin dalam melakukan tindakan medik (kuratif dan rehabilitatif) terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia di wilayahnya akibat kurang tepatnya sistem pelayanan kesehatan. Kurang tepatnya sistem pelayanan kesehatan dapat dilihat dari tingkat kepuasan konsumen/pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penelitian ini terfokus pada aksesibilitas penduduk miskin di permukiman kumuh (*slum area*) dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang tersedia. Kesehatan sangat penting didapatkan oleh penduduk baik miskin maupun kaya. Hal ini sesuai dengan Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 dan Undang-undang nomor 23 tentang kesehatan. Kesehatan juga merupakan investasi untuk mendukung kegiatan ekonomi dalam upaya mengentaskan kemiskinan, maka harus ada pola pikir dari paradigma sakit ke sehat. Hal ini sejalan dengan visi Indonesia sehat 2010 yang dicanangkan oleh Departemen Kesehatan.

Pemilihan daerah penelitian di Kota Jakarta Utara, khususnya di Kelurahan Penjaringan didasarkan atas beberapa fakta : (1). Van der Burg (*dalam Nas dan Grinjs, 2007*) menuliskan bahwa ditempat yang sekarang menjadi Muara Baru, Kampung Luar Batang dan Pasar Ikan dari abad ke-18 merupakan daerah endapan yang kumuh dimana banyak penduduk meninggal akibat penyakit malaria, konon inilah salah satu faktor yang mengakibatkan runtuhnya VOC; (2). Data jumlah penduduk miskin yang dikeluarkan oleh BPS pada tahun 2008 menunjukkan bahwa dari 324.500 jiwa penduduk miskin di DKI Jakarta, 26% (terbesar) tinggal di Kota Jakarta Utara; (3). Berdasarkan laporan tahunan

Kelurahan Penjaringan Tahun 2009, jumlah penduduk di Kelurahan Penjaringan sebesar 79.442 jiwa, dimana 27.804 jiwa atau 35% merupakan penduduk miskin yang mendiami luas wilayah 395.43 ha dengan 17 Rukun Warga (RW) dan 240 Rukun Tangga (RT). (4). Kelurahan Penjaringan memiliki sarana kesehatan formal sebanyak 49 buah, tetapi keberadaannya belum maksimal dalam menjangkau keberadaan penduduk miskin.

Berdasarkan fakta di atas, penulis tertarik untuk mengidentifikasi cara penduduk miskin di permukiman kumuh (*slum area*) dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang tersedia berdasarkan aksesibilitas yang mereka miliki.

1.2. Masalah dan Pertanyaan Penelitian

Kampung Luar Batang beserta Pasar Ikan, dan Muara Baru yang sekarang masuk ke dalam wilayah administratif Kelurahan Penjaringan, sejak abad ke-18 sudah akrab sebagai wilayah dataran endapan yang kumuh. Berbicara wilayah kumuh (*slum area*), mudahnya dapat diidentikan dengan penduduk yang padat dan kemiskinan serta kurang tersedianya pelayanan dan tenaga kesehatan. Jumlah penduduk di Kelurahan Penjaringan sebesar 79.442 jiwa dimana 27.804 jiwa atau 35% merupakan penduduk miskin, dengan kepadatan penduduk sebesar 200 jiwa per hektare (jiwa/ha) yang mendiami luas wilayah 395.43 ha dengan 17 Rukun Warga (RW) dan 240 Rukun Tangga (RT) yang terdiri dari 19.037 Kepala Keluarga (KK). Angka-angka penduduk yang besar ini diimbangi dengan jumlah penduduk yang tidak sehat dan angka kematian bayi yang tinggi, meskipun memiliki jumlah tempat pelayanan kesehatan yang tinggi. Hal ini hanya memberikan sedikit gambaran bagaimana mereka tinggal dan berinteraksi guna mendapatkan pelayanan kesehatan yang mudah yang mereka butuhkan.

Maka pertanyaan yang relevan diajukan di dalam penelitian ini ialah; **Bagaimana aksesibilitas penduduk miskin pada permukiman kumuh (*slum area*) di Kelurahan Penjaringan terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia?**

1.3. Tujuan Penelitian

Adapun Tujuan penelitian ini ialah:

1. Untuk mengetahui cara penduduk miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang tersedia di Kelurahan Penjaringan berdasarkan indikator status sosial, lama menetap, tingkat pendapatan, dan tingkat pendidikan.
2. Untuk mengetahui jenis rujukan pelayanan kesehatan yang didapat oleh penduduk miskin.

1.4. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ialah penduduk yang tinggal di wilayah kumuh padat dan miskin yang berada di Kelurahan Penjaringan, Kecamatan Penjaringan, Kotamadya Jakarta Utara, khususnya yang berada di Rukun Warga (RW) kumuh sedang dan kumuh berat.

1.5. Batasan Penelitian dan Penggunaan Definisi

1. Kemiskinan pada penelitian ini adalah adanya halangan pada aksesibilitas yang dimiliki penduduk miskin dalam melakukan tindakan medik (kuratif dan rehabilitatif) terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia di wilayahnya akibat kurang tepatnya sistem pelayanan kesehatan.
2. Penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki pendapatan rendah dan tiadanya barang milik, akibat dari kurangnya sumber daya material (Jellinek, 1995).
3. Permukiman kumuh yang digunakan pada penelitian ini adalah tipologi *slum*. *Slum* yang dimaksud ialah apabila dilihat dari kondisi lingkungan tidak memadai, sedangkan dari kondisi geografisnya layak untuk dihuni (Purwadhi, 2004). Secara spasial, *slum* ini dekat dengan pusat usaha dan prasarana transportasi.
4. Permukiman kumuh tipologi *slum* adalah sekumpulan rumah yang tidak memiliki fasilitas dasar dan umumnya terdiri atas 3 sampai 4 orang per ruang (UN-habitat dalam Rao *et.al.* 2010). Pada penelitian ini, permukiman kumuh adalah tempat tinggal penduduk miskin yang masuk ke dalam wilayah RW kumuh sedang dan kumuh berat yang terdapat di Kelurahan Penjaringan.

5. Kualitas tempat tinggal pada penelitian ini adalah kondisi rumah yang ditempati oleh penduduk miskin dilihat dari kondisi lingkungannya.
6. Tingkat pendidikan pada penelitian ini adalah riwayat pendidikan yang telah selesai dijalani oleh penduduk miskin.
7. Mata pencaharian pada penelitian ini adalah pekerjaan yang dilakukan oleh kepala keluarga penduduk miskin sehari-hari.
8. Tingkat pendapatan pada penelitian ini adalah pendapatan keluarga penduduk miskin dalam satuan rupiah.
9. Pelayanan kesehatan formal pada penelitian ini meliputi Rumah Sakit, Puskesmas, poliklinik, klinik, balai pengobatan umum, dan dokter.
10. Fasilitas pada penelitian ini meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, MCK, dan air bersih untuk konsumsi.
11. Aksesibilitas pada suatu wilayah tidak hanya diukur dari jarak dan waktu yang ditempuh, tetapi juga dapat diukur dari biaya dan energi (kemampuan) yang dikeluarkan (Rodrigue, *et.al* 2006). Pada penelitian ini, aksesibilitas yang dimaksud ialah kemampuan penduduk miskin melalui cara pandangnya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang tersedia di Kelurahan Penjaringan, dalam bentuk rujukan medik (kuratif dan rehabilitatif) berdasarkan tingkat pendidikan, lama tinggal, status sosial, dan tingkat pendapatan.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Aksesibilitas di dalam cabang Ilmu Geografi

2.1.1. Pengertian Aksesibilitas

Aksesibilitas merupakan kunci utama dari Geografi Transportasi, dan juga kunci dari cabang ilmu geografi lainnya, sejak aksesibilitas digunakan untuk menjelaskan mobilitas (perpindahan) manusia, barang, dan informasi. Mobilitas yang berjalan dengan baik dan efisien, dipengaruhi oleh kondisi aksesibilitas yang tinggi, dan tidak terpengaruh oleh jarak dan waktu (Rodrigue, *et.al.* 2006).

Aksesibilitas dapat didefinisikan sebagai ukuran mengenai kapasitas lokasi yang dapat dijangkau pada beberapa lokasi yang berbeda (Rodrigue, *et.al.* 2006). Kapasitas lokasi ini memiliki kaitan pada struktur dan infrastruktur transportasi yang merupakan elemen kunci dalam mempengaruhi aksesibilitas pada suatu wilayah. Semua tempat di berbagai wilayah memiliki aksesibilitas yang berbeda yang menunjukkan ketidaksetaraan kebutuhan akan perpindahan yang terjadi. Oleh karena itu, gagasan aksesibilitas tergantung pada dua konsep utama (Rodrigue, *et.al.* 2006):

1. Aksesibilitas bergantung pada keberadaan infrastruktur transportasi yang mendukung gerakan perpindahan (mobilitas).
2. Aksesibilitas baru berjalan jika ada konektivitas yang menghubungkan dua lokasi dengan menggunakan media transportasi.

Jarak tidak hanya diukur dalam satuan kilometer atau dalam satuan waktu tempuh. Faktor biaya dan energi (kemampuan) yang digunakan juga berlaku untuk melakukan kegiatan aksesibilitas. Ada dua kategori keruangan yang berlaku di dalam aksesibilitas, yang saling bergantung (Rodrigue, *et.al.* 2006):

1. Kategori pertama dikenal dengan tipologi aksesibilitas dan berhubungan dengan mengukur aksesibilitas dalam sistem *node* dan *path* (jaringan transportasi). Diasumsikan aksesibilitas merupakan atribut terukur yang hanya digunakan untuk sistem transportasi.
2. Kategori kedua dikenal sebagai aksesibilitas yang terukur dan melibatkan pengukuran aksesibilitas di atas permukaan. Dalam kondisi ini, aksesibilitas

merupakan atribut yang diukur disetiap lokasi, yang sebagian ruangnya dianggap berdekatan.

Pada akhirnya, aksesibilitas merupakan indikator yang baik dari suatu tata ruang yang mendasarinya karena mempertimbangkan lokasi serta kepuasan yang diperoleh melalui jarak dalam bentuk biaya dalam ruang yang berbeda.

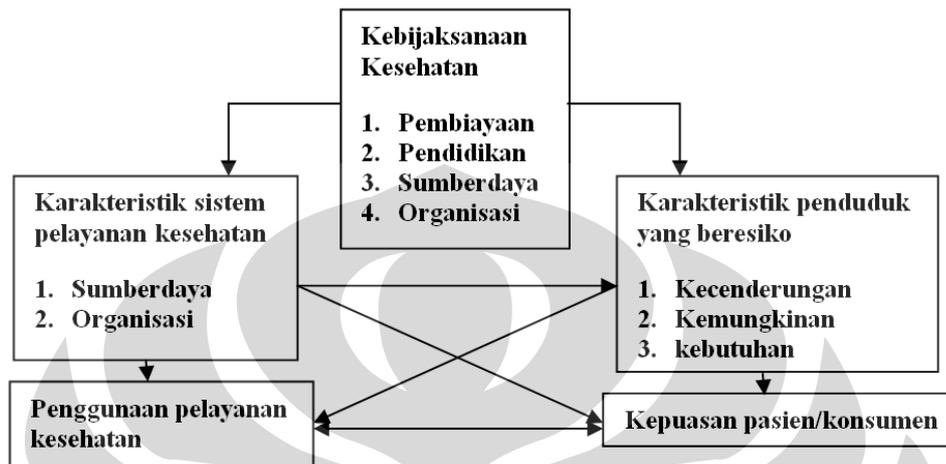
2.1.2. Aksesibilitas di dalam pelayanan kesehatan

Dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, Dutton (*dalam Hartono et.al, 2001*) telah mengidentifikasi tiga mekanisme utama yang menjelaskan rendahnya tingkat (ketidakmudahan) aksesibilitas pemanfaatan pelayanan kesehatan di kalangan masyarakat miskin:

1. Penjelasan yang berkaitan dengan pembiayaan.
Teori ini berasumsi bahwa rendahnya tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan disebabkan ketidakmampuan masyarakat untuk menanggung biaya sehubungan dengan pemanfaatan sarana tersebut. Dengan demikian, faktor biaya merupakan penghalang dalam pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan.
2. Penjelasan yang berkaitan dengan budaya masyarakat.
Teori ini bersasumsi bahwa rendahnya tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan disebabkan oleh sikap dan keinginan atau preferensi dari pihak pengguna. Bila faktor ini ternyata yang melandasi rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan maka upaya untuk menurunkan biaya semata tidak cukup untuk mengatasi permasalahan. Upaya tersebut perlu didukung dengan upaya penyuluhan kesehatan.
3. Penjelasan yang berkaitan dengan sistem pelayanan kesehatan.
Pada dasarnya, kurang tepatnya sistem pelayanan kesehatan yang melandasi rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan. Bila ternyata faktor ini yang menjadi penyebab rendahnya pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan maka perlu dilakukan upaya untuk merestrukturisasi sistem pelayanan kesehatan guna meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Aday dan Andersen (1975), merumuskan tiga faktor utama yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu *immediate*,

intermediate, dan latar belakang keluarga/karakteristik penduduk yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Ketiga faktor ini meliputi kebijaksanaan kesehatan, karakteristik sistem pelayanan kesehatan dan karakteristik kepuasan pasien/konsumen. Hal tersebut dapat dilihat pada skema di bawah ini.



Gambar 2.1. Kerangka pemikiran untuk studi akses terhadap pelayanan kesehatan

[Sumber: Aday and Andersen (1975)]

Kerangka pemikiran yang dikembangkan oleh Aday dan Andersen ini mempertimbangkan faktor-faktor sosial ekonomi dan budaya masyarakat terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, kemudahan seorang penduduk miskin terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ditentukan oleh biaya yang mereka punya dan tingkat kepuasan yang mereka dapat setelah menggunakan sarana pelayanan kesehatan.

2.2. Kemiskinan (penduduk) di Perkotaan

2.2.1. Pengertian Kemiskinan dan Faktor Penyebabnya

Kemiskinan tampak pada penduduk perkotaan yang tidak berdaya untuk mengubah nasibnya dan tidak mampu memperbaiki hidupnya (Soeroso, 2007). Herbert dan Thomas (1982) melalui teori *culture of poverty*-nya mendefinisikan kemiskinan adalah budaya miskin yang dilatarbelakangi ketidakmampuan individu yang diwarisi kemiskinan oleh keluarganya dalam bentuk kegagalan untuk mendapatkan pelayanan kesejahteraan. Kegagalan dalam pelayanan kesejahteraan diartikan sebagai kegagalan dalam pelayanan kesehatan. Dalam

kaitannya dengan pelayanan kesehatan, Dutton (*lihat Hartono, et.al, 1999*) berasumsi bahwa faktor budaya/kebiasaan merupakan faktor penghalang dalam pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan.

Migrasi (Santoso, 2006; Adi, 2005; Koestoer, *et.al, 2001*; Conway, 1985; Dickenson, *et.al, 1983*) merupakan penyebab terjadinya kemiskinan di perkotaan disamping kemalasan sekelompok orang dalam mencari sumber-sumber pendapatan, terutama sekelompok orang yang termasuk ke dalam golongan penduduk muda (Sandy, 1996). Arus migrasi timbul sebagai akibat dari dikonversikannya lahan pertanian di desa untuk dijadikan kawasan industri. Hal ini mengakibatkan tekanan penduduk atas tanah dan menurunnya kesempatan kerja di daerah pedesaan, memaksa para petani pindah ke kota, khususnya kota-kota besar seperti Jakarta.

Kota Jakarta masih menjadi daya tarik kuat bagi pindahnya penduduk dari desa ke kota. Pindah dan bertambahnya penduduk kota ini menumbuhkan keragaman etnis penduduk Jakarta sekaligus memperluas penggunaan tanah komersil kota seperti kantor, bank, dan sebagainya. Hal ini kemudian menciptakan berbagai jenis pekerjaan-pekerjaan jasa dan perburuhan bagi penduduk yang miskin (Jellinek, 1995).

2.2.2. Penduduk Miskin

Penduduk miskin adalah penduduk yang pendapatannya (didekati pengeluaran) lebih kecil dari pendapatan yang dibutuhkan untuk hidup secara layak di wilayah tempat tinggalnya (BPS, 2007). Kebutuhan untuk hidup layak ini diterjemahkan sebagai suatu jumlah rupiah yang dapat memenuhi kebutuhan konsumsi setara 2100 kilo kalori sehari, permukiman, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi, dan lain-lain. Jumlah rupiah ini kemudian disebut sebagai garis kemiskinan.

Garis kemiskinan di Indonesia yang dikeluarkan oleh BPS bersifat dinamis, disesuaikan dengan perubahan/pergeseran pola konsumsi penduduk agar realistis. Saat ini, BPS mengeluarkan standar untuk ambang batas standar kemiskinan ialah sebesar USD 1 per orang/hari. Hal ini berbeda dengan ambang batas standar kemiskinan yang dikeluarkan oleh Bank Dunia, yaitu sebesar USD 2

per orang/hari. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa masyarakat di Indonesia sebagian besar masih hidup di bawah garis kemiskinan.

Jellinek (1995) mendefinisikan penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki pendapatan rendah dan tiadanya barang milik, akibat dari kurangnya sumber daya material. Sesungguhnya, batasan mengenai penduduk miskin sangatlah abstrak. Bahkan golongan penduduk miskin yang paling miskin sekalipun masih mampu untuk memenuhi kebutuhan dirinya, seperti makan dan pakaian. Dalam keadaan normal, golongan penduduk miskin ini tidak berada dalam kebutuhan yang mendesak.

Hal ini dikarenakan pada kenyataannya mereka adalah kaum minoritas di perkotaan dimana akses untuk memanfaatkan fasilitas sosial dan ekonomi sangat dibatasi oleh kemampuan dan keahlian yang mereka miliki. Seperti yang ditekankan oleh Knox (1987) bahwa minoritas –penduduk miskin- telah mengalami ketidakberuntungan atas dirinya di dalam sektor publik disebabkan oleh tiga faktor, yaitu: (1) Mereka mengalami kesulitan yang sangat besar untuk memperoleh rumah yang layak; (2) Mereka selalu merasa miskin sepanjang tahun; dan (3) Mereka berada pada wilayah yang lebih jauh dari pusat kota.

2.2.3. Indikator/Tolok Ukur Kemiskinan

Indikator kemiskinan yang digunakan BPS (*lihat Depsos RI, 2006*) berdasarkan program bantuan langsung tunai (BLT), yaitu antara lain:

1. Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8 meter persegi per orang.
2. Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan.
3. Jenis dinding tempat tinggal dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester.
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain.
5. Sumber penerangan rumah tidak menggunakan listrik.
6. Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/air hujan/sungai.
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah.

8. Hanya mengonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu.
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
10. Hanya sanggup makan satu/dua kali dalam sehari.
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di poliklinik/puskesmas.
12. Pendidikan tertinggi kepala keluarga: tidak sekolah/tidak tamat SD/hanya tamat SD.
13. Sumber pendapatan kepala keluarga adalah petani dengan luas lahan 500 meter persegi. Buruh, nelayan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000 per bulan.
14. Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai Rp. 500.000, seperti: sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

2.3. Permukiman Kumuh

2.3.1. Sejarah Permukiman Kumuh

Dalam rintisan sejarah, permukiman kumuh telah ada di Jakarta sejak abad ke-16 dimana kebutuhan akan tenaga kerja yang dibutuhkan Belanda -untuk membantu keamanan benteng kota- meningkat, sehingga mereka diberikan petak-petak lahan sebagai tempat tinggal (Nas dan Grijns, 2007).

Neimeijer (2007) berpendapat bahwa permukiman kumuh di Jakarta telah ada akibat dari segregasi penduduk yang dilakukan oleh Belanda. Dimana penduduk Eropa dan Cina tinggal di dalam tembok kota. Sedangkan penduduk Pribumi (Bumiputera) dan budak merdeka (*Mardijkers*) hidup di luar tembok kota dengan mendirikan rumah pada petak-petak lahan yang tersedia dan berkumpul (terakumulasi) menurut asal daerahnya, dengan kondisi pada umumnya tidak memiliki fasilitas dan utilitas kota yang memadai dan layak sebagai daerah permukiman (Sandy, 1978). Selain itu, mereka juga memberikan nama pada tempat yang mereka tempati berdasarkan asal daerah dan kondisi wilayah yang ditempatinya seperti kampung melayu, kampung bali, penjaringan, pejalalan, dan sebagainya (Grinjs, 2007).

2.3.2. Tipologi Permukiman Kumuh

Berdasarkan tipologinya, permukiman kumuh dibagi dua tipe, yaitu *slum area* dan *squatter area*. Perbedaan kedua tipe ini berdasarkan pada kondisi fisik geografis yang tidak baik dan status kepemilikan tanah yang tidak jelas (Purwadhi, 2004).

1. *Slum area*, UN-habitat (*lihat Rao, et.al. 2010*) mendefinisikan bahwa permukiman kumuh adalah sekumpulan rumah yang tidak memiliki fasilitas dasar dan umumnya terdiri atas 3 sampai 4 orang per ruang. Permukiman kumuh pada umumnya dijumpai dibagian belakang permukiman kelas menengah atas yang sejajar dengan jalan ke luar kota (Sobirin, 2001). Karakteristik permukiman kumuh yang paling menonjol terlihat dari kualitas bangunan rumah yang tidak permanen, kerapatan bangunan tinggi, kepadatan penduduk tinggi, drainase sempit dan dangkal, tata letak bangunan tidak teratur, jalan sempit, sanitasi rumah buruk, dan kadangkala mengalami banjir (Pudjiastuti, 2002; Sobirin, 2001; Adiseno, 1986). *Slum area* bersifat legal atau secara hukum diakui kepemilikannya.
2. *Squatter area*, Permukiman liar diidentikan dengan kumpulan keadaan kekurangan sarana saniter, permukiman yang hanya "secuil", dan dibangun oleh migran yang datang belakangan yang menghasilkan lingkungan pedesaan di kota (Dickenson, *et.al*, 1983). Herbert dan Thomas (1982) mendefinisikan permukiman liar adalah penghunian umum secara ilegal terhadap ruang kota, dengan masa kedudukan secara tetap dan lama, serta telah mencapai kelegalan secara *de facto*. Dari kondisi geografisnya, *squatter area* berlokasi di kawasan bantaran sungai atau area selebar 15 meter di kiri dan kanan sungai, di pinggir rel kereta api, di bawah listrik tegangan tinggi, di daerah jalur hijau, di tempat fasilitas umum.

2.4. Pelayanan Kesehatan berbasis komunitas

Salah satu layanan yang menjadi bagian dari hak dasar penduduk di Indonesia (baik penduduk miskin maupun kaya) ialah hak dasar untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini termaktub di dalam Undang-undang

Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1, Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan dan Undang undang No.17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025 yang kemudian dinyatakan untuk mewujudkan bangsa yang berdaya saing. Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peranan penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Pemerintah, melalui Departemen Kesehatan mencanangkan visi gerakan Indonesia Sehat 2010. Dalam hal ini, yang perlu ditekankan ialah pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui cara pandang dari paradigma sakit ke sehat (Depkes, 1992). Selain itu, dibutuhkan juga peran aktif pemangku kepentingan (*stakeholders*) serta LSM/NGO sebagai fasilitator kesehatan komunitas dalam memberikan advokasi, akomodasi, dan pengetahuan kepada masyarakat dalam pelayanan kesehatan guna tercapainya pembangunan kesehatan khususnya yang berbasis rehabilitatif, promotif, preventif, dan kuratif (Depkes, 2010; Sato, 2010; Alcock, *et.al*, 2009; Muninjaya, 2004).

Pelayanan kesehatan dengan berbasis tersebut diperlukan guna membantu membentuk prilaku masyarakat, khususnya masyarakat miskin agar sadar akan pentingnya kesehatan serta mau dan mampu untuk hidup sehat. Sehingga derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Terwujudnya masyarakat yang sehat ini dapat menjadi pijakan bagi percepatan pencapaian MDGs pada tahun 2014 (Depkes, 2010).

Langkah awal pelayanan kesehatan dengan basis rehabilitatif, promotif, preventif, dan kuratif ini dimulai dari program-program seperti program promosi dan pencegahan penyakit tidak menular (PTM), program cuci tangan bersih dengan sabun, dan program-program pelayanan kesehatan lainnya. Selain itu, dibutuhkan juga sistem rujukan bagi masyarakat miskin yang sakit, yang terdiri dari 4 sistem rujukan (Info Seputar Kesehatan, 2009):

1. **Rujukan Internal** adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk.
2. **Rujukan Eksternal** adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan

ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).

3. **Rujukan Medik** adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah.
4. **Rujukan Kesehatan** adalah rujukan pelayanan yang umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*). Contohnya, merujuk pasien dengan masalah gizi ke klinik konsultasi gizi (pojok gizi puskesmas), atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (pos Unit Kesehatan Kerja).

2.6. Konsep Ruang Dalam Geografi

Sampai saat ini, belum ada definisi tunggal mengenai ruang yang dapat diterima secara umum. Perdebatan mengenai definisi ruang senantiasa bergerak diantara dua titik ekstrem yang berseberangan, yaitu ruang ideal (*ideal space*) dan ruang yang dirasakan (*perceived space*) (Setiadi, 2007). Tokoh yang memperkenalkan ruang ideal ini ialah Euclid, yang mana merupakan seorang matematikawan Yunani. Euclid memahami ruang sebagai sesuatu yang dapat diukur. Sehingga, ruang ideal Euclid ini disebut sebagai ruang geometris atau *Euclidian Space*.

Kelompok aliran yang memahami ruang secara geometris ini berupaya untuk menyajikan ruang secara sistematis sebagai wujud yang tetap, objektif, dan netral (Setiadi, 2007). Sedangkan, kelompok aliran yang memahami ruang secara sosial lebih menyajikan ruang sebagai tempat yang menampung segala macam tindakan manusia.

Salah satu tokoh yang *concern* terhadap pemahaman ruang secara sosial ialah Yi-Fu Tuan (1977), yang mengemukakan bahwa ruang adalah kebebasan: tergantung bagaimana kita melihatnya (memvisualisasikannya) berdasarkan cara pandang (persepsi) yang kita miliki. Ruang menurut Yi-Fu Tuan ini dapat dikatakan sebagai ruang yang dirasakan (*perceived space*) atau ruang yang bersifat abstrak. Seorang teolog Jerman, Paul Tillich (*dalam* Yi-Fu Tuan, 1977)

mengatakan bahwa ruang adalah pengalaman dari *sense* yang dimiliki oleh manusia. Ruang yang dibuat berdasarkan pengalaman dipengaruhi oleh faktor rasa (*sense*), persepsi (cara pandang), dan konsep yang digunakan.

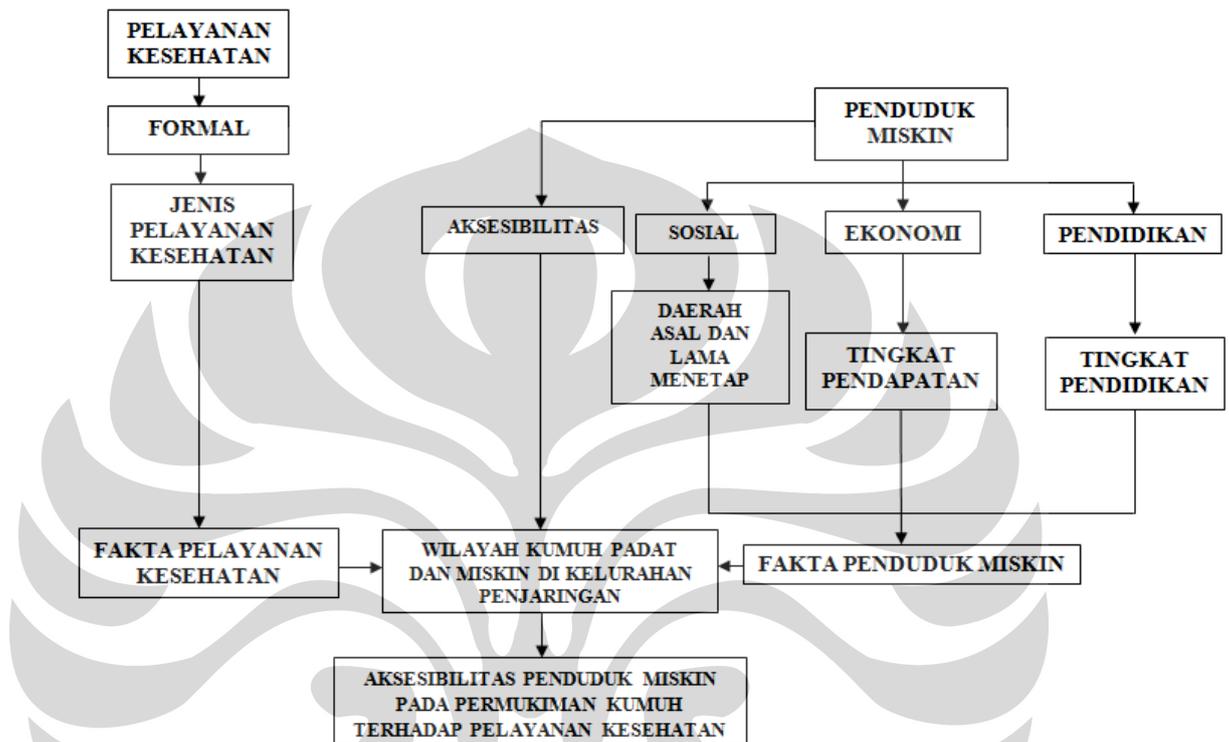
Untuk mempelajari pengalaman ini, diperlukan aksi atau tindakan.

Pengalaman tidak berdiri sendiri, melainkan dibangun oleh rasa dan cara pandang yang dibuat. Sehingga, dapat dikatakan bahwa ruang adalah sesuatu yang bersifat abstrak. Lantas, bagaimana menggunakan ruang yang abstrak ini? jawabannya ialah bergerak, lihat, dan sentuh (Yi-Fu Tuan, 1977). Sebagai contoh sederhana, ruang abstrak ini dapat dirasakan melalui cara pandang manusia dalam bergerak dari satu tempat ke tempat lainnya untuk melakukan sesuatu.

Dalam catatan Yi-Fu Tuan lainnya, Jarak sosial merupakan kebalikan dari jarak geografi. Ruang dapat dilihat dari jarak sosial yang dirasakan oleh manusia. Jarak sosial yang dirasakan manusia divisualisasikan dalam bentuk “kedekatan” atau keintiman yang diperoleh melalui pengalaman terhadap segala bentuk ruang yang dipandangnya. Jadi, dapat diindikasikan bahwa jarak sosial merupakan hubungan interpersonal antara *human sense of competence and freedom* terhadap keyakinan keruangan dari eksistensi manusia melalui cara pandangnya sendiri.

BAB 3 METODOLOGI

3.1. Kerangka Penelitian



Gambar 3.1. Kerangka penelitian

3.2. Penentuan Sampel

Sampel di ambil berdasarkan unit analisis Wilayah Rukun Warga (RW) yang berada di dalam lingkungan kumuh sedang dan kumuh berat di Kelurahan Penjarangan. Sampel diambil dengan menggunakan metode *proporsional purposive sampling* dan metode *snowballing* berdasarkan rujukan pemuka setempat, seperti petugas Kelurahan, Ketua Rukun Warga, dan Ketua Rukun Tangga.

Ada pun rumus dari metode *proporsional purposive sampling* adalah:

$$F_i = \frac{N_i \times k}{n} \quad (\text{Natsir, 1988})$$

dimana: F_i = Jumlah sampel di wilayah terpilih.
 N_i = Jumlah populasi KK.

- n = Banyaknya KK pada setiap populasi.
k = Jumlah sampel terpilih.

Penduduk miskin yang menjadi sampel merupakan ibu rumah tangga. Melalui perhitungan dengan menggunakan metode tersebut, didapatkan sampel sebanyak 63 penduduk miskin ibu rumah tangga yang tersebar di 5 RW yang masuk kriteria penelitian. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat melalui tabel dibawah ini:

Tabel 3.1. Jumlah sampel berdasarkan KK per RW

No.	Rukun Warga	Jumlah KK	Jumlah Sampel	Keterangan
1	004	381	5	Kumuh Sedang
2	007	427	6	Kumuh Sedang
3	011	462	7	Kumuh Sedang
4	014	237	4	Kumuh Sedang
5	017	3264	41	Kumuh Berat

[Sumber: Pengolahan data 2010]

dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa jumlah sampel terbanyak berada di RW 017 yang merupakan RW kumuh berat.

Pada peta 2, dapat diceritakan bahwa pengambilan sampel di wilayah penelitian didasarkan juga atas keberadaan wilayah kumuh padat dan miskin ini yang berada di sepanjang sempadan Kali Opak dan Waduk Pluit (RW 017), wilayah kumuh padat dan miskin yang berada dekat CBD Pluit (RW 007) dan pariwisata bahari dan perdagangan ikan di Jalan Pasar Ikan (RW 004), dan wilayah kumuh padat dan miskin yang berada di dekat Jalan Tol Bandara (RW 011) dan pusat perniagaan pasar pagi dan bandengan (RW 014).

3.3. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, variabel yang digunakan ialah penduduk miskin, sosial, pendidikan, dan ekonomi dengan indikator asal daerah, lama menetap, tingkat pendidikan, dan tingkat pendapatan. Selain itu, pada penelitian ini diperlukan juga data primer dan data sekunder. Data primer yang diperlukan, antara lain:

1. Data asal daerah penduduk miskin.
2. Data lama menetap penduduk miskin.

3. Data tingkat pendidikan penduduk miskin.
4. Data mata pencaharian kepala keluarga penduduk miskin.
5. Data pendapatan seluruh keluarga penduduk miskin.
6. Data Kualitas tempat tinggal dan keadaan lingkungan penduduk miskin penduduk miskin.
7. Data penduduk miskin pengguna air bersih.
8. Data aksesibilitas pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diperoleh penduduk miskin.

Data-data primer di atas dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan observasi langsung dengan menggunakan bantuan kamera. Sedangkan data sekunder yang diperlukan, antara lain:

1. Data fasilitas kesehatan di Kelurahan Penjaringan dari BPS.
2. Data RW (Rukun Warga) kumuh DKI Jakarta dari BPS.
3. Peta administrasi DKI Jakarta yang diambil dari peta RBI skala 1:50.000 yang dikeluarkan oleh Bakosurtanal.
4. Peta penggunaan tanah DKI Jakarta skala 1:50.000 dari BPN.
5. Peta jaringan jalan yang diambil dari peta RBI skala 1:50.000 yang dikeluarkan oleh Bakosurtanal.

3.4. Pengolahan Data

3.4.1. Pengolahan data primer:

3.4.1.1. Hasil kuesioner, meliputi:

1. Data asal daerah penduduk miskin.

Setelah diolah, data asal daerah penduduk miskin yang diperoleh dengan menggunakan kuesioner, didapatkan hasil bahwa penduduk miskin dominan berasal dari Kota Jakarta, dan sisanya berasal dari luar Kota Jakarta. Penduduk miskin yang berasal dari luar kota Jakarta meliputi kota-kota seperti Depok, Bogor, Kebumen, Semarang, Solo, Sukoharjo, Lampung, Pematang, Tegal, Wonosobo, Boyolali, Garut, Cilacap, Cirebon, Banten, Tasikmalaya, Padang, dan Makassar. Kemudian dari data ini dikelompokkan ke dalam penduduk asli dan pendatang.

2. Data lama menetap penduduk miskin.

Setelah diolah, data lama menetap penduduk miskin dibagi menjadi lima kelas rentang waktu, yaitu: ≤ 5 tahun; 6 – 10 tahun; 11 – 15 tahun; 16 – 20 tahun; dan ≥ 21 tahun.

3. Data tingkat pendidikan penduduk miskin.

Setelah diolah, data ini, dibagi menjadi lima tingkatan/jenjang pendidikan yang telah ditamatkan oleh penduduk miskin, yaitu tidak sekolah, tamat SD, tamat SMP, dan tamat SMA.

4. Data mata pencaharian kepala keluarga penduduk miskin.

Setelah diolah, dari data ini, diperoleh tujuh jenis mata pencaharian yang dijalani oleh kepala keluarga penduduk miskin sehari-hari, yaitu buruh, supir, satpam, wiraswasta, pedagang, nelayan, dan karyawan.

5. Data tingkat pendapatan keluarga penduduk miskin.

Setelah diolah, dari data ini, diperoleh tiga kelas pendapatan, yaitu: $< \text{Rp } 1.399.999$; $\text{Rp } 1.400.000 - \text{Rp } 1.599.999$; dan $\geq \text{Rp } 1.600.000$.

6. Data penduduk miskin pengguna air bersih untuk konsumsi.

Setelah diolah, dari data ini didapatkan tiga kelas sumber air bersih konsumsi untuk penduduk miskin, yaitu: air kemasan isi ulang (galon), air PAM, dan air pikulan.

7. Data penduduk miskin pengguna fasilitas MCK.

Diolah dengan membaginya menjadi 2 kelas, yaitu milik sendiri dan umum berbayar.

3.4.1.2. Hasil observasi yang dicantumkan di dalam kuesioner, meliputi:

Data kualitas tempat tinggal dan kondisi lingkungan, diperlihatkan dalam bentuk gambar foto disertai dengan narasi yang menjelaskan gambar tersebut.

3.4.2. Pengolahan Data sekunder:

1. Data fasilitas kesehatan formal yang telah didapat dari BPS dari survei, diolah dalam bentuk tabular, selanjutnya dibuat peta tematik sebaran sarana pelayanan kesehatan formal.

2. Data RW (Rukun Warga) kumuh DKI Jakarta diolah dalam bentuk tabular dan tidak diberi kode.
3. Membuat skema aksesibilitas penduduk miskin dalam berobat berdasarkan tingkat pendidikan, lama tinggal, status sosial, dan tingkat pendapatan. Hasilnya dianalisa dengan menggunakan analisa kecenderungan dengan metode analisis deskriptif.

3.5. Analisa Data

Pada penelitian ini, analisa yang digunakan adalah analisa kecenderungan dengan metode analisa deskriptif. Pada analisa kecenderungan, yang dilakukan adalah melakukan pemetaan dominansi terhadap penduduk miskin berdasarkan karakteristiknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Adapun cara mendapatkan pelayanan kesehatan dianalisa berdasarkan kemampuan ruang sosial penduduk miskin terhadap karakteristik pelayanan kesehatan.

Pada analisa deskriptif, yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan melakukan analisa detil terhadap karakteristik penduduk miskin yang memilih suatu jenis sarana kesehatan, serta alasan memilih sarana kesehatan tersebut. Adapun alasan tersebut dianalisa berdasarkan ruang sosial penduduk yang bersangkutan.

BAB 4

FAKTA WILAYAH PENELITIAN

4.1. Kondisi Geografis Kelurahan Penjaringan

Kelurahan Penjaringan merupakan salah satu Kelurahan yang terletak di kecamatan Penjaringan, Kotamadya Jakarta Utara. Luas wilayah Kelurahan Penjaringan berdasarkan Surat Keputusan (SK) Gubernur DKI Jakarta Nomor 1251 Tahun 1986 tertanggal 29 Juni 1986 tentang pemecahan, penyatuan, penetapan batas, perubahan nama, dan penetapan luas wilayah Kelurahan di DKI Jakarta, wilayah Kelurahan Penjaringan seluas: 395,43 ha.

Secara topografis, wilayah Kelurahan Penjaringan dilewati tiga sungai yang mengalir ke laut dan terletak pada ketinggian sangat rendah yaitu, -1 sampai 1 mdpl (meter di atas permukaan laut) dimana sebagian besar daratannya berupa dataran endapan, yang seringkali mengalami banjir, baik banjir yang di bawa dari setelah hujan turun hingga banjir yang diakibatkan oleh naiknya muka air laut (*banjir rob*).

Kelurahan Penjaringan memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut:

Sebelah Utara	: Laut Jawa dan Kabupaten Administrasi Kepulauan Seribu.
Sebelah Timur	: Kali Opak–Sepanjang Pelabuhan Sunda Kelapa.
Sebelah Selatan	: Jalan Tol Bandara–Pluit dan Jalan Bandengan Utara.
Sebelah Barat	: Sepanjang Waduk Pluit dan Jalan Jembatan Tiga.

4.2. Status dan Peruntukan Tanah

4.2.1. Status tanah

Status tanah di Kelurahan Penjaringan di dominasi oleh status tanah negara, yaitu sebesar 220,28 ha atau 55% dari status tanah seluruhnya. Status tanah negara di Kelurahan ini, diperuntukan sebagai jaringan jalan dan Kawasan Pelabuhan Perikanan Samudra Nizam Zachman dan Pelabuhan Muara Baru dimana pada kawasan ini terdapat pelelangan ikan dan kantor-kantor penelitian dan pengembangan dari Kementerian Kelautan dan Perikanan Republik Indonesia.

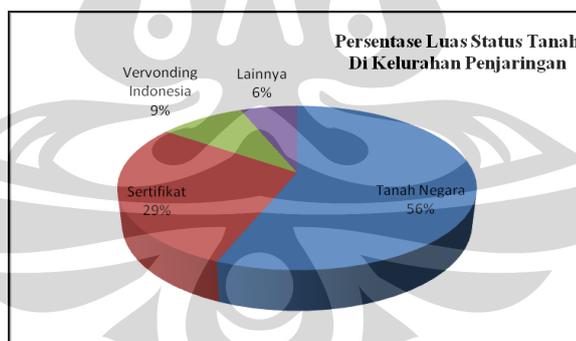
Keberadaan peruntukkan tanah negara ini berada di bagian utara Kelurahan Penjaringan

Tanah yang telah bersertifikat memiliki luas 112,01 ha atau 28%. Luas tanah yang telah bersertifikat ini umumnya sebagian besar digunakan untuk pelabuhan, industri, pergudangan, properti, dan sejumlah kecil untuk ruko/rukan serta permukiman penduduk. Status tanah Vervonding Indonesia atau tanah partikelir di Kelurahan ini memiliki luas sebesar 37,5 ha atau 9% dari total tanah keseluruhannya, yang digunakan untuk permukiman penduduk dan jaringan jalan. Luas status tanah lainnya di Kelurahan Penjaringan sebesar 25,64 ha atau 6%. Untuk lebih tepatnya dapat dilihat pada Tabel 4.1. dan Gambar 4.1..

Tabel 4.1. Status tanah, luasannya, dan persentase luasannya di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

No.	Status Tanah	Luas	
		Ha	%
1	Tanah Negara	220.28	55
2	Sertifikat	112.01	28
3	Vervonding Indonesia	37.5	9
4	Lainnya	25.64	6
Jumlah		395.43	100

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan, 2009]



Gambar 4.1. Grafik persentase luas status tanah di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

4.2.2. Jenis peruntukan tanah

Pertumbuhan penduduk dan perkembangan kegiatan perekonomian perkotaan di Kelurahan Penjaringan memberikan dampak pada kebutuhan tanah

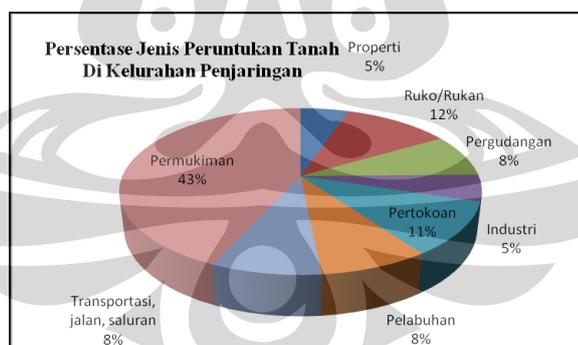
yang sangat terbatas. Begitupula migrasi penduduk yang tidak terkendali menyebabkan masalah kerawanan sosial (kemiskinan) dan kriminalitas.

Tanah di Kelurahan Penjaringan diperuntukan kepada berbagai macam kegiatan seperti: Properti, Ruko/Rukan, Pergudangan, Mall, restoran, Industri, Pertokoan (termasuk pasar tradisional), Pelabuhan, Transportasi, Jalan, dan Saluran, serta sebagian besar didominasi oleh permukiman penduduk. Untuk lebih jelas dan tepatnya dapat dilihat pada Tabel 4.2. dan Gambar 4.2..

Tabel 4.2. Jenis peruntukan tanah, luasannya, dan persentase luasannya Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

No.	Jenis Peruntukkan	Luas	
		Ha	%
1	Properti	±20	5
2	Ruko/Rukan	±45	11
3	Pergudangan	±32	8
4	Industri	±21	5
5	Pertokoan	±40	10
6	Pelabuhan	±34	8
7	Transportasi, jalan, saluran	±35	8
8	Permukiman	±168.43	42
Jumlah		395.43	100

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan, 2009]



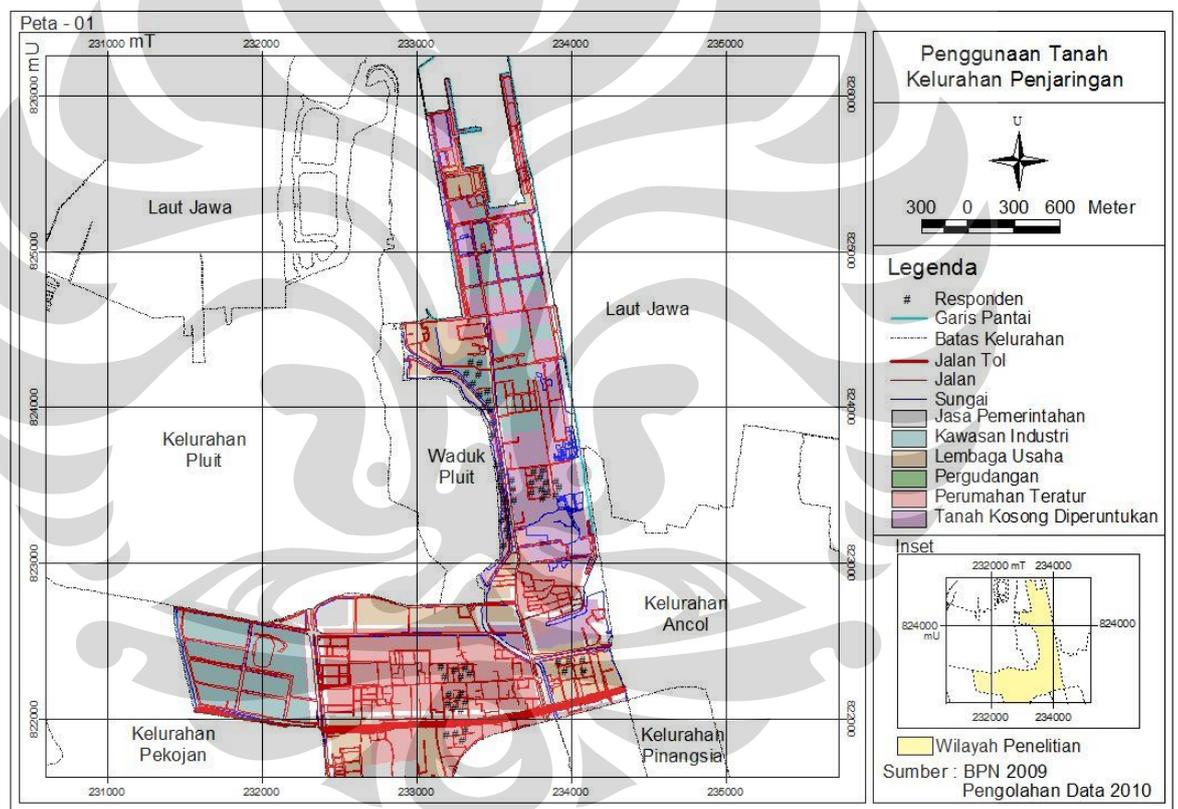
Gambar 4.2. Grafik persentase jenis Peruntukan tanah di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

Pada Tabel 4.2., jumlah peruntukkan tanah untuk permukiman penduduk seluas ±168.43 ha atau 42% dari luas peruntukkan tanah keseluruhan. Peruntukkan tanah untuk permukiman ini berada di bagian utara dan selatan Kelurahan Penjaringan (*lihat Gambar 4.3.*). Khusus yang berada di bagian utara,

di mana terdapat RW 017, peruntukkan tanah untuk permukiman dominan berdiri di atas tanah negara dan berada di sempadan Kali Opak dan Waduk Pluit dengan kondisi lingkungan yang buruk atau dengan kata lain merupakan peruntukkan tanah untuk permukiman kumuh, tepatnya kumuh berat.

Secara umum, permukiman kumuh dalam kaitannya terhadap tabel jenis peruntukkan tanah, khususnya jenis peruntukkan permukiman dan peta penggunaan tanah hanya ada pada peruntukkan tanah. Luas peruntukkan tanah permukiman sebesar ± 168.43 ha sudah termasuk dengan luas peruntukkan tanah untuk permukiman kumuh. Sedangkan properti yang ada pada jenis peruntukkan tanah ditujukan untuk bangunan apartemen, hotel, dan rumah sakit.



Gambar 4.3. Peta Penggunaan Tanah Kelurahan Penjaringan

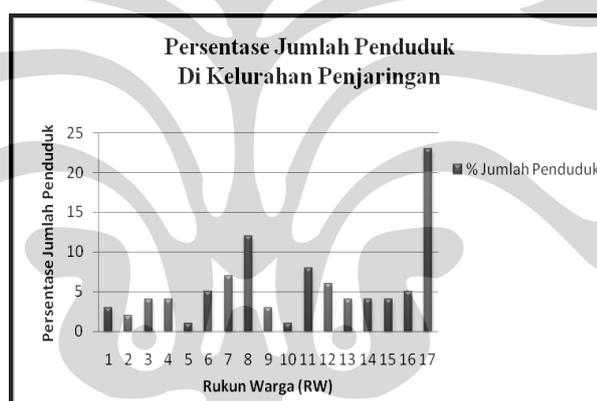
Untuk ruko/rukan, dimana ditempati penduduk untuk tinggal dan beraktifitas, memiliki luas peruntukkan terluas kedua di Kelurahan Penjaringan, yaitu seluas ± 45 ha atau 11% dari luas peruntukkan tanah keseluruhan. Jenis peruntukkan tanah ini berada di bagian utara, timur, dan selatan. Sedangkan, untuk jenis peruntukkan tanah industri, perdagangan, dan pergudangan, yang

meliputi properti, pergudangan, pelabuhan, dan pertokoan dengan total luas ± 145 ha atau 33% dari luas peruntukkan keseluruhan berada di bagian utara, timur, selatan, dan barat.

4.3. Karakteristik Penduduk dan Wilayah

4.3.1. Kependudukan dan karakter wilayah

Jumlah penduduk di Kelurahan Penjaringan sebesar 79.442 jiwa dengan kepadatan penduduk sebesar 200 jiwa per hektare (jiwa/ha) yang mendiami luas wilayah 395.43 ha. Jumlah penduduk tersebut tersebar di 17 Rukun Warga (RW) dengan 240 Rukun Tangga (RT) yang terdiri dari 19.037 Kepala Keluarga (KK) (lihat Tabel 4.3. pada Lampiran 1). Jumlah persentase penduduk per Rukun Warga (RW), secara grafis dapat dilihat pada Gambar 4.4. di bawah ini:



Gambar 4.4. Grafik persentase jumlah penduduk Per RW di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

Jumlah penduduk terpadat di Kelurahan Penjaringan berada di RW 017 dengan jumlah penduduk sebesar 17.710 jiwa atau 22% dari jumlah penduduk keseluruhan. Jumlah penduduk sebesar 17.710 jiwa ini mendiami wilayah seluas 68.43 ha atau dengan rata-rata memiliki kepadatan penduduk di RW 017 sebesar 258 jiwa per hektare (jiwa/ha). Keadaan wilayah di RW 017 ini sama seperti keadaan RW padat di keluarahan-kelurahan lainnya yang berbeda wilayah administrasi, yaitu kumuh, padat, miskin, dan rentan terkena bencana. Secara sederhana dapat dilihat melalui Gambar 4.5. berikut ini:



**Gambar 4.5. Fakta wilayah RW terpadat (RW 017)
di Kelurahan Penjaringan**
[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

Pada Gambar 4.5., dapat diceritakan bahwa karakteristik keadaan wilayah (lingkungan dan kualitas rumah) di RW 017, terletak bukan pada tempat sebenarnya dalam hal peruntukkan ruang untuk tempat tinggal. Karena wilayah RW ini terletak disepanjang bantaran Kali Opak dan Waduk Pluit atau “memakan lahan” hijau yang secara teori berada pada rentang 15 meter antara sempadan sungai atau waduk. Selain itu, umumnya penduduk di wilayah RW ini berada di atas tanah negara atau pada Gambar 4.3., di tulis sebagai tanah kosong diperuntukkan.

Sedangkan, jumlah penduduk tidak padat berada di RW 005 dengan jumlah penduduk sebesar 1.224 jiwa atau 1% dari jumlah penduduk keseluruhan. Jumlah penduduk 1.224 jiwa ini mendiami wilayah seluas 9 ha atau dengan rata-rata memiliki kepadatan penduduk di RW 005 sebesar 136 jiwa per hektare (jiwa/ha).



**Gambar 4.6. Fakta wilayah RW tidak padat (RW 005)
di Kelurahan Penjaringan**
[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

Pada Gambar 4.6., dapat diceritakan berdasarkan karakteristik wilayahnya, RW ini memiliki luas permukiman yang lebih kecil daripada luas dari jenis peruntukan tanah lainnya yang didominasi oleh restoran, pertokoan, pergudangan, dan ruko/rukan, khususnya yang berada di Jalan Ekor Kuning, Jalan Kakap, dan Jalan Pakin yang berbatasan dengan wilayah RW 004. Hal ini juga diperkuat melalui Gambar 4.3., dimana wilayah RW 005, yang berada dibagian timur dan agak ke selatan memiliki dominasi penggunaan tanah usaha dibanding penggunaan tanah untuk permukiman.

4.3.2. Tingkat pendidikan penduduk

Pendidikan merupakan aset untuk sukses menggapai masa depan yang gemilang. Tanpa pendidikan, seseorang mungkin saja gagal dalam mencapai apa-apa yang diidamkannya. Tetapi, tidak semua orang beruntung dalam mengenyam pendidikan. Berdasarkan indikator/tolak ukur yang dikeluarkan BPS tahun 2008, status pendidikan yang rendah yang meliputi tidak sekolah, tidak tamat SD, dan hanya tamat SD memberikan andil terhadap terciptanya kemiskinan penduduk. Selain itu, pendidikan yang rendah juga memberikan dampak terhadap pengetahuan yang rendah, khususnya pengetahuan terhadap hak dasar penduduk yaitu kesehatan.

Tabel 4.4. Status pendidikan penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

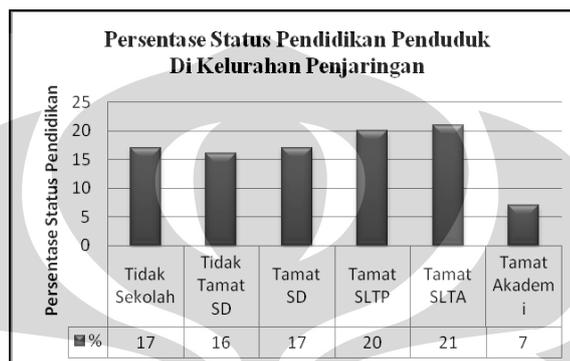
Status Pendidikan	Jumlah	
	Penduduk	%
Tidak Sekolah	13788	17
Tidak Tamat SD	13349	16
Tamat SD	14016	17
Tamat SLTP	15991	20
Tamat SLTA	16548	21
Tamat Akademi	5750	7
Jumlah	79442	100

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

Di Kelurahan Penjaringan, penduduk yang tidak bersekolah berjumlah 13.788 jiwa atau 17% dari keseluruhan penduduk yang bersekolah. Angka ini merupakan yang tertinggi dibandingkan penduduk yang bersekolah tetapi hanya

tamat SD saja atau bahkan penduduk yang tidak bersekolah ini jumlahnya sama dengan jumlah penduduk yang tamat SD dan tidak berbeda jauh dengan penduduk yang tamat SLTP dan SLTA (*lihat* Tabel 4.4.).

Sedangkan, status pendidikan tinggi yang sedikit ditamatkan oleh penduduk di Kelurahan Penjaringan ialah akademi, yaitu sebesar 5.750 jiwa atau 7% dari keseluruhan penduduk di Kelurahan Penjaringan yang bersekolah.



Gambar 4.7. Grafik persentase status pendidikan penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

4.3.3. Mata pencaharian penduduk

Penduduk di Kelurahan Penjaringan mempunyai beragam mata pencaharian yang disesuaikan dengan kemampuan dan pendidikan yang mereka miliki. Mata pencaharian sebagai karyawan swasta/buruh merupakan yang paling banyak dilakukan oleh penduduk di Kelurahan Penjaringan, yaitu sebesar 20.238 jiwa atau 25% dari keseluruhan jumlah penduduk yang bekerja. Sedangkan mata pencaharian sebagai TNI merupakan pekerjaan yang sedikit dilakukan oleh penduduk di Kelurahan ini. Penduduk yang bekerja sebagai TNI hanya sebesar 18 jiwa atau 0.02% dari keseluruhan jumlah penduduk yang bekerja. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4.5. dan Gambar 4.8..

Jumlah penduduk yang bekerja sebagai karyawan swasta/buruh, PNS, TNI, dan pedagang, jika dikaitkan dengan status pendidikannya dominan tamat SD, tamat SLTP, tamat SLTA, dan sedikit tamat Akademi. Sedangkan, jumlah pengangguran, secara logis, jika dikaitkan dengan status pendidikannya umumnya tidak sekolah atau hanya tamat SD. Hal ini dapat dilihat melalui Tabel 4.4. dan

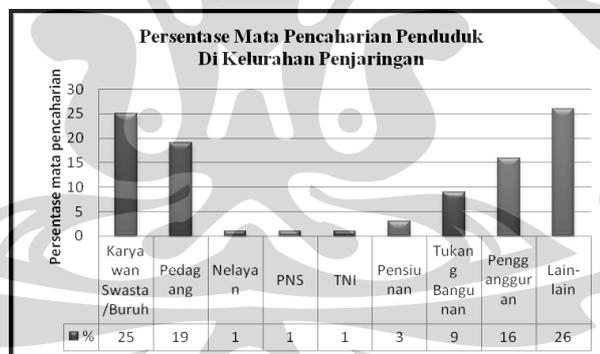
4.5., dimana jumlah pengangguran tidak jauh berbeda dengan jumlah penduduk yang tidak bersekolah atau jumlah penduduk yang tamat SD saja.

Dari jumlah penduduk dengan karakteristik seperti tersebut di atas, maka terdapat 45% penduduk miskin yang masuk ke dalam lingkup penelitian.

Tabel 4.5. Mata pencaharian penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

Mata Pencaharian	Jumlah	
	Penduduk	%
Karyawan Swasta/Buruh	20238	25
Pedagang	15135	19
Nelayan	152	0.19
PNS	38	0.04
TNI	18	0.22
Pensiunan	2490	3
Tukang Bangunan	7080	9
Pengangguran	13242	16
Lain-lain	21049	26
Jumlah	79442	100

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]



Gambar 4.8. Grafik persentase mata pencaharian penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

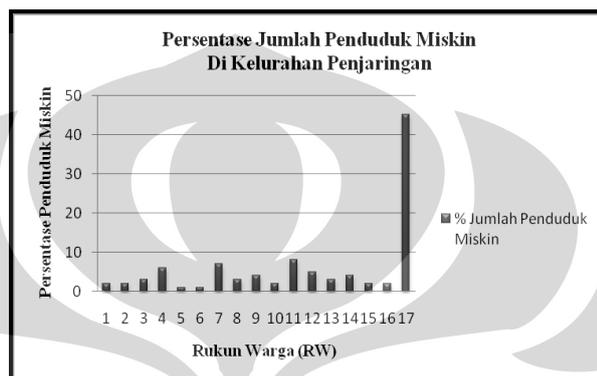
[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

4.4. Karakteristik Penduduk Miskin dan Wilayah Kumuh

4.4.1. Keadaan penduduk miskin

Jumlah penduduk miskin di Kelurahan Penjaringan sebesar 27.804 jiwa dengan kepadatan penduduk miskin sebesar 70 jiwa per hektare (jiwa/ha) yang mendiami luas wilayah sebesar 395.43 ha. Jumlah penduduk miskin ini tersebar di 17 Rukun Warga (RW) dan 240 Rukun Tangga (RT) yang terdiri dari 6.951

kepala keluarga miskin. Pada Tabel 4.6. (*lihat* Lampiran 2), dapat dilihat bahwa jumlah penduduk miskin tertinggi berada di RW 017, Muara Baru dengan jumlah sebesar 13.056 jiwa atau 3.264 kepala keluarga miskin atau 45% dari jumlah penduduk miskin keseluruhan. Sedangkan jumlah penduduk miskin terendah berada di RW 005, Jalan Ekor Kuning dengan jumlah sebesar 324 jiwa atau 81 kepala keluarga miskin atau 1% dari jumlah penduduk keseluruhan.



Gambar 4.9. Grafik persentase jumlah penduduk miskin Per RW di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

4.4.2. Keadaan wilayah kumuh padat dan miskin

Wilayah kumuh padat dan miskin umumnya didiami oleh penduduk yang berjumlah besar dan beragam. Di Kelurahan Penjaringan, hampir semua wilayahnya, khususnya RW merupakan wilayah kumuh, baik itu kumuh ringan, kumuh sedang, atau bahkan kumuh berat. Hanya ada satu RW yang tidak kumuh, yaitu RW 005 yang terletak di Jalan Ekor Kuning.

Wilayah kumuh padat dan miskin (kumuh berat) terbesar berada di Rukun Warga (RW) 017, yang terletak di Muara baru. Dengan jumlah penduduk miskin sebesar 13.056 jiwa yang mendiami wilayah seluas 68.43 ha, maka tidak mengherankan jika banyak penduduk memanfaatkan tanah yang bukan semestinya di tempati. Selain itu, kondisi lingkungan dan sanitasi yang berada disana sangat mengkhawatirkan di mana mayoritas penduduknya membuang sampah di sepanjang bantaran Kali Opak dan di pinggir-pinggir Waduk Pluit. Hal ini tentu saja berdampak pada buruknya kesehatan penduduk miskin yang tinggal di sana.

Disamping masalah kesehatan, penduduk yang tinggal di RW 017 ini sepanjang tahun pasti juga selalu terkena bencana banjir, baik dari air hujan yang tidak mengalir ke laut maupun karena banjir air laut pasang (*rob*).



**Gambar 4.10 dan 4.11. Kondisi Lingkungan di RW 017
Kelurahan Penjaringan**

[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

Wilayah kumuh sedang, berada di beberapa RW yang tersebar di antara Jalan Gedong Panjang, Jalan Pakin, Jalan Tanah Pasir, dan Rawa Bebek. Wilayah kumuh sedang ini meliputi RW 004 di Jalan Pakin yang didiami oleh 1524 jiwa dengan luas wilayah 10 ha, RW 007 di Jalan Gedong Panjang yang didiami oleh 1708 jiwa dengan luas wilayah 54 ha, RW 011 di Jalan Tanah Pasir yang didiami oleh 1848 jiwa dengan luas wilayah 15 ha, dan RW 014 di Rawa Bebek yang didiami oleh 948 jiwa dengan luas wilayah 14 ha.



**Gambar 4.12. dan 4.13., Kondisi Lingkungan di RW 004
dan RW 007**

[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]



Gambar 4.14., dan 4.15. Kondisi Lingkungan RW 011, dan RW 014

[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

4.5. Karakteristik Kesehatan

4.5.1. Sarana dan prasarana kesehatan

Di Kelurahan Penjaringan, terdapat dua belas sarana dan prasarana kesehatan yang tersebar di beberapa tempat yang strategis, khususnya yang berada berdekatan dengan permukiman penduduk. Kedua belas sarana dan prasarana kesehatan tersebut beserta jumlahnya dapat dilihat melalui Tabel di bawah ini:

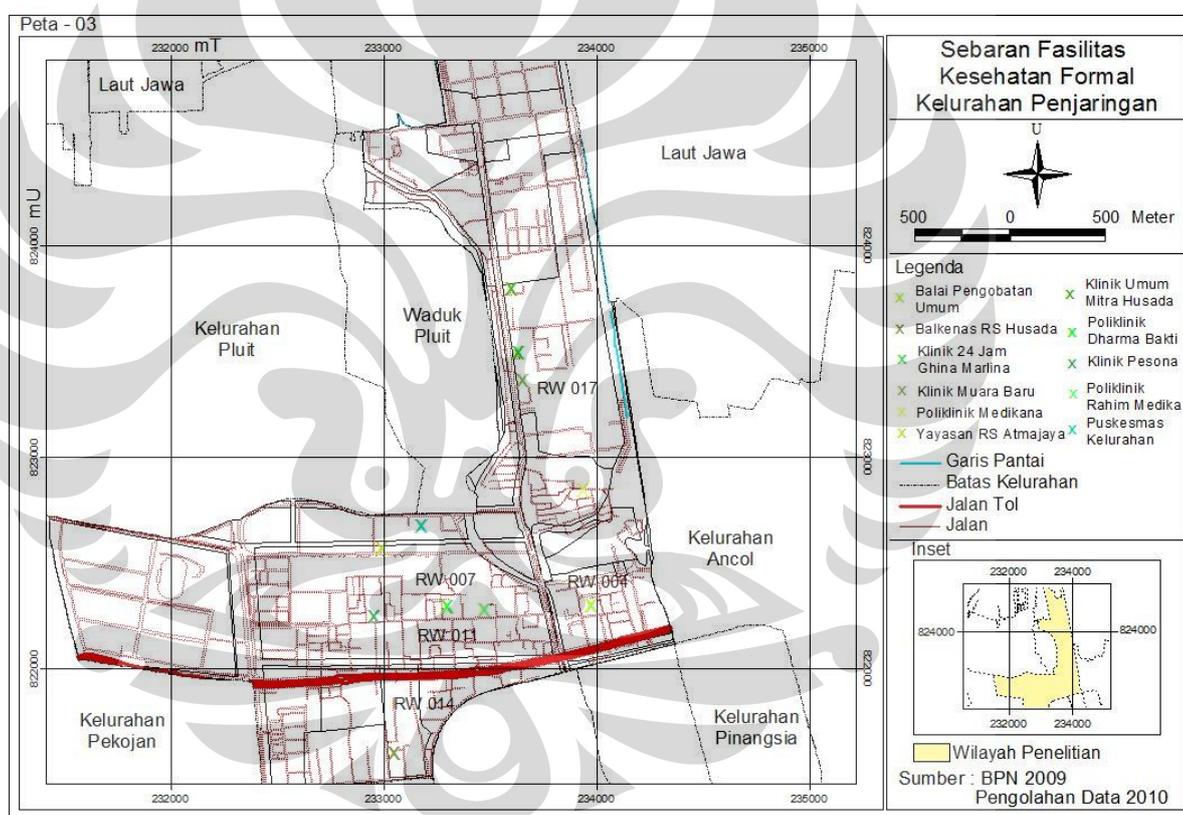
Tabel 4.7. Sarana dan prasarana kesehatan yang terdapat di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

No.	Sarana dan Prasarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Pluit	1
2	Rumah Sakit Atmajaya	1
3	Rumah Sakit Bersalin	1
4	Sinse	1
5	Poliklinik	5
6	Puskesmas II Pembantu	1
7	Apotek	21
8	Toko Obat	11
9	Dokter Praktek	5
10	Pengobatan Alternatif	1
11	Puskesmas I	1
12	Petugas Jumantik	257 orang

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan Tahun, 2009]

4.5.2. Profil prasarana pelayanan kesehatan dan karakteristiknya

Nama-nama tempat pelayanan kesehatan yang dimaksud merupakan tempat pelayanan kesehatan yang menjadi tujuan beberapa penduduk, khususnya penduduk miskin di dalam kemudahannya dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Daftar nama-nama pelayanan kesehatan ini meliputi Posyandu, Puskesmas, Dokter, Poliklinik, dan Balai Pengobatan. Daftar nama-nama tempat pelayanan kesehatan ini juga dilengkapi dengan alamat dan wilayah kerjanya. Untuk mengetahui daftar nama-nama tempat pelayanan kesehatan dapat dilihat pada Lampiran 3 dan Gambar 4.16. di bawah ini:



Gambar 4.16. Peta Sebaran Fasilitas Kesehatan Formal di Kelurahan Penjaringan

Posyandu yang berada di setiap Rukun Warga, dominan memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk imunisasi bagi balita serta beberapa rujukan kesehatan bagi pemuda maupun pasutri dalam sosialisasi dan penyuluhan mengenai KB, Narkotika, dan sebagainya. Selain itu, ada beberapa pelayanan

kesehatan lain untuk rujukan medik atau berobat yang mudah dijangkau penduduk miskin, walaupun dengan biaya.

Profil fasilitas kesehatan di Kelurahan Penjaringan meliputi prasarana pelayanan kesehatan formal yang memiliki waktu pelayanan hingga 24 jam, seperti Klinik 24 Jam GM, Balkesnas RS Husada, dan Yayasan RS Atmajaya. Selain itu, ada prasarana pelayanan kesehatan formal yang buka paruh waktu atau di waktu sore saja berpraktek, seperti Poliklinik Medikana dan Poliklinik Dharma Bakti. Kemudian ada beberapa sarana pelayanan kesehatan formal yang terintegrasi dengan fasilitas kebidanan dan khitanan serta konsultasi kesehatan dan imunisasi, seperti Puskesmas, Poliklinik, dan Klinik yang terdapat di Kelurahan Penjaringan. Secara jelas dapat dilihat pada Tabel 4.9. di bawah ini, dimana fasilitas kesehatan tersebut dibagi berdasarkan tiga kelompok besar.

Tabel 4.9. Profil prasarana kesehatan yang terdapat di Kelurahan Penjaringan Tahun 2010

Fasilitas Kesehatan Formal	Karakteristik		
	Fasilitas	Jam Buka (Operasional)	Harga
Puskesmas Kelurahan	Lengkap dan Memadai Rumah Bersalin Praktik Dokter Poli Gigi	09.00 - 16.00	Rp. 5.000 Rp. 15.000 (Poli gigi)
Swasta Mahal			
1. PKU RS Atmajaya 2. Poliklinik Medikana 3. Klinik Muara baru 4. Klinik Mawar 5. Klinik Mitra Husada 6. Klinik 24 Jam Ghina Marlina	Lengkap dan Memadai Konsultan Kesehatan Imunisasi Khitanan Praktik Dokter	07.00 - 21.00 24 Jam	≥ Rp 50.000 – Rp 100.000
Swasta Murah			
1. Balai Pengobatan Umum 2. Balkesmas RS Husada 3. Poliklinik Rahim Medika 4. Poliklinik Dharma bakti	Memadai Imunisasi Konsultan Kesehatan	17.00 - 19.00	≤ Rp 50.000

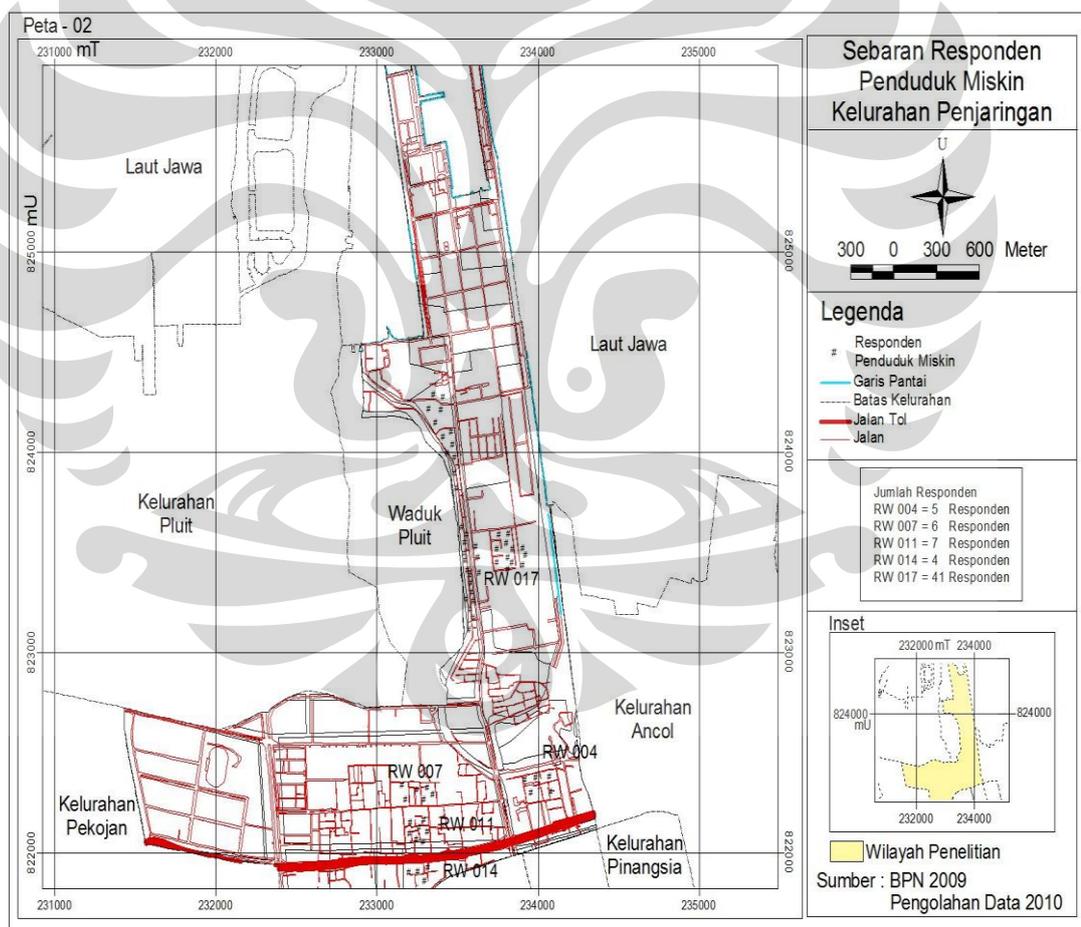
[Pengolahan data dari survei lapang, 2010]

BAB 5

AKSESIBILITAS PENDUDUK MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN

5.1. Sekilas Penduduk Miskin

Pada sekilas penduduk miskin ini, yang diceritakan ialah populasi yang digunakan sebagai sampel penelitian. Sampel penelitian diambil dari populasi kepala keluarga miskin yang berada di Kelurahan Penjaringan yang berjumlah 6.951 kepala keluarga. Selanjutnya, jumlah kepala keluarga miskin ini dibagi berdasarkan jumlah kepala keluarga miskin yang ada pada setiap wilayah rukun warga kumuh yang termasuk ke dalam kriteria wilayah penelitian, yaitu wilayah rukun warga kumuh sedang dan kumuh berat.



Gambar 5.1. Peta Sebaran Penduduk Miskin di Kelurahan Penjaringan

Di Kelurahan Penjaringan, rukun warga yang termasuk kriteria wilayah penelitian ada lima wilayah rukun warga kumuh sedang dan kumuh berat, yaitu

rukun warga 004, rukun warga 007, rukun warga 011, dan rukun warga 014 (kumuh sedang), serta rukun warga 017 yang merupakan rukun warga kumuh berat.

Dengan menggunakan metode proporsional random sampling, didapatkan hasil bahwa jumlah sampel secara keseluruhan dari populasi yang ada ialah 63 sampel penduduk miskin kepala keluarga miskin. Dari 63 sampel ini dan dibagi berdasarkan rukun warga kumuhnya, maka didapatkan hasil di rukun warga kumuh sedang secara berturut-turut, yaitu di rukun warga 004 sebanyak 5 penduduk miskin, di rukun warga 007 sebanyak 6 penduduk miskin, rukun warga 011 sebanyak 7 penduduk miskin, dan rukun warga 014 sebanyak 4 penduduk miskin serta di rukun warga kumuh berat atau rukun warga 017 sebanyak 41 penduduk miskin (*lihat Gambar 5.1.*).

Penduduk miskin yang telah ditentukan jumlahnya ini, kemudian dipersempit dengan mengambil ibu rumah tangga sebagai penduduk miskin. Cara pengambilan sampelnya dengan menggunakan metode *snowballing*, yaitu berdasarkan rujukan petugas Kelurahan Penjaringan, yang kemudian memberikan surat rekomendasi kepada Ketua Rukun Warga yang bertanggungjawab pada kriteria wilayah rukun warga yang diteliti yang selanjutnya diteruskan kepada Ketua Rukun Tangga untuk menunjuk ibu rumah tangga yang sesuai dijadikan sampel penduduk miskin pada penelitian ini.

5.2. Karakteristik Penduduk Miskin

5.2.1. Status sosial penduduk miskin

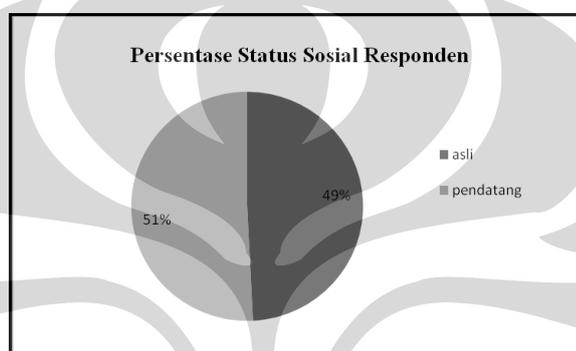
Beberapa penduduk miskin yang berasal dari Jakarta ini, yang menjadi penduduk asli, umumnya mereka yang lahir di Jakarta dan merupakan turunan dari generasinya terdahulu yang merupakan pendatang dari daerah luar Jakarta. Mereka telah tinggal lama di Jakarta dan sering berpindah-pindah tempat karena penggusuran. Sedangkan, penduduk miskin yang datang dari daerah di luar Jakarta, umumnya beralasan untuk mencari penghidupan dan pendapatan yang lebih baik lagi, dimana hal ini merupakan implikasi dari tidak tersediannya lapangan pekerjaan di daerah asalnya, karena tidak meratanya pembangunan industri.

Untuk lebih jelasnya, status sosial penduduk miskin dapat dilihat melalui Tabel 5.1. serta Gambar 5.2..

Tabel 5.1. Persentase Status Sosial di RW Kumuh Sedang dan RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan Tahun 2010

Status Sosial	Keterangan (RW)	Jumlah Penduduk Miskin	
		(KK)	%
Penduduk Asli	Semua RW	31	49.20
Penduduk Pendatang	Semua RW	32	50.80
Jumlah		63	100

[Sumber: Pengolahan data, 2010]



Gambar 5.2. Grafik persentase status sosial penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan 2010

[Sumber: Pengolahan data, 2010]

Pada Gambar di atas, dapat diceritakan bahwa jumlah penduduk asli pada wilayah kumuh padat dan miskin yang diteliti relatif lebih sedikit dibanding jumlah penduduk pendatang. Hal ini dikarenakan beberapa keterbatasan, seperti kurang tepatnya penduduk yang dijadikan sampel serta berubahnya penggunaan tanah di wilayah yang diteliti yang umumnya membuka akses bagi penduduk pendatang untuk mengelolanya.

5.2.2. Lama menetap penduduk miskin

Sampel penduduk miskin yang menetap paling lama umumnya pada mereka yang tinggal sejak mereka lahir di tempat dimana mereka tinggal sekarang. Penduduk miskin yang paling lama tinggal di wilayah yang diteliti ialah penduduk miskin nomor 14 yang tinggal di Jakarta selama 23 tahun, khususnya tinggal di wilayah RW 011 atau berada di sebelah selatan wilayah penelitian. Sedangkan, penduduk miskin yang belum lama tinggal di tempat yang diteliti

ialah penduduk miskin nomor 47, yang baru tinggal selama 3 tahun di RW 017 atau yang berada di sebelah utara wilayah penelitian. Sebelumnya, penduduk miskin ini tinggal di Bogor dan karena telah menikah, mengikuti suami untuk bekerja di Jakarta.

Tabel 5.2. Lama menetap penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan Tahun 2010

Lama Menetap (Tahun)	Jumlah Penduduk miskin	Keterangan (RW)
≤5	15	004,011,014,017
6-10	27	Semua RW
11-15	17	007,011,014,017
16-20	3	007 dan 011
≥21	1	011
Jumlah	63	

[Sumber: Pengolahan data, 2010]

Lama menetap penduduk miskin dari ≤ 5 tahun, didominasi oleh penduduk miskin pendatang yang baru tinggal selama tiga tahun hingga lima tahun di wilayah RW-RW yang diteliti. Mereka berasal dari Jakarta, Kebumen, Bogor, Tegal, Indramayu, Garut, dan Padang. Penduduk miskin dengan lama menetap sekian waktu ini, berada di bagian utara, selatan, dan timur. Penduduk miskin yang menetap antara rentang waktu 6-10 tahun, berada di semua wilayah RW yang diteliti. Penduduk miskin dengan lama menetap sekian waktu ini, berasal dari Jakarta, Kebumen, Sukoharjo, Lampung, Cilacap, Bogor, Solo, dan Pematang.

Ada satu kenyataan unik, bahwa penduduk miskin yang menetap lebih lamadari 16 tahun tidak berada di wilayah RW 017. Hal ini, jika dikaitkan dengan penggunaan tanahnya, penggunaan tanah di wilayah RW 17 merupakan tanah kosong yang diperuntukkan. Jadi, baru beberapa tahun belakangan ini ditempati sebagai permukiman penduduk.

5.2.3. Status pendidikan penduduk miskin

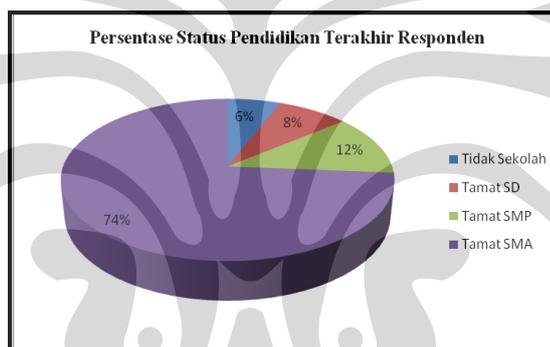
Penduduk miskin yang menjadi sampel, jika dilihat dari pendidikan tertingginya, mayoritas tamat SMA. Hampir semua penduduk miskin yang berada di RW Kumuh Berat dan Kumuh sedang berpendidikan SMA, yaitu sebesar 73%

dari jumlah penduduk miskin keseluruhan. Sedangkan, yang paling rendah ialah tidak sekolah, yang banyak terdapat di RW 014 dan RW 017 atau 6% dari jumlah penduduk miskin keseluruhan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 5.3. serta Gambar 5.3..

Tabel 5.3. Persentase penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan Tahun 2010

Pendidikan Terakhir	Keterangan (RW)	Jumlah Penduduk Miskin	
		Jiwa	%
Tidak Sekolah	014 dan 017	4	6
Tamat SD	007 dan 017	5	8
Tamat SMP	007,011,017	9	12
Tamat SMA	Semua RW	45	73
Jumlah		63	100

[Sumber: Pengolahan data, 2010]



Gambar 5.3. Grafik persentase status pendidikan penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan 2010

[Sumber: Pengolahan data, 2010]

Penduduk miskin yang tidak bersekolah yang berada di rukun warga 014 dan 017 atau di bagian utara dan selatan wilayah penelitian umumnya merupakan penduduk pendatang yang berprofesi sebagai buruh dan pedagang yang memiliki pendapatan antara Rp.1.000.000-Rp.1.500.000 (*lihat* Lampiran 2). Secara spasial, penduduk miskin ini tinggal di wilayah dekat dengan Pelabuhan dan Pusat Perniagaan.

5.2.4. Mata pencaharian penduduk miskin

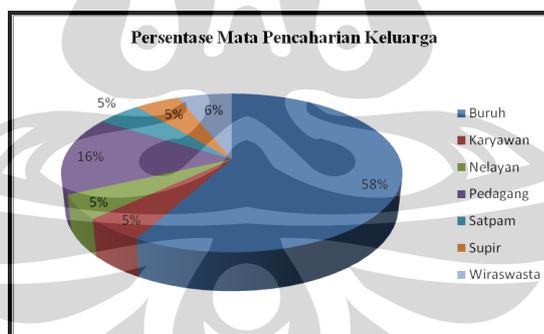
Mata pencaharian penduduk miskin yang menjadi sampel sangat beragam. Mayoritas dari mereka bekerja semua. Mayoritas penduduk miskin bekerja

sebagai buruh. Penduduk miskin yang bekerja sebagai buruh seluruhnya berada di RW Kumuh Berat dan RW Kumuh Sedang, yaitu sebanyak 36 penduduk miskin atau 58% dari jumlah penduduk miskin keseluruhan. Sisanya ada yang bekerja sebagai karyawan, pedagang, wiraswasta, satpam, supir, hingga nelayan yang secara akumulatif mencapai 63 penduduk miskin atau 42% dari jumlah penduduk miskin keseluruhan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.4. serta Gambar 5.4..

Tabel 5.4. Persentase mata pencaharian penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan Tahun 2010

Mata Pencaharian	Keterangan (RW)	Jumlah Penduduk Miskin	
		Jiwa	%
Buruh	Semua RW	36	58
Karyawan	004,011,017	4	5
Nelayan	17	3	5
Pedagang	004,007,011,017	10	16
Satpam	014 dan 017	3	5
Supir	004,011,017	3	5
Wiraswasta	011 dan 017	4	6
Jumlah		63	100

[Sumber: Pengolahan data, 2010]



Gambar 5.4. Grafik persentase mata pencaharian penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan 2010

[Sumber: Pengolahan data, 2010]

5.2.5. Pendapatan keluarga penduduk miskin

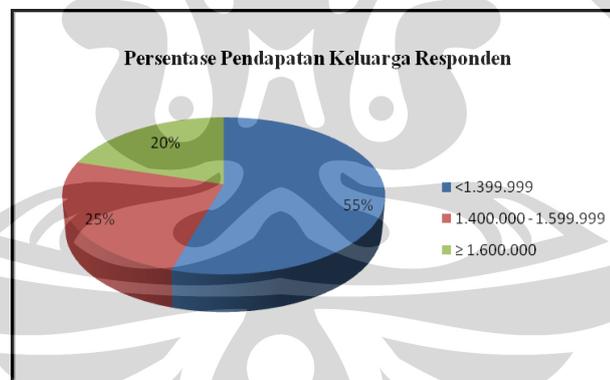
Penduduk miskin yang memiliki pendapatan dibawah Rp 1.399.999 merupakan mayoritas. Hal ini dikarenakan mata pencaharian mayoritas dari mereka ialah sebagai buruh yang dibayar sesuai UMR Jakarta. Sebanyak 31

penduduk miskin mayoritas atau 54% dari jumlah keseluruhan yang memiliki pendapatan dibawah Rp 1.399.999 berada di RW 004, RW 007, RW 014, dan RW 017. Untuk pendapatan keluarga Rp 1.400.000 – Rp 1.599.999 tersebar merata di semua RW dengan jumlah 18 penduduk miskin keluarga atau 25% dari jumlah keseluruhan keluarga penduduk miskin. Sisanya, sebesar 20% atau 14 keluarga penduduk miskin memiliki pendapatan keluarga di atas Rp 1.600.000. Hal ini disesuaikan dengan mata pencaharian penduduk miskin yang bekerja sebagai satpam, nelayan, dan karyawan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat melalui Tabel 5.5. dan Gambar 5.5. di bawah ini:

Tabel 5.5. Persentase pendapatan keluarga penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan Tahun 2010

Pendapatan Keluarga/Bulan (Rp)	Keterangan (RW)	Jumlah Penduduk Miskin	
		Jiwa	%
<1.399.999	004,007,014,017	31	54
1.400.000 - 1.599.999	Semua RW	18	25
≥ 1.600.000	004,011,014,017	14	20
Jumlah		63	100

[Sumber: Pengolahan data, 2010]



Gambar 5.5. Grafik persentase pendapatan keluarga penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan 2010

[Sumber: Pengolahan data, 2010]

Dalam kaitannya dengan kondisi tempat tinggal pada wilayah rukun warga, 34 penduduk miskin yang memiliki pendapatan <Rp.1.399.999 umumnya tinggal pada tempat dengan kondisi lingkungan yang sangat buruk. Penduduk miskin dengan pendapatan tersebut yang berada di rukun warga 004 dan 014, misalnya, memiliki kondisi tempat tinggal yang dekat dengan jalan tol dan muara

Kali Ciliwung. Jalan di sekitar tempat tinggal pada wilayah rukun warga tersebut umumnya bergang-gang sempit dengan kondisi jalan yang kadang tergenang. Air buangan limbah pun dibuang di selokan di sekitar tempat tinggalnya.

Penduduk miskin dengan pendapatan serupa yang berada di rukun warga 007, memiliki kondisi tempat tinggal yang dekat dengan Kali Opak dan Pasar Bandengan. Sama seperti halnya kedua rukun warga di atas, bahwa kondisi rukun warga 007 umumnya memiliki jalan bergang-gang sempit dengan kondisi jalan kadang tergenang air karena sarana saniter yang tidak memadai.

Penduduk miskin dengan pendapatan keluarga serupa di rukun warga 017, tinggal dengan kondisi rukun warga yang dekat dengan Waduk Pluit, Kali Opak, dan Pintu Air Pluit. Penduduk miskin yang berada di rukun warga ini tinggal pada gang-gang sempit dan “memakan” sempadan waduk dan sungai. Selain itu, sarana sanitasi di rukun warga ini umumnya tidak memadai sehingga acap kali mengalami banjir akibat pendangkalan waduk dan kali serta pasang air laut.

Penduduk miskin yang memiliki pendapatan antara Rp.1.400.000-Rp.1.599.999 yang berjumlah 16 kepala keluarga serta 13 kepala keluarga yang memiliki pendapatan \geq Rp.1.600.000 umumnya tinggal pada kondisi rukun warga yang tidak berbeda jauh dengan 34 penduduk miskin dengan pendapatan keluarga <Rp.1.399.999. Di rukun warga 011 misalnya, penduduk miskin yang memiliki pendapatan tersebut tinggal dengan kondisi rukun warga yang umumnya bergang-gang sempit dan rawan kebakaran serta dekat dengan jalan tol dan Pasar Rawa Bebek. Sarana saniter pun tidak memadai, dengan sampah yang dibuang di selokan atau di bakar di kolong jalan tol.

Dari volume pendapatan keluarga penduduk miskin ini, dalam kaitannya dengan kondisi rukun warga, yang membuat beda hanyalah dari jenis mata pencahariannya dan jumlah anggota keluarga penduduk miskin yang bekerja.

5.2.6. Sumber air minum penduduk miskin

Mayoritas penduduk miskin memiliki sumber untuk air minum dari galon air isi ulang, yang harga di pasarannya sekitar Rp. 5.000. Jumlah pengguna air bersih dengan media galon ini sebanyak 39 penduduk miskin atau 65% dari jumlah keseluruhan penduduk miskin yang tersebar di RW 007, RW 011, RW 014

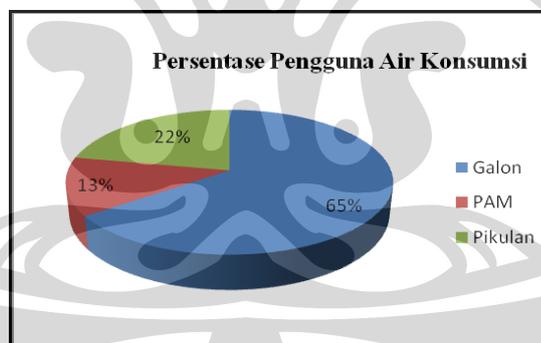
dan RW 017. Banyaknya penduduk miskin yang menggunakan air kemasan ini dikarenakan letak wilayahnya (khususnya RW 017) yang dekat dengan laut, sungai, dan waduk yang notabene telah tercemar oleh air pembuangan limbah masyarakat.

Jumlah penduduk miskin berikutnya yang terbanyak ialah yang menggunakan air pikulan, yang mereka peroleh dengan membayar Rp 2.000 untuk dua air pikulan. Kendalanya ialah mereka harus memasak dulu air tersebut agar dapat dikonsumsi. Hal ini, berarti mereka harus menyediakan uang ekstra, minimal dalam satu minggu hanya untuk mengkonsumsi air bersih untuk minum.

Tabel 5.6. Persentase sumber air minum penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan Tahun 2010

Sumber Air Minum	Keterangan (RW)	Jumlah Penduduk Miskin	
		Jiwa	%
Galon Air Isi Ulang	007,011,014,017	39	65
PAM	004,007,011,014	8	13
Pikulan	007,011,014	15	22
Jumlah		63	100

[Sumber: Pengolahan data, 2010]



Gambar 5.6. Grafik persentase pengguna air konsumsi penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan 2010

[Sumber: Pengolahan data, 2010]

Dapat diceritakan bahwa penduduk miskin yang menggunakan galon/air kemasan dan air pikulan sebagai air konsumsi sehari-hari dominan berada di bagian utara wilayah penelitian, yang notabene dekat dengan Waduk Pluit dan Kali Opak yang sudah sangat tercemar oleh limbah masyarakat. Pada Gambar 5.7. dan 5.8., merupakan usaha galon/air kemasan dan hidran yang mensuplai air bersih untuk konsumsi warga rukun warga 017.

Sebagian kecil penduduk miskin yang menggunakan galon/air kemasan berada di rukun warga 011 dan rukun warga 014. Hal ini dilakukan penduduk miskin sebagai bentuk penghematan pengeluaran keluarga dalam hal penggunaan bahan bakar untuk memasak. Karena, umumnya penduduk miskin menggunakan gas subsidi pemerintah sebagai bahan bakar untuk memasak.

Sedangkan, penduduk miskin yang menggunakan PAM sebagai air bersih untuk konsumsi berada dominan di rukun warga 004, 007, dan 011 atau yang berada di sebelah selatan agak ke timur dan barat dari wilayah penelitian.



Gambar 5.7. dan 5.8. Hidran dan penjual galon di RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan

[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

5.2.7. Fasilitas MCK penduduk miskin

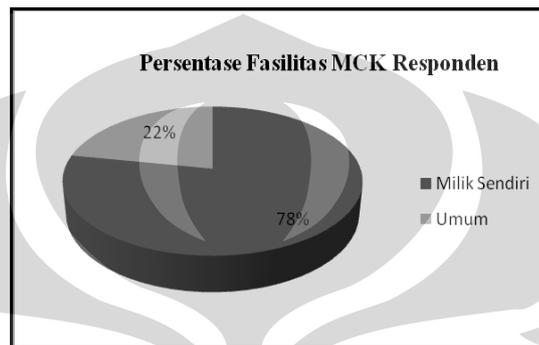
Penduduk miskin yang memiliki rumah milik sendiri dan menumpang umumnya memiliki fasilitas MCK pribadi. Pada wilayah penelitian, ditemukan sebesar 49 penduduk miskin atau 78% dari jumlah keseluruhan memiliki fasilitas MCK sendiri. Mereka yang memiliki ini hampir ada di setiap RW. Cara perolehan air untuk peturasan mereka umumnya di beli dari tukang air pikulan dengan harga Rp.2.000 untuk satu pikulan atau memasang selang yang dihubungkan dari rumah warga yang mempunyai PAM dan atau dihubungkan dari tempat hindrannya langsung yang berada dekat dengan tempat tinggal penduduk miskin.

Sebanyak 14 penduduk miskin atau 22% dari jumlah keseluruhan menggunakan fasilitas MCK umum dengan tarif Rp 1.000 untuk sekali pakai. Biasanya penduduk miskin menghabiskan Rp 3.000 sampai Rp 5.000 hanya untuk MCK. Umumnya penduduk miskin yang menggunakan fasilitas MCK umum adalah mereka yang belum lama tinggal di RW yang diteliti.

Tabel 5.7. Persentase fasilitas MCK penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan Tahun 2010

Fasilitas MCK	Keterangan (RW)	Jumlah Penduduk Miskin	
		Jiwa	%
Milik Sendiri	Semua RW	49	78
Umum	007,011,017	14	22
Jumlah		63	100

[Sumber: Pengolahan data, 2010]



Gambar 5.9. Grafik persentase fasilitas MCK penduduk miskin di RW Kumuh Sedang dan Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan 2010

[Sumber: Pengolahan data, 2010]

Gambar 5.10. dan 5.11. di bawah ini dapat menjelaskan bahwa penduduk miskin yang memiliki fasilitas MCK sendiri, membuang air buangan limbahnya ke dalam sungai atau waduk. Sedangkan, yang menggunakan fasilitas MCK umum, terlihat lebih bersih dan lebih terawat walaupun ujung-ujungnya air buangannya meluncur ke selokan.



Gambar 5.10. dan 5.11. Fasilitas MCK pribadi dan umum di Kelurahan Penjaringan

[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

5.2.8. Kualitas tempat tinggal dan lingkungan

5.2.8.1. Kualitas tempat tinggal dan lingkungan di RW Kumuh sedang

Kualitas tempat tinggal di RW kumuh sedang umumnya permanen dan ada beberapa yang semi permanen. Sebagai contoh, ialah di RW 011, dimana pada gambar di bawah ini dapat dilihat bahwa kualitas tempat tinggalnya semi permanen dengan kerapatan bangunan yang tinggi.

Kualitas lingkungan, pada gambar dapat dilihat bahwa keberadaan RW ini yang dekat dengan jalan tol dan Pasar Rawa Bebek umumnya memiliki kualitas lingkungan yang rendah. Hujan yang tidak terlalu lama juga dapat menyebabkan jalan-jalan di RW ini tergenang atau bahkan banjir, karena mampatnya aliran air diselokan.



Gambar 5.12. Kualitas tempat tinggal dan lingkungan penduduk miskin di RW Kumuh Sedang, Kelurahan Penjaringan

[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

5.2.8.2. Kualitas tempat tinggal dan lingkungan di RW kumuh berat

Kualitas tempat tinggal di RW kumuh Berat umumnya permanen dan semi permanen. Bahkan ada beberapa tempat tinggal yang masuk ke dalam kualitas tempat tinggal darurat. Sebagai contoh, ialah di RW 017, dimana pada gambar di bawah ini dapat dilihat bahwa kualitas tempat tinggalnya darurat dengan kerapatan bangunan yang tinggi.

Kualitas lingkungan, pada gambar dapat dilihat bahwa keberadaan RW ini yang dekat dengan Waduk Pluit dan Kali Opak yang bermuara ke Laut Jawa, umumnya memiliki kualitas lingkungan yang sangat rendah. Hujan yang tidak

terlalu lama juga dapat menyebabkan jalan-jalan di RW ini tergenang atau bahkan banjir, karena mampatnya aliran air diselokan dan banjir air pasang.



Gambar 5.13. Kualitas tempat tinggal dan lingkungan penduduk miskin di RW Kumuh Berat, Kelurahan Penjaringan

[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

5.3. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah suatu program yang dicanangkan oleh pemerintah melalui kementerian kesehatan dan lembaga-lembaga non-pemerintah yang peduli terhadap kesehatan untuk mencapai satu tujuan yaitu manusia Indonesia yang sehat agar mampu mewujudkan bangsa yang memiliki daya saing. Promosi kesehatan biasanya dilakukan di Posyandu, Puskesmas, dan tempat-tempat yang mudah dijangkau oleh penduduk dan biasanya dikaitkan dengan peringatan hari-hari nasional yang berhubungan dengan kesehatan, seperti pada pekan imunisasi, hari AIDS, dan sebagainya.

Promosi kesehatan umumnya menasar penduduk miskin yang secara pendidikan, memiliki pengetahuan rendah mengenai kesehatan yang diiringi pula dengan kekurangan biaya dan keengganan berobat akibat takut tidak mampu bayar. Oleh karena itu, umumnya dalam promosi kesehatan yang dilakukan ialah berobat murah/gratis serta penyuluhan tentang bahaya merokok dan pentingnya keluarga berencana.

Di wilayah penelitian, promosi kesehatan yang diketahui penduduk miskin umumnya mengenai imunisasi bagi balita dan berobat murah. Tempat diadakannya promosi kesehatan ialah di Posyandu yang berada di setiap RW, baik yang berada di rukun warga kumuh sedang dan kumuh berat yang terdapat di

Kelurahan Penjaringan. Ada beberapa penduduk miskin yang mendapatkan imunisasi di Posyandu pada rukun warga tersebut. Biasanya, setelah melakukan imunisasi terhadap anak penduduk miskin, petugas kesehatan memberikan pengetahuan kepada penduduk miskin mengenai manfaat dari imunisasi yang dilakukan. Ada juga beberapa penduduk miskin yang tidak tahu menahu mengenai promosi kesehatan di sekitar tempat tinggalnya. Umumnya disebabkan karena ketidakpedulian terhadap adanya pelaksanaan salah satu program pemerintah ini serta belum lama tinggal di wilayah yang diteliti.



Gambar 5.14. Salah satu RW tempat diadakannya sarana promosi kesehatan di Kelurahan Penjaringan

[Sumber: Dokumen pribadi, 2010]

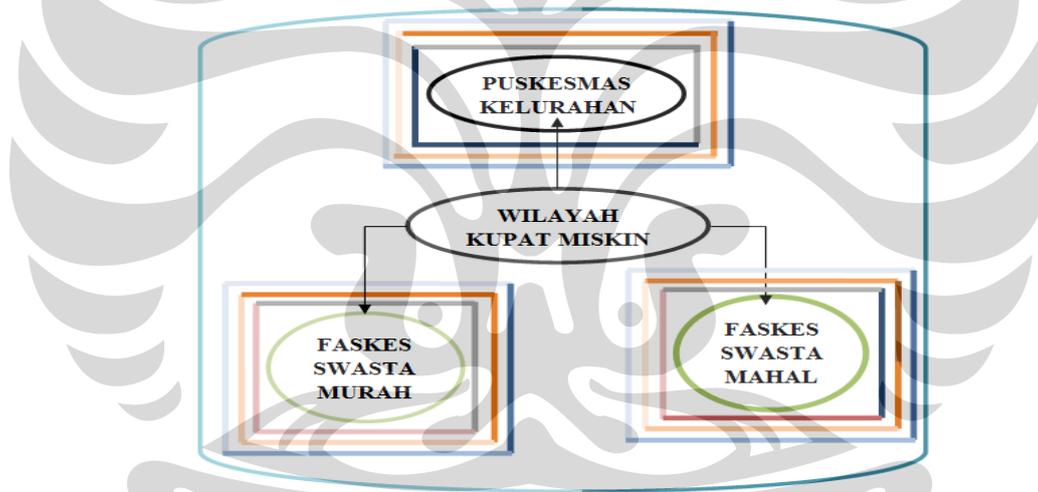
Selain itu, keberadaan LSM tidak ditemui pada kegiatan promosi kesehatan di RW kumuh sedang dan kumuh berat yang berada di wilayah penelitian. Hanya pada masa-masa kampanye saja, Partai Politik mengadakan berbagai bentuk promosi kesehatan dalam hal menarik masa. Sedangkan keberadaan Organisasi Masyarakat, seperti FBR dan Pemuda Pancasila yang terdapat di RW kumuh sedang dan kumuh berat tidak banyak membantu dan hanya menjadi beban bagi perangkat wilayah setempat.

5.4. Aksesibilitas penduduk miskin dalam mendapatkan rujukan medik (Kuratif dan Rehabilitatif) dengan menggunakan analisa kecenderungan berdasarkan ruang sosial melalui kemampuan cara pandang penduduk miskin

Penduduk miskin, baik asli maupun pendatang dalam berobat di prasarana pelayanan kesehatan formal di Kelurahan Penjaringan cenderung memiliki

wilayah kebutuhan (*Sense of belonging*) yang meliputi hampir seluruh prasarana pelayanan kesehatan yang terdapat di Kelurahan ini. Artinya, mereka (penduduk miskin) menjangkau prasarana pelayanan kesehatan -dengan segala bentuk fasilitas yang dimilikinya- yang hanya berada di lingkup Kelurahan Penjaringan. Pada tulisan ini, prasarana pelayanan kesehatan formal dibagi menjadi tiga kelompok besar, yaitu Puskesmas Kelurahan, faskes formal swasta mahal, dan faskes formal swasta murah.

Pada Gambar 5.15., dapat diceritakan bahwa dengan menggunakan analogi, skema di bawah ini dapat dianalogikan sebagai TNI yang melindungi wilayah NKRI. Anggap tiga kotak pada Skema merupakan tiga kesatuan di dalam tumbuh TNI, yaitu TNI AD (Puskesmas Kelurahan), TNI AU (Faskes formal swasta mahal), dan TNI AL (Faskes formal swasta murah) yang berada di lingkup wilayah NKRI (Wilayah kupa miskin).



Gambar 5.15. Skema aksesibilitas penduduk miskin dalam berobat (kuratif dan rehabilitatif) pada fasilitas kesehatan formal di Kelurahan Penjaringan 2010

[Pengolahan data, 2010]

Legenda:

Status Sosial		Tingkat Pendapatan	
1. Asli	=	1. Rendah	=
2. Pendatang	=	2. Sedang	=
Lama Menetap (Tahun)		3. Tinggi	=
1. ≤ 5	=	Tingkat Pendidikan	
2. 6 – 10	=	1. Tidak Sekolah	=
3. 11 – 15	=	2. SD	=
4. 16 – 20	=	3. SMP	=
5. ≥ 21	=	4. SMA	=

Ketiga kesatuan ini, memiliki karakter/ciri khas (indikator) masing-masing, misalnya artileri (anggap lama menetap), paskhas (anggap tingkat pendapatan), dan amphibi (anggap tingkat pendidikan), yang dapat mendukung mereka (TNI) untuk mengamankan wilayah NKRI (berdasarkan indikator ini mereka (penduduk miskin) dapat mengakses pelayanan kesehatan yang sesuai). Lingkaran paling luar merupakan batas teritorial yang harus mereka amankan, dimana disana terdapat penduduk pada pulau-pulau kecil. Hal ini berarti, mereka (TNI) secara langsung memiliki rasa memiliki yang tinggi terhadap seluruh wilayah NKRI. Pada Skema, lingkaran paling luar merupakan penduduk miskin, baik asli maupun pendatang yang memiliki *sense of belonging* terhadap pelayanan kesehatan.

Tabel 5.8. Matrik aksesibilitas penduduk miskin dalam berobat (kuratif dan rehabilitatif) pada fasilitas kesehatan formal di Kelurahan Penjaringan tahun 2010

Indikator	Fasilitas Kesehatan Formal		
	Puskesmas Kelurahan	Swasta Mahal	Swasta Murah
Status Sosial			
1. Asli	√	√	√
2. Pendatang	√	√	√
Lama Menetap (Tahun)			
1. ≤ 5	√	√	—
2. 6 – 10	√	√	√
3. 11 - 15	√	√	√
4. 16 - 20	√	√	—
5. ≥ 21	—	√	—
Tingkat Pendidikan			
1. Tidak Sekolah	—	√	√
2. SD	—	√	—
3. SMP	√	√	—
4. SMA	√	√	√
Tingkat Pendapatan			
1. Rendah (<Rp 1.399.999)	√	√	√
2. Sedang (Rp 1.400.000 - Rp 1.599.999)	√	√	√
3. Tinggi (≥ Rp 1.600.000)	√	√	√

[Pengolahan data, 2010]

5.4.1. Aksesibilitas penduduk miskin dalam berobat ke Puskesmas Kelurahan

Dengan menggunakan indikator yang dikeluarkan oleh BPS, penduduk miskin yang cenderung datang berobat (kuratif dan rehabilitatif) ke Puskesmas

Kelurahan merupakan penduduk asli maupun penduduk pendatang yang telah tinggal selama lebih dari 5 tahun di Kelurahan tersebut. Pendidikan mereka umumnya tamat SMP dan SMA dengan pendapatan keluarga yang bervariasi dari rendah, sedang, hingga tinggi untuk ukuran mereka (*lihat* Tabel 5.8.).

Kemampuan mereka untuk berobat di Puskesmas Kelurahan disebabkan oleh rasa memiliki yang besar terhadap pelayanan kesehatan ini karena merupakan penduduk asli, yang dibuktikan dengan adanya kartu tanda penduduk (KTP) DKI Jakarta. Fasilitas yang lengkap dan memadai yang dimiliki Puskesmas -yang setiap tahun selalu diperbaiki dengan menggunakan pendapatan dari pajak- juga mendorong penduduk miskin untuk datang berobat disini. Hak mereka untuk memperoleh kesembuhan dengan mengeluarkan biaya yang tidak terlalu besar, menjadikan Puskesmas ini sebagai sebuah “ruang sosial favorit” bagi mereka yang merupakan warga asli maupun pendatang yang telah lama menetap dan memiliki identitas setempat.

5.4.2. Aksesibilitas penduduk miskin dalam berobat ke faskes formal swasta murah

Dengan menggunakan indikator yang dikeluarkan oleh BPS, penduduk miskin yang cenderung datang berobat (kuratif dan rehabilitatif) ke faskes formal swasta murah merupakan penduduk asli dan penduduk pendatang yang telah tinggal selama 6 hingga 15 tahun di Kelurahan tersebut. Pendidikan mereka umumnya tidak sekolah dan SMA dengan pendapatan keluarga yang bervariasi dari rendah, sedang, hingga tinggi untuk ukuran mereka (*lihat* Tabel 5.8.).

Kemampuan mereka untuk datang berobat di faskes formal swasta murah disebabkan oleh rasa memiliki yang besar terhadap pelayanan kesehatan ini karena fasilitas yang dimiliki cukup memadai sehingga mendorong mereka untuk datang kembali berobat disini. Selain itu, ruang sosial dan pendidikan yang rendah yang dimiliki mereka mengakibatkan mereka memilih pelayanan kesehatan ini, karena mereka ringkih untuk datang dan menggunakan Puskesmas atau faskes formal swasta yang lebih mahal.

Hak mereka untuk memperoleh kesembuhan dengan mengeluarkan biaya yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhannya untuk sembuh, menjadikan

pelayanan kesehatan ini sebagai sebuah “ruang sosial favorit” bagi mereka yang merupakan warga asli maupun pendatang yang telah lama menetap.

5.4.3. Aksesibilitas penduduk miskin dalam berobat ke faskes formal swasta mahal

Dengan menggunakan indikator yang dikeluarkan oleh BPS, penduduk miskin yang cenderung datang berobat (kuratif dan rehabilitatif) ke faskes formal swasta mahal merupakan penduduk asli maupun penduduk pendatang yang telah tinggal selama lebih dari 5 tahun hingga 25 tahun di Kelurahan tersebut. Pendidikan mereka umumnya sangat bervariasi, mulai dari tidak sekolah, SD, SMP dan SMA dengan pendapatan keluarga yang bervariasi dari rendah, sedang, hingga tinggi untuk ukuran mereka (*lihat* Tabel 5.8.).

Kemampuan mereka untuk berobat di pelayanan kesehatan ini disebabkan oleh rasa memiliki yang besar terhadap pelayanan kesehatan ini karena fasilitas yang dimiliki lengkap dan memadai. Jam operasional yang umumnya panjang, bahkan sampai 24 jam, membuat mereka cenderung datang berobat ke pelayanan kesehatan dengan kategori ini. Mereka tidak hanya menggunakan pelayanan kesehatan ini untuk berobat (kuratif dan rehabilitatif) saja. Melainkan, mereka menggunakan pelayanan kesehatan dengan kategori ini untuk melakukan konsultasi kesehatan, imunisasi, dan bahkan melakukan khitan untuk anak laki-laki mereka. Selain karakteristik di atas, perihal beberapa dari mereka yang datang berobat ke pelayanan kesehatan ini juga didasari oleh rasa ketidakpuasan (tidak sembuh) mereka atas pelayanan kesehatan lainnya, khususnya Puskesmas Kelurahan.

Hak mereka untuk memperoleh kesembuhan dengan mengeluarkan biaya yang tidak terlalu besar, menjadikan pelayanan kesehatan ini sebagai sebuah “ruang sosial favorit” bagi mereka yang merupakan warga asli maupun pendatang yang baru dan telah lama menetap.

5.5. Tindakan Preventif

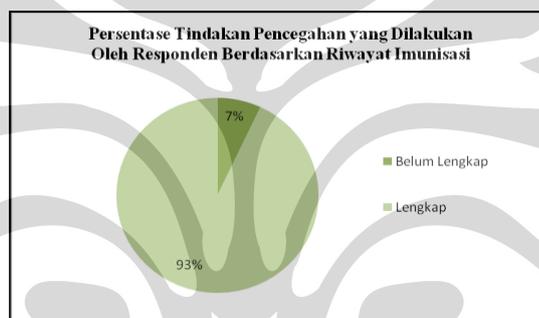
Data tindakan preventif/pencegahan diambil dari riwayat imunisasi keluarga yang pernah didapatkan oleh keluarga penduduk miskin. Di dapatkan

hasil bahwa mayoritas keluarga penduduk miskin telah melakukan imunisasi lengkap di Posyandu atau di sarana pelayanan kesehatan umum lainnya. Sedangkan, keluarga penduduk miskin yang belum diimunisasi lengkap biasanya yang belum mereka dapatkan ialah imunisasi polio. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 5.9. dan Gambar 5.16 di bawah ini.

Tabel 5.9. Persentase tindakan pencegahan (preventif) yang di lakukan oleh penduduk miskin berdasarkan riwayat imunisasi

Tindakan Pencegahan (imunisasi)	Keterangan	
	Jumlah	%
Belum Lengkap	4	6.34
Lengkap	59	93.65
Jumlah	63	100

[Sumber: Pengolahan data 2010]



Gambar 5.16. Persentase tindakan pencegahan yang dilakukan penduduk miskin berdasarkan riwayat imunisasi

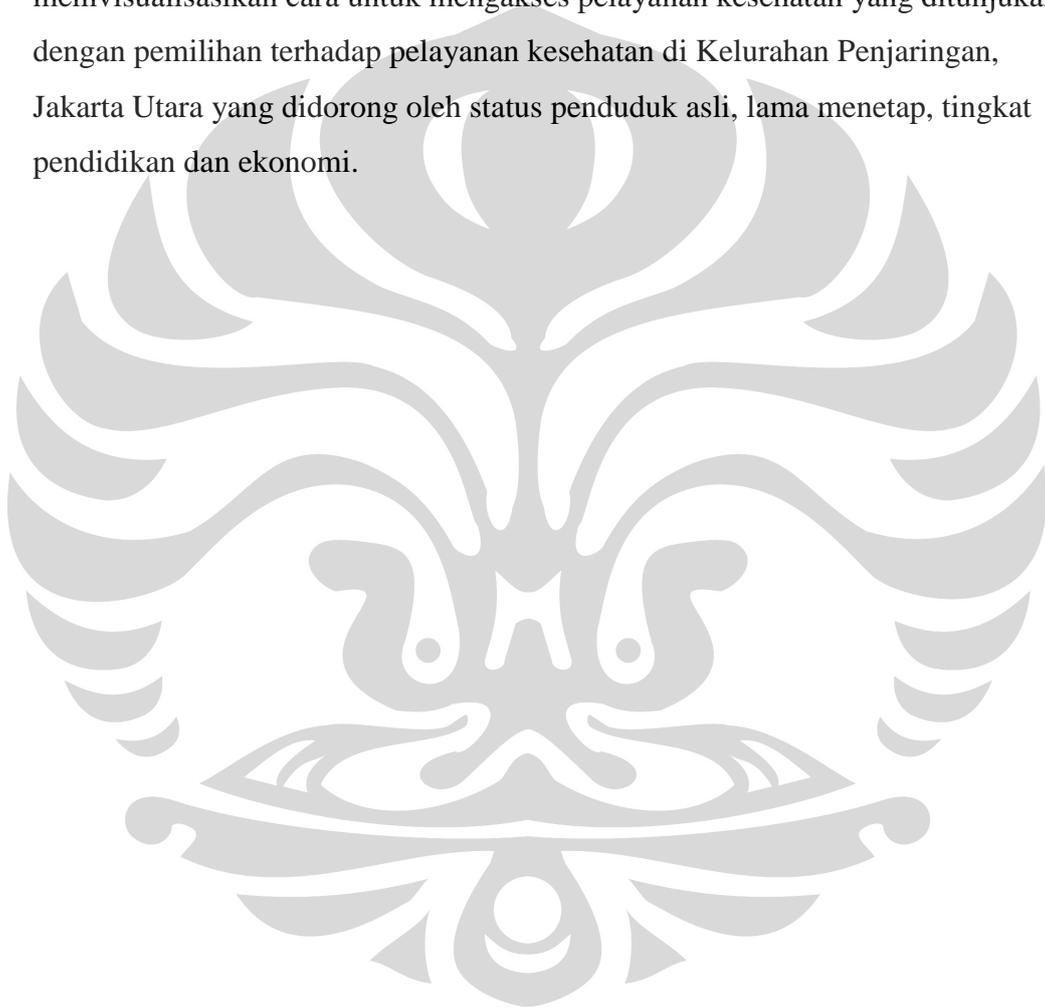
[Sumber: Pengolahan Data, 2010]

Penduduk miskin yang memiliki tindakan pencegahan yang baik ialah penduduk miskin yang telah melakukan imunisasi dengan lengkap untuk seluruh anggota keluarganya. Frekuensi makan per hari minimal dua kali juga dapat memberikan pengaruh terhadap tindakan pencegahan yang dilakukan oleh penduduk miskin yang diiringi juga konsumsi vitamin. Pada Tabel 5.10. pada Lampiran 4, dapat diceritakan bahwa penduduk miskin yang mendapatkan imunisasi lengkap umumnya memiliki frekuensi makan dua kali sehari dibanding mereka yang tidak diimunisasi lengkap. Melalui imunisasi ini juga, secara langsung penduduk miskin mendapatkan promosi kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan setempat.

BAB 6

KESIMPULAN

Kemiskinan merupakan hambatan bagi mereka yang tinggal di permukiman kumuh untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai. Perasaan memiliki (*sense of belonging*) yang tinggi terhadap wilayah kebutuhan pelayanan kesehatan memudahkan mereka (penduduk miskin) dalam memvisualisasikan cara untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ditunjukkan dengan pemilihan terhadap pelayanan kesehatan di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara yang didorong oleh status penduduk asli, lama menetap, tingkat pendidikan dan ekonomi.



DAFTAR PUSTAKA

Buku Teks:

- Aday dan Andersen. (1975). *Development of Indices of Access to Medical Care*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Dickenson. J.P. *et.al.* (1983). Geografi Negara Berkembang. Terjemahan dari buku *A Geography of the Third World*. London: Cambrigde University Press.
- Departemen Kesehatan RI. (1992). *Pedoman Kerja Puskesmas*. Jilid 1. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Grinjs, Kees. (2007). Nama-nama Tempat di JABODETABEK. dalam Peter J.M. Nas dan Kees Grinjs. (Peny.). *Jakarta-Batavia: Esai Sosio-Kultural*. Jakarta: KITLV-Banana. 225-243p.
- Herbert, David T., dan Colin J. Thomas. (1982). *Urban Geography: A First Approach*. New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Jellinek, Lea. (1995). Seperti Roda Berputar: Perubahan Sosial Sebuah Kampung. Terjemahan dari buku *The Wheel of Fortune: The History of Poor Community In Jakarta*. Jakarta: LP3ES. 19-45p.
- Knox, Paul L. (1987). *Urban Social Geography: An Introduction*. 2nd ed. London: Longman Group UK Limited.
- Koestoer, R.H. *et.al.* (Peny.) (2001). *Dimensi Keruangan Kota: Teori dan Kasus*. Jakarta: Penerbit UI.
- Levy, John M. 1991. *Contemporary Urban Planning*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Muninjaya, A.A Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Ed. 2. Jakarta: EGC-Penerbit Buku Kedokteran. 121-241p.
- Nas, Peter. J.M. dan Keers Grijns. (2007). *Jakarta-Batavia: Esai Sosio-Kultural*. Jakarta: KITLV-Banana. 1-27p.
- Natsir, M. (1988). *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia
- Neimeijer, Hendrik E. (2007). Komunitas Kristen Asia Merdeka dan Kemiskinan di Batavia Pramodern. dalam Peter J.M. Nas dan Kees Grinjs. (Peny.). *Jakarta-Batavia: Esai Sosio-Kultural*. Jakarta: KITLV-Banana. 81-101p.

- Rodrigue, J.P. *et.al.* (2006). *The Geography of Transport System*. New York: Routledge.
- Sandy, I Made. (1996). *Republik Indonesia Geografi Regional (Buku Teks)*. Depok: Jurusan Geografi FMIPA-UI.
- Santoso, Jo. (2006). *Menyiasati Kota Tanpa Warga*. Jakarta: KPG-Centropolis Universitas Tarumanagara.
- Sobirin. (2001). Distribusi Permukiman dan Prasarana Kota (Studi Kasus Dinamika Pembangunan Kota di Indonesia). dalam Koestoer, R.H. *et.al.* (Peny.). *Dimensi Keruangan Kota: Teori dan Kasus*. Jakarta: Penerbit UI. 40-71p.
- Van der Burg, Peter H. (2007). Batavia yang Tidak Sehat dan Kemerostan VOC pada Abad ke 18. dalam Peter J.M. Nas dan Kees Grinjs. (Peny.). *Jakarta-Batavia: Esai Sosio-Kultural*. Jakarta: KITLV-Banana.
- Yi-Fu Tuan, (1977). *Space and Place: The Perspective of Experience*. Minnesota: Minnesota University Press. 3-50p.

Jurnal, Seminar, dan Hasil Penelitian:

- Adi, Isbandi Rukminto. (2005). Kemiskinan Multidimensi. *Jurnal Makara, Sosial Humaniora*. Vol. 9, No. 1, Juni 2005. DRPM-UI.
- Adiseno. (1986). Permukiman Liar di Jakarta Pusat. *Skripsi Doktorandus*. Depok: Jurusan Geografi FMIPA-UI.
- Alcock, Glyn A. *et.al.* (2009). Community-Based Health Programme: Role Perceptions and Experience of Female Peer Facilitators In Mumbai's Urban Slums. *Health Educational Research*. Vol. 24 No. 6 2009. 957-966p.
- Conway, Dennis. (1985). Changing Perspectives on Squatter Settlements, Intraurban Mobility, and Constraints on Housing Choice of the Third World Urban Poor. *Journal of Urban Geography*. Vol. 6, No. 2, April-June 1985. V.H. Winston & Sons, Inc. 170-192p.
- Hartanto, Djoko, Haning Romdiati, dan Erniati Djohan. (1999). *Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi: Studi Kasus di Kabupaten Jayawijaya, Irian Jaya*. Jakarta: kerjasama PPT-LIPI dengan The ANU dan AusAID. 2-3p.
- Pudjiastuti, Wahyuni. (2002). Strategi Mengatasi Masalah Kesehatan dan Lingkungan Hidup di Permukiman Kumuh Lewat Program Pemasaran

- Sosial. *Jurnal Makara, Sosial Humaniora*. Vol.6, No. 2, Desember 2002. LPUI.
- Purwadhi, F. Sri Hardiyanti.(2004). Deteksi Permukiman Kumuh dari Citra IKONOS (Studi Kasus: Kabupaten Bekasi dan Kerawang, Jawa Barat). *Jurnal Geografi*. Depok: Departemen Geografi FMIPA-UI.
- Rao, Mala, Amith Samarath, dan J.K. Lakshmi. (2010). Challenges and Opportunities: A Review of the Health of the Urban Poor in the South-East Asia Region. Draft on Regional Consultation on Health of the Urban Poor. Mumbai: World Health Organization. iv p.
- Sandy, I Made. (1978). *Kota di Indonesia*. Publikasi No. 113. Direktorat Tata Guna Tanah. Ditjen Agraria. Jakarta: Departemen Dalam Negeri.
- Sato, Mariko. (2010). Poverty and Climate Change Challenge Asian Cities' Succes. International Conference Southeast Asia Metropolises and Urbanization: Challenges and Tools in A context of Climate Change. Jakarta: IAP and Ambassade de France. 4p.
- Setiadi, Hafid. (2007). Penataan Ruang, Intergrasi Nasional, dan Wilayah Tertinggal: Sebuah Tinjauan Politik Keruangan Nasional. Disajikan dalam seminar "Membangun Infrastruktur Sebagai Salah Satu Solusi Mengurangi Kesenjangan Antar Daerah" tanggal 25-26 Juli 2007.
- Soeroso. (2007). Tekanan Kemiskinan Struktural Komunitas Nelayan Di Perkotaan. *Jurnal Penduduk, Kebudayaan, dan Politik*. Th. XX, No. 2, April 2007. Jurusan Sosiologi FISIP-UNAIR.

Web dan Instansional:

- BPS. (2007). *Indikator Kesejahteraan Penduduk Kotamadya Jakarta Utara*. Jakarta: BPS.
- _____. (2008). *Evaluasi RW Kumuh DKI Jakarta Tahun 2008*. Jakarta: BPS
- _____. (2008). *Kecamatan Penjaringan Dalam Angka 2008*. Jakarta: BPS.
- Departemen Kesehatan RI.(2010). "Pembangunan Kesehatan Berbasis Preventif dan Promotif". Akses dari <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/849-pembangunan-kesehatan-berbasis-preventif-dan-promotif.html> tanggal 7 Mei 2010 Jam 13:25 wibb.

Departemen Sosial RI. (2006). “Kajian Indeks BPS Tentang Kemiskinan”. Akses dari <http://ditppk.depsos.go.id/html/modules.php> tanggal 30 Maret 2010 jam 15:35 wibb.

Info Seputar Puskesmas. (2009). “4 Macam Sistem Rujukan Upaya Kesehatan: Kuratif”. Akses dari <http://www.puskel.com/4-macam-sistem-rujukan-upaya-kesehatan> tanggal 5 mei 2010 jam 10:15 wibb.





Lampiran 1

Tabel 4.3. Luas wilayah, jumlah dan persentase penduduk di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

RW	RT	Luas Wilayah (Ha)	Jumlah Kepala Keluarga	Jumlah Penduduk (Jiwa)	% Jumlah Penduduk
001	11	11	741	2540	3
002	12	10	596	2096	2
003	14	11	790	3360	4
004	12	10	805	3338	4
005	7	9	396	1224	1
006	15	10	850	3986	5
007	21	54	1509	5881	7
008	23	71	2101	10032	12
009	11	14	798	2772	3
010	11	14	591	1585	1
011	21	15	1593	6315	8
012	10	14	803	4698	6
013	12	14	760	3344	4
014	16	14	827	3182	4
015	11	30	787	3620	4
016	11	31	896	3878	5
017	22	68.43	4193	17710	23
Jumlah	240	395.43	19037	79442	100

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

Lampiran 2

Tabel 4.6. Luas wilayah, jumlah dan persentase penduduk miskin di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

RW	RT	Luas Wilayah (Ha)	Jumlah Kepala Keluarga Miskin	Jumlah Keluarga Miskin (Jiwa)	% Jumlah Penduduk Miskin	Keterangan
1	11	11	198	792	2	Kumuh Ringan
2	12	10	130	520	2	Kumuh Ringan
3	14	11	202	808	3	Kumuh Ringan
4	12	10	381	1524	6	Kumuh Sedang
5	7	9	81	324	1	Tidak Kumuh
6	15	10	129	516	1	Kumuh Ringan
7	21	54	427	1708	7	Kumuh Sedang
8	23	71	228	912	3	Kumuh Ringan
9	11	14	237	948	4	Kumuh Ringan
10	11	14	127	508	2	Kumuh Ringan
11	21	15	462	1848	8	Kumuh Sedang
12	10	14	273	1092	5	Kumuh Ringan
13	12	14	214	856	3	Kumuh Ringan
14	16	14	237	948	4	Kumuh Sedang
15	11	30	190	760	2	Kumuh Ringan
16	11	31	171	684	2	Kumuh Ringan
17	22	68.43	3264	13056	45	Kumuh Berat
Jumlah	240	395.43	6951	27804	100	

[Sumber: Badan Pusat Statistik dan Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan yang diolah kembali]

Lampiran 3

Tabel 4.8. Nama-nama tempat pelayanan kesehatan yang terdapat di Kelurahan Penjaringan Tahun 2009

No.	Nama-nama Tempat Pelayanan Kesehatan	RW	Alamat	Keterangan
1	Posyandu Melati	001	Jl. Luar Batang II Rt.004/01	Imunisasi
2	Posyandu Mawar	002	Jl. Luar Batang IV Rt.001/01	Imunisasi
3	Posyandu Anyelir	003	Jl. Luar Batang V Rt.004/03	Imunisasi
4	Posyandu Cempaka	004	Jl. Ekor Kuning Gg. Hilir Rt.003/04	Imunisasi/penyuluhan
5	Posyandu Dahlia	005	Jl. Ekor Kuning Rt.004/05	Imunisasi
6	Posyandu Louhan	006	Jl. Tanah Pasir RSB Rt.011/06	Imunisasi
7	Posyandu Kemuning	007	Jl. Bakti Rt.003/07	Imunisasi
8	Posyandu Anggrek	008	Jl. Pluti Dalam Rt.011/08	Imunisasi
9	Posyandu Melati IX	009	Jl. Tanah Pasir Rt.007/09	Imunisasi
10	Posyandu Melati X	010	Jl. Sukarela Rt.004/010	Imunisasi
11	Posyandu Melati XI	011	Jl. Rawa Bebek Rt.014/011	Imunisasi
12	Posyandu Melati XII	012	Jl. Rawa Bebek Rt.003/012	Imunisasi
13	Posyandu Melati XIII	013	Jl. Rawa Bebek Rt.003/013	Imunisasi
14	Posyandu Melati XIV	014	Jl. Kertajaya Pos RW 014	Imunisasi/penyuluhan
15	Posyandu Melati XV	015	Jl. Kp.Baru Kb. Koja Rt.002/015	Imunisasi
16	Posyandu Melati XVI	016	Jl. Hwacung Rt.010/016	Imunisasi
17	Posyandu Kenanga	017	Jl. Muara Baru Rt.021/017	Imunisasi
18	Puskesmas Kecamatan Penjaringan		Jl. Teluk Gong Raya No. 2	Rujukan
19	Puskesmas Kelurahan Penjaringan		Jl. Raya Pluit Selatan No. 2	Rujukan
20	Klinik Pesona	006	Rusun Mawar lantai dasar	PKU
21	Poliklinik Medikana	002	Jl. Luar Batang IX No. 8	PKU
22	Yayasan RS Pluit		Jl. Pluit Raya Kav.12	PKU
23	Yayasan RS Atma Jaya		Jl. Pluit Raya	PKU
24	Balkenas RS Husada		Jl. Bandengan Utara 40 D	PKU
25	Klinik Muara baru	017	Jl. Raya Muara Baru	Dokter Umum
26	Klinik 24 Jam Ghina marlina	017	Jl. Raya Muara Baru Blok G No.10	PKU
27	Klinik Umum Mitra Husada	017	Jl. Raya muara Baru No. 45	PKU
28	Poliklinik Rahim Medika	009	Jl. Tanah Pasir No.35	PKU
29	Balai Pengobatan Umum	005	Pos Petak Asem	PKU
30	Poliklinik Dharma Bakti	007	Jl. Bakti	Dokter Umum

[Sumber: Laporan tahunan Kelurahan Penjaringan dan hasil survei lapangan yang diolah kembali]

Lampiran 5

KUESIONER AKSESIBILITAS PENDUDUK MISKIN PADA PERMUKIMAN KUMUH (*SLUM AREA*) TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN (STUDI KASUS : KELURAHAN PENJARINGAN)

NAMA PEWAWANCARA



DEPARTEMEN GEOGRAFI
FMIPA-UI
2010

DAFTAR PERTANYAAN

I. Identitas Responden

1. Kecamatan :
2. Kelurahan :
3. Rt/Rw :
4. Tanggal wawancara :
5. No. Responden :
- (Plot pada peta)
6. Nama Responden :
7. Alamat/lokasi Responden :
8. Jarak rumah Responden :
- dari jalan umum
9. Kegiatan di sekitar rumah responden pada radius 200 meter :
 1. Industri.
 2. Perdagangan.
 3. Perkantoran/usaha.
 4. Kantor pemerintahan setempat.
 5. Pariwisata.
 6. Lainnya (sebutkan:

II. Keterangan Anggota Rumah Tangga

1. Jumlah anggota keluarga dalam rumah tangga :
.....
2. Jumlah anak :
.....
3. Jumlah kerabat yang :
.....
menumpang

III. Pekerjaan

1. Pekerjaan kepala keluarga:
 1. Wiraswasta.

2. Pegawai pemerintah.
3. Buruh.
4. Lainnya (sebutkan:)
2. Transportasi yang digunakan:
 1. Motor.
 2. Angkutan kota/umum.
 3. Bus.
 4. Kereta rel listrik.
 5. Lainnya (sebutkan:)
3. Lokasi bekerja:
 1. Jakarta.
 2. Luar Jakarta
4. Jumlah anggota keluarga :
yang bekerja

IV. Pendapatan dan Pengeluaran

1. Pendapatan perbulan:
 1. Kepala keluarga (KK) :
 2. Anggota keluarga lain yang bekerja :
2. Pengeluaran Keluarga:
 1. Untuk makan per hari :
 2. Transportasi :
 3. Pendidikan anak :
 4. Kesehatan :
 5. Biaya listrik dan air bersih (konsumsi) :
 6. Biaya pengangkutan sampah/LKMD :
 7. Biaya bahan bakar untuk masak :
 8. Biaya bahan bakar untuk kendaraan :

V. Kondisi Tempat Tinggal

1. Status tanah/rumah:
 1. Milik sendiri.
 2. Warisan.
 3. Sewa/kontrak.
 4. Hibah, (sebutkan dari :)
 5. Pinjam.
 6. Numpang.
2. Jenis fisik bangunan:
 1. Rumah bertingkat.
 2. Rumah tidak bertingkat.
 3. Rumah petak tidak bertingkat.
3. Usia bangunan.
 1. < 5 tahun.
 2. 5 tahun – 10 tahun.
 3. > 10 tahun.
4. Bahan lantai rumah :
5. Bahan dinding rumah :
6. Bahan atap rumah :

VI. Kondisi Lingkungan dan Ketersediaan Fasilitas

1. Fasilitas mandi dan BAB:
 1. Milik sendiri.
 2. Umum : Bayar/Gratis.

3. Sungai. :
2. Sumber air untuk mandi :
3. Sumber air untuk konsumsi :
4. Bahan bakar untuk masak :
5. Cara pembuangan air limbah :
6. Cara pembuangan sampah :
7. Kondisi salurah air (selokan) :
8. Kondisi jalan :
9. Kondisi jalan saat hujan :

VII. Asal Daerah

1. Apakah anda asli dari daerah ini?
 1. Ya. (Lanjut ke pertanyaan no. 5)
 2. Tidak.
2. Darimana asal kelahiran anda?
 1. Kelurahan :
 2. Kecamatan :
 3. Kabupaten/Kota :
 4. Provinsi :
3. Apa alasan anda pindah dan tinggal di lokasi ini?

4. Sebelum tinggal di lokasi ini, anda tinggal dimana?
 1. Kelurahan :
 2. Kecamatan :
 3. Kabupaten/Kota :
 4. Provinsi :
5. Sudah berapa lama tinggal di lokasi ini?
 1. < 5 tahun.
 2. 5 tahun – 10 tahun.
 3. > 10 tahun.
6. Apakah anda memiliki KTP Jakarta
 1. Sudah.
 2. Belum. (KTP daerah mana yang anda miliki:.....)

VIII. Pengetahuan Mengenai Kesehatan

1. Pendidikan terakhir Ibu Rumah Tangga :
2. Promosi Kesehatan:
 1. Adakah lembaga atau perorangan yang memberikan sosialisasi mengenai kesehatan?
 Sebutkan,

 2. Biasanya dimana diadakan sosialisasi mengenai pelayanan kesehatan?
 Sebutkan,

.....

3. Biasanya apa yang diberikan di dalam sosialisasi pelayanan kesehatan?
 1. Penyuluhan.
 2. Imunisasi.
 3. Berobat gratis/murah.
 4. Lainnya, (sebutkan:)

3. Tindakan Penyembuhan:
 1. Jika sakit, kepada siapa anda berobat :
 2. Jika melahirkan, biasanya ke:
 1. Dokter kandungan.
 2. Bidan.
 3. Dukun beranak.
 4. Famili lain.
 5. Lainnya, (sebutkan:)

3. Waktu anda berobat dan melahirkan, anda mengeluarkan biaya atau tidak?

4. Apakah anda menggunakan SKTM atau AKSESKIN waktu anda berobat dan melahirkan?

4. Tindakan Pencegahan:
 1. Apakah anda mengkonsumsi vitamin? Ya/tidak.
 2. Apakah anda sudah diimunisasi lengkap?
 1. Sudah.
 2. Belum,
 (imunisasi apa yang pernah anda dapatkan;
)

3. Asupan gizi:
 Menu makan sehari-hari:
 1. Bervariasi.
 2. Tidak bervariasi.
 Berapa kali makan setiap hari:
 1. Satu kali.
 2. Dua kali.
 3. Tiga kali.

4. Upaya anda untuk berobat? Ada/tidak
 5. Seberapa sering anda berobat? dan dimana?

TERIMA KASIH