

Pengisian poin C sampai dengan poin H mengikuti template berikut dan tidak dibatasi jumlah kata atau halaman namun disarankan ringkas mungkin. Dilarang menghapus/memodifikasi template ataupun menghapus penjelasan di setiap poin.

C. **HASIL PELAKSANAAN PENELITIAN:** Tuliskan secara ringkas hasil pelaksanaan penelitian yang telah dicapai sesuai tahun pelaksanaan penelitian. Penyajian dapat berupa data, hasil analisis, dan capaian luaran (wajib dan atau tambahan). Seluruh hasil atau capaian yang dilaporkan harus berkaitan dengan tahapan pelaksanaan penelitian sebagaimana direncanakan pada proposal. Penyajian data dapat berupa gambar, tabel, grafik, dan sejenisnya, serta analisis didukung dengan sumber pustaka primer yang relevan dan terkini.

1. Aksesibilitas Masyarakat Miskin pada Pelayanan Kesehatan

a. Ketidakadilan Prosedural

Penduduk miskin merupakan masalah serius di Kota Bandung, sehingga pemetaan yang baik merupakan suatu hal yang harus dilakukan. Sistem informasi merupakan salah satu cara yang efektif dalam hal pemetaan penduduk miskin tersebut. Keberadaan sistem informasi tentunya akan memberikan data yang akurat dan tepat, sehingga kebijakan yang harus diambil oleh Pemerintah Daerah Kota Bandung menjadi tepat sasaran atau dengan kata lain sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pemetaan data penduduk miskin juga dapat menentukan arah kebijakan bagi Pemerintah Daerah Kota Bandung dalam hal program mengentaskan kemiskinan, khususnya program jaminan kesehatan nasional. Berkaitan dengan permasalahan data masyarakat miskin di Kota Bandung, masih terdapat masyarakat miskin yang belum terdata dengan akurat. Bahkan pemetaan (*mapping*) masyarakat miskin masih belum dilakukan dengan baik, seperti dinyatakan informan berikut ini:

Kenyataannya masih banyak orang yang tidak mampu membayar iuran, orang miskin yang tidak terdata. Mengapa orang-orang miskin tidak terdata? Data di Kelurahan tidak ada, di Kecamatan tidak ada. Metodologi seperti apa yang digunakan untuk mendata. Apakah metodologi yang digunakan tepat atau tidak? Apalagi kalau berbicara tentang ketidakmampuan itu kan relatif. Misalnya, orang yang awalnya punya rumah bagus, punya kekayaan, tiba-tiba misalnya dapat musibah, jatuh miskin. Itu kan tidak serta merta bisa masuk ke dalam kategori orang miskin. Jadi, ketika mapping-nya tidak dilakukan secara baik, tidak di-update mereka akan terlewat.

Sistem informasi pemetaan data masyarakat miskin ini adalah salah satu cara pemerintah daerah Kota Bandung untuk memetakan penduduk miskin. Pendataan yang ada pada sistem informasi pemetaan data penduduk miskin ini meliputi tingkat kemiskinan, seperti sejahtera, menengah, hampir miskin, miskin dan sangat miskin. Kemudian, menyusun masyarakat miskin berdasarkan kriteria yang jelas dan terukur. Selain itu, pendataan masyarakat miskin ini juga dapat memberikan masukan kepada para pemangku kepentingan (stakeholders) yang ada pada Kota Bandung dalam hal pengambilan kebijakan jaminan kesehatan nasional khususnya dan penanggulangan kemiskinan pada khususnya. Disamping itu, kerjasama antara pihak BPJS Kesehatan Kota Bandung dengan pihak lain, misalnya dengan pihak Rumah Sakit adalah konsekuensi yang harus dilakukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik kepada peserta BPJS Kesehatan. Namun demikian, menurut informan, ada hal yang perlu didiskusikan dalam pembahasan kerjasama agar substansi kerjasama itu lebih detail.

Menurut pengamatan saya, itu kayaknya banyak hal yang tidak terdiskusikan secara detail ketika berbicara kerjasama. Misalnya, kerjasama dengan pabrik-pabrik obat. Kerjasama dengan rumah sakit, misalnya dengan rumah sakit tipe A, tipe B, tipe C, atau rumah sakit khusus ginjal. Itu perlu dijelaskan karakteristiknya apa saja. Kayaknya kurang detail spesifikasi dari masing-masing kondisi. Rumah sakit mana yang mau rugi? Akhirnya, pasien sendiri yang

menanggung penderitaannya. Kalau menurut saya sih kurang detail. Mereka akhirnya menyalahkan BPJS Kesehatan. Ya, dari segi proses sudah ditempuh, misalnya dengan melakukan MoU. Tapi bagaimana dari segi kualitas proses itu.

Kerjasama antara pihak BPJS Kesehatan dengan pihak lain, misalnya dengan pihak Rumah Sakit seharusnya lebih detail substansi kerjasama tersebut, karakteristik dan spesifikasi dari masing-masing kondisi, sehingga tidak merugikan pasien peserta BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan telah melakukan kerjasama dengan pihak lain, seperti Rumah Sakit adalah langkah baik, tetapi yang perlu diperbaiki adalah kualitas kerjasama tersebut.

b. Ketidakadilan Sosial

Masyarakat miskin sejatinya mendapatkan persamaan hak dan keadilan. Dalam praktiknya, masyarakat miskin masih sulit untuk mendapatkan akses terhadap keadilan. Negara perlu merenungkan kembali apa yang harus dilakukan agar masyarakat miskin mendapatkan hak-haknya. Program jaminan kesehatan nasional seharusnya dapat memenuhi keadilan masyarakat miskin. Namun, penilaian informan terhadap penerapan prinsip keadilan sosial dalam program jaminan kesehatan nasional adalah sebagai berikut:

Salah satu prinsip yang harus dipenuhi dari sebuah sistem jaminan sosial itu adalah diantaranya adalah equality dan social justice. Jadi, bukan jaminan sosial namanya kalau pembagian dan pemenuhan kebutuhan itu tidak didasari equality dan social justice. Dalam arti begini, misalnya negara punya uang berapa untuk memberikan jaminan sosial. Katakanlah misalnya, mereka memiliki dana 2 trilyun. Kebutuhan apa yang akan dijamin oleh Negara/Pemerintah misalnya untuk pemenuhan gizi dan pelayanan kesehatan. Itu didefinisikan, misalnya. Kemudian, dihitung berapa pagunya perorang. Artinya, kalau punya dana 2 trilyun, cukupnya untuk berapa orang. Itu baru dibagikan dengan hasil mapping tadi. Dibandingkan dengan hasil mapping. Warga yang paling miskin, yang paling membutuhkan bantuan barulah dibuat prioritas. Ini yang disebut persamaan hak. Yang paling prioritas itu yang mana. Apalagi berbicara tentang data dukcapil (kependudukan dan catatan sipil), gak bisa dijadikan andalan, yang mana yang paling miskin, kurang miskin, mana yang masuk kategori mampu, kita gak punya data yang benar-benar bisa dipercaya. Banyak orang yang kelihatan secara kasat mata benar-benar miskin, malah tidak dimasukkan sebagai orang miskin. Hal-hal seperti itu, seharusnya ada departemen tertentu yang bertanggungjawab atas itu yang bisa mengategorikannya secara tepat.

Menurut penilaian informan, keadilan sosial dalam program jaminan kesehatan adalah berkenaan terutama dengan soal pendataan masyarakat miskin yang akurat dan andal, termasuk diantaranya kriteria orang miskin. Banyak orang miskin yang seharusnya masuk sebagai orang miskin dan mendapatkan program jaminan kesehatan, malah sebaliknya mereka tidak mendapatkan jaminan kesehatan. Di samping itu, yang perlu dilakukan adalah memprioritaskan kebutuhan rakyat miskin, termasuk kebutuhan rakyat dalam program jaminan kesehatan. Pandangan informan mengenai jaminan sosial/jaminan kesehatan masih terjebak dalam *project bias* dan *person bias*, sehingga persamaan hak dan keadilan sosial masih belum banyak diwujudkan. Gambaran *project bias* dan *person bias* dalam penerapan jaminan sosial/jaminan kesehatan seperti disampaikan informan sebagai berikut:

Di kita, Pemerintah tidak begitu peduli, orang mau hidup terlantar, tidak bisa makan. Ok lah kalau tentang pendidikan sudah mulai terasa. Anak-anak kita sudah punya akses pendidikan, meskipun baru wajib belajar 9 tahun, baru hanya sampai SMP. Kalau pendidikan sudah terasa lah, walaupun kualitasnya perlu diperbaiki. Kalau tentang pelayanan sosial, yang ada hanya projected, gak ada yang berbasis equality. Tidak ada yang mendasarkan pada keadilan sosial. Keadilan akhirnya hanya konsep saja. Secara konseptual sudah ada, tapi realitasnya tidak bisa

diterapkan. Yang namanya keadilan sosial itu kan seluruh orang dipertimbangkan, kemudian dilihat mana yang eligible dan mana yang tidak eligible.

Secara eksplisit, disampaikan informan bahwa penerapan sistem jaminan sosial diantaranya masih dalam bentuk *pilot project*. Hal tersebut menurutnya belum mencerminkan *social justice* atau prinsip universalitas pada umumnya. Bahkan terjadinya ketidakadilan sosial juga karena adanya *person bias* dan *project bias*.

Yang saya temukan, banyak yang mengklaim sistem jaminan sosial itu ada diantaranya sebagai pilot project, universalitasnya dimana, social justice-nya dimana? Hanya di kota ini, hanya di kota ini. Yang terjadi adalah project bias dan juga person bias. Pemerintah ini kan dananya sedikit, tapi ingin disebut bahwa negara Indonesia punya sistem jaminan sosial. Jadi, menurut saya yang paling prioritas adalah pendataan penduduk. Ini sama sekali tidak mendasarkan pada persamaan hak.

Person bias dan *project bias* seharusnya dapat dihindari dalam setiap program pembangunan, khususnya program jaminan kesehatan nasional. *Person bias* dan *project bias* sama sekali tidak mencerminkan ketidakadilan sosial, karena yang menikmati hanya sebagian orang (khususnya orang miskin), sementara sebagian orang miskin lainnya belum menikmati program jaminan kesehatan nasional.

c. Ketidakadilan Politik

Ketidakadilan secara politik juga terjadi dalam penerapan jaminan kesehatan nasional, karena akibat dari ketidakadilan secara prosedural dan ketidakadilan sosial. Ketidakadilan politik dalam penerapan jaminan kesehatan nasional seperti tercermin pada pernyataan informan berikut ini:

Sebenarnya setiap warga negara, tidak terkecuali orang-orang miskin punya hak yang sama di mata hukum. Hanya kemudian ketika berbicara hak, ada kriterianya mana saja, itu datanya tidak jelas. Tidak terdata secara valid. Jadi, akhirnya diskriminatif, apalagi kemudian akhirnya orang jadi nepotisme. Jadi kolusi karena persaingan permintaan begitu besar.

Diskriminatif terjadi karena orang miskin yang tidak terdata sehingga mereka tidak memperoleh akses terhadap pelayanan, termasuk pelayanan kesehatan. Pendataan orang-orang miskin yang ada tidak valid, karena tidak dilakukan setiap saat. Seharusnya data masyarakat miskin selalu di-update setiap saat. Di samping itu, karena persaingan untuk mendapatkan akses pelayanan begitu ketat, akhirnya mereka menempuh jalan pintas dengan kolusi ataupun nepotisme. Selain itu, alokasi anggaran yang terbatas bagi masyarakat miskin dapat menyebabkan sikap aparat hanya memprioritaskan dengan orang-orang yang dekat dengan elit kekuasaan, sementara sebagian diantara mereka menjadi termarjinalkan atau terpinggirkan, seperti dinyatakan informan, yakni:

Secara alokasi terlalu sedikit sumber yang dimiliki, terlalu terbatas. Akibatnya, hanya memprioritaskan dengan orang-orang yang dekat dengan elit kekuasaan. Kemudian, yang lain jadi termarjinalkan.

Dana untuk program jaminan kesehatan nasional untuk masyarakat miskin masih terbatas. Oleh karena itu, anggaran untuk program ini dilakukan secara bertahap untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) pada tahun 2019. Dana untuk masyarakat miskin peserta PBI, dialokasikan padan setiap tahun anggaran. Karena keterbatasan dana dalam setiap tahun anggarannya, maka cakupan kepesertaan yang dapat ditanggung oleh biaya Pemerintah

Pusat dan Daerah itu juga jumlahnya terbatas. Sementara, masyarakat miskin yang kebutuhan pelayanan kesehatan yang mendesak menempuh jalan pintas, dengan melakukan pendekatan kepada elit kekuasaan, agar mereka segera dapat terlayani program jaminan kesehatan.

2. Hambatan Aksesibilitas Masyarakat Miskin pada Pelayanan Kesehatan

Akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan masih sering terkendala oleh faktor internal dan eksternal masyarakat. Faktor internal meliputi 1. Kurangnya kesadaran warga miskin untuk berperilaku hidup sehat, 2. Kurangnya minat warga miskin untuk berobat ke puskesmas, 3. Kurangnya pemahaman tentang manfaat kartu askeskin, 4. kurangnya partisipasi warga miskin dalam kegiatan pelayanan kesehatan. Sedangkan kendala-kendala eksternal (berasal dari penyedia layanan kesehatan : provider) yaitu: 1. Kurangnya jumlah tenaga kesehatan 2. Kurangnya kualitas tenaga kesehatan, 3. Kurangnya mutu pelayanan kesehatan; 4. Penempatan tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan situasi di lapangan; 5. Kurangnya sistem informasi kesehatan; 6. Terbatasnya alokasi anggaran kesehatan; 7. Terbatasnya fasilitas penunjang layanan kesehatan. Semua faktor tersebut mempengaruhi akses pelayanan kesehatan yang diterima warga miskin.

Meskipun akses pada pelayanan kesehatan terbuka, namun masih sering terjadi diskriminasi pada masyarakat miskin. Menurut Dwiyanto (Widianto, 2013:16), diskriminasi pelayanan kesehatan dapat muncul karena perbedaan sikap dalam pemberian pelayanan yang dipengaruhi status pengguna layanan. Status sosial-ekonomi pengguna layanan kesehatan turut menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima dari health provider. Penghasilan pasien atau pengguna menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diterima. Kebutuhan (*needs*) para pasien dan keinginan (*want*) para *health provider* pada pelayanan kesehatan disesuaikan dengan uang yang tersedia.

Pemerintah sejauh ini mengupayakan solusinya melalui program-program kesehatan dengan berbagai variannya yang disediakan pemerintah pusat maupun daerah. Setidaknya, dengan varian program tersebut masyarakat miskin terbantu untuk menerima pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Namun, dominasi pemerintah dengan pendekatan teknokratisnya dalam sistem pelayanan kesehatan kurang memenuhi harapan. Bahkan sebaliknya, dapat mewujudkan menjadi blunder dengan terbentuknya mindset ketergantungan masyarakat pada pemerintah dan terabaikannya potensi lokal masyarakat.

Damanik (Widianto, 2013: 58). Sistem pelayanan kesehatan sejauh ini sangat didominasi peran pemerintah sebagai aktor yang memiliki legitimasi untuk mengatur pembangunan kesehatan. Pemerintah pula yang mempunyai kendali untuk menyediakan pelayanan sosial bagi segala kebutuhan masyarakat. Padahal pelayanan sosial seharusnya diartikan sebagai tindakan memproduksi, mengalokasikan dan mendistribusikan sumberdaya sosial kepada publik.

Segala sumber daya yang dimiliki negara dikelola untuk kemudian didistribusikan pada seluruh warga negara. Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tergantung pada kebijakan dan program pembangunan kesehatan yang dijalankan pemerintah sebagai pemangku tanggung jawab. Pemerintah menjadi pembuat “rambu-rambu” dan pengatur jalannya program pembangunan kesehatan pada tingkat pusat melalui otoritasnya untuk membuat kebijakan. Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah akan menjadi acuan dari penentuan program hingga persoalan teknis pelaksanaannya. Dengan demikian, agenda pembangunan kesehatan sangat ditentukan rumusan kebijakan pemerintah dan yang paling penting adalah ditentukan oleh paradigma pembangunan itu sendiri. Pemerintah terkesan terlalu mendikte masyarakat dengan menyediakan berbagai program-program kesehatan yang “instan”. Masyarakat tidak diberi kesempatan untuk menyuarakan inisiatif dan aspirasinya tentang bagaimana bentuk pelayanan kesehatan yang baik bagi mereka dengan mengupayakannya secara mandiri. Dalam mewujudkan pelayanan kesehatan dan tujuan health

for all, pemerintah tidak membangunnya dari bawah (*bottom-up*), dalam artian melibatkan segala potensi masyarakat. Akibatnya, kegagalan-kegagalan yang tidak dapat diantisipasi sebelumnya melalui pendekatan teknokratis telah menjelma menjadi hambatan utama pembangunan kesehatan.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Akses Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan kesehatan berkaitan erat dengan keadaan geografis wilayah, keberadaan infrastruktur, dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan. Permasalahan mengenai akses pelayanan kesehatan tidak hanya pada ketersediaan pelayanan kesehatan di suatu wilayah saja, tetapi bisa karena faktor lain yang lebih kompleks terkait soal budaya. Kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan berperan penting dalam memudahkan akses pelayanan ini. Selain kesadaran dari masyarakat, persoalan terjangkanya jarak, tersedianya sarana prasarana, dan murahnya biaya dapat menjadi motivasi masyarakat untuk melakukan pengobatan di pelayanan kesehatan.

BPS (2017:115-136)⁴ merinci faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Infrastruktur sebagai pembuka akses kesehatan

Infrastruktur utama dalam melancarkan akses pelayanan kesehatan adalah transportasi. Transportasi sangat penting peranannya dalam menunjang proses perkembangan suatu wilayah. Keberadaan transportasi perlu ditunjang oleh keberadaan jalan. Pembangunan prasarana jalan telah meningkatkan jasa pelayanan produksi dan distribusi yang penting dan banyak berperan dalam menunjang pertumbuhan ekonomi nasional, mendorong terciptanya pemerataan pembangunan wilayah dan stabilitas nasional, serta meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat.

2. Sarana transportasi sebagai penunjang akses kesehatan

Dalam banyak hal, pelayanan kesehatan memerlukan sarana transportasi. Hal ini diperlukan untuk memudahkan seorang petugas kesehatan dengan cepat memberikan pelayanan kesehatan kepada mereka yang membutuhkan. Sebaliknya, masyarakat yang hendak memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat dengan mudah mengakses tempat-tempat pelayanan kesehatan. Hal ini sangat penting bagi masyarakat, terutama di daerah perdesaan dan terpencil yang tinggal jauh dari pusat-pusat pelayanan kesehatan.

3. Kondisi geografis menjadi faktor penentu akses kesehatan

Selain jalan dan transportasi, kondisi geografis seperti keadaan alam dan keterjangkauan fasilitas kesehatan juga berkontribusi dalam pemerataan pembangunan kesehatan, terutama pada wilayah terpencil, karena faktor letak geografis praktis membuat mobilitas menjadi sulit, sehingga pembangunan di daerah tersebut cenderung tertinggal. Wilayah tersebut cenderung mengalami kekurangan fasilitas kesehatan, ketersediaan transportasi, informasi, dan komunikasi, serta ketertinggalan teknologi. Disamping itu, kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat di daerah terpencil dapat terbilang masih kurang, jika dibandingkan oleh masyarakat di daerah perkotaan. Hal ini bisa disebabkan oleh faktor jarak yang jauh, waktu tempuh yang lama, biaya transportasi yang mahal, dan ketersediaan dokter spesialis maupun dokter umum yang tidak ada. Permasalahan ini tentu menjadi salah satu hambatan dalam akses pelayanan kesehatan.

4. Biaya kesehatan sebagai modal pelayanan kesehatan

Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan. Saat ini beban biaya kesehatan menjadi semakin besar. Hal ini seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk dan munculnya masalah beban penyakit ganda.

5. Sosial-budaya

Pencapaian derajat kesehatan yang optimal adalah tujuan utama dalam pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan dilakukan dengan pelayanan kesehatan yang memadai, upaya penyembuhan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan. Upaya penyembuhan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan ini tentunya harus dimulai dari masyarakat sendiri. Perilaku kesehatan masyarakat dapat mempengaruhi kondisi kesehatannya. Perilaku tersebut dapat terbentuk dari faktor sosial-budaya yang telah ada dalam lingkungan dan kehidupan sehari-hari.

Budaya yang telah ada sejak dahulu dan berkembang seiring dengan kemajuan zaman dapat berpengaruh terhadap kesehatan masyarakatnya. Menurut Foster (BPS, 2017:136), aspek budaya yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan atau derajat kesehatan seseorang adalah sebagai berikut:

- a. Tradisi, yaitu tradisi yang sudah ada di masyarakat dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat.
- b. Sikap fatalistik, yaitu sikap bersifat fanatik atau memiliki kepercayaan tertentu yang sangat kuat.
- c. Sikap etnosentris, yaitu sikap yang memandang bahwa kebudayaan sendiri merupakan yang paling baik dibandingkan dengan kebudayaan lainnya.
- d. Perasaan bangga pada statusnya, meski perilakunya tersebut tidak sesuai dengan konsep kesehatan. Hal ini juga masih berkaitan dengan sikap etnosentris.
- e. Norma yang telah berkembang di masyarakat
- f. Nilai yang berlaku di masyarakat
- g. Unsur budaya yang dipelajari pada tingkat awal dari proses sosialisasi, dan
- h. Konsekuensi dari inovasi.

4. Peran Institusi Sosial dalam Peningkatan Aksesibilitas Masyarakat Miskin pada Pelayanan Kesehatan

Persoalan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah permasalahan sistemik yang beroperasi di wilayah makro (kebijakan) dimana individu sebagai entitas mikro menduduki posisi minor. Masyarakat miskin sebagai bagian dari aspek mikro tidak seimbang jika dihadapkan dengan realitas makro tersebut. Dalam konteks pelayanan kesehatan, kendala-kendala yang menghambat akses masyarakat miskin merepresentasikan hubungan impang akibat dominasi kebijakan pemerintah. Oleh karena itu, dibutuhkan sebuah wadah untuk menjembatani kepentingan pemerintah dengan rakyatnya di satu sisi dan kepentingan rakyat dengan pemerintahnya. Institusi sosial - khususnya institusi lokal - dinilai mampu menjalankan peran tersebut.

Secara umum, institusi adalah “*complex of norms and behaviors that persist over time by serving collectively valued purpose*”⁵. Institusi dapat didefinisikan sebagai sekumpulan norma-norma dan tindakantindakan yang kompleks dalam suatu wadah yang didirikan untuk secara kolektif memperjuangkan tujuan bersama. Institusi sosial dengan demikian adalah suatu wadah (lembaga, keluarga, asosiasi, komunitas, organisasi) yang di dalamnya terendap nilai-nilai, normanorma dan perilaku-perilaku yang dibentuk atas kesadaran kolektif untuk memperjuangkan kepentingan bersama (*common will*). Yang dimaksud kepentingan bersama adalah segala sesuatu yang menjadi kehendak, tujuan dan kebutuhan yang menyangkut orang banyak (kelompok, komunitas, ataupun masyarakat). Institusi berbeda dengan organisasi. Tidak semua organisasi merupakan institusi. Organisasi memiliki status khusus dan legitimasi untuk memenuhi kebutuhan anggota dan mempertemukan nilai-nilai normatif mereka. Organisasi dapat dikatakan sebagai institusi jika telah melewati proses institusionalisasi. Menurut Huntington, institusi “*are stable, valued, recurring pattern of behavior*”. Sedangkan organisasi adalah struktur yang memiliki peran-peran yang diterima dan diakui⁶. Struktur

merupakan hasil dari interaksi dari berbagai peran yang kompleks ataupun sederhana. Organisasi dapat beroperasi di sektor informal ataupun formal. Secara umum, institusi, apakah itu sebuah organisasi ataupun tidak, merupakan kompleksitas dari norma-norma dan perilaku yang bertujuan untuk melayani kepentingan bersama. Institusi sosial pada semua level tidak hanya mencakup usaha individual semata, namun juga menjelma sebagai aksi kolektif yang mengandung kepentingan, sumber daya, sekumpulan ide-ide dan idealitas kolektif. Institusi sosial berfungsi sebagai saluran tindakan kolektif yang dikuatkan melalui distribusi keuntungan-keuntungan, legitimasi dan harapan-harapan anggotanya. Segala aktivitas institusi sosial diarahkan untuk mewujudkan kepentingan bersama yang selain dalam lingkaran keanggotaannya juga bagi ranah sosial yang lebih luas. Dengan memanfaatkan segala potensi dan sumber daya yang dimiliki, institusi sosial mampu menguatkan posisi tawar masyarakat untuk lebih aktif menyuarakan dan mengendalikan kepentingannya sendiri. Begitu juga dengan institusi lokal, bila potensi yang terdapat dimaksimalkan, kebutuhan publik masyarakat dapat diupayakan. Esman dan Uphoff mengklasifikasikan institusi lokal dalam enam jenis sebagaimana berikut: (a) Administrasi lokal yang merupakan perwakilan birokrasi pusat yang bertugas pada tingkat lokal (b) Pemerintahan lokal yang mempunyai otoritas untuk menyelenggarakan pembangunan dan memutuskan regulasi yang dipertanggungjawabkan pada masyarakat (c) Asosiasi masyarakat lokal yang bertujuan untuk mengusahakan berbagai kepentingan anggotanya (d) koperasi, semacam organisasi lokal yang menjadi media kerjasama untuk memperoleh keuntungan ekonomis, (e) organisasi pelayanan lokal yakni organisasi lokal yang dibentuk untuk membantu orang lain di luar keanggotaannya meskipun anggota mungkin dapat memperoleh keuntungan darinya. Contoh dari organisasi ini adalah organisasi keagamaan atau komunitas amal (f) Usaha ekonomi perseorangan di bidang manufaktur, perdagangan atau jasa. Institusi lokal memiliki kelebihan yang termuat dalam beberapa indikasi pokok, yaitu: (1) Keberadaan sebuah institusi lokal ditentukan oleh kesesuaian dengan nilai-nilai agama dan budaya setempat serta seberapa besar institusi tersebut mampu memenuhi kebutuhan masyarakat, (2) Partisipasi masyarakat akan semakin meningkat bila pembangunan menggunakan media lembaga tradisional yang ada, (3) Institusi atau lembaga yang berlandaskan pada adat istiadat setempat adalah sarana yang potensial bagi pembangunan masyarakat. Institusi lokal menjembatani kehendak-kehendak bersama yang tidak terakomodasi oleh pemerintah sebagai penyelenggara kehidupan publik. Dalam posisi sebagai perantara tersebut, institusi lokal berfungsi sebagai struktur mediasi. Menurut Berger dan Neuhaus, struktur mediasi adalah institusi yang berada di antara ruang privat individu

Kelebihan dari institusi lokal adalah ia berada di luar birokrasi pemerintahan sebagai rantai kekuasaan negara. Dalam sektor kesehatan, Institusi lokal menjelma sebagai aktor ketiga yang mengimbangi dominasi negara dan swasta. Hal inilah yang membedakan paradigma struktur antara dengan paradigma desentralisasi fungsi pemerintahan. Nugroho menyebutkan desentralisasi dibatasi hanya pada apa yang telah diatur dalam struktur-struktur pemerintahan. Sementara, paradigma struktur mediasi berurusan dengan struktur-struktur yang berposisi di antara pemerintah dan individual.

5. Langkah-langkah Inovasi Pelayanan Kesehatan

Inovasi merupakan kunci utama dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Inovasi tidaklah harus selalu berkaitan dengan penciptaan suatu produk yang canggih, tetapi lebih kepada bagaimana membuat suatu pekerjaan itu lebih mudah, lebih cepat, lebih nyaman, bahkan lebih murah. Pelayanan kesehatan pun mestinya diciptakan supaya lebih mudah, lebih cepat, lebih nyaman, bahkan lebih murah pula. Oleh karena itu, langkah-langkah kebijakan inovasi pelayanan kesehatan yang perlu dilakukan, yaitu: *pertama*, investasi fasilitas kesehatan. Perlu investasi yang dilakukan Pemerintah Daerah serta pihak swasta dengan menyediakan dan mengembangkan fasilitas kesehatan. Kebutuhan masyarakat akan pelayanan

kesehatan yang bermutu semakin tinggi. Hal ini sejalan dengan kesadaran masyarakat yang semakin tinggi pula terhadap pentingnya fasilitas kesehatan sebagai salah satu sumber daya kesehatan.

Kedua, penyediaan dan pengembangan SDM kesehatan. SDM Kesehatan adalah juga komponen penting untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Isu SDM kesehatan menjadi semakin strategis sejalan dengan berlakunya SJSN dengan tujuan memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Pelaksanaan JKN membutuhkan ketersediaan SDM kesehatan dalam jumlah, jenis, serta mutu yang memadai dan terdistribusi dengan baik.

Ketiga, perbaikan mekanisme pelayanan kesehatan. Beberapa rumah sakit di Kota Bandung telah menerapkan cara-cara yang inovatif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, antara lain dengan membuka pelayanan pendaftaran pasien melalui layanan SMS dan telepon, sehingga selain pasien bisa memanfaatkan waktunya di rumah juga di sarana pelayanan kesehatan tidak berjubel. Bentuk inovasi seperti ini perlu ditiru oleh rumah sakit lain di daerah-daerah.

Keempat, memfungsikan klinik-klinik swasta. Klinik-klinik swasta supaya dapat berperan serta dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan dapat meringankan beban kerja puskesmas. Namun demikian, harus terus berupaya melakukan perbaikan mutu pelayanan kesehatan, agar tidak ditinggalkan pasien.

Kelima, kendali mutu dan kendali biaya. Kendali mutu dilakukan untuk meningkatkan kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan kesehatan, efektivitas, hubungan antarmanusia, keberlangsungan layanan kesehatan, dan kenyamanan. Sementara, kendali biaya diperlukan untuk efisiensi dan mencegah pemborosan.

Keenam, berorientasi pada pelayanan kesehatan rehabilitatif-kuratif dan preventif-promotif. Kita perlu mengapresiasi langkah Pemerintah Kota Bandung dalam membangun dan merevitalisasi taman-taman kota. Taman kota yang sejuk, indah, dan nyaman adalah bentuk dari pelayanan kesehatan preventif-promotif yang bisa mencegah atau mengurangi stres. Untuk itu, pelayanan kesehatan hendaknya tidak hanya bertumpu pada rehabilitatif-kuratif, tetapi juga pada preventif-promotif.

Pemikiran-pemikiran baru sangat dibutuhkan untuk memunculkan inovasi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada warga masyarakat. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan menjadi harapan sekaligus tuntutan bagi warga masyarakat. Kesehatan sebagai salah satu unsur indeks pembangunan manusia adalah hal penting untuk dipenuhi setiap warga masyarakat. Sejatinya Pemerintah Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota), BPJS Kesehatan, serta pihak swasta yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan dapat memformulasikan dan menerapkan program pengembangan pelayanan kesehatan yang inovatif. Dengan demikian, pelayanan kesehatan yang lebih mudah, lebih cepat, lebih nyaman, dan lebih murah lambat laun dapat tercapai.

Kesimpulan

Masalah rendahnya aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan merupakan efek negatif dominasi kebijakan teknokratis pemerintah dalam pembangunan kesehatan. Persoalan rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan disebabkan tidak hanya oleh hambatan berupa urusan administratif yang rumit, tingginya biaya, kesenjangan spasial, diskriminasi dan masalah-masalah lain yang muncul baik karena faktor internal maupun eksternal. Namun juga disebabkan oleh permasalahan sistemik yang berakar pada paradigma pembangunan kesehatan pemerintah yang teknokratis (*top-down*) dan tidak mengakomodasi potensi-potensi masyarakat. Padahal sudah terbukti bahwa model sentralistik pembangunan kurang menyentuh persoalan masyarakat yang variatif. Pelayanan kesehatan pun tidak terdistribusi secara merata. Sudah seharusnya pemerintah mempertimbangkan potensi

institusi-institusi di masyarakat untuk dilibatkan dalam setiap kebijakan pembangunan kesehatan mulai dari perumusan kebijakan, penerapan, pemantauan dan evaluasi.

Masyarakat sendiri juga harus sadar memanfaatkan potensi-potensi yang dimilikinya - juga institusi-institusinya - untuk meningkatkan kapasitasnya berpartisipasi dalam mewujudkan tujuan kesehatan bagi semua (*health for all*) agar berdaya dan tidak terlalu bergantung pada pemerintah. Pemerintah hendaknya memposisikan masyarakat sebagai subyek dan mitra pembangunan kesehatan karena mereka lah yang mengenali potensi, masalah dan solusi yang terbaik dalam pemecahan masalah. Terutama dalam meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin pada pelayanan kesehatan sebagaimana yang telah dilakukan oleh institusi lokal.

Dalam bidang pelayanan kesehatan, institusi lokal dapat berkontribusi penting dalam pemerataan pelayanan kesehatan. Selama ini, institusi yang demikian banyak diperankan oleh LSM baik lokal, nasional maupun asing. Peran itu juga mampu dijalankan oleh institusi lokal yang tergabung dalam ikatan adat dan sosial bahkan juga sosial-keagamaan seperti pesantren dan masjid melalui balai atau klinik kesehatannya. Namun, bukanlah wujud fisik institusi yang menjadi penggeraknya, melainkan komunitas yang terikat oleh nilai-nilai kolektifitaslah yang menjadi figur utamanya. Komunitas yang kuat, yang di dalamnya dibangun ketahanan hubungan-hubungan sosial akan menghasilkan populasi yang sehat dan dengan biaya yang murah. Konsep komunitas dikonstruksi kembali dalam suasana merosotnya pelayanan berbasis institusional dengan sasaran utama memindahkan pemberian pelayanan dari sektor formal ke informal.

D. STATUS LUARAN: Tuliskan jenis, identitas dan status ketercapaian setiap luaran wajib dan luaran tambahan (jika ada) yang dijanjikan pada tahun pelaksanaan penelitian. Jenis luaran dapat berupa publikasi, perolehan kekayaan intelektual, hasil pengujian atau luaran lainnya yang telah dijanjikan pada proposal. Uraian status luaran harus didukung dengan bukti kemajuan ketercapaian luaran sesuai dengan luaran yang dijanjikan. Lengkapi isian jenis luaran yang dijanjikan serta unggah bukti dokumen ketercapaian luaran wajib dan luaran tambahan melalui Simlitabmas mengikuti format sebagaimana terlihat pada bagian isian luaran

Luaran wajib dicapai dengan telah terbitnya 2 (dua) jurnal nasional terindek Sinta (terlampir) dan 1 (satu) draf artikel jurnal internasional bereputasi (Scopus) dalam status proses review (draf artikel terlampir). Sementara, luaran tambahan dicapai dengan telah terbitnya 1 (satu) buku ajar hasil penelitian (cover buku dan daftar isi terlampir) dan 1 (satu) buku ajar hasil penelitian berupa draf (draf buku ajar terlampir).

E. PERAN MITRA: Tuliskan realisasi kerjasama dan kontribusi Mitra baik *in-kind* maupun *in-cash* (jika ada). Bukti pendukung realisasi kerjasama dan realisasi kontribusi mitra dilaporkan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Bukti dokumen realisasi kerjasama dengan Mitra diunggah melalui Simlitabmas mengikuti format sebagaimana terlihat pada bagian isian mitra

Mitra berperan dalam membantu proses pengumpulan data lapangan dan berkoordinasi untuk memperlancar proses penelitian, serta memberikan informasi dan data penting dalam penelitian, serta memberikan akses kepada informan penelitian.

F. KENDALA PELAKSANAAN PENELITIAN: Tuliskan kesulitan atau hambatan yang dihadapi selama melakukan penelitian dan mencapai luaran yang dijanjikan, termasuk penjelasan jika pelaksanaan penelitian dan luaran penelitian tidak sesuai dengan yang direncanakan atau dijanjikan.

Organisasi lokal (relawan) yang peduli terhadap persoalan kesehatan masyarakat masih belum banyak, sehingga yang dapat dijadikan informan penelitian masih terbatas. Hal ini menyebabkan opini, persepsi, aspirasi, dan pengalaman-pengalaman hidupnya masih relatif belum banyak dieksplorasi.

G. RENCANA TINDAK LANJUT PENELITIAN: Tuliskan dan uraikan rencana tindak lanjut penelitian selanjutnya dengan melihat hasil penelitian yang telah diperoleh. Jika ada target yang belum diselesaikan pada akhir tahun pelaksanaan penelitian, pada bagian ini dapat dituliskan rencana penyelesaian target yang belum tercapai tersebut.

1. Menyempurnakan model hasil penelitian

Langkah selanjutnya adalah menyempurnakan model hasil penelitian, yaitu model sistem inovasi pelayanan kesehatan. Dengan demikian, penyempurnaan model sistem inovasi pelayanan kesehatan di rumah sakit akan bisa disusun atau dibuat setelah menganalisis hasil penelitian.

2. Membuat poster hasil penelitian

3. Menyusun dan melengkapi materi buku ajar

4. Merevisi artikel jurnal internasional bereputasi (Scopus) hasil review dari reviewer untuk segera bisa *accepted* dan *published*.

H. DAFTAR PUSTAKA: Penyusunan Daftar Pustaka berdasarkan sistem nomor sesuai dengan urutan pengutipan. Hanya pustaka yang disitasi pada laporan akhir yang dicantumkan dalam Daftar Pustaka.

1. Restiyani, Puji dkk. 2013. *Aksesibilitas Masyarakat Miskin dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus di Kawasan Kampung Tambak Mutup Kelurahan Tanjung Mas Semarang*. Dalam Jurnal Ilmu Pemerintahan FISIP Universitas Diponegoro
2. Soetomo. 2006. *Persoalan Pengembangan Institusi Masyarakat*. Dalam Jurnal Ilmu Sosial dan Politik, Vol. 10, Nomor 1 Juli 2006
3. Widiyanto, A.A. 2013. *Menjembatani Aksesibilitas Masyarakat Miskin pada Pelayanan Kesehatan Melalui Institusi Lokal*. Volume 8, No. 1 Oktober 2013
4. BPS. 2017. *Indikator Kesejahteraan Rakyat: Pemerataan Akses Pelayanan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat*. 2017
5. Uphoff, N. 1986. *Local Institutional Development: an Analytical Sourcebook with Cases*. USA: Kumarian Press
6. Cockerham, W. 1992. *Medical Sociology*. Fifth Edition. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs
7. White. 2011. *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press
8. Higgs, P. & Scambler. 1998. *Explaining Health Inequalities :How Useful are concepts of Social Class? In Modernity, Medicine and Health*. London: Routledge.
9. Ferdinandus. 2008. *Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Bolaang Mongondow*. Tesis. Program Studi Magister Kebijakan. Universitas Gadjah Mada. Tidak Diterbitkan.