

Dimensi Aksesibilitas Layanan Kesehatan Komunitas Multi Etnis

Dr. Ratno Adrianto, SKM, M.Kes.



Dr. Ratno Adrianto, SKM, M.Kes.

**DIMENSI AKSESIBILITAS LAYANAN
KESEHATAN KOMUNITAS MULTI ETNIS**

**Penerbit
GARIS KHATULISTIWA
Makassar**

DIMENSI AKSESIBILITAS LAYANAN KESEHATAN
KOMUNITAS MULTI ETNIS

© Dr. Ratno Adrianto, SKM, M.Kes.

Penulis

Dr. Ratno Adrianto, SKM, M.Kes.

Editor

Alfiah Ramadhani, SKM, M.Kes

Desain Sampul

Mono Goenawan

Tata Letak

Voniasti Uba Ina Kleden

Diterbitkan

Penerbit Garis Khatulistiwa (Anggota IKAPI)

Jl. Borong Raya No. 75 a Makassar

Telp. 0811 4124 721 - 0811 4125 721

Surel: gunmonoharto@yahoo.com

Cetakan Pertama, Januari 2021

Hak cipta dilindungi undang-undang.

ISBN: 978 623 7617 60 0

Sanksi Pelanggaran Hak Cipta

Undang-Undang Republik Indonesia No. 19 Tahun tentang Hak Cipta

Lingkup Hak Cipta

Pasal 2 :

1. Hak Cipta merupakan hak eksklusif bagi pencipta dan pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan yang menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Ketentuan Pidana

Pasal 72 :

1. Barang siapa dengan sengaja atau tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat satu (1) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan / atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah)
2. barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan / atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

DAFTAR ISI

Daftar Isi	i
Kata Pengantar	iii
Bagian 1: Pendahuluan	1
Bagian 2: Tinjauan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	11
1. Pengertian dan Lingkup JKN	11
2. Ketersediaan dan Lingkup Layanan Kesehatan	20
3. Ketersediaan Sarana dan Tenaga Kesehatan	21
4. Disparitas Antar Daerah	22
Bagian 3: Studi Komunitas Multi Etnis & Pola Pengobatan	25
1. Suku Asli Kalimantan	25
a. Suku Dayak	25
b. Suku Banjar	34
2. Suku Pendetang Kalimantan Timur	42
a. Suku Bugis	42
b. Suku Jawa	46
Bagian 4: Tinjauan Aksesibilitas Layanan Kesehatan	57
1. Pengertian	57
2. Indikator Aksesibilitas	63

3. Barrier	66
Bagian 5: Aksesibilitas Layanan Kesehatan pada Komunitas Multi Etnis Menuju <i>Universal Health Coverage (UHC)</i>	71
Bagian 6: Memahami Hambatan Potensial Pemanfaatan Layanan Kesehatan pada Komunitas Multi Etnis	97
Bagian 7: Penutup	119
Daftar Pustaka	122

PENGANTAR

Buku Dimensi Layanan Kesehatan Komunitas Multi Etnis merupakan bagian tak terpisahkan dengan disertasi penulis dalam menggambarkan bagaimana komunitas multi etnis–suku asli (suku Dayak dan suku Banjar), suku pendatang (suku Jawa, dan suku Bugis) di kota Samarinda dalam mengakses layanan kesehatan yang tersedia. Dimensi layanan kesehatan multi etnis, tidak saja dilihat dari aspek pelayanan kesehatan modern seperti rumah sakit dan puskesmas, tetapi juga berdasarkan sistem kepercayaan mereka (*health belief models*) terhadap penyakit dan cara pengobatannya.

Setidaknya, ada lima tahapan dalam mengakses layanan kesehatan yang dikehendaki. Konsep teori lima dimensi aksesibilitas dari Levesque, *et.al.* (2013) dimodifikasi sebagai kerangka konseptual studi. Akses didefinisikan sebagai kesempatan untuk mencapai dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat dalam situasi yang dianggap perlu untuk perawatan. Akses dipandang sebagai akibat dari interaksi antara karakteristik orang, rumah tangga, lingkungan fisik dan sosial dan karakteristik sistem kesehatan, organisasi dan penyedia.

Dimensi akses layanan kesehatan multi etnis dikaitkan dengan kepemilikan jaminan kesehatan seperti Kartu Indonesia

Sehat (KIS) sebagai perwujudan tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC).

Selain itu, buku ini menyajikan pula berbagai hambatan potensial yang terjadi saat mengakses layanan kesehatan pada komunitas etnis di Kota Samarinda. Potensi hambatan berasal dari individu pasien, penyedia/institusi layanan kesehatan, dan sistem pelayanan kesehatan yang ada. Di kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada Prof. Dr. Amran Razak, SE., M.Sc. (promotor), Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH (co-promotor), Dr. Darmawansyah, SE., MS. (co-promotor), Dr. dr. Toto Sudargo, MPH. (penguji eksternal), Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS. (penguji), Prof. Dr. Asdar, SE., MS. (penguji) dan Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes. (penguji), atas bimbingannya selama menyelesaikan studi pada Program Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Hasanuddin.

Hal yang sama, penulis sampaikan kepada Bapak Prof. Dr. H. Masjaya, MSi. Rektor Universitas Mulawarwan (Unmul) dan staf, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Unmul ibu Risva, SKM., M.Kes. dan staf, serta seluruh kolega dosen FKM Unmul atas dukungan moril dan material selama menyelesaikan studi.

Akhirnya penulis dedikasikan buku ini kepada isteri tersayang Hj. Rohani, A.Md. dan kedua anakku terkasih: Raditya Alvaro Bahij dan Rasya Muhammad Athaya.

Semoga buku ini dapat menambah wahana keilmuan khususnya dalam kebijakan kesehatan (*health policy*).

Samarinda, Januari 2021

Ratno Adrianto

I

PENDAHULUAN

Pelayanan Kesehatan sangat berkaitan erat dengan akses pelayanan kesehatan. Di negara-negara miskin sebanyak 766 juta penduduk sama sekali tidak memiliki akses pelayanan kesehatan, hampir 1 miliar jiwa tidak menikmati air minum bersih, dan 2,4 miliar jiwa (atau hampir separuh total penduduk) di negara-negara berkembang paling miskin itu harus hidup tanpa fasilitas sanitasi. Sebagian besar fasilitas kesehatan di negara-negara berkembang terpusat di daerah perkotaan yang hanya dihuni oleh 25 persen penduduk (Todaro & Smith, 2006).

Tiga suku bangsa terbesar di Kalimantan Timur yaitu Suku Jawa, Suku Bugis dan Suku Banjar. Hal tersebut karena Kalimantan Timur merupakan tujuan utama migran asal Pulau Jawa, Sulawesi dan Kalimantan Selatan. Suku Jawa merupakan kelompok etnis terbesar di Kaltim dan menyebar di hampir seluruh wilayah Kalimantan Timur terutama daerah transmigrasi seperti Kabupaten Paser, Penajam Paser Utara, Kutai Kartanegara, Kutai Timur, Berau hingga daerah perkotaan seperti Kota Balikpapan, Samarinda, Bontang dan Tarakan.

Kelompok etnis terbesar kedua di Kalimantan Timur yaitu Suku Bugis yang banyak menempati kawasan pesisir dan perkotaan Kaltim seperti Kabupaten Paser, Penajam Paser Utara, Kutai Kartanegara, Kutai Timur, Kota Tarakan, Bontang, Balikpapan dan Samarinda. Dibandingkan suku bangsa lainnya, orang Bugis merupakan kelompok yang paling dinamis hingga tersebar di kawasan utara Sabah. Selain Suku Bugis, suku asal Sulawesi lainnya, yaitu Suku Toraja, Suku Makassar, Suku Mandar dan Suku Minahasa juga banyak terdapat di Kalimantan Timur.

Kelompok etnis terbesar berikutnya adalah Suku Banjar yang tersebar terutama di Kota Samarinda, Balikpapan, Kabupaten Kutai Kartanegara, Paser dan Penajam Paser Utara. Suku Dayak menempati daerah pedalaman terutama Kabupaten Kutai Barat, Malinau, dan Mahakam Ulu. Suku Kutai menempati Kabupaten Kutai Kartanegara, Kutai Timur dan Kutai Barat. Suku Paser menempati Kabupaten Paser dan Penajam Paser Utara. Suku Berau yang menempati Kabupaten Berau. Suku Tidung dan Bulungan menempati Kabupaten Tana Tidung, Bulungan, Nunukan, dan kota Tarakan. Etnis Keturunan Arab dan Tionghoa juga terdapat di Kalimantan Timur dan menempati kawasan perkotaan. Suku bangsa lainnya terdapat di Kalimantan Timur yaitu Suku Sunda, Suku Madura, Suku Batak, kelompok etnis asal Nusa Tenggara Timur serta suku bangsa lainnya dari berbagai daerah di Indonesia.

Jumlah Suku bangsa yang bermukim di Kalimantan Timur, suku Jawa 29,55%, suku Bugis 18,26%, suku Banjar 13,94% dan suku Dayak 9,91% Sumber berdasarkan sensus penduduk propinsi Kalimantan Timur .

Di Indonesia, pelayanan kesehatan masih menjadi masalah baik dari segi pembiayaan, mutu, dan akses komunitas. Salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut dengan menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan (JKN) (Kementerian Sekretariat Negara RI, 2015) yang diberlakukan sejak satu Januari 2014 dengan tujuan *Universal Coverage*. *Universal coverage* adalah salah satu cara untuk mengurangi disparitasi akses pelayanan kesehatan (Alegria *et al.*, 2012).

Upaya pencapaian *universal coverage* dilakukan dengan prioritas perluasan penduduk yang dijamin dengan layanan terbatas atau dengan porsi biaya layanan yang dijamin terbatas. Konsentrasi pertama adalah bagaimana agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya yang tinggi. Kedua, memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis (berarti semakin komprehensif paket manfaatnya) (Kementerian Kesehatan, 2013).

Aspek pelayanan dalam jaminan kesehatan terdiri dari dua yaitu aspek potensial dan aspek kualitas layanan. Aspek potensial dipengaruhi oleh ketersediaan layanan kesehatan yang dipengaruhi oleh sebaran, jarak, dan alat transportasi (John K Ganle, Michael Parker, Raymond Fitzpatrick, & Easmon Otupiri, 2014; Ruishan Hu, Suocheng Dong, Yonghong Zhao, Hao Hu, & Zehong Li, 2013). Sedangkan kualitas layanan sangat dipengaruhi oleh besaran pembayaran, perilaku tenaga kesehatan yang melayani, motif layanan kesehatan (pencari laba atau bukan), kecukupan suplai obat, bahan medis habis pakai dan suplai bahan lainnya yang berpengaruh terhadap kualitas layanan (Shihab, 2013). Target kepesertaan jaminan

kesehatan adalah seluruh penduduk yang tinggal di Indonesia (Kementerian Sekretariat Negara RI, 2015; Putri, 2014).

Tabel 1: Jumlah Fasilitas kesehatan Menurut Kecamatan di Kota Samarinda, Tahun 2017

Kecamatan	Rumah			Klinik/ Balai Kesehatan
	Sakit	Puskesmas	Posyandu	
Palaran	0	3	43	4
Samarinda ilir	1	1	53	9
Samarinda kota	3	1	42	6
Sambutan	0	3	100	2
Samarinda seberang	1	2	112	6
Laojanan ilir	0	2	35	3
Sungai kunjang	1	4	46	6
Samarinda ulu	7	4	57	23
Samarinda utara	1	4	90	12
Sungai pinang	0	2	59	15

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Samarinda

Masalah yang tengah dihadapi untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yaitu persebaran tenaga dokter baik dari segi jumlah maupun rasio masih lebih banyak di kota. Kemajuan yang menyeluruh terkait akses penduduk ke layanan-layanan utama seperti pendidikan, kesehatan, air, sanitasi dan tenaga listrik masih tidak merata dan tidak berimbang, menyebabkan kesenjangan yang lebar antar tingkat pendapatan dan geografis, serta merintang *inklusivitas* pertumbuhan (Ruishan Hu *et al.*, 2013; World Bank, 2014).

Akses ke infrastruktur dasar di daerah perkotaan di Indonesia lebih baik dibanding daerah pedesaan (John K Ganle *et al.*, 2014; World Bank, 2014). Salah satu permasalahan pembangunan kesehatan di Indonesia adalah disparitasi kesehatan terkait jumlah puskesmas dan kualitas (Suharmiati, Laksono, & Astuti, 2013). Terjadi disparitas persebaran tenaga dokter, bahkan di kabupaten masih ada wilayah yang tidak memiliki tenaga dokter (Thabrany & Rubi, 2009). Disparitasi bermakna kesenjangan atau *inequalities*, yaitu jarak perbedaan antara sebuah nilai rata-rata sub kelompok lain dalam sebuah nilai rata-rata dari sub populasi atau sub kelompok dengan nilai rata-rata sub kelompok lain dalam sebuah komunitas komunitas yang lebih keras, dalam mana seharusnya memiliki nilai yang sama atau setidaknya memiliki hak dan kesempatan yang sama (Achmadi, 2008).

Kesenjangan pelayanan kesehatan masih dirasakan oleh komunitas terutama mereka yang tinggal di daerah multi etnis yang ada di Kota Samarinda. Akses pelayanan kesehatan di wilayah tertinggal, perbatasan, dan terbentur pada situasi dan kondisi geografis yang sulit terjangkau, terbatasnya sarana dan prasarana kesehatan, serta ketersediaan dan kualitas SDM kesehatan yang rendah (Derose, Gresenz, & Ringel, 2011; Tri Rini Puji Lestari, 2013).

Kondisi geografis yaitu jarak yang jauh juga mengurangi retensi tenaga, semakin jauh atau semakin sulit lokasi tempat tugas semakin tinggi keinginan pindah. Derajat kesehatan komunitas ribuan pulau-pulau kecil bukan hanya menghadapi ancaman pemanasan suhu global dan kesenjangan antar wilayah, tetapi juga ancaman yang dihadapi dalam keseharian hidup mereka seperti sulitnya mencari air bersih (Sumampouw,

dkk., 2015), penyakit menular, serta gangguan nutrisi seperti micronutrien (Achmadi, 2008; Roy G.A. Massie & Grace D. Kandou, 2012; World Bank, 2014). Derajat kesehatan komunitas harus menjadi prioritas utama.

Akses bukan hanya jarak, namun juga ketersediaan sumber daya yaitu sarana (Tumanggor, 2010), prasarana, dan sumber daya manusia serta penganggaran (Roy G.A. Massie & Grace D. Kandou, 2012).

Akses pelayanan kesehatan yang didapatkan dari Riskesdas 2013 adalah tingkat pengetahuan RT terhadap jenis pelayanan kesehatan terdekat yang berada di sekitar tempat tinggalnya. Jenis pelayanan kesehatan yang ditanyakan ada 8 jenis yaitu keberadaan: (1) RS pemerintah; (2) RS swasta; (3) puskesmas atau pustu; (4) praktek dokter atau klinik; (5) praktek bidan atau rumah bersalin; (6) posyandu; (7) poskesdes atau poskestren; dan (8) polindes. Selain data itu juga diketahui tentang keterjangkauan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan tersebut yang dilihat dari jenis moda transportasi, waktu tempuh, dan biaya menuju fasilitas kesehatan tersebut. Secara nasional proporsi RT mengetahui keberadaan RS pemerintah sebanyak 69,6 persen, sedangkan RS swasta 53,9 persen. RT yang mengetahui keberadaan RS pemerintah tertinggi Bali (88,6%) sedangkan terendah Nusa Tenggara Timur (39,6%). Pengetahuan RT tentang keberadaan RS swasta tertinggi DI Yogyakarta (82,4%) dan terendah Sulawesi Barat (15,1%).

Pengetahuan RT tentang keberadaan praktek bidan atau rumah bersalin secara nasional adalah 66,3 persen, tertinggi di Bali (85,2%) dan terendah di Papua (9,9%). Pengetahuan tentang keberadaan posyandu sebanyak 65,2 persen, tertinggi di Jawa Barat (78,2%) dan terendah di Bengkulu (26,0%). Proporsi RT

yang menggunakan berbagai moda transportasi sepeda motor menuju RS pemerintah di perkotaan 53,6 persen dan perdesaan 46,5 persen. Untuk penggunaan kendaraan umum di perkotaan 28,0 persen dan perdesaan 35,5 persen. Sedangkan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi di perkotaan 8,5 persen sedangkan di pedesaan 11,4 persen.

Waktu tempuh RT menuju fasilitas kesehatan ke RS pemerintah lebih dari 60 menit sebanyak 18,5 persen, sedangkan ke RS swasta sebanyak 12,4 persen. Berbeda dengan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan ke puskesmas atau pustu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, poskesdes atau poskestren, polindes dan posyandu hanya membutuhkan waktu 15 menit atau kurang. Biaya transportasi paling banyak sejumlah Rp.10.000,- atau kurang untuk menuju RS pemerintah (63,6%), RS swasta (71,6%), puskesmas atau pustu (91,3%), dokter praktek atau klinik (90,5%) dan praktek bidan atau rumah bersalin (95,2%). Demikian juga biaya transportasi ke poskesdes atau poskestren (97,4%), polindes (97,8%) dan posyandu (97,8%).

Di Kalimantan Timur tingkat kesehatan masyarakatnya belum menunjukkan hasil yang baik apabila dilihat dari indikator kesehatan, seperti angka kematian ibu, angka kematian bayi dan balita, serta gizi buruk. Angka kematian bayi di Kalimantan Timur pada tahun 2012 sebanyak 25 kematian per 1000 kelahiran baru, sedangkan angka nasional menunjukkan 34 kematian per 1000 kelahiran baru. Penanganan persalinan secara baik dan sehat secara langsung akan berpengaruh pada kesehatan bayinya. Salah satu akses kesehatan dari infrastruktur tersebut adalah mengenai penanganan persalinan komunitas

Kalimantan Timur. Sejauh ini, 80 persen kelahiran telah ditolong oleh dokter dan bidan.

Peningkatan setiap tahunnya menjadikan bukti bahwa akses fasilitas kesehatan semakin terjangkau. Namun, akses tersebut masih terasa sulit bagi kelompok komunitas berpendapatan rendah. Semakin rendah pendapatan penduduk akan semakin rendah pula akses persalinan medisnya. Sarana pelayanan kesehatan yang banyak diakses komunitas Kalimantan Timur adalah puskesmas.

Mengingat luas wilayah Kalimantan Timur dengan sebaran penduduk dan pelayanan kesehatan yang tidak merata, jarak antara pusat kesehatan masyarakat cukup jauh. Walaupun jumlah layanan kesehatan telah tersedia, namun aksesibilitas dan jangkauan pelayanan kesehatan komunitas masih rendah. Masih banyak penduduk yang harus menempuh jarak cukup jauh untuk mendapatkan fasilitas kesehatan di puskesmas yang fasilitasnya juga belum tentu lengkap.

Di daerah yang penduduknya jarang fasilitas kesehatan juga jarang tersedia sehingga penduduk lebih sulit untuk mengakses fasilitas kesehatan (Achmadi, 2008; Kementerian Kesehatan, 2013). Selain itu kondisi geografis dalam hal jarak ke fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap pemanfaatan komunitas (Atuoye *et al.*, 2015; Suharmiati, Lestari Handayani, & Lusi Kristiana, 2012). Meskipun pelayanan kesehatan sudah gratis, tetapi untuk mengakses layanan kesehatan komunitas masih membutuhkan biaya untuk transportasi (Efransyah, dkk., 2010; Sari, Ambarita, & Sitorus, 2013). Penelitian yang juga dilakukan oleh Sitorus and Ambarita (2007) menyatakan bahwa jarak, waktu tempuh, tersedianya sarana kesehatan

dan sumber daya manusia (tenaga kesehatan) berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk melihat aksesibilitas komunitas ke pelayanan kesehatan di antaranya, penelitian yang dilakukan di Indonesia (Azwary, 2013; Nara, 2014; Sari et al., 2013), Eropa, China (Ruishan Hu *et al.*, 2013), Brazil dan Ghana (John K Ganle *et al.*, 2014) dan Amerika, Yamada *et al.*, 2015) Dimensi yang dikaji dalam penelitian tersebut yaitu akses komunitas ke pelayan kesehatan berdasarkan waktu, jarak, sumber daya manusia (tenaga kesehatan), kondisi ekonomi dan pendidikan dengan metode kuantitatif desain penelitian *crosssectional*.

Pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan di puskesmas masih menjadi kendala (Achmadi, 2008; Suharmiati *et al.*, 2013). Ketimpangan akses pelayanan kesehatan juga dapat terjadi karena faktor geografis (Razak, Palutturi, Muliana, 2017; Fortney *et al.*, 2012; Restiyani, Fitriyah, & Astrika, 2013; Sari *et al.*, 2013). Penelitian yang telah dilakukan oleh Nara (2014) mengenai Keputusan ibu bersalin untuk memilih fasilitas persalinan yang memadai dipengaruhi oleh akses/kemudahan untuk mencapai pelayanan tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 22,4% memiliki akses pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dan 77,6% memiliki akses pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau. Akses geografis ke penyedia layanan kesehatan lebih sulit di wilayah pinggiran (Garcia-Subirats *et al.*, 2014).

Penelitian yang dilakukan di wilayah puskesmas Sajingan Besar oleh Suharmiati *et al.* (2012) menemukan bahwa persoalan penting di daerah terpencil perbatasan khususnya adalah masalah transportasi, disamping masalah sumber

daya puskesmas. Oleh karena itu pemenuhan kebutuhan alat transportasi direncanakan dengan baik. Kesenjangan atau disparitas kesehatan berkaitan erat dengan kesenjangan derajat sosial ekonomi serta berkaitan dengan kebijakan para pemegang kekuasaan, terutama pemerintahan sebuah negara. Dimensi yang digunakan untuk mengukur aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah Tersedia dan berkesinambungan (*Available*), Dapat diterima (*Acceptable*) dan Wajar (*Appropriate*), Bermutu (*Quality*), Mudah dijangkau (*affordable*), Mudah dicapai (*accessible*). (Azwar, 2010).

Kota Samarinda adalah salah satu daerah yang paling banyak multi etnis bermukim dikarenakan banyaknya perantau dari daerah lain dan penduduk asli yang mencari kerja di kota Samarinda, sehingga membutuhkan perhatian terkait akses komunitas ke pelayanan kesehatan yang masih rendah dan tidak terjangkau, jumlah tenaga kesehatan yang masih kurang, waktu dan jarak ke pelayanan kesehatan yang masih menjadi permasalahan. Penelitian terdahulu telah mengkaji beberapa dimensi aksesibilitas, namun penelitian yang banyak dilakukan menggunakan metode kuantitatif dan belum banyak peneliti yang mengkaji secara kualitatif. Faktor Aksesibilitas (Kedekatan (*approachability*), menerima (*acceptability*), Ketersediaan (*availability dan accomodation*), Kesanggupan pengguna (*affordability*) dan Kesesuaian (*appropriatenes*) belum banyak digunakan sebagai acuan dalam penelitian aksesibilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan beberapa kajian penelitian, teori mengenai aksesibilitas pelayanan kesehatan, maka penulis tertarik untuk mengkaji aksesibilitas layanan kesehatan Komunitas multi etnis menuju *universal health coverage* di Kota Samarinda.

2

TINJAUAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

1. Pengertian dan Lingkup JKN

Di dalam Naskah Akademik UU SJSN tahun 2004 disebutkan bahwa Program Jaminan Kesehatan Nasional, disingkat Program JKN (Kementerian Kesehatan RI, 2013), adalah suatu program pemerintah dan komunitas dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Dua Peraturan Pelaksanaan UU SJSN, yaitu Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 (Kementerian Kesehatan, 2013)

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya (Kementerian Kesehatan, 2013; Putri, 2014).

Berikut perbandingan antara start awal program JKN 2014 dan target UHC di tahun 2019.

Tabel 2. Perbandingan antara start awal program JKN 2014 dan target UHC di tahun 2019.

2014	2019
1. Mulai beroperasi	A. Kestinambungan operasional
2. 121,6 juta peserta (49% populasi)	B. 257 juta peserta (100% populasi)
3. Manfaat medis standar dan manfaat non-medis sesuai kelas rawat	C. Manfaat medis dan non-medis standar
a. Kontrak fasilitas kesehatan	D. Jumlah fasilitas kesehatan cukup
b. Menyusun aturan teknis	E. Peraturan direvisi secara rutin
c. Indeks kepuasan peserta 75%	F. Indeks kepuasan peserta 85%
d. Indeks kepuasan fasilitas kesehatan 65%	G. Indeks kepuasan fasilitas kesehatan 80%

Sumber: Seminar Nasional Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2016

Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut (Putri, 2014):

1. Prinsip kegotongroyongan

Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit (Kementerian Kesehatan, 2013; Putri, 2014). Hal

ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari komunitas adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar- besarnya untuk kepentingan peserta.

3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan

ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

6. Prinsip dana amanat
Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
7. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial
Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Kepesertaan

Berikut beberapa pembagian kepesertaan:

- a. Peserta
Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.
- b. Pekerja
Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
- c. Pemberi Kerja
Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang

mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Kepesertaan JKN dan Perkembangan Terakhir

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jaminan perlindungan kesehatan yang diperuntukan bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa terkecuali. Setiap penduduk Indonesia dan Warga Negara Asing (WNA) yang tinggal di Indonesia minimal enam bulan harus mendaftar sebagai peserta JKN. Ketentuan ini sesuai dengan prinsip pelaksanaan asuransi sosial yang diadopsi oleh JKN, yaitu *kepesertaan wajib*. Secara teoritis jika seluruh penduduk telah terdaftar pada asuransi sosial, maka risiko sakit penduduk tersebut dapat diprediksi mendekati risiko sakit yang ideal dari suatu kumpulan.

Untuk memastikan pembiayaan yang sehat dan berkesinambungan, peserta juga diharuskan berkontribusi melalui pembayaran iuran. Besaran dan mekanisme pembayaran iuran disesuaikan dengan jenis kelompok kepesertaan peserta JKN yang dibagi menjadi:

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Peserta PBI merupakan peserta JKN yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah, baik pusat maupun daerah. Sebagian besar peserta PBI adalah penduduk miskin dan tidak mampu. Peserta PBI Pusat ditetapkan oleh Menteri Sosial. Pada tahun 2014 ditetapkan 86,4 juta jiwa penduduk miskin dan tidak mampu, atau sekitar 36% penduduk termiskin, sebagai peserta PBI.
2. Peserta Bukan PBI. Peserta bukan PBI dibagi lagi menjadi tiga kategori berdasarkan jenis pekerjaan, yaitu (1)

pekerja penerima upah (PPU) dan anggota keluarganya, (2) pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan anggota keluarganya, serta (3) bukan pekerja (BP) dan anggota keluarganya.

Tabel 3. Kelompok Kepesertaan JKN di Indonesia Tahun 2015

No	Kelompok Kepesertaan	Definisi	Mekanisme Pendaftaran
1	PBI	Orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu Kelompok komunitas lain yang diputuskan pemerintah Daerah untuk memperoleh bantuan iuran	1.PBI Pusat ditetapkan oleh Menteri Sosial. 2.PBI Daerah ditetapkan oleh Kepala Daerah. 3.Iuran dibayarkan oleh pemerintah langsung kepada BPJS Kesehatan.
2	Bukan PBI PPU dan keluarganya	Setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah. Contoh: PNS, TNI, Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non-PNS, Pegawai Swasta, Pegawai BUMN, dll	1.Pemberi Kerja wajib mendaftarkan dirinya, pekerjanya, beserta anggota keluarganya. 2.Iuran dibayarkan sebagian oleh pemberi kerja dan sebagian lagi oleh pekerja.

No	Kelompok Peserta	Definisi	Mekanisme Pendaftaran
3	PBPU dan keluarganya	Setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri. Contoh: pekerja di luar hubungan kerja, pekerja mandiri, dll	PBPU wajib mendaftarkan diri dan keluarganya. 1. Iuran dibayarkan sepenuhnya oleh PBPU.
4	BP dan keluarganya	Yang tergolong bukan pekerja adalah investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja lain yang mampu membayar iuran	a. BP wajib mendaftarkan diri dan keluarganya. b. Iuran dibayarkan sepenuhnya oleh BP kecuali bagi penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan.

Sumber: Perpres No. 12 Tahun 2013 Perpres No. 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Setelah genap 4 tahun implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), tepat 31 Desember 2017 jumlah peserta JKN-KIS sudah mencapai 187.982.949, artinya jumlah komunitas yang telah mengikuti Program JKN-KIS hampir mencapai 72,9% dari jumlah penduduk Indonesia, dengan kata lain masih terdapat sekitar 27,1% lagi komunitas yang belum menjadi peserta JKN-KIS dan diharapkan akan terpenuhi sesuai dengan target. Hal itu selaras dengan arah kebijakan dan strategi nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2019, disebutkan terdapat sasaran kuantitatif terkait

Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yaitu meningkatnya persentase penduduk yang menjadi peserta Jaminan Kesehatan melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Bidang Kesehatan, minimal mencakup 95% pada tahun 2019. (BPJS Kesehatan 2018)

Berbagai strategi dan upaya akan dilakukan salah satunya melalui dukungan dan peran Pemerintah Daerah. Saat ini dukungan tersebut sudah terasa di sejumlah daerah khususnya dalam upaya memperluas cakupan kepesertaan dengan memastikan bahwa seluruh penduduk di wilayah daerah tersebut telah menjadi peserta JKN-KIS atau dengan kata lain tercapainya Universal Health Coverage (UHC). Di tahun 2017, 95% atau 489 Kabupaten/Kota dari 514 Kabupaten/Kota sudah terintegrasi dalam Program JKN-KIS melalui program JKN-KIS. Tercatat 3 Provinsi (Aceh, DKI Jakarta, Gorontalo), 67 Kabupaten, dan 24 Kota sudah lebih dulu UHC di Tahun 2018, dan yang berkomitmen akan menyusul UHC lebih awal yaitu 3 Provinsi (Jambi, Jawa Barat dan Jawa Tengah) serta 59 Kabupaten dan 15 Kota

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan HepatitisB (DPTHB), Polio, dan Campak.

Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan / atau Pemerintah Daerah.

Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

1. Tidak sesuai prosedur;
2. Pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS;
3. Pelayanan bertujuan kosmetik;
4. *General checkup*, pengobatan alternatif;
5. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi;
6. Pelayanan kesehatan pada saat bencana ; dan
7. Pasien Bunuh Diri/ Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri / Bunuh Diri / Narkoba.

2. Ketersediaan dan Kualitas Layanan Kesehatan

Kualitas layanan JKN sangat bergantung pada ketersediaan dan layanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Layanan kesehatan merupakan manfaat utama yang diharapkan peserta sehingga akan sangat berpengaruh terhadap penilaian JKN secara keseluruhan.

Permasalahan yang terjadi di faskes diantaranya:

1. Penyalahgunaan kartu peserta JKN. BPJS Kesehatan menemukan adanya satu kartu peserta yang digunakan berkali-kali pada hari yang sama di RS yang berbeda dan dengan diagnosis yang berbeda. Dengan demikian, perlu ada mekanisme untuk memastikan orang yang menggunakan kartu adalah orang yang bersangkutan.
2. Antrian pelayanan. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, antrian pelayanan ini tidak hanya terjadi pada rawat jalan maupun rawat inap. JKN meningkatkan akses komunitas ke pelayanan kesehatan. Namun hal ini belum dibarengi dengan peningkatan jumlah faskes, tenaga kesehatan, sarana, dan prasarana sehingga terjadi antrian panjang. Untuk pelayanan rawat inap bedah non emergensi, peserta bisa membutuhkan waktu antri 3-6 bulan. Hal ini seringkali mendorong peserta mengurungkan niatnya untuk memanfaatkan kartu JKNnya.
3. Terjadinya dikotomi layanan kesehatan bagi peserta JKN dan non JKN. Cukup banyak RS yang membedakan kuota layanan untuk pasien JKN dan non JKN. Hal ini pula yang akhirnya menyebabkan antrian yang begitu panjang bagi pasien JKN karena kapasitas RS tidak dapat secara optimal dimanfaatkan oleh peserta. Akibatnya, tidak

- sedikit pasien yang rela membayar sendiri agar tidak perlu mengantri lama untuk mendapatkan pelayanan.
4. Kesulitan menegur RS yang menyalahi aturan JKN. Petugas BPJS Kesehatan seringkali tidak memiliki pengaruh besar dalam melakukan teguran kepada RS yang menyalahi aturan. Pemda memiliki pengaruh yang lebih besar untuk melakukan teguran kepada RS yang menyalahi prosedur dibandingkan BPJS Kesehatan.
 5. Kebijakan portabilitas JKN dan kebijakan regionalisasi faskes yang dibuat pemda saling berbenturan. Hal ini terjadi di Provinsi Jawa Barat dan Provinsi Gorontalo. Akibatnya, banyak komunitas luar Bandung mendaftar di Kota Bandung agar bisa mendapatkan pelayanan di RS yang ada di Kota Bandung agar lebih mudah mendapatkan faskes yang kualitasnya lebih baik.

3. Ketersediaan Sarana dan Tenaga Kesehatan

Saat Ini, jumlah tenaga kesehatan di faskes primer masih jauh dari seluruh kebutuhan yang ada terutama untuk dokter gigi, apoteker, asisten apoteker, sanitarian, dan analis kesehatan. Sampai saat ini, hanya bidan yang hampir memenuhi seluruh jumlah kebutuhan. Sehingga tidak jarang di daerah yang tidak terdapat dokter, bidan menjadi tulang punggung pelayanan kesehatan sehingga terkadang harus melakukan tugas di luar kompetensinya.

Tabel 4. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Indonesia Tahun 2015

No	Jenis Tenaga	Kebutuhan	Ketersediaan	Kekurangan	
				Jumlah	Persen
1	Dokter Umum	19,990	17,507	2,483	12.4%
2	Dokter Gigi	11,371	6,794	4,577	40.3%
3	Perawat	118,265	103,941	14,324	12.1%
4	Bidan	107,784	100,974	6,810	6.3%
5	Asisten Apoteker	12,179	7,453	4,726	38.8%
6	Sarjana Farmasi & Apoteker	4,805	2,271	2,534	52.7%
7	Kesehatan Komunitas	24,300	20,991	3,309	13.6%
8	Gizi	12,836	9,474	3,362	26.2%
9	Sanitarian	13,818	1,039	12,779	92.5%
10	Analisis Kesehatan	11,117	5,389	5,728	51.5%

Sumber: Bappenas, Penyediaan Supply side Kesehatan dalam Kerangka SJSN dan Perencanaan

Jumlah tenaga kesehatan di faskes primer masih jauh dari seluruh kebutuhan yang ada terutama untuk dokter gigi, apoteker, asisten apoteker, sanitarian, dan analisis kesehatan. Sampai saat ini, hanya bidan yang hampir memenuhi seluruh jumlah kebutuhan. Sehingga tidak jarang di daerah yang tidak terdapat dokter, bidan menjadi tulang punggung pelayanan kesehatan sehingga terkadang harus melakukan tugas diluar kompetensinya.

4. Disparitas Antar Daerah

Seperti yang telah disampaikan pada bagian sebelumnya, selain masalah kurangnya jumlah tenaga kesehatan, Indonesia juga dihadapkan pada tingginya disparitas tenaga dan sarana

kesehatan. Di wilayah Pulau Jawa, terutama DKI Jakarta, jumlah tenaga kesehatan sudah sangat mencukupi bahkan bisa dikatakan berlebih. Sedangkan di wilayah lain, tenaga kesehatan terutama dokter hanya berada di kota besar dengan jumlah tenaga yang sangat terbatas.

Ketersediaan dan kebutuhan faskes primer sangat bervariasi di setiap daerah. Sebagai contoh di Provinsi Bengkulu, Kalimantan Utara, Sulawesi Barat, Maluku, Gorontalo, Maluku Utara, dan Papua Barat ketersediaan faskes primer dibandingkan dengan kebutuhan berdasarkan jumlah peserta JKN dan jumlah penduduk sudah mencukupi. Jika diamati lebih lanjut, kecilnya kesenjangan antara ketersediaan dan kebutuhan faskes primer ini terjadi pada daerah yang jumlah penduduknya sedikit.

Daerah lainnya, ketersediaan faskes primer dibandingkan dengan kebutuhan peserta JKN sudah mencukupi atau mendekati cukup. Namun jika dibandingkan dengan kebutuhan seluruh penduduk, faskes primer yang dibutuhkan masih cukup banyak. Hal ini seperti yang terjadi pada sebagian besar daerah seperti Provinsi Riau, Kepulauan Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Bengkulu, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, dan Bali. Permasalahan terbesar terjadi pada Provinsi yang masih memiliki kesenjangan yang cukup jauh antara ketersediaan faskes primer dengan kebutuhan peserta JKN maupun kebutuhan seluruh penduduk seperti yang terjadi pada Provinsi Aceh, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Kecenderungan ini banyak terjadi pada daerah yang berpenduduk tinggi.

Ketersediaan faskes lanjutan di seluruh provinsi memiliki pola yang hampir sama dengan ketersediaan faskes primer

pada bagian sebelumnya. Menarik dari grafik di bawah ini, ketersediaan TT di Provinsi Papua dan Papua Barat melebihi kebutuhan padahal sering kali. Terdengar keluhan komunitas papua yang kesulitan berobat ke RS. Kedua fenomena tersebut benar adanya. Jumlah TT di wilayah ini sudah mencukupi, namun karena area wilayah yang begitu besar dan kondisi geografis yang sulit dijangkau, penduduk kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan untuk mendirikan RS, pemerintah kesulitan menemukan tenaga kesehatan yang bersedia ditempatkan di wilayah tersebut.

Di Provinsi Maluku Utara, RS hanya terpusat di Ibu Kota Provinsi. Wilayah lainnya, belum seluruhnya memiliki RS. Kabupaten Halmahera Timur tidak memiliki RS padahal area geografisnya luas dan kepulauan.

Dengan demikian untuk menuju RS, peserta harus menyeberangi pulau dengan biaya yang tidak murah. Selain itu, sarana dan prasarana yang ada di RS belum tentu memenuhi kebutuhan peserta. Tidak jarang RS hanya memiliki dokter umum PTT atau dokter kontrak yang sewaktu-waktu bisa saja pergi dari wilayah tersebut.

Provinsi Jawa Barat hanya memiliki satu RS tipe A sedangkan jumlah penduduk begitu besar. Peserta yang tinggal di wilayah RS pun menginginkan pelayanan langsung di RS memperparah antrian pelayanan.

3

STUDI KOMUNITAS KESEHATAN MULTI ETNIS DAN POLA PENGOBATAN

1. Suku Asli Kalimantan

a. Suku Dayak

Sejarah Suku Dayak Provinsi Kalimantan Timur, dikenal dengan keragaman suku asli pedalamannya. Jika kita mendengar Kalimantan Timur, pastilah teringat dengan suku Dayak dan rumah panjangnya yang disebut Lamin. Tetapi sebutan mereka untuk rumah panjang mereka tidak hanya Lamin. Suku Dayak Kenyah menyebut rumah ini dengan *Uma Dadoq*, suku Dayak Tunjung dan Dayak Benuaq dengan sebutan *Luu'* sedang Dayak Ngaju dengan sebutan *Batang*. (Paulus, 2009)

Suku Dayak hidup di desa-desa, di pinggir hulu-hulu sungai di pedalaman Kalimantan. Rumah Panjang kebanyakan berdiri di sisi sungai. Panjangnya berkisar antara 60 hingga 150 meter dengan sisi beranda menghadap sungai. Persediaan makanan dan gudang peralatan disimpan di lumbung padi yang ditempatkan terpisah di belakang atau di samping

bangunan, sehingga dapat terhindar jika terjadi kebakaran, yang merupakan musuh utama rumah panjang. Dapur juga ditempatkan di belakang dan terpisah dari bangunan induk. Karena letaknya di sisi sungai, tidak ada kamar mandi di rumah panjang. Untuk keperluan tersebut, mereka cukup melakukannya di sungai terdekat. Perlu diketahui suku Dayak bukan hanya satu jenis suku Dayak saja, suku ini terdiri dari berbagai etnis dengan sistem sosial bahkan bahasa yang berbeda-beda, hal ini mempengaruhi variasi bentuk dan fungsi ruang di dalam rumah panjang mereka.

Kalimantan adalah salah satu dari 5 pulau besar yang ada di Indonesia. Sebenarnya pulau ini tidak hanya merupakan daerah asal orang Dayak semata karena di sana ada orang Banjar (Kalimantan Selatan) dan orang Melayu. Di kalangan orang Dayak sendiri satu dengan lainnya menumbuh- kembangkan kebudayaan tersendiri. Dengan perkataan lain, kebudayaan yang ditumbuh-kembangkan oleh Dayak-Iban tidak sama persis dengan kebudayaan yang ditumbuh-kembangkan Dayak-Punan dan seterusnya. Namun demikian, satu dengan lainnya mengenal atau memiliki senjata khas Dayak yang disebut sebagai mandau. Dalam kehidupan sehari-hari senjata ini tidak lepas dari pemiliknya. Artinya, kemanapun ia pergi mandau selalu dibawanya karena mandau juga berfungsi sebagai simbol seseorang (kehormatan dan jatidiri). Sebagai catatan, dahulu mandau dianggap memiliki unsur magis dan hanya digunakan dalam acara ritual tertentu seperti: perang, *pengayauan*, perlengkapan tarian adat, dan perlengkapan upacara. Mandau dipercayai memiliki tingkat-tingkat kemampuan atau kesaktian. Kekuatan saktinya itu tidak hanya diperoleh dari proses pembuatannya yang melalui ritual-ritual tertentu, tetapi

juga dalam tradisi *pengayauan* (pemenggalan kepala lawan). Ketika itu (sebelum abad ke-20) semakin banyak orang yang berhasil di-kayau, maka mandau yang digunakannya semakin sakti. Biasanya sebagian rambutnya sebagian digunakan untuk menghias gagangnya. Mereka percaya bahwa orang yang mati karena di-kayau, maka rohnyanya akan mendiami mandau sehingga mandau tersebut menjadi sakti. Namun, saat ini fungsi mandau sudah berubah, yaitu sebagai benda seni dan budaya, cinderamata, barang koleksi serta senjata untuk berburu, memangkas semak belukar dan bertani. (Johan, 2009).

Adat, adalah representasi material dari suatu komunitas. Perwujudan material dari karakteristik dan kearifan lokal yang hidup dan menghidupi komunitas dalam suatu wilayah. Adat berada dalam ruang sosial, politik, ekonomi dan budaya dalam komunitas. Lebih dari itu, Adat merupakan sebuah sistem yang menyebar dan dialektis. Perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu dan semua yang terjadi dalam komunitas tercermin lewat adat. Hilangnya adat berarti hilangnya suatu komunitas dalam komunitas Dayak, pola perilaku, interaksi, pola hidup dan perlakuan terhadap alam didasarkan pada prinsip solidaritas. Sendi-sendi dasar solidaritas ini bukan merupakan sesuatu yang direkayasa oleh sebagian pihak yang kemudian dipaksa untuk dipakai bersama. Kondisi material dari waktu ke waktu yang terus berubah membuat komunitas Dayak menentukan pilihan penyikapan terhadap kondisi yang terus berubah. Sikap individualistis dan penciptaan iklim kompetisi ternyata tidak merupakan pilihan bagi Suku Bangsa Dayak Indonesia. Dalam kesusastraan lisan, didapati fase-fase dalam sejarah Dayak ; jaman Sangen, Sangiang, Tetek Tatum dan jaman Sansana Bandar yang merupakan jaman keemasan bagi bangsa

Dayak Indonesia, di dalamnya menggambarkan peri kehidupan bangsa Dayak yang didasarkan pada nilai-nilai solidaritas. Kalaupun dalam sejarah Dayak, pernah terjadi kayau, hal ini pun bukan dilakukan atas dasar individualisme dan merupakan penyikapan bangsa Dayak terhadap kondisi pada jamannya. Dalam hal budaya, terdapat simbolisasi perjalanan manusia sebelum dilahirkan sampai pada kehidupan setelah kematian yang dilambangkan dalam bulu kendali burung Tingang, dikenal dengan ungkapan Dandang Tingang yang secara bebas dapat diartikan memanusaiakan manusia. Nilai filosofis Dandang Tingang inilah yang kemudian secara materil diterjemahkan dalam ungkapan "Belom Bahadat" (hidup berdasarkan pada adat sehingga menjadi suatu keutuhan sebagai manusia). Manusia Dayak memiliki tiga sikap dasar dalam menjalani pilihan kehidupannya, baik terhadap Tuhan, unsur gaib, tumbuhan, hewan dan sesama manusia. Ketiga sikap dasar ini adalah sikap sembah, hormat dan sopan. Ketiga sikap dasar ini menempatkan manusia Dayak sebagai pengurus Alam, bukan penguasa yang secara eksploitatif dalam berhubungan dengan alam dan sesama. Belom Bahadat kemudian menjadi sebuah tuntunan manusia Dayak dalam menjalani kehidupannya dan pada gilirannya menjelma menjadi hukum adat yang kontekstual pada masing-masing suku. (Yekni, 2006).

Penyelesaian masalah dan perselisihan dalam hukum adat lebih menggunakan pendekatan damai atas dasar solidaritas. Misalnya terhadap perselisihan antara satu orang dengan lainnya solusi yang diambil adalah dengan saling mengangkat saudara. Perwujudan solidaritas dapat ditemui dalam tata kehidupan dalam rumah betang, seperti yang sudah dikenal luas. Solidaritas, kesetiaan dan kesetaraan (termasuk jender) sebagai nilai dasar

yang menjadi pegangan manusia Dayak dapat ditemui dalam hal perkawinan. Bagi manusia Dayak perkawinan adalah suci dan terhormat. Dalam budaya Dayak, perkawinan merupakan hal yang suci sehingga sebelumnya harus dipersiapkan dengan matang. Terhadap persiapan ini terdapat prosesi yang harus dilakukan oleh mempelai sebelumnya. Sebagai sesuatu yang suci, dalam budaya Dayak juga tidak mengenal perceraian maupun poligami (wawancara dengan Bajik Simpey, 20-08-2007). Dalam kehidupan rumah tangga, perempuan dan laki-laki saling berbagi peran sesuai dengan kemampuan dan kesepakatan (Nila Riwut: 2003), sehingga emansipasi jender dalam budaya Dayak sebenarnya bukanlah sesuatu yang perlu diperdebatkan. Perwujudan nilai kesetaraan (agalter) dalam budaya Dayak dapat dilihat dari bahasa, di mana kata "anda/kamu" dipakai untuk siapa saja baik segi usia, pangkat dan sebagainya, tidak secara berbeda misalnya *ikau* dalam bahasa Ngaju dan *hanyu* dalam bahasa Ma'anyan. Dengan demikian, menjadi sebuah kesimpulan bagi penulis bahwa nilai-nilai mendasar yaitu solidaritas, kesetiaan dan kesetaraan menjadi karakteristik mendasar dalam menjalani kehidupan sebagai manusia Dayak.

Invasi kebudayaan dan peminggiran terhadap nilai-nilai ke-Dayak-an telah terjadi pada masa kolonialisme bangsa barat. Dayak dipakai sebagai label yang sangat inferior. Dajakers oleh orang Belanda kolonial. Sebuah label yang menunjukkan ketidakberadaban. Invasi kebudayaan ini kemudian menyerang pada sendi paling dasar dalam komunitas Dayak, yaitu agama asli komunitas Dayak sebagai sumber sistem religi dan sosial komunitas Dayak. Agama asli ini yang kemudian disebut agama helu, lalu kemudian *Kaharingan*, diberi label sebagai sebuah

kepercayaan kafir, pagan, dan sebagainya memaksa sistem religi dan sosial ini pada ranah politik formal, sebelumnya tergabung dalam sekber Golkar lalu digabungkan dalam agama Hindu dengan nama Hindu Kaharingan. Peminggiran terhadap *Kaharingan* pada gilirannya membawa pada pelepasan makna filosofis dengan simbol-simbol budaya. Manusia Dayak kekinian tidak lagi mengenal karakter sebagai manusia Dayak.

Pada era globalisasi sekarang ini, dimana rujukan modern mengambil barat sebagai patokan, kompetisi sebagai dasar hubungan dan kekuasaan sebagai orientasi membawa manusia Dayak semakin terasing dari karakternya. Dasar solidaritas dipecah dan direkayasa secara historis dan sistematis lewat pelabelan Rumah Betang yang tidak sehat dan tidak modern, sehingga pada kondisi tertentu meningkatkan penjualan perumahan lewat “KPR-BTN”, membawa komunitas Dayak pada ruang individualistis. Penerapan modernisasi ala barat yang memiliki prasyarat “masifikasi individualisme” merubah wajah karakter komunitas Dayak khususnya di perkotaan menjadi komunitas tanpa karakter. Rumah-rumah dipisahkan dengan pagar-pegar tinggi, manusia hidup dalam suasana yang kompetitif dimana yang kuat yang menang, hidup menurut hukum rimba dengan bungkus modernisasi. Semboyan-semboyan lokal seperti *penyang hinje simpey* sekadar menjadi slogan sebuah kabupaten yang hampir tidak tampak lagi karakter “Dayak”nya. Simbol itu telah lepas dan terpisah dari nilai filosofisnya. Kompetisi sebagai antagonisme dari solidaritas, dengan disokong oleh invasi budaya yang terjadi sejak dulu dan kini terus direproduksi lewat media massa semakin membawa manusia Dayak terasing dari solidaritas yang pernah menjadi karakternya dahulu.

Kompetisi dan modernisasi juga merubah karakter manusia Dayak yang memiliki kesetiaan pada hal-hal yang sifatnya ideologis. Bila dahulu manusia Dayak siap berkorban nyawa bila suku atau kerabat dan sahabatnya dilecehkan, sekarang lebih terlihat bentuk kesetiaan sistem kerajaan. Dimana pemimpin yang berkuasa tak boleh di bantah dan di sanggah, sehingga prinsip ABS (asal bapak senang) dapat kita lihat dalam diri tokoh-tokoh elit dewasa ini. Sifat oportunist juga menyertai karakter birokrasi di tanah Dayak, kesetiaan semu, penjiwaan dan kesediaan menjadi munafik mewarnai wajah birokrasi dan elit.

Kesetiaan dalam kerangka perkawinan yang dalam budaya Dayak merupakan sesuatu yang suci, justru di jaman millenium ketiga semakin terdegradasi. Kawin lalu cerai, perselingkuhan dan poligami semakin tampak dalam warna kehidupan komunitas Dayak. Sementara budaya lokal yang semestinya dapat mengembalikan hakikat manusia Dayak semakin jauh dari kehidupan, dilestarikan dengan cara dijadikan pajangan dan objek pariwisata yang sama sekali terpisah dengan keseharian.

Kesetaraan dalam bingkai budaya juga menjadi sasaran bagi invasi kebudayaan. Dapat kita temukan bila berbicara dengan pejabat pemerintah kata “bapak” dan “ibu” menjadi ucapan wajib, bila tidak menggunakannya dianggap tidak menghormati. Pada hal penghormatan dalam pandangan budaya Dayak tidaklah disampaikan dalam ucapan, melainkan dalam sikap. Disamping itu sebelumnya Republik Indonesia pernah memakai kata “bung” yang lebih egaliter dalam penyelenggaraan negara. Hal ini semakin membawa kita pada penyaksian bahwa nilai budaya Dayak yang menggunakan kata “*ikau*” terhadap kawan, saudara tua atau muda, orang tua

semakin terpisah dalam kondisi kekinian. Dimana kamu, anda dan bapak/ibu dipakai sebagai kata yang maknanya sama hanya peruntukan berbeda, tergantung pada usia, posisi, kekuasaan, jabatan dan kekayaan. Sungguh, bukanlah karakter Dayak yang demikian tidak egaliter.

1. Konsep Sakit Menurut Komunitas Dayak

Konsep sakit menurut komunitas dayak yaitu ketika seseorang mengalami gangguan fungsi tubuh yang dikarenakan ketidakseimbangan unsur-unsur dalam tubuh dan oleh personalistik. Dalam film tersebut diceritakan bahwa salah satu anggota komunitas sedang mengalami sakit dan komunitas setempat menganggap sakit tersebut disebabkan karena hilangnya roh dari raga seseorang yang berada disuatu tempat tetapi tidak dapat kembali, sehingga roh tersebut harus dicari dan dibawa kepada pemiliknya. Dalam hal ini gejala yang dialami oleh pasien atau orang yang sakit tidak bisa menggerakkan badan. Dengan demikian konsep sakit menurut komunitas dayak lebih mengarah pada hal yang bersifat personalistik, dan untuk menyembuhkannya maka harus dilakukan ritual mantra belian untuk memanggil roh tersebut agar kembali pada pemiliknya. Sementara jika dipandang dari sudut pandang medis modern gejala tersebut mengarah pada penyakit *stroke*.

2. Etiologi Sakit Menurut Komunitas Dayak

Asal mula datangnya penyakit menurut komunitas dayak yaitu berasal dari hal yang bersifat personalistik, misalnya makhluk halus atau roh-roh jahat yang mengganggu seseorang dan menyebabkan menjadi sakit. Selain itu adanya suatu

penyakit juga disebabkan oleh perbuatan yang membuat dewa atau leluhur mereka marah sehingga memberikan sakit kepada orang tersebut.

3. Perawatan Kesehatan Menurut Komunitas Dayak

Perawatan kesehatan komunitas Dayak ketika sakit yaitu dengan melakukan ritual mantra belian sebagai penyembuhan. Dalam ritual mantra belian tidak hanya dilakukan oleh pihak keluarga yang sakit, tetapi juga dari peran serta komunitas, sehingga dengan demikian terdapat ikatan sosial yang berfungsi sebagai perekat nilai kebersamaan dalam komunitas. Dalam ritual pengobatan mantra belian ini terdapat tangga sebagai bagian dari alat-alat ritual yang memiliki makna sebagai tempat turunnya arwah. Selain itu juga terdapat sesaji untuk pengobatan yang macam-macam benda atau perlengkapannya ditentukan oleh keluhan dan sakit dari pasien. Pengobatan dilakukan sedikitnya selama tiga malam berturut-turut tergantung pada berat ringannya penyakit. Jika penyakit yang dialami oleh seseorang dianggap berat, maka pengobatan dapat mencapai 40 malam. Dalam pengobatan mantra belian ini penuh dengan suasana mistis, karena setelah arwah turun, kemudian dilanjutkan dengan tarian yang diiringi dengan musik khas suku dayak. Setelah itu kemudian pembelian pergi ke tengah hutan untuk memanggil arwah untuk merasuki dirinya, kemudian kembali pada pasien yang sakit untuk menyembuhkan dengan cara menyedot tubuh pasien, yang kemudian akan keluar batu kecil, sebagai pertanda keluarnya penyakit dari tubuh pasien. Pengobatan Mantra Belian pada suku Dayak merupakan pengobatan tradisional yang

menyimpan kearifan lokal dan unsur magis yang tersirat dalam ritual tersebut. Dengan demikian adanya pandangan sakit dan pengobatan tradisionanl komunitas dayak tidak lepas dari kondisi lingkungan komunitas setempat yang jauh dari pusat kota dan pengobatan medis modern sehingga dalam menangani sakit komunitas lebih mengarah pada kepercayaan yang mereka yakini dan unsur-unsur tradisonal dalam kehidupan komunitas Dayak itu sendiri. (Almutahar, 1995).

b. Suku Banjar

Suku Banjar (bahasa Banjar: *Urang Banjar*) adalah suku bangsa yang menempati wilayah Kalimantan Selatan, serta sebagian Kalimantan Tengah dan sebagian Kalimantan Timur. Populasi Suku Banjar dengan jumlah besar juga dapat ditemui di wilayah Riau, Jambi, Sumatera Utara dan Semenanjung Malaysia karena migrasi Orang Banjar pada abad ke-19 ke Kepulauan Melayu.

Berdasarkan sensus penduduk 2010 orang Banjar berjumlah 4,1 juta jiwa. Sekitar 2,7 juta orang Banjar tinggal di Kalimantan Selatan dan 1 juta orang Banjar tinggal di wilayah Kalimantan lainnya serta 500 ribu orang Banjar lainnya tinggal di luar Kalimantan.

Suku bangsa Banjar berasal dari daerah Banjar yang merupakan pembauran komunitas beberapa daerah aliran sungai yaitu DAS Bahan, DAS Barito, DAS Martapura dan DAS Tabanio. Dari daerah pusat budayanya ini suku Banjar sejak berabad-abad yang lalu bergerak melakukan migrasi secara sentrifugal atau secara lompat katak. Secara genetika suku Banjar kuno sudah terbentuk ribuan tahun yang lalu dan telah melakukan migrasi keluar pulau Kalimantan sekitar 1.200

tahun yang lalu menuju Madagasikara alias Madagaskar dan ke wilayah lainnya. (Alqadrie, 1987).

1. Pola Pengobatan Suku Banjar

Suku Banjar Kalimantan Selatan dan komunitas komunitas terasing yang tinggal di pedalaman Meratus mengenal dan memanfaatkan obat-obatan dan ramuan tradisional dalam pengobatan ataupun memelihara kesehatan dan mencegah serangan penyakit.

Sebagaimana ragam obat dan ramuan tradisional tersebut tentu dengan jenis serta khasiat berbeda, kendati di antaranya ada kesamaan hasiat dalam kesehatan komunitas yang tinggal sejak dulu atau berabad-abad silam di Kalimantan Selatan, serta Pulau Kalimantan (Borneo) pada umumnya.

Beberapa obat dan ramuan tradisional bagi urang Banjar Kalimantan Selatan dan komunitas komunitas terasing atau Suku Dayak Meratus sulit menemukan bahasa Latin atau bahasa ilmiah dalam dunia medis ataupun kefarmalogian. Oleh karena itu, dalam penulisan obat dan ramuan tradisional tersebut kemungkinan banyak menggunakan sebutan aslinya atau “bahasa ibu” dengan tetap mengupayakan terjemahan yang pengertiannya ke dalam bahasa Indonesia guna pengenalan publik.

Guna lebih memudahkan pengenalan atau mencocokkan dengan ekslopedi bahasa Indonesia dalam konteks farmakologi di Tanah Air ini, penulisan obat-obatan dan ramuan tradisional tersebut berdasarkan kelompok kesehatan atau penyakit yang komunitas Kalimantan Selatan serta Indonesia alami. (Alfani, 1997).

1. Demam panas karena pengaruh cuaca, maka untuk penurunan atau penyembuhan bisa mengkosumsi *banyu kinca* (air santan segar campur gula merah/aren), dan air bercampur daun “raja babangun/turus dingin” yang diremas dengan mengusap-usapkan ke badan atau kepala.
2. Demam panas karena pengaruh cuaca dan mengeluarkan *karumut* (sejenis campak) pada muka serta bagian tubuh, untuk penyembuhan pada umumnya cukup memandikan *banyu nyiur* (air kelapa) dengan cara tertentu.
3. Sakit gigi jika tidak berlubang atau sekedar pengaruh peradangan gusi, dapat berkumur-kumur dengan air rebusan daun sirih, baik sirih biasa maupun sirih merah. Namun bila gigi yang sakit berlubang dapat mengumurkan air rebusan kulit batang “ketapi” (ketapi sp) dan kulit batang bunga tanjung. Selain itu, mengumurkan air rendaman tempurung (batok) kelapa yang dibakar. Pengobatan ini pada umumnya cepat sembuh, tetapi berisiko atau berdampak terhadap percepatan pengeroposan gigi.
4. Luka kecil atau tidak terlalu besar untuk mengurangi atau menghentikan darah keluar dan sekaligus buat penyembuhan, cukup mengoleskan getah batang keladi (talas), menutup dengan remesan daun sengkong, pucuk pisang dan daun jambu *karantukal* (jambu biji/jambu klotok). Sementara jika mata luka agak besar misalnya kena bacok, untuk menghentikan darah keluar bisa menggunakan daun ambaratan (ambaratan sp) yang disebut juga daun maling. Mengapa disebut *duan*

maling? Karena pada umum maling kena bacok untuk sementara menggunakan daun ambaratan agar tidak ada ceceran darah guna menghilangkan jejak.

5. Mimisan atau darah keluar dari lubang hidung, urang Banjar Kalimantan Selatan menyebutnya *rastung* atau memesan, untuk menghentikannya cukup dengan cara “manyumpalkan” (menyumbat) lubang hidung dengan daun sirih.
6. *Bahiraan* (sering buang air besar) jika belum terlalu parah, untuk pengobatan cukup mengonsumsi pucuk daun jambu *karantukal*/jambu biji, air rendaman kerak nasi yang hangus, *tangkung* jagung (tempat tempelan beras jagung) yang dibakar.
7. Berak darah karena gangguan/infeksi usus atau saluran pencernaan bila belum parah, serta keluar *tumbang* (zubur/ambean), untuk pengobatan bisa mengonsumsi pisang nyaru, manisan *habang* (tebu merah), buah ulur-ulur (ulur-ulur sp). Ulur-ulur sejenis buahan dari pedalaman Meratus, dan umumnya komunitas komunitas terasing yang banyak menggunakan obat tradisional itu.
8. Sakit perut biasa, untuk penyembuhan bisa menggunakan tumbuhan jenis gulma atau kategori rumput-rumputan yang oleh urang Banjar Kalimantan Selatan menyebutnya *pulut-pulut tahi bayi* (pulut = sejenis lem, tahi = kotoran, bayi = babi). Daun tanaman tersebut diremas-remas dengan kapur sirih, kemudian diuleskan di perut.
9. *Kebabagusan* atau salah tidur dan ada pula yang menyebut “balawa” yaitu berupa bengkak pada bagian leher, untuk penyembuhan bisa menggunakan beberapa

obat tradisional, seperti menguleskan cairan nila (*balau*). Alternatif lain biji *kalangkala* (*kalangkala* sp) dan atau biji *sangkuang* (*sangkuang* sp) dibakar, kemudian campur minyak “lemak” (terbuat dari kelapa) dan uleskan ke leher yang sakit.

Kalangkala pepohonan berdaun agak lebar yang bisa tumbuh di dataran rendah dan tinggi, bentuk buahnya bulat kalau masak berwarna merah dan isi menyerupai adpokat. Bagi *urang* Banjar Kalimantan Selatan bisa menjadikan *kalangkala* sebagai pendamping lauk makan. Sedangkan *sangkuang* pepohonan berdaun agak kecil seperti daun pohon lengkung, dan buahnya pun bulat sebagaimana lengkung. Namun rasa berbeda, yaitu kalau lengkung manis, tetapi *sangkuang* kalau masak terasa asam manis. Pada umumnya *sangkuang* tumbuh di pinggir-pinggir sungai.

10. *Tampihaan* yaitu sakit/bengkak pada selangkang (antara paha dengan kemaluan), penyembuhan dapat menggunakan pucuk daun lombok *parawit* (cabai rawit) yang diremas bercampur kapur sirih, kemudian diuleskan pada bagian yang sakit.
11. Kurap-sejenis penyakit kulit, selagi belum parah untuk penyembuhan bisa menggunakan daun *gulinggang* (daun tapak babi) dengan menggosok-gosokan ke kulit tersebut secara rutin minimal satu kali dalam sehari, akan lebih baik bila sering atau jika ada kesempatan guna percepatan pulih kembali.
12. Kayap, sejenis penyakit kulit basah dan terasa perih. Penyembuhan bisa menggunakan tahi (kotoran) cacing.

Tetapi alternatif yang cukup bagus yaitu buah jagung mentan yang diparut, kemudian *kasai*kan (uleskan) ke kulit yang kena kayap tersebut. Insya Allah proses penyembuhannya cepat.

13. Gula darah atau kencing manis, kalau pendekatan ilmu medis mungkin untuk pengobatan minum rebusan isolen. Tetapi obat tradisional *urang* Banjar Kalimantan Selatan pada umumnya, antara lain daun bungur, daun kopi dan kulit pohon tandui. Kesemua obat atau ramuan tradisional itu cara penggunaan direbus terlebih dahulu baru diminum. Meminum harus rutin setiap hari dengan lama tergantung tingkat keparahan. Misalnya kalau belum parah atau sebatas baru indikasi, mungkin cukup sekali sehari sebanyak 300 ml dengan tempo tidak sampai satu tahun. Pohon tandui (*tandui sp*) termasuk tumbuhan hutan Meratus yang belakangan tergolong langka dan terancam punah. Bentuk dan daging buahnya seperti mangga, tetapi masak sekali pun rasanya tetap asam, tak ada rasa manis kecuali dikasih gula merah.
14. Sakit pinggang biasa, bukan karena terjatuh atau keseleo, untuk penyembuhan bisa mengonsumsi sayur *umbut walatung* (rotan ukuran besar). *Gangan* (gulai) *walatung* salah satu kuliner khas komunitas Kalimantan Tengah (Kalteng). Selain itu, meminum rebusan kulit kayu alaban, termasuk tumbuhan Meratus. Sebagaimana orang-orang Banjar daerah hulu sungai Kalimantan Selatan dalam berladang selalu meminum rebusan kulit kayu alaban sehingga terhindar dari penyakit pinggang.

15. Batuk, kalau belum parah atau masih batuk ringan, penyembuhan antara lain, cukup minum jeruk nipis campur madu atau kecap asin, minum asam kamal/asam jawa campu sedikit garam, minum bunga belimbing tunjung (belimbing buluh/sayur). Selain itu, uleskan *limau amas* (jeruk emas) di leher hingga dekat dada. Limau amas pohonnya berduri dan buahnya bentuk kecil berdiameter sekitar lima milimeter, bila masak berwarna merah.
16. Maag, yang kono karena kebanyakan asam lambung yang menjadi penyebab. Untuk pengobatan tradisional cukup sederhana, antara lain dengan mengonsumsi pisang awa, baik yang mentah maupun masak. Bisa pula dengan mengonsumsi pisang manggala. Pisang ini penuh biji sehingga untuk dimakan kurang enak, karena juga rasa kalat (sepat), kecuali untuk campuran rujak serta gangan keladi. Fungsi pisang manggala bisa menghilangkan rasa gatal keladi yang disayur.
17. Kena penyakit kuning atau gejala liver, pencegahan atau pengobatan dengan meminum seduhan *janar* (kunyit), temulawak, dan kayu kuning. Kayu kuning tumbuhan hutan yang berambat.
18. Bisul: supaya cepat pecah dan buat pengobatannya secara tradisional *urang* Banjar Kalimantan Selatan tempo dulu menggunakan getah pohon lua. Fungsi getah lua seperti etiol. Pohan lua umumnya tumbuh dan berkembang di tepi-tepi sungai, buah seperti buah *tin* (buah tin = buah Timur Tengah, dan diabadikan dalam Al Qur`an).

19. Minyak kayu ulin (kayu besi bisa untuk menumbuhkan dan penyubur rambut. *Ulin* merupakan primadona kayu-kayuan/pepohonan kawasan Meratus.
20. Daun jarak (jarak pagar) dapat membantu percepatan buang angin “keluar angin” bagi orang yang baru operasi. Ketentuan kedokteran tempo dulu, seseorang sehabis operasi tidak boleh makan minum, kecuali sudah kentut. Sedangkan masa tunggu untuk keluar kentut itu relatif lama sehingga cukup membosankan bagi pasien. Cara penggunaan, daun jarak itu “dihaling” (dipanaskan) ke api (bisa lilin dan lampu teplok), kemudian letakan di punggung sebanyak tiga kali. Insya Allah tidak sampai satu jam bisa buang angin alias kentut.

Ke - 20 obat atau ramuan tradisional tersebut berasal dari tumbuhan yang mungkin masih banyak lagi diketahui. Tetapi dari hewan pun bisa menjadi obat-ramuan tradisional. Sebagai contoh mengonsumsi ikan buntal dalam doses tidak banyak atau berlebihan dapat menyembuhkan penyakit *hilu* (sakit tulang), mengonsumsi *iwak haruan* (ikan gabus) yang direbus atau dibuat *paisan* (pepesan) mempercepat penyembuhan luka dalam, seperti habis operasi. Begitu pula kalau kita kena *pating* (sirip) ikan baung, lais, *sanggiringan* (sejenis baung tetapi lebih kecil), buat penyembuhan nyeri cukup menggunakan otak ikan tersebut dengan diuleskan pada bagian yang sakit. Sama halnya dengan pencegahan tradisional dalam mengonsumsi udang sebagai antiseptik supaya tidak terkena alergi berupa gatal-gatal, juga jangan lupa memakan ekor udang tersebut. (antara news, 2017)

2. Suku Pendatang Kalimantan Timur

a. Suku Bugis

Suku Bugis merupakan suku bangsa Indonesia yang mendiami sebagian besar wilayah di Sulawesi Selatan. Suku Bugis dikenal sebagai suku perantau yang banyak meninggalkan wilayah aslinya untuk menyebar ke daerah-daerah lain. Salah satu nilai kebudayaan suku Bugis yang paling tua adalah adat dalam mempertahankan harga diri. Komunitas Bugis bisa melakukan segala hal untuk mempertahankan harga dirinya. Bahkan, pada zaman dahulu bila terdapat anggota keluarga yang melakukan perbuatan tercela dan mengakibatkan keluarga menanggung malu, maka anggota keluarga yang bersalah bisa diusir atau dibunuh.

Namun demikian, adat ini sudah mulai luntur karena tentunya perbuatan membunuh apapun alasannya, dengan konteks hari ini bisa dikenai sanksi hukum. Namun, jiwa dan kepribadian keras untuk senantiasa menjaga harga diri, masih tetap dipatuhi dan dijaga hingga saat ini. Berikut ini terdapat beberapa nilai kebudayaan suku Bugis yang masih dipertahankan secara turun temurun dan menjadi warisan budaya bagi komunitas Bugis. (Mattuladda, 1974).

1. Sejarah Penamaan

Penyebutan nama Bugis berawal dari penyebutan *To Ugi*. *To Ugi* memiliki makna pengikut *Ugi*. *Ugi* sendiri merupakan sebutan bagi Raja pertama yang menguasai Pammana (Kabupaten Wajo untuk saat ini) yang bernama La Sattumpugi. La Sattumpugi merupakan raja yang dikenal baik, ramah dan dekat dengan rakyat. Oleh sebab itu, rakyat pengikutnya

membangun identitas sosial sebagai pengikut setia Raja dengan menamai diri sebagai *To Ugi*. Nama *To Ugi* ini kemudian menjadi dasar sebutan bagi komunitas Bugis.

Suku Bugis tergolong sebagai suku Melayu Deutero. Golongan ini masuk ke Indonesia setelah migrasi pertama yang berasal dari dataran Asia yang tepatnya dari daerah Yunan. Raja La Sattumpugi yang menjadi cikal bakal terbentuknya Suku Bugis teridentifikasi berasal dari Cina. Dalam catatan sejarah ditemukan bahwa Raja La Sattumpugi memiliki putra yang bernama We Cudai.

We Cudai merupakan suami dari Sawerigading yang merupakan anak dari Battara Lattu. Battara Lattu sendiri masih bersaudara dengan Raja Ugi. Kisah Sawerigading merupakan salah satu kisah legenda yang dikenal luas dalam tradisi komunitas Luwuk, Kaili, Gorontalo hingga Buton.

2. Filosofis Adat

Komunitas Bugis memiliki empat strata adat istiadat. Adat disini merupakan sejumlah tata aturan sosial yang menjadi landasan hukum dan dipatuhi secara bersama oleh keseluruhan komunitas suku Bugis. Empat strata adat tersebut, yaitu:

- a. *Ade Maraja*, yakni sistem adat yang hanya dipakai di kalangan Raja atau pemimpin saja.
- b. *Ade Puraonro*, yakni sistem adat yang dilestarikan secara turun temurun sehingga sudah dilakukan sejak lama.
- c. *Ade assamaturukeng*, yakni sistem adat atau peraturan yang ditentukan melalui kesepakatan bersama.
- d. *Ade abiasang*, yakni adat yang sudah dipakai dari dulu hingga pada masa sekarang dan sudah diterapkan sebagai kebiasaan di dalam masyarakat.

Dalam Lontara orang Bugis terdapat lima prinsip dasar yang dikenal dengan sebutan *pangngadereng*, yang terdiri dari:

1. *Ade* adalah sebuah bentuk sikap yang fleksibel dan adaptif terhadap berbagai peraturan hidup berkomunitas.
2. *Bicara* adalah tata kesopanan dan kesantunan dalam berkomunikasi.
3. *Rapang* merujuk kepada sebuah bentuk tingkah laku atau perbuatan yang baik dan hendaknya diikuti oleh masyarakat. Dengan kata lain adalah sikap ketauladanan.
4. *Wari* adalah aturan yang mengatur mengenai keturunan dan hirarki komunitas syarat dalam hal ini adalah aturan hukum Islam
5. *Sara* atau siri merupakan prinsip dan kepribadian tegas yang melandasi segala perbuatan dan tindakan atau tingkah laku orang bugis.

3. Pola Pengobatan Suku Bugis

Dalam referensi, pengetahuan tradisional tentang tanaman obat dan tata cara pengobatan di Provinsi Sulawesi Selatan tidak terlepas dari peran yang penting seorang *sanro*. Ia adalah seorang cerdas pandai atau cendekiawan lokal yang berperan sebagai penolong dan mengupayakan penyembuhan orang-orang yang sakit. Pada umumnya pengobat tradisional itu bukanlah seorang paramedis yang berpendidikan formal di bidang kesehatan, melainkan seorang anggota komunitas biasa yang mempunyai keahlian dan kemampuan dalam bidang pengobatan tradisional.

Dalam praktiknya, komunitas setempat mengelompokkan *sanro* menjadi beberapa kategori seperti:

- a. *Sanro pekdektek tolo*, atau pemotong ari-ari bayi.
- b. *Sanro pabbura-bura*, ahli mengobati berbagai macam penyakit dengan ramuan tanaman obat.
- c. *Sanro pajjappi*, mengobati melalui pembacaan mantera-mantera.
- d. *Sanro tapolo*, ahli pengobatan dan penyembuhan penyakit patah tulang, melalui praktik urut dan pembacaan mantera.
- e. *Sanro pattiro tiro*, pengobat tradisional yang memusatkan diri pada usaha pengobatan melalui ramalan/nujum.

Menurut konsep kebudayaan orang Bugis *sanro* tidak hanya dikenal sebagai orang yang mampu memberikan bantuan kepada orang sakit yang datang kepadanya melalui praktik pengobatan, akan tetapi *sanro* juga dikenal sebagai orang yang mampu mengendalikan bahkan melakukan pemunahan penyakit-penyakit tertentu. Dengan demikian *sanro* memiliki pengertian yang lebih luas, artinya tidak sekedar pengobat tradisional. Warga komunitas Bugis, mengatakan bahwa *sanro* dapat disebut sebagai penyembuh tradisional karena kemampuannya tidak terbatas pada pengetahuan tentang ramuan herbal (tumbuh-tumbuhan) tetapi juga kemampuan melakukan penyembuhan dengan sistem doa, dan mantera-mantera. (Mattuladda, 1974).

Konsepsi pengetahuan budaya orang Bugis yang berkenaan dengan sistem pengobatan tradisional atau pemanfaatan tanaman untuk penyembuhan penyakit, pada awalnya hanya dilafalkan dan tersimpan dalam ingatan atau memori para tokoh pengobat. Namun ketika tradisi tulis mulai berkembang, sebahagian pengetahuan tersebut kemudian

dicatat dalam naskah-naskah kuno yang kemudian dikenal dengan sebutan lontarak.

Lontarak, khususnya yang berisi catatan tentang pengetahuan tumbuhan dan pengobatan tradisional adalah salah satu warisan budaya yang kemudian banyak dicari orang. Selain dapat menjadi alternatif untuk mengurangi penggunaan obat-obatan yang mengandung bahan kimia, obat yang dibuat dari tumbuhan juga menjadi solusi bagi mereka yang secara finansial kurang mampu membeli obat-obatan yang relatif lebih mahal.

Selain filolog, *sanro* adalah anggota komunitas Bugis yang mampu membaca tulisan lontarak. Oleh sebab itu pengetahuan yang semula hanya ada dalam naskah kemudian digali dan diungkapkan lewat keahlian para *sanro* menjadi sistem pengobatan tradisional. Jika kini sistem pengobatan tradisional tersebut tetap bertahan dalam kehidupan komunitas Bugis itu tidak lain karena tumbuhan yang menjadi bahan dasar pembuatan obat tersedia disekitar lingkungan hidup mereka. Kemampuan mengolah tumbuhan menjadi obat, juga harus dilengkapi dengan persyaratan lain yakni kemampuan menghafal sejumlah mantra yang diwarisi dari para pendahulunya, juga doa-doa yang dicuplik dari Al Quran. Dengan demikian tidak heran apabila *sanro-sanro* tadi sebagian besar dari mereka sudah bertitel haji dan hajjah. Hal ini mengandung arti bahwa mereka dikenal sebagai penyembuh bukan semata-mata penyakit lahir internal (tubuh manusia) tetapi juga yang berkaitan dengan penyakit batin (umumnya berasal dari luar/eksternal, “dibuat” orang). (Dloyana Kusumah, 2017).

b. Suku Jawa

Suku Jawa (wong Jowo) merupakan suku bangsa terbesar di Indonesia yang berasal dari Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Yogyakarta. Setidaknya 41,7% penduduk Indonesia merupakan etnis Jawa. Selain di ketiga propinsi tersebut, suku Jawa banyak bermukim di Lampung, Banten, Jakarta, dan Sumatera Utara. Di Jawa Barat mereka banyak ditemukan di Kabupaten Indramayu dan Cirebon.

Bahasa

Suku Jawa juga memiliki sub-suku, seperti suku Osing, orang Samin, suku Bawean/Boyan, Naga, Nagaring, suku Tengger dan lain-lain. Selain itu, suku Jawa ada pula yang berada di negara Suriname, Amerika Tengah karena pada masa kolonial Belanda suku ini dibawa ke sana sebagai pekerja dan kini suku Jawa di sana dikenal sebagai Jawa Suriname.

Suku bangsa Jawa sebagian besar menggunakan bahasa Jawa dalam bertutur sehari-hari. Dalam sebuah survei yang diadakan pada awal dasawarsa 1990-an oleh Litbang (Tempo), kurang lebih hanya 12% orang Jawa yang menggunakan bahasa Indonesia sebagai bahasa mereka sehari-hari, sekitar 18% menggunakan bahasa Jawa dan Indonesia secara campur, dan selebihnya hanya menggunakan bahasa Jawa saja.

Bahasa Jawa memiliki aturan perbedaan kosa kata dan intonasi berdasarkan hubungan antara pembicara dan lawan bicara, yang dikenal dengan unggah-ungguh. Aspek kebahasaan ini memiliki pengaruh sosial yang kuat dalam budaya Jawa, dan membuat orang Jawa biasanya sangat sadar akan status sosialnya di komunitas.

Kepercayaan

Orang Jawa sebagian besar secara nominal menganut agama Islam. Tetapi ada juga yang menganut agama Protestan dan Katolik. Mereka juga terdapat di daerah pedesaan. Penganut agama Budha dan Hindu juga ditemukan pula di antara komunitas Jawa. Ada pula agama kepercayaan suku Jawa yang disebut sebagai agama Kejawen. Kepercayaan ini terutama berdasarkan kepercayaan animisme dengan pengaruh Hindu-Budha yang kuat. Komunitas Jawa terkenal akan sifat sinkretisme kepercayaannya. Semua budaya luar diserap dan ditafsirkan menurut nilai nilai Jawa sehingga kepercayaan seseorang kadangkala menjadi kabur.

Pola Pengobatan Suku Jawa

Menurut orang Jawa, “sehat” adalah keadaan yang seimbang dunia fisik dan batin. Bahkan, semua itu berakar pada batin. Jika “*batin karep ragu nututi*”, artinya batin berkehendak, raga/badan akan mengikuti. Sehat dalam konteks raga berarti “waras”. Apabila seseorang tetap mampu menjalankan peranan sosialnya sehari-hari, misalnya bekerja di ladang, sawah, selalu gairah bekerja, gairah hidup, kondisii inilah yang dikatakan sehat. Dan ukuran sehat untuk anak-anak adalah apabila kemauannya untuk makan tetap banyak dan selalu bergairah main .

Untuk menentukan sebab-sebab suatu penyakit ada dua konsep, yaitu konsep personalistik dan konsep naluralistik. Dalam konsep personalistik, penyakit disebabkan oleh makhluk supernatural (makhluk gaib, dewa), makhluk yang bukan manusia (hantu, roh leluhur, roh jahat) dan manusia (tukang sihir, tukang tenung). Penyakit ini disebut “*ora lumrah*” atau “*ora sabaene*” (tidak wajar/tidak biasa). Penyembuhannya

adalah berdasarkan pengetahuan secara gaib atau supernatural, misalnya melakukan upacara dan sesaji. Dilihat dari segi personalistik jenis penyakit ini terdiri dari *kesiku*, *kebendhu*, *kewalat*, *kebulisan*, *keluban*, *keguna-guna*, atau *digawe wong*, kampiran bangsa lembut dan lain sebagainya. Penyembuhan dapat melalui seorang dukun atau "*wong tuo*".

Pengertian dukun bagi komunitas Jawa adalah yang pandai atau ahli dalam mengobati penyakit melalui "*Japa Mantera*", yakni doa yang diberikan oleh dukun kepada pasien. Ada beberapa kategori dukun pada komunitas Jawa yang mempunyai nama dan fungsi masing-masing:

- a. Dukun bayi: khusus menangani penyembuhan terhadap penyakit yang berhubungan dengan kesehatan bayi, dan orang yang hendak melahirkan.
- b. Dukun pijat/tulang (sangkal putung) khusus menangani orang yang sakit terkilir, patah tulang, jatuh atau salah urat.
- c. Dukun klenik: khusus menangani orang yang terkena guna-guna atau *digawa uwong*.
- d. Dukun mantra: khusus menangani orang yang terkena penyakit karena kemasukan roh halus.
- e. Dukun hewan: khusus mengobati hewan.

Sedangkan konsep naturalistik, penyebab penyakit bersifat natural dan mempengaruhi kesehatan tubuh, misalnya karena cuaca, iklim, makanan racun, bisa, kuman atau kecelakaan. Di samping itu ada unsur lain yang mengakibatkan ketidakseimbangan dalam tubuh, misalnya dingin, panas, angin atau udara lembab. Oleh orang Jawa hal ini disebut dengan penyakit "*Lumrah*" atau biasa.

Adapun penyembuhannya dengan model keseimbangan dan keselarasan, artinya dikembalikan pada keadaan semula sehingga orang sehat kembali. Misalnya orang sakit masuk angin, penyembuhannya dengan cara kerokan agar angin keluar kembali. Begitu pula penyakit badan dingin atau disebut *ndrodok* (menggigil, kedinginan), penyembuhannya dengan minum jahe hangat atau melumuri tubuhnya dengan air garam dan dihangatkan dekat api. Di samping itu juga banyak pengobatan yang dilakukan dengan pemberian ramuan atau *dijamoni*. Jamu adalah ramuan dari berbagai macam tumbuhan atau dedaunan yang di paur, ditumbuk, setelah itu diminum atau dioleskan pada bagian yang sakit. Di samping itu ada juga ramuan tumbuhan lain sebagai pelengkap, misalnya kulit pohon randu yang sudah diberi mantera.

Dari perhitungan-perhitungan Jawa, dapat ditarik berbagai jenis penyakit yaitu:

1. Dari Allah
2. Karena perkataannya sendiri
3. Dari jin / setan
4. Dari perbuatan jahat orang lain (*teluh tarangyana*).

Etiologi penyakit menurut primbon ini dapat dikatakan sebagai salah satu bentuk diagnose penyakit yang disesuaikan dengan pandangan dan kondisi jaman primbon tersebut pertama kali ditulis.

Sebagai contoh, etiologi penyakit dapat ditentukan berdasarkan *lenggahipun dinten* (tempat duduk hari).

Tempat duduk hari tersebut dapat dilihat dalam table berikut ini :

Tabel 5. Etiologi penyakit berdasarkan Komunitas Suku Jawa Tahun 2000

Nama Hari	Tempat duduk penyakit
Senin	Telinga
Selasa	Hidung
Rabu	Perut
Kamis	Tulang
Jumat	Mata
Sabtu	Tungkai

Sumber: Kitab Primbon Betaljemul Adammakna

Berdasarkan hari dimulainya sakit juga dapat ditentukan tentang jenis-jenis penyakit sebagaimana diuraikan dalam Kitab Primbon Betaljemur Adam makna, yang dibuat sebagai berikut:

Tabel 6. Jenis-Jenis Penyakit Berdasarkan Hari Dimulainya Sakit di Jawa Tahun 2000

Nama Hari	Sebab Penyakit
Senin	Mempunyai nadzar yang belum dilaksanakan
Selasa	Diguna – guna oleh oran lain
Rabu	Diganggu oleh makhluk halus/setan
Kamis	Terkena tulah dari orang lain
Jumat	Diganggu makhluk halus yang ada di kolong rumah
Sabtu	Diganggu oleh setan yang berasal dari hutan
Minggu	Diganggu oleh makhluk halus/setan

Sumber: Kitab Primbon Betaljemul Adammakna

Selain hari-hari biasa, Budaya Jawa juga memiliki hari-hari yang disebut hari pasaran dengan urutan: Pon, Wage, Kliwon, Legi, Pahing.

Budaya Jawa beranggapan bahwa nama yang “berat” bisa mendatangkan sial. Pendapat yang lain mengatakan “nama yang buruk” akan mempengaruhi aktivitas pribadi dan sosial pemilik nama itu. Dan juga kebiasaan bagi orang Jawa yakni jika ada salah satu pihak keluarga atau sanak saudara yang sakit, maka untuk menjenguknya biasanya mereka mengumpulkan dulu semua saudaranya dan bersama-sama mengunjungi saudaranya yang sakit tersebut. Karena dalam budaya Jawa dikenal prinsip *mangan ora mangan, seng penting kumpul*.

Adapun beberapa contoh pengobatan tradisional komunitas Jawa yang tidak terlepas dari tumbuhan dan buah-buahan yang bersifat alami adalah:

1. Daun dadap sebagai penurun panas dengan cara ditempelkan di dahi.
2. Temulawak untuk mengobati sakit kuning dengan cara di parut, diperas dan airnya diminum 2 kali sehari satu sendok makan, dapat ditambah sedikit gula batu dan dapat juga digunakan sebagai penambah nafsu makan.
3. Akar ilalang untuk menyembuhkan penyakit hepatitis B.
4. Mahkota dewa untuk menurunkan tekanan darah tinggi, yakni dengan dikeringkan terlebih dahulu lalu diseduh seperti teh dan diminum seperlunya.
5. Brotowali sebagai obat untuk menghilangkan rasa nyeri, peredam panas, dan penambah nafsu makan.
6. Jagung muda (yang harus merupakan hasil curian=berhubungan dengan kepercayaan) berguna untuk

menyembuhkan penyakit cacar dengan cara dioleskan dibagian yang terkena cacar.

7. Daun sirih untuk membersihkan vagina.
8. Lidah buaya untuk kesuburan rambut.
9. Cicak dan tokek untuk menghilangkan gatal-gatal.
10. Mandi air garam untuk menghilangkan sawan.
11. Daun simbung dan daun kaki kuda untuk menyembuhkan influenza.
12. Jahe untuk menurunkan demam/panas, biasanya dengan diseduh lalu diminum ataupun dengan diparut dan ditempelkan di ibu jari kaki.
13. Air kelapa hijau dengan madu lebah untuk menyembuhkan sakit kuning yaitu dengan cara 1 kelapa cukup untuk satu hari, daging kelapa muda dapat dimakan sekaligus, tidak boleh kelapa yang sudah tua.

Ketika lahir gerakan kembali ke alam (*back to nature*) termasuk di bidang kesehatan yang ditandai dengan menggeliatnya penggunaan obat dengan bahan dasar tumbuhan (herbal), keberadaan lontarak atau naskah kuno yang berisi pengetahuan tentang tanaman dan pengobatan tradisionalpun kembali dicari orang.

3. Layanan Kesehatan dan Tantangan Perubahan Sosial

Menurut Blum (1974), perilaku itu lebih besar perannya dalam menentukan pemanfaatan sarana kesehatan, dibandingkan dengan penyediaan sarana kesehatan itu sendiri. Pengalaman menunjukkan bahwa penyediaan dan penambahan sarana pelayanan tidaklah selalu diikuti oleh peningkatan pemanfaatan sarana sarana tersebut. Misalnya, beberapa studi menunjukkan

bahwa puskesmas dan posyandu di daerah-daerah tertentu tidaklah dimanfaatkan secara optimal (ministry of health, 1987; rasyid, dkk, 1988; sitohang & adi, 1989). Oleh karena itu jika kita menginginkan peningkatan derajat kesehatan komunitas maka kita harus bersedia dan mampu mengubah perilaku komunitas Menurut Blum (1974), perilaku itu lebih besar perannya dalam menentukan pemanfaatan sarana kesehatan, dibandingkan dengan penyediaan sarana kesehatan itu sendiri.

Pengalaman menunjukkan bahwa penyediaan dan penambahan sarana pelayanan tidaklah selalu diikuti oleh peningkatan pemanfaatan sarana-sarana tersebut. Misalnya, beberapa studi menunjukkan bahwa puskesmas dan posyandu di daerah-daerah tertentu tidaklah dimanfaatkan secara optimal. Oleh karena itu jika kita menginginkan peningkatan derajat kesehatan komunitas maka kita harus bersedia dan mampu mengubah perilaku komunitas.

4. Perubahan Sosial yang Terjadi

Berdasarkan lingkungan eksternal yang berubah menuntut perubahan mind-set tenaga kesehatan yaitu:

1. Globalisasi dan teknologi manusia,
2. Keadaan hiperkompetitif, terutama di perkotaan,
3. Enam belas juta warga Indonesia berstandar sama dengan kelas atas penduduk Singapura,
4. Pemain asing yang efisien, reputasi tinggi, berpengalaman, dan dipersepsi *excellent*,
5. Konsumen makin cerdas dan tercerahkan, serta
6. Tuntutan dokter lebih bisa diakses, terutama oleh menengah ke bawah.

Pengertian perubahan sosial menurut beberapa tokoh diantaranya adalah sebagai berikut:

8. Selo Soemartjan.

Perubahan sosial adalah segala perubahan-perubahan pada lembaga-lembaga kekomunitasan di dalam suatu komunitas, yang mempengaruhi sistem sosialnya, termasuk di dalamnya nilai-nilai, sikap, dan pola perilaku di antaranya kelompok-kelompok dalam komunitas.

9. Kingsley Davis.

Perubahan sosial sebagai perubahan-perubahan yang terjadi dalam struktur dan fungsi komunitas.

10. Gillin.

Perubahan-perubahan sosial sebagai suatu variasi dari cara-cara hidup yang telah diterima, baik karena perubahan-perubahan kondisi geografis, kebudayaan material, komposisi penduduk, ideologi, maupun karena penemuan-penemuan baru dalam komunitas.

Proses-proses pada perubahan sosial dapat diketahui dari adanya ciri-ciri tertentu antara lain:

1. Tidak ada komunitas yang berhenti perkembangannya karena setiap komunitas mengalami perubahan yang terjadi secara lambat ataupun cepat.
2. Perubahan yang terjadi pada lembaga kekomunitasan tertentu akan diikuti dengan perubahan-perubahan pada lembaga sosial lainnya.
3. Perubahan-perubahan sosial secara cepat biasanya mengakibatkan disorganisasi yang bersifat sementara karena berada dalam proses penyesuaian diri.

4. Perubahan-perubahan tidak dapat dibatasi pada bidang kebendaan atau bidang spiritual saja karena kedua bidang tersebut mempunyai kaitan timbal balik yang sangat kuat.

Secara tipologi perubahan-perubahan sosial dapat dikategorikan sebagai:

1. Suatu proses sosial, baik yang terkait dengan struktur maupun personal.
2. Segmentasi, yaitu ketika ada pemisahan dalam struktur dan/atau perbedaan kualitas dari setiap unit.
3. Perubahan struktur.
4. Perubahan dapat terjadi pada perubahan struktur kelompok. Misalnya komposisi dan hubungan antar kelompok.

Sumber dari sebab-sebab perubahan sosial terletak di dalam dan luar komunitas. Sebab-sebab yang bersumber dari dalam masyarakat antara lain bertambah atau berkurangnya penduduk, adanya penemuan- penemuan baru yang ada dalam komunitas, adanya pertentangan (konflik) komunitas yang mungkin pula menjadi sebab terjadinya perubahan sosial dan kebudayaan, serta terjadinya pemberontakan atau revolusi.

Sebab-sebab yang berasal dari luar komunitas antara lain yang berasal dari lingkungan alam fisik yang ada di sekitar manusia, peperangan, dan pengaruh kebudayaan komunitas lain.

Faktor-faktor yang mendorong jalannya proses perubahan yaitu:

- a. Kontak dengan kebudayaan lain
- b. Sistem pendidikan formal yang maju;
- c. Sikap menghargai hasil karya seseorang dan keinginan-keinginan untuk maju;

4

TINJAUAN AKSESIBILITAS LAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Banyak sekali definisi akses ataupun aksesibilitas pelayanan kesehatan yang diusulkan oleh para ahli, yang memfokuskan kajiannya pada kinerja pelayanan kesehatan.

Beberapa definisi yang diusulkan pun dibangun dengan unsur yang mirip, meski juga beberapa yang lain dibangun dengan unsur yang sama sekali berbeda.

Menurut Jones pengertian akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya.

Tabel 7. Definisi dan Dimensi Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Sumber	Definisi	Dimensi
Bashur dkk, 1997	Memandang Aksesibilitas sebagai hubungan fungsional antara komunitas, fasilitas medis dan sumber daya yang mencerminkan diferensial salah satu kendala, hambatan dan kesulitan, atau faktor yang memfasilitasi para penerima manfaat pelayanan kesehatan	Faktor determinan komunitas untuk memanfaatkan unit pelayanan kesehatan.
Donabedian, 1973	Aksesibilitas merupakan gabungan konsep tingkat penyesuaian antara sumber daya dan populasi.	Kesesuaian need komunitas dengan sumber daya pelayanan kesehatan.
Salkever, 1976	Aksesibilitas merupakan gabungan atribut dari sumber daya dan atribut dari populasi	1. Aksesibilitas Pembiayaan 2. Aksesibilitas Fisik
Aday & Andersen, 1974	Akses adalah “masuk” ke dalam sistem pelayanan kesehatan.	1. Faktor Disposisi 2. Faktor Pemungkin 3. Kebutuhan terhadap 4. Pelayanan Kesehatan
Penchansky & Thomas, 1981		1. Keterjangkauan 2. Aksesibilitas 3. Akomodasi 4. Ketersediaan 5. Akseptabilitas

Sumber	Definisi	Dimensi
Thomas, J.W., Penchansky, R., 1984	<p>Penchansky menawarkan alternatif pendekatan untuk memahami akses yang berfokus pada elemen kunci yang mempengaruhi pelayanan. Penchansky menawarkan konsep “fit” (kesesuaian) antara kebutuhan pasien dan kemampuan sistem dalam memenuhi kebutuhan tersebut.</p>	<p>Ketersediaan: jumlah tenaga dokter dan pelayanan kesehatan lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aksesibilitas: kaitan secara geografis antara provider pelayanan dengan komunitas sebagai pengguna 2. Akomodasi: sistem pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kemudahan pemanfaatan (jam buka, waktu tunggu, dan panjangnya waktu tunggu untuk janji pelayanan) 3. Keterjangkauan: kemampuan finansial komunitas untuk memanfaatkan pelayanan. 4. Akseptabilitas: direpresentasikan dengan sikap pengguna terhadap pelayanan, dan sebaliknya.
Dutton, 1986	<p>Utilisasi yang dipandang sebagai produk dari karakteristik pasien ditambah atribut provider dan atribut sistem.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembiayaan 2. Waktu 3. Faktor Organisasi

Sumber	Definisi	Dimensi
Frenk, 1992	Akses adalah kemampuan komunitas untuk mencari dan mendapatkan pelayanan. Aksesibilitas pelayanan adalah tingkat penyesuaian antara karakteristik sumber daya kesehatan dan komunitas dalam proses mencari dan memperoleh pelayanan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pencarian 2. pengobatan Kesesuaian sumber 3. daya kesehatan dengan kebutuhan komunitas
Margolis et al., 1995	Waktu yang diperlukan untuk penggunaan pelayanan kesehatan personal untuk mencapai hasil terbaik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembiayaan 2. Personal 3. Struktural
Haddad & Mohindra, 2002	Kesempatan untuk mengkonsumsi barang dan jasa kesehatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan 2. Keterjangkauan 3. Akseptabilitas 4. Kecukupan
Shengelia et al., 2003	Cakupan: probabilitas menerima intervensi kesehatan yang diperlukan, yang tergantung pada kebutuhan perawatan kesehatan. Utilisasi: kuantitas pelayanan dan prosedur pelayanan kesehatan yang digunakan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akses Fisik 2. Ketersediaan Sumber Daya 3. Akseptabilitas secara Budaya 4. Keterjangkauan Pembiayaan 5. Kualitas Pelayanan

Sumber	Definisi	Dimensi
Peters et al. 2008	Memandang akses sebagai aktualisasi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penekanan secara jelas diberikan untuk mempertimbangkan karakteristik pengguna dan karakteristik pelayanan kesehatan dalam evaluasi akses. Gagasannya adalah identifikasi kesesuaian antara pengguna dan pelayanan kesehatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas 2. Aksesibilitas Geografi 3. Ketersediaan 4. Aksesibilitas Pembiayaan 5. Akseptabilitas Pelayanan
Jones, 2012	Akses ke pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supply (jumlah dokter umum, jumlah spesialis, jumlah instalasi gawat darurat) Demand (jumlah penduduk, pemanfaatan rawat jalan, pemanfaatan gawat darurat) 2. Barrier (fisik, ekonomi dan geografis)
Lane, dkk., 2012	Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan 2. Pembiayaan (Kepemilikan Asuransi) 3. Hambatan

Sumber	Definisi	Dimensi
Levesque, dkk., 2013	Akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kedekatan 2. Penerimaan 3. Ketersediaan dan 4. Akomodasi 5. Keterjangkauan 6. Ketepatan

Sumber : Levesque, dkk. (2013); Jones (2012); Lane, dkk. (2012); Thomas, J. W. & Penchansky, R. (1984).

2. Indikator Aksesibilitas

Tingkat aksesibilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Jones diukur dengan menggunakan beberapa variabel berdasarkan *demand factors* (faktor kebutuhan) dan *supply factors* (faktor suplai). *Demand factors* meliputi jumlah kunjungan fasilitas pelayanan kesehatan, jumlah penduduk, utilisasi rawat inap, dan utilisasi unit gawat darurat. *Supply factors* meliputi jumlah dokter umum, jumlah dokter spesialis, dan jumlah fasilitas pelayanan. Peningkatan akses dan sekaligus pemerataannya dapat menjadi langkah akselerasi untuk tercapainya *equity* (keadilan) dalam kinerja sistem kesehatan. Harkin menyatakan bahwa tercapainya *equity* pelayanan kesehatan yang merata memiliki sejumlah dimensi.

Akses ke pelayanan kesehatan harus ditentukan oleh demand (kebutuhan) sebenarnya terhadap pelayanan kesehatan dari pada sekadar kemampuan untuk membayar atau lokasi geografis. Hak formal untuk pelayanan kesehatan saja tidak cukup. Komunitas yang membutuhkan harus memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia dalam jangka waktu yang wajar. Selain itu, mengejar *equity* (keadilan) harus melampaui akses terhadap pengobatan dan perawatan, tetapi juga harus memeriksa variasi status kesehatan pada kelompok yang berbeda dalam komunitas.

Penelitian Kiwanuka di Uganda menunjukkan bahwa komunitas miskin yang rentan penyakit memiliki akses yang justru lebih rendah terhadap pelayanan kesehatan dari pada komunitas yang tidak miskin. Hambatan terhadap akses timbul dari kedua penyedia layanan dan konsumen. Jarak ke titik-titik fasilitas pelayanan kesehatan, persepsi kualitas perawatan dan

ketersediaan obat merupakan penentu utama pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Hambatan lain yang juga dirasakan komunitas adalah kurangnya spesialis di fasilitas umum, arahan, sikap petugas kesehatan, biaya perawatan, dan kurangnya pengetahuan pada komunitas.

Menurut Azwar (2010) syarat pokok pelayanan kesehatan terdiri dari:

- a. Tersedia dan berkesinambungan (*Available*)
Tersedia dan berkesinambungan (*Available*) artinya semua jenis pelayan kesehatan yang dibutuhkan oleh komunitas tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya di komunitas adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.
- b. Dapat diterima (*Acceptable*) dan Wajar (*Appropriate*)
Dapat diterima (*Acceptable*) dan Wajar (*Appropriate*) artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan komunitas. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan komunitas, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.
- c. Mudah dicapai (*accessible*)
Mudah dicapai (*accessible*) yang dimaksud adalah dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

- d. Mudah dijangkau (*affordable*)
 Mudah dijangkau (*affordable*) artinya mudah terjangkau dari segi biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi komunitas. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu mungkin dinikmati oleh sebagian kecil komunitas saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.
- e. Bermutu (*Quality*)
 Bermutu (*Quality*) yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan.

Tabel 8 : Indikator aksesibilitas menurut Penchansky

Konsep	Definisi
<i>Availability</i>	Hubungan volume dan jenis layanan yang ada (dan sumber daya) untuk volume dan jenis kebutuhan pasien. Hal ini mengacu pada kecukupan pasokan dokter, dokter gigi dan penyedia lainnya; fasilitas seperti klinik dan rumah sakit; dan program dan layanan khusus seperti kesehatan mental dan perawatan darurat.
<i>Accessibility</i>	Hubungan antara lokasi penyedia dan lokasi pasien, dengan mempertimbangkan sumber daya transportasi dan waktu perjalanan, jarak dan biaya.
<i>Accommodation</i>	Hubungan antara cara di mana sumber daya diatur untuk menerima pasien (termasuk sistem pengangkatan, jam operasi, <i>walk-in</i> fasilitas, layanan telepon) dan kemampuan klien untuk mengakomodasi faktor-faktor ini dan persepsi mereka tentang kesesuaian mereka .

Konsep	Definisi
<i>Affordability</i>	Hubungan harga jasa dan penyedia 'asuransi atau persyaratan pendapatan pasien, kemampuan membayar dan asuransi kesehatan yang ada. Persepsi pasien relatif layak untuk total biaya merupakan masalah di sini, seperti pengetahuan mereka tentang harga, total biaya.
<i>Acceptability</i>	Hubungan sikap pasien tentang karakteristik pribadi dan praktek penyedia dengan karakteristik sebenarnya dari penyedia yang ada, serta sikap penyedia tentang karakteristik pribadi diterima dari pasien. Dalam literatur istilah muncul untuk digunakan paling sering untuk merujuk pada reaksi konsumen khusus untuk atribut penyedia seperti usia, jenis kelamin, etnis, jenis fasilitas, lingkungan fasilitas, atau afiliasi keagamaan fasilitas atau penyedia. Pada gilirannya, penyedia memiliki sikap tentang atribut disukai pasien atau mekanisme pembiayaan mereka. Penyedia baik mungkin tidak mau untuk melayani beberapa jenis klien (mis pasien kesejahteraan) atau, melalui akomodasi, mungkin membuat diri mereka lebih atau kurang tersedia.

Sumber: Source: Penchansky R, Thomas JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19(2):127-140, (Robyn A Clark and Neil Coffee (2011); Shrestha, 2010).

3. Barrier

Beberapa pakar kinerja sistem kesehatan memasukkan hal-hal yang berpotensi menghambat akses ke pelayanan kesehatan sebagai bagian yang terintegrasi dengan indikator

akses lainnya. Jones menyatakan bahwa akses ke pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh tiga *barrier* (hambatan). Pertama, hambatan fisik (transportasi, kemampuan bergerak) (Jacobs, Ir, Bigdeli, Annear, & Van Damme, 2012). Kedua, hambatan ekonomi (kemampuan membayar, kepemilikan asuransi kesehatan). Ketiga, hambatan geografis (lokasi atau kedekatan terhadap fasilitas kesehatan yang tersedia). Sedikit berbeda dengan Jones, Carrillo et al juga mengemukakan 3 kategori hambatan: hambatan finansial, struktural, dan kognitif. Ketiga jenis hambatan tersebut berlaku timbal balik memperkuat dan mempengaruhi akses pelayanan kesehatan secara individu ataupun komunitas. Hambatan ini berhubungan dengan proses skrining, ketersediaan pelayanan kesehatan, dan kurangnya fasilitas, yang pada gilirannya mengakibatkan disparitas ataupun status kesehatan yang buruk. Sedang penelitian lain yang dilakukan oleh Safran et al mendapati bahwa “*trust*” (kepercayaan) juga turut menjadi penghambat akses komunitas terhadap pelayanan kesehatan bila tidak dikelola dengan baik. Hasil penelitian di India mendapatkan kesimpulan bahwa ada tiga bentuk hambatan khas yang telah mendominasi sektor kesehatan di India.

Pertama, akar sejarah dalam bentuk kebijakan dan praktik kolonialisme Inggris. Kedua, ketidakadilan sosial-ekonomi terwujud dalam kasta, kelas, dan perbedaan jenis kelamin. Ketiga, ketidakadilan dalam ketersediaan, pemanfaatan, dan keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan.

Hambatan-hambatan tersebut dirasakan sangat besar pada akses komunitas ke pelayanan kesehatan, terus bertahan, dan bahkan lebih melebar di seluruh negara bagian, antara daerah pedesaan dan perkotaan. Penelitian lain yang dilakukan

di India juga menunjukkan perbedaan akses komunitas terhadap pelayanan kesehatan pada wilayah dengan geografis yang berbeda. Secara umum, dapat disimpulkan bahwa barrier (hambatan) bisa dipengaruhi oleh 3 (tiga) hal yang berbeda, yaitu: fisik, sosial (dan budaya), serta ekonomi. Ketiganya bisa menghambat secara sendiri-sendiri, dan dalam kondisi wilayah tertentu dapat terjadi bersamaan. Hambatan geografis merupakan salah satu yang paling dominan mempengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini merupakan konsekuensi sebagai negara kepulauan.

Kebijakan tersebut merupakan kebijakan yang dikeluarkan secara khusus untuk menjamin aksesibilitas pelayanan kesehatan pada daerah-daerah yang rentan dalam hal ketersediaan pelayanan. Kebijakan ini juga merupakan kebijakan untuk memproteksi penduduk yang ada di wilayah perbatasan sekaligus sebagai etalase negara di hadapan negara tetangga. Saat ini Kementerian Kesehatan juga mengeluarkan kebijakan Nusantara Sehat. Kebijakan ini ditujukan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar di DTPK (Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan) dan DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan), juga mempunyai tujuan menjaga kelangsungan pelayanan kesehatan, menggerakkan pemberdayaan komunitas, dapat memberikan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, serta meningkatkan retensi tenaga kesehatan yang bertugas di DTPK. Pelaksanaan kebijakan ini dilakukan di 44 kabupaten pada 120 Puskesmas. Nusantara Sehat menggunakan pendekatan berbasis tim tenaga kesehatan (*team based*). Tim yang dikirimkan terdiri atas berbagai jenis tenaga kesehatan: dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan komunitas, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga

ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian.

4. Strategi Peningkatan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Secara normatif, strategi peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan menaikkan dan/atau menurunkan variabel pembangunnya, yaitu meningkatkan *supply* (ketersediaan), mengurangi *barrier* (hambatan), dan meningkatkan demand (pemanfaatan). Salah satu strategi peningkatan akses dilontarkan oleh Busse, dkk. dengan strategi *cross-border* (lintas batas). Pengaturan *cross-border* adalah salah satu mekanisme yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah-masalah yang berkaitan dengan akses ke pelayanan kesehatan. Dalam beberapa kasus, solusi ini akan menjadi mekanisme yang paling tepat; di samping itu, juga lebih *cost effective* untuk mengurangi rintangan akses. Pengaturan lintas batas tidak harus dilihat sebagai satu-satunya solusi untuk masalah aksesibilitas, meski strategi ini bisa memainkan peranan penting dalam meningkatkan akses komunitas terhadap pelayanan kesehatan, khususnya rintangan akses muncul karena masalah geografis.

Penelitian tentang pelayanan kesehatan lintas wilayah di perbatasan antara Mexico dan Amerika Serikat (Texas) menunjukkan bahwa pengaturan pelayanan kesehatan lintas batas mampu meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, meski juga tetap harus memperhatikan masalah pengaturan pembiayaan kesehatan (asuransi) serta masalah kendala budaya dalam hal bahasa yang berbeda. Penelitian berbeda yang dilakukan di lintas batas antarnegara Uni Eropa menunjukkan

kendala lain. Karena secara administratif berbeda pemerintahan (Negara), pelayanan kesehatan lintas batas di Uni Eropa ada kendala dalam hal manajemen data, terutama dalam hal perlindungan data pasien.

Hal ini tentu saja tidak terlalu berpengaruh apabila dilakukan dalam konteks sebuah negara. Strategi lain yang bisa dipergunakan untuk mengatasi hambatan geografis untuk wilayah kepulauan, seperti Indonesia, adalah perlunya melihat dalam perspektif geografis komunitas saat mendirikan sebuah fasilitas pelayanan kesehatan. Bagaimanapun komunitas adalah pengguna fasilitas pelayanan.

5

AKSESIBILITAS LAYANAN KESEHATAN PADA KOMUNITAS MULTI ETNIS MENUJU UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

1. Pendahuluan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan komunitas yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Iuran penduduk yang tidak mampu dan fakir miskin dibayarkan oleh pemerintah.¹

Pengelolaan JKN dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 bertujuan untuk mewujudkan terlaksananya pemberian jaminan, terpenuhinya kebutuhan

dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.²

Desentralisasi pemerintahan sejak tahun 2001, semakin meningkatkan heterogenitas sistem kesehatan dan kesenjangan ekuitas yang makin buruk.³ Sistem *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia yang dicetuskan tahun 2014 difokuskan mengakomodasi keragaman dengan fitur implementasi yang fleksibel dan adaptif dan keputusan cepat yang digerakkan oleh bukti berdasarkan perubahan kebutuhan.³ Cakupan UHC seyogianya memastikan bahwa orang memilih akses ke pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa mengalami kesulitan keuangan. UHC juga memungkinkan negara untuk memaksimalkan aset terkuat mereka yaitu modal manusia.⁴⁻⁶ UHC merupakan salah satu cara untuk mengurangi disparitas akses layanan kesehatan.⁷

Sejak 1 Januari 2019, Indonesia memasuki era Jaminan Kesehatan Semester (*Universal Health Coverage*) berkelanjutan. Keberhasilan ini, dinilai suatu inovasi ketercakupannya hampir seluruh komunitas untuk bisa mengakses layanan kesehatan yang tersedia.³ Beberapa kabupaten/kota di Indonesia cakupan kepesertaan JKN/KIS belum mencapai 100 persen, padahal kota tersebut merupakan ibukota provinsi seperti misalnya Kota Samarinda.⁸ Hal ini berdampak pada rendahnya cakupan universal kepesertaan JKN/KIS, sehingga komunitas mengalami kendala dalam mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan, merasakan ketidak-merataan dan ketidak-adilan untuk mendapatkan layanan kesehatan berkualitas.

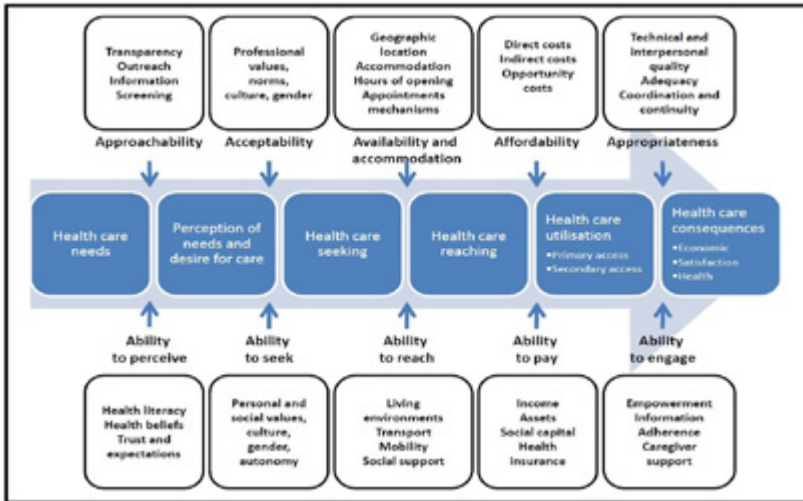
Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif terhadap aksesibilitas layanan kesehatan pada komunitas multi-etnis, suku pendatang (Jawa dan Bugis) dan suku asli (Banjar dan

Dayak) di Kota Samarinda menunjang *Universal Health Coverage*. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi dimensi yang mempengaruhi aksesibilitas komunitas multi-etnis mendukung *Universal Health Coverage* (UHC) dan pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030.⁹

2. Kerangka Konseptual

Konsep teori lima dimensi aksesibilitas dari Levesque, et.al.¹⁰ dimodifikasi sebagai kerangka konseptual untuk penelitian ini. Akses didefinisikan sebagai kesempatan untuk mencapai dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat dalam situasi yang dianggap perlu untuk perawatan.¹¹ Akses dipandang sebagai akibat dari interaksi antara karakteristik orang, rumah tangga, lingkungan fisik dan sosial dan karakteristik sistem kesehatan, organisasi dan penyedia.¹²

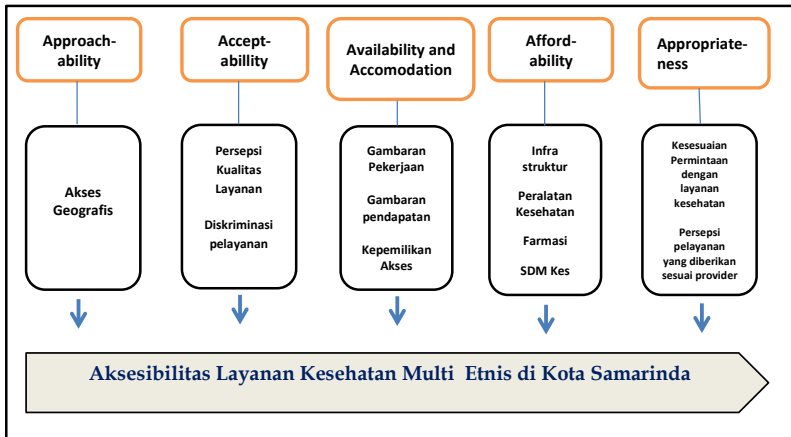
Konsep lima dimensi aksesibilitas layanan yang diwakili di bagian atas Gambar 1) Kedekatan (*Approachability*); 2) Penerimaan (*Acceptability*); 3) Ketersediaan dan akomodasi (*Availability and accommodation*); 4) Keterjangkauan (*Affordability*); 5) Ketepatan (*Appropriateness*). Lima kemampuan yang sesuai orang berinteraksi dengan dimensi aksesibilitas untuk menghasilkan akses. Seperti yang ditunjukkan di bagian bawah Gambar -1, dimensi-dimensi kemampuan meliputi:



Gambar - 1: A conceptual framework of access to health care. Levesque, et. al. (2013)

- 1) Kemampuan untuk memahami (*Ability to perceive*);
- 2) Kemampuan untuk mencari (*Ability to seek*);
- 3) Kemampuan untuk mencapai (*Ability to reach*);
- 4) Kemampuan untuk membayar (*Ability to pay*);
- 5) dan Kemampuan untuk terlibat (*Ability to engage*).

Dalam penelitian ini, konsep lima dimensi aksesibilitas perawatan kesehatan dari Levesque, et.al. (2013) dimodifikasi untuk digunakan mengeksplorasi faktor-faktor aksesibilitas layanan kesehatan pada komunitas multi etnis di kota Samarinda terhadap dari fasilitas kesehatan primer dan sekunder (Gambar - 2)



Gambar - 2: Kerangka konsep penelitian

3. Definisi Konseptual yang digunakan

Kedekatan (*approachability*) berhubungan dengan keterjangkauan atau jarak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berupa jarak tempuh, waktu tempuh, dan biaya tempuh (akses geografis), termasuk status kepemilikan jaminan kesehatan.

Penerimaan (*acceptability*) adalah pelayanan yang diberikan tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebutuhan, keyakinan, kepercayaan komunitas, tidak ada diskriminasi dalam memberikan pelayanan terutama bagi kelompok rentan (tidak mampu) serta bagaimana persepsi komunitas terhadap kualitas layanan.

Ketersediaan (*availability and accommodation*) adalah semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh komunitas tidak sulit, serta keberadaannya di komunitas

pada setiap saat yang dibutuhkan (ketersediaan infrastruktur, peralatan kesehatan yang memadai, farmasi (obat-obatan) dan sumber daya manusia kesehatan (dokter, bidan dan perawat).

Kesanggupan pengguna (*affordability*) adalah kemampuan finansial komunitas untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan (gambaran pekerjaan komunitas, status sosial ekonomi dan gambaran pendapatan).

Kesesuaian (*appropriateness*) adalah kebutuhan pelayanan kesehatan dengan pelayanan yang diberikan sesuai dengan permintaan komunitas dan persepsi komunitas sesuai dengan pelayanan yang diberikan *provider* (pemberi layanan kesehatan).

Dimensi aksesibilitas ini, memungkinkan individu atau rumah tangga masuk dalam kontak dan memperoleh pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, memungkinkan individu atau rumah tangga merencanakan, memilih, memanfaatkan dan merasakan kepuasan atas pelayanan kesehatan yang diperolehnya.

4. Metode

Setting

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan komunitas yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Iuran penduduk yang tidak mampu dan fakir miskin dibayarkan oleh pemerintah.

Ada 3 kartu jaminan kesehatan yang beredar dalam komunitas yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas); Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS). Jamkesmas kemudian diintegrasikan kedalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang Kesehatan menggunakan dana APBN. Penduduk yang belum tercakup dalam Jamkesmas/BPJS Kesehatan, dimasukkan dalam Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi / Kabupaten/Kota. Selanjutnya, penduduk yang belum tercakup dalam Jamkesmas/BPJS Kesehatan dan Jamkesda diberikan Kartu Indonesia Sehat (KIS). Ketiga jaminan kesehatan tersebut ditujukan bagi komunitas tidak mampu dan fakir miskin. Dalam BPJS Kesehatan kelompok komunitas tidak mampu dan fakir miskin dikenal sebagai kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) dimana dapat menggunakan fasilitas puskesmas dan rumah sakit kelas III. Penduduk yang mampu kepesertaannya masuk pada Non PBI sebagai peserta Mandiri dengan membayar iuran bulan sesuai kelas perawatan yang diinginkannya.

Rendahnya pengalaman berasuransi kesehatan, dan bahkan sebagian besar penduduk yang semula tidak tercakup dalam skema lama jaminan asuransi kesehatan (Askes) di Indonesia, kini tercakup JKN/KIS menimbulkan fenomena tersendiri dalam menikmati kebutuhan medis yang mereka inginkan. Akibatnya, penyedia dan penyelenggara layanan kesehatan mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan medis pengguna layanan kesehatan. Selain itu, makin tingginya biaya pelaksanaan JKN/KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, yang setiap tahunnya mengalami defisit. Sejalan dengan keberlanjutan *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia,

maka perlu mengeksplorasi aksesibilitas pelayanan kesehatan terutama komunitas multi etnis di Kota Samarinda.

Seleksi Partisipan/Peserta

Seleksi partisipan/peserta menggunakan *purposive sampling* untuk memilih peserta *Focus Group Discussion* (FGD) sebagai berikut; mereka pernah berkunjung/menggunakan fasilitas kesehatan; atau sedang menggunakan fasilitas kesehatan dan bersedia sebagai peserta. Begitu pula dengan informan kunci dipilih secara *purposive* berdasarkan pengaruh dan keterkaitan mereka dengan kebijakan pelayanan kesehatan.

Untuk memilih peserta FGD, pertama mengidentifikasi multi-etnis yang dominan di Kota Samarinda. Populasi sasaran untuk penelitian ini adalah komunitas multi-etnis (suku Dayak, suku Banjar, suku Bugis, dan suku Jawa), mereka dihubungi di perkampungan atau pemukiman komunitasnya. Menimbang bahwa FGD sebaiknya dilakukan pada ibu rumah tangga yang selalu berada di pemukiman/perkampungan mereka, dan dalam situasi tertentu mereka lebih tanggap terhadap kondisi kesehatan keluarganya. Yang diusulkan jumlah peserta diskusi untuk kelompok fokus adalah 6-8 orang. Informan kunci dipilih berdasarkan pengaruh dan keterkaitan fasilitas dengan kebijakan pelayanan kesehatan.

Pengumpulan dan analisis data

Aksesibilitas Layanan Kesehatan Komunitas Multi-Etnis Menuju *Universal Health Coverage* (UHC) di Kota Samarinda dieksplorasi melalui 4 kelompok Focus Group Diskusi (FGD) dimana setiap etnis diambil sebanyak 8 partisipan ($n=32$) dan

melakukan wawancara mendalam dengan informan kunci berasal dari tokoh masyarakat dan pemangku adat masing-masing 4 orang ($n=4$). FGD dilakukan di ruangan terbuka dan balai-balai tempat komunitas biasanya berkumpul. Wawancara mendalam dilakukan di kantor informan kunci. Sedangkan wawancara mendalam lainnya dilakukan secara *door to door*. Sebelum FGD dan wawancara dimulai, peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan dari penelitian. Ditanya kesediaan para peserta dan informan kunci dengan memastikan bahwa mereka dapat melakukan menghentikan wawancara atau tinggalkan diskusi kapan saja. FGD dan wawancara mendalam dilakukan setelah mendapat *informed consent* dari semua peserta.

Diskusi terarah dimulai dengan pengenalan peserta, diperkenalkan nama, dan pekerjaan kepala keluarganya, serta status kepemilikan asuransi (jaminan kesehatan). Moderator dan interviewer bertemu semua peserta dari FGD untuk pertama kalinya. Baik FGD maupun wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan panduan yang dipersiapkan secara khusus untuk diskusi dan wawancara. Pertanyaan panduan disiapkan oleh moderator dan direvisi oleh tim peneliti lainnya. Wawancara dan diskusi berfokus pada dimensi aksesibilitas layanan kesehatan meliputi: kedekatan (*approachability*), penerimaan (*acceptability*), ketersediaan (*availability and accomodation*), kesanggupan pengguna (*affordability*) dan kesesuaian (*appropriatenes*).¹⁰

FGD dan wawancara mendalam dilakukan sesuai arahan penulis dengan asisten. Semua FGD dan wawancara mendalam direkam. FGD dan wawancara informan kunci dilakukan antara pertengahan Desember 2018 dan awal Januari 2019. FGD

berlangsung antara pukul 01:30 - 15:00. Wawancara informan kunci dilakukan saat jam kerja (08:30 – 11:30). Wawancara dan FGD sebagian dilakukan dalam bahasa daerah, kemudian diterjemahkan kata demi kata ke dalam bahasa Indonesia. Analisis isi (*content analysis*)¹² digunakan untuk menganalisis fenomena yang ditemukan dalam penelitian.

5. Hasil Penelitian

Diskusi kelompok terarah mencakup total 32 peserta, dari jumlah tersebut 30 orang (93,75%) adalah perempuan. Ada empat *Focus Group Discussion* (FGD) sesuai kelompok etnis masing-masing terdiri dari 8 peserta.

Peserta FGD, hampir seluruhnya adalah ibu rumah tangga yang dinilai representatif mewakili rumah tangga karena selalu siaga dan tanggap terhadap pemeliharaan kesehatan keluarganya. Informan kunci adalah penyelenggara pelayanan kesehatan (kepala puskesmas) dan tokoh komunitas (ketua rukun tetangga) dan tokoh adat.

Studi ini menggunakan model aksesibilitas Levesque et.al. yang telah dikembangkan sesuai konteks komunitas lokal dan kebijakan pemerintah Indonesia. Ada 5 dimensi aksesibilitas meliputi kedekatan (*approachability*), penerimaan (*acceptability*), ketersediaan (*availability and accomodation*), kesanggupan pengguna (*affordability*), dan kesesuaian (*appropriateness*).¹⁰

Aksesibilitas Kedekatan (*approachability*)

Aksesibilitas kedekatan meliputi jarak tempuh, waktu tempuh, biaya transpor) dan status kepemilikan jaminan kesehatan.

Jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit, masing-masing etnis berbeda-beda tergantung letak geografisnya, namun dapat diakses dengan kendaraan umum (angkot) atau kendaraan pribadi, dan sepeda motor. Untuk komunitas etnis yang dekat dengan perkotaan (suku Jawa, Banjar dan Bugis), relatif tidak terkendala dengan jarak tempuh tersebut.

“Alhamdulillah, kalo akses sudah lumayan, lumayan mudah dijangkau” (MD, Pimpus Bugis)

Berbeda dengan suku Dayak, mengalami kesulitan mengakses puskesmas dan rumah sakit.

“Masih di Samarinda,tapi aksesnya itu lewat sana, sekitar 40 kilometer” (JM, KTU Dayak)

Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan bagi komunitas etnis yang berada di sekitar Samarinda kota (suku Jawa, suku Banjar dan suku Bugis) antara 6-18 menit memakai sepeda motor atau mobil.

“Umumnya komunitas sudah punya motor, jadi mudah mengakses. Apalagi penduduk yang tinggal tidak jauh dari Samarinda kota. Cukup 6 menit tapi paling lama 18 menit saja, sudah sampai di rumah sakit ”. (DK, KTU Jawa)

Berbeda dengan suku Dayak, mereka membutuhkan waktu cukup lama untuk mencapai fasilitas rumah sakit di kota Samarinda. Menurut penjelasan informan kunci, dibutuhkan waktu hampir 1 jam untuk sampai ke rumah sakit.

“Jarak domisili etnis Dayak ke rumah sakit di Samarinda kota, hampir 1 jam”. (KTU Dayak)

Dalam diskusi terarah, peserta berpendapat bahwa biaya tempuh dirasakan sebagai suatu hambatan ekonomis (*economic burden*) karena adanya pengeluaran ekstra, meskipun biaya ini beragam sesuai jarak tempuh dan fasilitas transpor yang digunakan. Bagi komunitas suku Banjar, suku Jawa dan suku Bugis, yang bermukim di sekitar pusat kota Samarinda, rata-rata biaya yang dikeluarkan Rp. 10.000,- s/d Rp. 20.000,- sekali jalan. Berbeda dengan suku Dayak yang harus mengeluarkan sekitar Rp. 50.000,- sekali jalan.

Terkait dengan kepemilikan jaminan kesehatan terutama JKN/KIS, dalam 4 kelompok diskusi terarah ternyata pesertanya amat beragam, ada yang sudah terdaftar, ada yang belum terdaftar, ada pula sudah *drop out* (Non PBI Mandiri) karena menunggak pembayaran. Mereka yang telah tercakup sebagai peserta JKN/KIS kebanyakan sudah menggunakannya untuk kebutuhan medis mereka. Kebanyakan peserta diskusi mengemukakan keluhan mereka atas penggunaan kartu JKN/KIS dengan beragam masalah,

Di sisi lain, Kota Samarinda sendiri cakupan kepesertaan JKN/KIS melalui BPJS Kesehatan belum mencapai *Universal Health Coverage* (UHC), masih 81 persen.⁸

Aksesibilitas penerimaan (*acceptability*)

Aksesibilitas penerimaan meliputi persepsi kualitas pelayanan dan diskriminasi pelayanan kesehatan.

Penerimaan komunitas terhadap kehadiran pelayanan kesehatan modern, cukup baik tidak ada hambatan berarti untuk menikmati kebutuhan medis semua komunitas etnis, baik suku asli maupun suku pendatang.

Suku Dayak yang masih merawat baik budaya dan adat istiadatnya, ternyata telah mengandalkan pelayanan kesehatan modern, sebagaimana dikemukakan tokoh adat mereka.

“Di masa lalu, kita susah hubungan dengan rumah sakit ya kita terpaksa dulu dengan alam aja sekarang sudah semua kita harap pelayanan kesehatan dari pemerintah.”

Lebih lanjut dikisahkan, bahwa sang ibu (dari kepala adat Dayak), merupakan generasi tertua yang ikut ekspansi dari tempat mereka semula di belantara hutan terdalam Kalimantan Timur, memasuki pinggiran kota tempat mereka semula di belantara hutan dalam Kalimantan Timur. Kota Samarinda di awal tahun 1970-an, komunitas mereka menilai tetua tersebut memiliki jalinan kuat dengan leluhur mereka, sehingga dinilai mempunyai kekuatan untuk mengobati dan menyembuhkan berbagai penyakit, serta menangani persalinan. Namun, setelah berdomisili di Kota Samarinda, ibu kepala adat suku Dayak tersebut, menganjurkan mereka yang datang ingin berobat atau dirawat kehamilannya, agar memanfaatkan sarana fasilitas kesehatan modern yang sudah ada.

“Sementara itu juga mama saya itu juga sering orang datang suruh periksa karena mama ini juga dia satu satunya waktu kami di sana mengambil melayani melahirkan. Namun, setelah di pindah kota, bila ada pasien yang datang, dia suruh periksa ke puskesmas” (EP, Kepala Adat)

Dalam diskusi terarah komunitas etnis Bugis sebagai suka pendatang, mengungkapkan bahwa mereka hampir sama sekali tidak lagi mengenal sistem pengobatan dan perawatan para leluhurnya di Sulawesi Selatan. Jika ada tetua

yang masih tinggal di antara mereka, pengetahuan dan sistem pengobatan tradisional tidak lagi menjadi pilihan, kecuali sesekali menggunakan herbal seperti daun sirih untuk khasiat mengurangi penyakit tertentu.

“Kita sudah puluhan tahun di seberang, merantau dan hampir tak mengenal lagi sistem pengobatan dan perawatan tradisional orang Bugis. Kalo pakai ramuan, palingan bentuk herbal seperti menggunakan daun sirih, yang katanya bisa mengurangi penyakit hipertensi dan DM”

Hal yang sama terungkap pula dalam diskusi terarah komunitas suku Jawa, dan suku Banjar. Mereka mengemukakan semakin sirnanya sistem pengobatan tradisional berbasis kepercayaan masa lalu.

Meskipun demikian, ditemukan beberapa kasus persalinan yang ditangani dukun beranak, meski tak sampai menyebabkan kematian. Tindakan yang dilakukan oleh dukun beranak seperti tali pusar diberi bedak, tali pusar dikasih kopi yang akhirnya bernanah. Hal ini, dikemukakan seorang informan kunci.

“Kalau kendala kami sih pak masih ada dukun bersalin. Nah itu masih ada di sini, itu yang paling susah di selesaikan”

“Selama ini sih kalo dengan dukun gak ada kematiannya cuman masalah masalah itu kadang ada, kami dapat kadang bayi yang tali pusar di kaish bedak, tali pusar di kasih kopi yang akhirnya bernanah, kupingnya di tiik pakai peniti setelah itu datang ke kami, nah itu sebenarnya masalah juga tapi Alhamdulillah selama ini belum sampai kematian”

Diskriminasi pelayanan kesehatan kelompok rentan tertentu terhadap lansia dan ibu hamil, tidak ditemukan lagi selama penelitian dilakukan.

“Kami sih masih manual pak tapi untuk lansia dan ibu hamil kami tidak menggunakan antrian, mereka datang langsung dilayani karena itu termasuk inovasi kami, kemarin akreditasi kami jadi pelayanan khusus lansia dan ibu hamil, dan juga menempatkan tempat duduk prioritas untuk lansia dan ibu hamil” (DK, KTU Jawa).

Hal yang menarik, dalam penelitian ini justru munculnya rasa diskriminatif yang diungkapkan sejumlah peserta diskusi terarah pada empat FGD. Adanya sistem antrian (loket), perbedaan pelayanan antara peserta JKN/KIS (BPJS Kesehatan) dengan pasien umum (bayar sendiri) mereka rasakan ketika mendapat layanan kesehatan pada fasilitas kesehatan yang tersedia.

“Kelihatannya, pasien yang bayar sendiri - lebih cepat dilayani.”

Aksesibilitas ketersediaan (*availability and accommodation*)

Aksesibilitas ketersediaan mencakup kondisi infrastruktur, kelengkapan peralatan kesehatan, ketersediaan obat-obatan (farmasi) dan SDM kesehatan yang profesional.

Beberapa informan kunci mengutarakan bahwa kondisi infrastruktur, kelengkapan peralatan kesehatan, ketersediaan obat-obatan dan jumlah tenaga kesehatan (dokter dan paramedis), dinilainya telah memadai, meski masih membutuhkan peningkatan kuantitas dan kapasitas ketersediannya agar bisa memberikan pelayanan kesehatan berkualitas. Mereka mengakui kesulitan merekrut tenaga kesehatan, kecuali puskesmas yang sudah Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) karena bisa menggaji tenaga honorernya sendiri. Kebijakan

peningkatan infrastruktur, peralatan kesehatan merupakan kewenangan pemerintah kota, sedang pengadaan obat-obatan disesuaikan ketersediaan Gudang Farmasi di lingkup Dinas Kesehatan Kota Samarinda.

Aksesibilitas kesanggupan pengguna (*affordability*)

Aksesibilitas kesanggupan pengguna dapat diamati dari gambaran pekerjaan dan pendapatan kepala keluarga komunitas multi etnis di Kota Samarinda.

Gambaran pekerjaan pada komunitas multi etnis, umumnya untuk suku Jawa sebagai kuli bangunan, suku bugis sebagai nelayan dan petani, suku dayak bertani, suku banjar sebagai petani dan pedagang.

“Di sini kebanyakan yang bapak-bapak kerja bangunan”

(tokoh komunitas Jawa)

“Iya...selain dari itu, jualanlah”

(tokoh komunitas Bugis)

“ya, ada juga karyawan swasta, cuma tidak seberapa. Kalau pekerja tambang, ada juga tambang

(tokoh komunitas banjar)

Gambaran pendapatan sangat terkait dengan jenis pekerjaan komunitas multi etnis, karenanya sangat bervariasi, pekerja harian seperti kuli bangunan sekitar Rp75.000,-/hari atau Rp180.000,- perbulan. Nelayan bisa mencapai Rp100.000,- perhari atau Rp3.000.000,-, sedangkan petambak sekitar Rp5.000.000,-/bulan. Penghasilan petani sekitar Rp3.000.000,- perbulan. Mereka yang bekerja sebagai pedagang rata-rata berpenghasilan Rp4.000.000,- perbulan.

“Jarang sih pak, ya sebagian sih ada 20 % an bantaran sungai itu sih ada keluarga miskin tapi gak separah dulu selama Sumalindo itu tumbuh kembali, dulu kan sempat tutup pintu tapi selama mereka buka kayak nya sudah mulai menengah lagi kemaren kan sempat kebawah” (HN, PKM HB)

“Komunitas di sini, kalangan menengah kebawah hehehe.”

“Ya ada juga yang menengah keatas cuman nda seberapa artinya mayoritas menengah kebawah, ya 1-2 orang ya ada juga yang lumayan lah ekonominya tapi mayoritasnya ya menengah kebawah” (SR, RT Banjar)

Aksesibilitas kesesuaian (*appropriateness*)

Aksesibilitas kesesuaian meliputi kesesuaian permintaan dengan layanan kesehatan; dan persepsi pelayanan yang diberikan sesuai dengan *provider*.

Kesesuaian permintaan dengan layanan kesehatan diungkap seorang informan kunci, mengatakan:

“Kalo di kita pribadi yaah sesuai, sesuai dengan standar lah nda bisa juga kita kan minta yang muluk2 karena standarnya gitu, kalo standarnya memang harusnya kita terima mau di apa yakan nah gitu” (SR, RT Banjar)

Komentar beberapa peserta diskusi menyatakan, pelayanan yang diberikan sudah cukup baik, semoga terus demikian. Mereka tak meragukan profesionalisme petugas kesehatan yang memberikan layanan.

Kesesuaian persepsi pelayanan yang diberikan oleh *provider*, dikemukakan informan kunci berikut:

“kalo masalah kebutuhan layanan, atau pelayanan yang kita berikan mengacu pada SOP yang tercantum dalam Permerkes

Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Komunitas¹², pelayanan Upaya Kesehatan Komunitas (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

“Kami melakukan survey kepuasan pasien, setiap tahunnya untuk mengukur kualitas layanan yang diberikan.” Selain itu, ada penilaian kinerja melalui akreditasi institusi”

6. PEMBAHASAN

Ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan bagi komunitas multi etnis, baik suku pendatang (suku Jawa dan suku Bugis) maupun suku asli (suku Banjar dan suku Dayak) di Kota Samarinda berkaitan dengan masalah waktu tempuh, jarak tempuh dan transportasi yang digunakan, berdampak menjadi beban ekonomi rumah tangga, akibat biaya yang harus dikeluarkan dari kantong mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya (Puskesmas dan Rumah Sakit). Bisa jadi, biaya transpor tersebut berasal dari biaya belanja harian mereka. Hambatan ini, dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pencapaian UHC di Kota Samarinda. Secara potensial, kebutuhan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh sebaran, jarak, dan alat transportasi.¹⁵⁻¹⁶

Studi ini mengungkapkan bahwa ada kerumitan dalam mengurus dan memanfaatkan JKN/KIS (BPJS Kesehatan), di antara peserta FGD yang belum terdaftar dalam JKN/KIS dan memilih bayar sendiri karena tidak ingin terlibat dalam proses kerumitan administratif untuk mendapatkan JKN/KIS, ketidakpastian menunggu untuk menerima kartu JKN/KIS, dan masalah administrasi lainnya.

Hampir semua peserta, mengatakan bahwa mereka tidak pernah kontak atau dihubungi pihak BPJS Kesehatan,

padahal mereka membutuhkan kejelasan prosedur dan manfaat kepesertaan JKN/KIS yang dikelola BPJS Kesehatan.

Munculnya perasaan perlakuan yang tidak sama (diskriminatif) dalam menerima pelayanan kesehatan sebagaimana diungkap beberapa partisipan FGD, dapat menimbulkan ketidak-nyamanan pasien yang menyebabkan cerminan ketidak-setaraan dan ketidak-adilan di kalangan mereka. Peserta untuk studi ini berpendapat bahwa setiap masalah kesehatan yang seharusnya terjadi diperlakukan dengan cara yang sama seperti penyakit apapun, harus dicegah, agar tetap hidup sehat.

Pengalaman di Cape Coast, Ghana menunjukkan bahwa hambatan utama untuk berlangganan asuransi kesehatan termasuk; antrian panjang dan waktu tunggu, persepsi kualitas obat yang buruk, dan sikap negatif penyedia layanan baik di fasilitas kesehatan maupun di kantor asuransi kesehatan.¹⁷

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS), menjadi agenda penting dalam reformasi sektoral kesehatan. Menjelang Pemilu nasional tahun 2019, isu UHC malah menjadi konsumsi politik menebar janji kampanye kontestan. Beberapa kabupaten/kota telah menerima UHC Award atas keberhasilan pemerintah daerahnya mencapai 100 persen penduduknya dalam kepesertaan program JKN/KIS yang dikelola BPJS Kesehatan. Di provinsi Kalimantan Timur sendiri, sudah 5 kabupaten/kota meraih penghargaan UHC. Hal ini berbeda dengan Kota Samarinda yang dinilai belum mencapai target UHC, karena masih 81 persen cakupan kepesertaan JKN/KIS.⁶ Dibandingkan dengan 5 kabupaten/kota lainnya di wilayah Provinsi Kalimantan Timur yang terkenal kaya sumberdaya alamnya seperti Kota Bontang,

Kota Balikpapan, Kabupaten Kutai Barat, Kabupaten Mahakam Ulu, dan Kabupaten Kutai Kartanegara telah meraih UHC Award karena cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan (JKN/KIS) hampir 100 persen.¹⁸ Padahal pemerintah kota Samarinda, telah meningkatkan fasilitas loket pengurusan BPJS di setiap kelurahan dan kecamatan, memerintahkan sosialisasi BPJS ke seluruh lapisan komunitas dan setiap warga yang datang ke kelurahan harus diinformasikan, serta sosialisasi secara *door to door* ternyata peserta diskusi saja, terdapat keragaman status kepemilikan JKN/KIS yang memberi indikasi masih rendahnya sosialisasi, edukasi dan avokasi BPJS Kesehatan. Model pendekatan multi etnis yang dilakukan dalam studi ini, dapat digunakan untuk membantu pendekatan sosialisasi, edukasi dan avokasi BPJS Kesehatan untuk mempercepat akselerasi capaian UHC di Kota Samarinda.

Sebagian besar partisipan dalam penelitian ini percaya hal itu tanggung jawab pemerintah untuk memberikan layanan kesehatan untuk warganya. Jargon kehadiran pemerintah melindungi komunitas dikenal sebagai 9 program “nawacita”.¹⁸ Pandangan yang menguat dari sebagian besar partisipan dipengaruhi dengan praktik jaminan kesehatan yang mereka terima selama ini, berupa program kesehatan gratis yang dibiayai oleh pemerintah daerah.

Peserta untuk studi ini berpendapat bahwa setiap pemberian pelayanan kesehatan seharusnya diperlakukan sama dan setara untuk diobati dan disembuhkan, agar kembali hidup sehat dan bisa bekerja lagi. Namun, sepanjang diskusi, timbul kesadaran peserta akan kelangkaan sumber daya dan kebutuhan untuk memprioritaskan dilema tersebut, meski mereka kurang senang dengan hal itu.

Salah satu isu sensitif yang memgemuka di antara peserta diskusi, ketika pengguna layanan kesehatan masih diwajibkan untuk membayar dari saku mereka pada titik layanan, hal ini akan menjadi beban ekonomi (*economic burden*)¹⁹ akibat pengeluaran biaya layanan kesehatan seperti misalnya pembelian obat di luar karena tidak tersedia di fasilitas kesehatan (puskesmas dan rumah sakit), terutama bagi mereka yang tidak mudah memiliki uang tunai dalam jumlah tertentu. Salah satu isu *Economic Basic Health Insuransi* (EBHI) di Addis Ababa, saat ini adalah retrospektif penggantian kepada individu. Jika penerima manfaat masih diwajibkan untuk membayar dari saku pada titik layanan, hal itu mungkin masih merupakan beban pengeluaran perawatan kesehatan terutama bagi mereka yang tidak mudah memiliki uang tunai.²⁰ Kondisi ini, menunjukkan bukti lain masih adanya hambatan untuk pemanfaatan layanan kesehatan yang tersedia.

Studi ini menekankan perlunya sosialisasi, edukasi dan advokasi secara menyeluruh untuk menumbuhkan persepsi positif tentang pengelolaan BPJS Kesehatan. Salah satu tawaran studi ini, melakukan sosialisasi, edukasi dan advokasi pada komunitas multi etnis (suku Banjar, suku Jawa, suku Bugis, dan suku Dayak) di Kota Samarinda. Upaya lain adalah mengurangi waktu tunggu, mengedepankan kesetaraan dan menciptakan pelayanan berkeadilan terutama peserta JKN/KIS Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari kalangan tidak mampu. Puskesmas sebagai *gate-keeper* pelayanan kesehatan terdepan, diharapkan mengoptimalkan fungsi Puskesmas Keliling sebagai upaya meredakan ketimpangan pelayanan kesehatan akibat hambatan akses geografis terutama komunitas etnis Dayak. Hal ini diharapkan dapat memotivasi agar lebih banyak

penduduk lainnya yang akan masuk sebagai peserta baru atau memperbarui kepesertaan mereka, sehingga mendukung percepatan pencapaian UHC di Kota Samarinda.

7. KESIMPULAN

Ketersediaan dan keterjangkauan layanan kesehatan bagi komunitas multi etnis, baik suku pendatang (suku Jawa dan, suku Bugis) maupun suku asli (suku Banjar dan suku Dayak) di Kota Samarinda berkaitan dengan masalah waktu, tempuh jarak tempuh dan transportasi yang digunakan, berdampak jadi beban ekonomi (*economic burden*) berupa biaya transpor yang harus dikeluarkan agar mereka dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya (Puskesmas dan Rumah Sakit).

Tingkat penerimaan pelayanan kesehatan oleh komunitas multi etnis (suku Banjar, suku Jawa, suku Bugis dan suku Dayak) di Kota Samarinda sudah 'terbuka' dalam menerima pelayanan kesehatan modern, terlihat dari kunjungan ke fasilitas kesehatan yang terus meningkat. Meskipun tidak ditemukan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan untuk kelompok rentan, tetapi diskriminasi justru dirasakan oleh pasien dan keluarganya karena menerima perlakuan berbeda saat menerima layanan kesehatan.

Status kepesertaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional/ Kartu Indonesia Sehat (JKN/KIS) yang belum mencakup seluruh penduduk (*Universal Health Coverage*), menjadi hambatan terhadap pemerataan dan keadilan dalam mengakses (ekuitas) layanan kesehatan bagi komunitas multi etnis di Kota Samarinda.

Catatan : Tulisan ini merupakan bagian tak terpisahkan dengan artikel journal internasional bereputasi berjudul: *The Accessibility of Health Services for Multiethnics Community Toward Universal Health Coverage in Samarinda City: A Qualitative Study*, IJPHRD, Vol 10, Issue 10, 2019.

Rujukan

1. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional, 2004.
2. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional, 2011.
3. Agustina, Rina et.al. *Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges*, Lancet 2019; 393: 75–102, Published Online December 19, 2018. [http:// dx. doi.org/](http://dx.doi.org/)
4. World Bank. *Universal Health Coverage: Quality, affordable health care is the foundation for individuals to lead productive and fulfilling lives and for countries to have strong economies*, diperbaharui 12 April 2018, [https:// www. worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage](https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage), diakses 29 Januari 2019.
5. WHO, World Bank. *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. Geneva: World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, 2017.
6. WHO. *Universal Health Coverage: Supporting Country Needs*, New York, 2012.

7. Alegria, M., Lin, J., Chen, C. N., Duan, N., Cook, B., & Meng, X. L. The Impact of Insurance Coverage in Diminishing Racial and Ethnic Disparities in Behavioral Health Services. *Health Services Research*, 2012: 47(3), 1322-1344.
8. Kaltim Post. Kaltim.Prokal.co. Jumlah Kepsertaan di Bawah Target. <http://kaltim.prokal.co/ead/news/339258-jumlah-kepesertaan-di-bawah-target.html>, diakses 20 Februari 2019
9. United Nations *Sustainable Development Goals* (SDG's), New York, 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, diakses 29 Januari 2019
10. Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris and Grant Russel.(2013). Patient-centered access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations, *International Journal For Equity in Health* 2013, 12:18
11. Haddad S, Mohindra K: *Access, opportunities and communities: ingredients for health equity in the South*. Paper presented at the Public Health and International Justice Workshop. New York: Carnegie Council on Ethics and International Affairs; 2002
12. Penchansky R, Thomas WJ: The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981, 19:127-140.
13. Creswell, J. W. *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Edisi Keempat, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2018.

14. Kementerian Kesehatan, R.I. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, Kementerian Kesehatan R.I
15. John K Ganle, Michael Parker, Raymond Fitzpatrick, & Easmon Otopiri. Inequities in Accessibility to and Utilisation of Maternal Health Services in Ghana After User-Fee Exemption: A Descriptive Study. *International journal for equity in health*, 2014 : 13(1), 89.
16. Ruishan Hu, Suocheng Dong, Yonghong Zhao, Hao Hu, & Zehong Li. Assessing Potential Spatial Accessibility of Health Services in Rural China: A Case Study of Donghai County. *International journal for equity in health*, 2013 :12 (1), 35.
17. Kumi-Kyereme et al. Barriers and motivations for health insurance subscription in Cape Coast, Ghana: a qualitative study, *Archives of Public Health* (2017) 75:24
18. Tribunkaltim.co. Kepesertaan JKN-KIS Capai 98 Persen Pemkab Kukar Kaltim Terima UCH Award, <http://kaltim.tribunnews.com/2019/0/28/kepesertaan-jkn-kis-capai-98-persen-pemkab-kukar-kaltim-terima-uhc-award> diakses 20 Februari 2019
19. Razak, Amran et.al. Economic Burden of Cancer Patients at Hasanuddin University Teaching Hospital, Makassar: A Qualitative Study, *Indian Joernal of Public Health Research & Development*, December 2018, Vol. 9, No. 12, pg 1438-1443
20. Obse, et.al. Knowledge of and preferences for health insurance among formal sector employees in Addis Ababa: a qualitative study, *BMC Health Services Research* (2015)

6

MEMAHAMI HAMBATAN POTENSIAL PEMANFAATAN LAYANAN KESEHATAN PADA KOMUNITAS MULTI-ETNIS

1. PENDAHULUAN

Pulau Kalimantan merupakan pulau terbesar di Indonesia. Pulau Kalimantan memiliki 5 provinsi, salah satu provinsi terbesar adalah Kalimantan Timur dengan ibukotanya Samarinda. Posisi Kota Samarinda tersebut, menjadi terbuka, transmigrasi dan migrasi internal dari kepulauan lainnya menyebabkan berkumpulnya berbagai etnis dari seluruh Indonesia. Suku bangsa di Kalimantan timur kebanyakan suku Jawa, suku Bugis, suku Banjar dan suku Dayak.¹ Berdasarkan Sensus Penduduk 2016, suku Jawa (29,55 persen), suku Bugis (18,26 persen), suku Banjar (13,94 persen) dan suku Dayak (9,91 persen).²

Desentralisasi pemerintahan sejak tahun 2001, semakin meningkatkan heterogenitas sistem kesehatan dan kesenjangan ekuitas yang makin buruk. Sistem *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia yang dicetuskan tahun 2014 berupaya mengakomodasi keragaman potensi dan kendala kesehatan

yang berbeda-beda. Sejak 1 Januari 2019, Indonesia memasuki Era UHC berkelanjutan. Keberhasilan ini, dinilai suatu inovasi ketercakupan hampir seluruh penduduknya bisa mengakses layanan kesehatan.³ Namun, beberapa kabupaten/kota di Indonesia cakupan kepesertaan JKN/KIS belum mencapai target UHC, seperti Kota Samarinda.⁴ Rendahnya cakupan NHIS tersebut mengakibatkan hambatan komunitas untuk mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Kajian ini adalah studi kualitatif yang bertujuan untuk mengeksplorasi dan mengidentifikasi berbagai hambatan potensial dalam pemanfaatan layanan kesehatan pada komunitas multi-etnis Kota Samarinda.

2. METODE

Definisi Potensi Penghalang

Jika harapan atau keyakinan kesehatan pasien tidak sejalan dengan apa yang diusulkan oleh penyedia layanan, mereka mungkin mengalami hambatan untuk penggunaan layanan kesehatan. Ketika hasil akhirnya tidak sejalan dengan perawatan yang diterima, hambatan mungkin juga muncul. Sebuah penghalang, seperti yang digunakan dalam studi ini, membatasi penggunaan layanan kesehatan.

Pemanfaatan Layanan Kesehatan

Penggunaan layanan kesehatan adalah proses mencari profesional kesehatan, merawat dan menyerahkan diri ke aplikasi layanan kesehatan reguler, dengan tujuan untuk mencegah atau mengobati masalah kesehatan.

Komunitas Etnis

Komunitas etnis merupakan suatu konsep yang digunakan untuk menggambarkan sekumpulan manusia yang memiliki nenek moyang yang sama, ingatan sosial yang sama dan beberapa elemen kultural. Elemen-elemen kultural tersebut berkaitan dengan tempat tertentu, dan memiliki sejarah yang kurang lebih sama. Kedua hal ini biasanya menjadi ukuran bagi solidaritas dari suatu komunitas.⁵

Tingkat Pasien, Penyedia dan Sistem

Hambatan bisa muncul dari diri pasien, penyedia layanan dan organisasi layanan kesehatan. Karena itu, hambatan terjadi pada tingkat pasien, tingkat penyedia dan tingkat sistem. Hambatan ditingkat pasien seperti pendapatan, asuransi kesehatan, etnis, dll. Hambatan ditingkat penyedia seperti keterampilan, sikap, gaya komunikasi, dll. Hambatan ditingkat sistem seperti kebijakan, faktor organisasi, faktor struktural, dll.⁶

Pemilihan Informan

Pemilihan informan secara *purposive sampling* dengan kriteria sebagai berikut; mereka telah menggunakan atau sedang menggunakan fasilitas kesehatan; selalu waspada dan responsif untuk menjaga kesehatan keluarganya; dan berpengaruh dalam pengambilan keputusan penggunaan fasilitas kesehatan; serta bersedia sebagai peserta. Informan kunci dipilih secara *purposive sampling* berdasarkan pengaruh ketokohan mereka (tokoh adat dan pemuka komunitas).

Populasi target untuk penelitian ini adalah 4 kelompok komunitas multi etnis (suku Banjar, suku Jawa, suku Bugis, dan

suku Dayak) masing-masing 7 orang setiap kelompok etnis ($n = 28$). Informan kunci terdiri dari 1 orang tokoh masyarakat setiap kelompok etnis ($n = 4$).

Pengumpulan dan analisis data

Potensi hambatan untuk pemanfaatan layanan kesehatan pada komunitas multi-etnis di Kota Samarinda dieksplorasi melalui wawancara mendalam dengan 4 kelompok etnis Jawa, Banjar, Bugis dan Dayak ($n = 24$). Wawancara informan kunci dilakukan di kantor atau di rumah mereka. Wawancara mendalam difokuskan pada model perilaku dari teori Andersen yang mencakup empat komponen utama: Karakteristik populasi; Lingkungan Hidup; Perilaku kesehatan; dan hasil kesehatan.⁷ Analisis data menggunakan analisis konten untuk menganalisis fenomena yang ditemukan dalam penelitian.⁸

3. KERANGKA TEORITIS.

Penelitian ini menggunakan model perilaku Andersen layanan kesehatan digunakan sebagai teori framework.⁷ Tujuan penggunaan model perilaku dari Andersen adalah untuk mengungkapkan kondisi yang menghambat pemanfaatan layanan kesehatan.

Dalam model Andersen, pemanfaatan layanan kesehatan terkait dengan empat komponen utama:

1. Karakteristik populasi;
2. Lingkungan;
3. Perilaku Kesehatan dan
4. Hasil kesehatan.

- (a) Karakteristik populasi terdiri dari karakteristik predisposisi (demografis variabel, variabel struktur sosial dan kesehatan variabel keyakinan), karakteristik yang memungkinkan (pribadi atau sumber daya pendukung keluarga, pemberdayaan sumber daya komunitas) dan kebutuhan karakteristik (persepsi individu kebutuhan, kebutuhan profesional yang dievaluasi).
- (b) Lingkungan terdiri dari 'lingkungan eksternal (fisik, politik dan ekonomi) dan sistem perawatan kesehatan (kebijakan, sumber daya dan organisasi).
- (c) Perilaku kesehatan terdiri dari penggunaan layanan kesehatan (jenis, situs, tujuan dan interval waktu) dan praktik kesehatan pribadi '(*obat do-it-yourself*).
- (d) Hasil kesehatan terdiri dari kepuasan konsumen (kenyamanan, ketersediaan, pembiayaan, karakteristik dan kualitas penyedia), status kesehatan dan status kesehatan yang dirasakan.

Kajian ini juga memasukkan faktor pengambilan keputusan dan sosio-psikologis yang dinilai terlewat dalam teori Andersen.⁹

4. HASIL PENELITIAN

Dari 32 informan, terdiri dari 28 informan pengguna layanan, seluruhnya ibu rumah tangga yang dinilai memiliki perhatian tinggi, selalu siaga dan dominan dalam pengambilan keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Informan ibu rumah tangga diambil dari 4 komunitas etnis (suku Jawa, suku Bugis, suku Banjar dan suku Dayak) masing-masing 7 orang

($n=28$). Informan kunci adalah tokoh komunitas/tokoh adat diambil 1 orang dari setiap etnis ($n=4$). Ulasan studi dilakukan pada pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tersedia di Kota Samarinda menunjang *Universal Health Coverage* (UHC).

Tabel 9. Karakteristik Informan

Karakteristik	Informan IRT	Informan kunci
Jenis kelamin :		
<i>Perempuan</i>	28 orang (100,0 %)	-
<i>Laki-laki</i>	-	4 orang (100,0%)
U s i a (tahun)	24 - 68 tahun	34 – 57 tahun
Kelompok Etnis :		
<i>Suku Jawa</i>	7 orang (25,0 %)	1 orang (25,0 %)
<i>Suku Bugis</i>	7 orang (25,0 %)	1 orang (25,0 %)
<i>Suku Banjar</i>	7 orang (25,0 %)	1 orang (25,0 %)
<i>Suku Dayak</i>	7 orang (25,0 %)	1 orang (25,0 %)
Pekerjaan :		
PNS	-	1 orang (25,0 %)
Wiraswasta/swasta	6 orang (12,5 %)	2 orang (50,0 %)
Petani	-	1 orang (25,0 %)
Tidak bekerja (IRT)	22 orang (87,5 %)	-
Pendidikan :		
PT/Univ/Institut/Akademi	-	-
S M A	20 orang (71,4%)	3 orang (75,0 %)
S M P	6 orang (21,4 %)	1 orang (25,0 %)
S D	2 orang (7,2 %)	-
Jaminan Kesehatan :		
Ada	23 orang (82,1 %)	4 orang (100,0%)
Tidak ada	5 orang (17,9 %)	-

Sumber : Data primer. 2017

Sejumlah hambatan potensial diidentifikasi merujuk pada karakteristik pasien (pengguna layanan) berupa karakteristik predisposisi, karakteristik yang memungkinkan dan karakteristik kebutuhan; perilaku kesehatan berupa penggunaan layanan kesehatan; hasil kesehatan berupa karakteristik penyedia dan lingkungan yaitu faktor organisasi dan sistem perawatan kesehatan.

Hambatan disajikan dalam tiga kelompok hambatan: (1) hambatan potensial pada tingkat pasien; (2) hambatan potensial di tingkat penyedia dan (3) hambatan potensial di tingkat sistem.

Hambatan Potensial di Tingkat Pasien Kondisi Sosial-Ekonomi

Kondisi sosial-ekonomi dapat bertindak sebagai penghalang bagi kesehatan iklan perawatan dan kesehatan. Mungkin ada gangguan komunikasi karena perbedaan status sosial antara pengguna dan penyedia layanan. Masalah-masalah ini memang kurang memiliki berpengaruh pada persepsi pengguna terhadap penggunaan layanan yang disediakan.¹⁰ Adanya perbedaan status sosial antara pengguna dan penyedia layanan memungkinkan terjadinya gangguan komunikasi. Masalah ini tidak mendukung persepsi pengguna tentang penggunaan layanan yang disediakan.¹¹

Gaya Hidup Warisan

Kebiasaan makan misalnya pada etnik Bugis, yang tidak sesuai dengan medis rekomendasi diet, seperti penggunaan tradisional hidangan, juga bisa bertindak sebagai penghalang.

Orang Bugis suka menggunakan lemak tinggi dan gula tinggi dalam diet tradisional mungkin tidak menerima diet yang rendah lemak dan rendah gula saat mereka menemukannya tidak berselera karena rasanya hambar.¹²

Keluarga sebagai ‘Dewa Penolong’

Kurangnya dukungan dari keluarga dan sosial dapat bertindak sebagai penghalang bagi perawatan kesehatan. Dukungan keluarga bermanfaat dalam memberikan dukungan emosional pada pasien.¹³

Kekerabatan atau ikatan persaudaraan jelas dapat memberikan bantuan secara langsung maupun tidak langsung. Meski terkadang dukungan keluarga bisa dilihat tidak hanya secara konstruktif ketika tanggung jawab kolektif keluarga menjadi prioritas bagi individu membutuhkan. Kekerabatan wujud dari ‘saudara seperantauan’ bagi komunitas etnis pendatang, membuka kedermawaan komunitas yang lebih kaya untuk menolong. Hal ini mudah terlihat pada organisasi sekampung misalnya Kerukunan Keluarga Sulawesi Selatan (KKSS) dimana wilayah Kalimantan Timur merupakan salah satu wilayah teraktif di Indonesia. Demikian halnya, dengan kerukunan keluarga Jawa sebagai komunitas perantau terbesar di Kota Samarinda.

Komunikasi yang Tidak Efektif

Komunikasi yang tidak efektif adalah hambatan utama lainnya dalam kemitraan yang seharusnya ada antara pasien dan praktisi. Hubungan antara pasien multi-etnis dan dokter pada dasarnya vertikal karena perbedaan sosial yang dipaksakan oleh

ketidakmerataan kognitif dan tingkat kelembagaan. Jurang ini memisahkan pasien dan dokter dan selalu lebih menguntungkan dokter daripada pasien.¹⁴

Masih ditemukan, pasien lanjut usia dari etnis Dayak masih terus diantar oleh anaknya ke Puskesmas karena kesulitan bahasa. Masalah komunikasi yang tidak efektif yang disebabkan oleh kesulitan bahasa seringkali tetap tidak terpecahkan, menyebabkan frustrasi dan kejengkelan dengan pasien yang merasa diabaikan dan terpisah.¹⁵

Persepsi dan Sikap Terhadap Pelayanan Kesehatan dan Personil

Menyangkali persepsi dan sikap terkait pemberian layanan kesehatan dan personel dapat bertindak sebagai penghalang.

Timbulnya kesan meragukan atas manfaat dari layanan kesehatan atau tidak melihat manfaatnya. Pengguna layanan mungkin melihat penyedia layanan sebagai sekelompok orang yang menumbuhkan terlalu banyak rasa hormat untuk tenaga medis dan paramedis terutama di puskesmas sebagai pintu gerbang pelayanan kesehatan komunitas. Pada gilirannya, ini dapat menahan mereka dari mengajukan pertanyaan penting tentang intruksi medis, dll. dan bentuk subordinasi abstrak ini mencegah mereka untuk mempertanyakan otoritas sebagaimana mereka melihatnya.¹⁶

Penghasilan Kepala Keluarga

Kurangnya sumber daya keuangan bisa menjadi penghalang, karena keadaan ekonomi mempengaruhi kehidupan orang dan kemampuan mereka untuk mendapatkan perawatan yang tidak memiliki JKN/KIS. Kurangnya finansial

dan berada di ambang garis kemiskinan menjadi problematis bagi komunitas multi-etnis karena mereka berada di posisi yang rentan.¹¹ Gambaran pendapatan komunitas multi etnis sangat bervariasi, pekerja kuli bangunan sekitar Rp 1.800.000,- per bulan. Nelayan sebesar Rp 3.000.000,-perbulan, sedangkan petambak sekitar Rp. 5.000.000,- per bulan. Penghasilan petani sekitar Rp. 3.000.000,- per bulan, dan pedagang berpenghasilan Rp. 4.000.000,- per bulan. Berdasarkan Upah Minimum Propinsi (UMP) Kalimantan Timur tahun 2019, ditetapkan sebesar Rp 2.747.561,- per bulan artinya hanya pekerja tambak dan pedagang relatif diatas UMP Kalimantan Timur.¹⁷

Status Kepesertaan JKN/KIS

Ketidakmampuan untuk memperoleh asuransi kesehatan dapat bertindak sebagai penghalang untuk menggunakan pelayanan kesehatan.¹⁰ Kerumitan dalam pengurusan kepesertaan JKN/KIS, membuat pasien memilih alternatif lain dengan menjadi pasien umum, meskipun hal itu dianggapnya sangat tidak adil, tidak setara sebagai sesama warga negara. Hampir seperempat informan dalam penelitian ini, mengaku belum memiliki JKN/KIS. Kesan yang mengemuka antara lain proses administrasi yang rumit. Ketidaklengkapan berkas persyaratan tersebut membuat mereka menunda-nunda mengurus Kartu Indonesia Sehat (KIS).¹¹

Manfaat JKN/KIS (PBI Mandiri)

Kurang memadainya paket jaminan kesehatan adalah hambatan lain dalam mencari atau menerima perawatan kesehatan yang mereka butuhkan. Status kepemilikan jaminan

kesehatan seperti Kartu Indonesia Sehat (KIS) terutama komunitas tidak mampu atau miskin adalah faktor penentu ketika datang ke masuk dan frekuensi pemanfaatan perawatan.¹⁸ Kurangnya jaminan kesehatan apalagi tidak memiliki jaminan kesehatan seperti KIS sering membuat seseorang rentan dan terbatas ketika hendak membayar biaya perawatan kesehatan. Bahkan ketika seseorang diasuransikan, ia dapat mengalami hambatan jika layanan tertentu tidak tercakup atau ditetapkan *deductible* pada tingkat yang tidak terjangkau. Di antara 4 kelompok etnis yang belum tercakup asuransi dalam skema JKN/KIS, sekitar 5 informan atau hampir 20 persen.

Pengetahuan tentang Layanan Kesehatan dan Pemanfaatannya

Ketidaksadaran akan ketersediaan layanan atau kurangnya pengetahuan tentang layanan yang dapat digunakan seseorang dapat bertindak sebagai penghalang untuk penggunaan layanan kesehatan. Ketika sebagian besar pengguna layanan tidak memiliki pengetahuan yang memadai misalnya fungsi dan ketersediaan pekerja perawatan primer selain dari dokter, maka penggunaan perawatan kesehatan primer pasti akan terbatas dan tidak sesuai dengan kebutuhannya.

Kondisi Kota Samarinda sebagai ibukota Provinsi Kalimantan Timur, diharapkan memiliki tingkat pengetahuan yang memadai setidaknya terhadap pelayanan kesehatan primer. Hal ini tercermin dengan kesiap-siagaan komunitas di empat etnis ini berinteraksi dengan fasilitas kesehatan yang tersedia di berbagai tempat dalam Kota Samarinda.

Tarif Layanan Medis

Biaya medis yang tinggi dapat berperan sebagai penghalang, karena menghambat penduduk yang belum memiliki kartu JKN/KIS untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Berdasarkan pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) Kota Samarinda dilaporkan telah mencakup kepesertaan BPJS Kesehatan melebihi dari 80 persen penduduknya. Sebagian penduduknya dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) terutama pelayanan kesehatan di puskesmas terdekat.

Transportasi dan Waktu Perjalanan

Transportasi umum yang tidak teratur di pinggiran kota, dikombinasikan dengan waktu perjalanan yang panjang dan biaya transportasi adalah penghalang lain untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan, terutama etnis Dayak yang tinggal di pinggiran kota.

Jarak ke rumah sakit sekitar 30 kilometer, jika menggunakan kendaraan umum biaya satu arah sekitar Rp. 45.000,-. Biaya transportasi mereka harus diambil dari biaya kebutuhan konsumsi harian rumah tangganya.¹⁹ Hal ini tentu memberatkan dan menjadi hambatan tersendiri.

Potensi Hambatan di Tingkat Penyedia

Karakteristik Penyedia

Perilaku Penyedia Layanan

Perawatan tidak sopan dan sikap stereotip terhadap pasien pengguna layanan dapat bertindak sebagai penghalang dan memiliki efek yang merugikan.

Diskriminasi juga dapat bertindak sebagai penghalang, karena memiliki efek buruk pada kesehatan mental (diskriminasi dikombinasikan dengan persepsi diskriminasi).²⁰ Adanya perasaan pasien diperlakukan berbeda dengan pasien lainnya, saat menerima layanan kesehatan akan membuat mereka kesal, dan berdampak kurang baik bagi perkembangan mental mereka.

Gaya Komunikasi

Komunikasi yang otoritatif dari gaya penyedia layanan (dokter atau perawat) dapat bertindak sebagai penghalang.

Cara konfrontatif di mana tenaga kesehatan kadang-kadang mendekati pasien komunitas etnis tertentu bisa menghasilkan rasa malu dan tidak nyaman, misalnya saat referensi rutin dibuat tentang janji yang terlewat dan bentuk-bentuk ketidakpatuhan lainnya. Termasuk bila pasien terlambat datang setelah mengambil nomor antrian. Contoh lain adalah faktor ketakutan yang ditimbulkan oleh staf yang tidak simpatik bahwa jika seseorang tidak menghadiri klinik kebidanan, maka bila datang bantuan pengiriman mungkin ditahan.²¹

Gaya Memberikan Informasi Medis

Tidak diplomatisnya gaya perawat dan dokter dalam menyampaikan informasi dan menyatakan apa adanya bertindak sebagai penghalang. Hal ini, terkadang terjadi meski tidak begitu disadari oleh pemberi pengobatan medis. Prognosis penyakit yang disampaikan secara langsung dan penggunaan terminologi medis dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pengguna layanan kesehatan. Kemampuan diplomatis akan

menjadi bagian dari rasa aman dan nyaman pasien yang akan meningkatkan imunitas mereka.

Pendekatan Pasien

Pendekatan impersonal pasien bisa bertindak sebagai penghalang. Untuk pasien tertentu pendekatan yang sangat formal dan tidak memihak oleh penyedia layanan kesehatan (perawat dan dokter) dapat mencegah mereka menggunakan kesehatan fasilitas perawatan tersedia.

Harusnya dipaahami bahwa pasien-pasien ini datang karena mengharapkan pendekatan yang bermartabat, pribadi dan kehangatan dari profesional perawatan kesehatan. Mulai dari penggunaan bahasa formal, salam dan gelar.

Bagi mereka yang bermartabat dan pendekatan pribadi meliputi simpati dan rasa hormat khususnya untuk tokoh masyarakat ketika di depan publik. Mereka sendiri tampaknya menghargai hal seperti itu mendekati dan merespons dengan hangat, sementara pada saat yang sama menunjukkan rasa hormat yang besar kepada para profesional yang melayani mereka.

Hakekat Keterlibatan Keluarga

Mengabaikan pengaruh keluarga melalui ketidak-terlibatan dapat bertindak sebagai penghalang, karena beberapa pasien multi-etnis masih kuat nilai-nilai ikatan keluarga. Pola keluarga tradisional termasuk keluarga dekat dan anggota keluarga besar. Kehadiran keluarga dianggap bagian dari proses penyembuhan. Meskipun nilai ini mulai berkurang seiring dengan tingginya kesibukan keluarga, sistem perawatan rumah sakit yang mulai ketat.

Potensi Hambatan di Tingkat Sistem Paradigma Medis

Ketatnya paradigma medis dapat bertindak sebagai penghalang karena didasarkan pada penjelasan model biomedis metode kesehatan, penyakit dan penyembuhan. Beberapa pasien etnis minoritas tidak puas dengan itu, seperti dimensi agama dan budaya pada kesehatan dan penyembuhan yang tidak dikenali sebelumnya. Di mana ada kendala umum berupa bahasa komunikasi, di mana etnis minoritas pasien tampaknya tidak mampu menyampaikan perasaan batin dan kebutuhan mereka. Akibatnya, pasien ini mungkin kekurangan kepercayaan diri untuk mengajukan pertanyaan penting.

Terkadang mereka merasa terpinggirkan dalam sistem pelayanan kesehatan yang ada, terutama menghadapi staf puskesmas atau rumah sakit.

Dalam sejumlah contoh seperti di atas, orang membutuhkan agama sebagai sumber dukungan tetapi ketika meminta layanan seperti itu, mereka merasa tidak loyal dan pengabaian.²²

Pendekatan Konsumeris

Pendekatan konsumen yang tidak memihak dapat bertindak sebagai penghalang, terutama yang impersonal dan sikap teknis dokter. Pasien merasa dokter tidak ada tanggung jawab untuk kesehatan pasien mereka. Untuk beberapa pengguna layanan, pendekatan konsumen untuk layanan medis adalah hal baru. Pasien didorong untuk menjadi seorang pasien yang lebih tegas, tetapi ini sering bertentangan dengan sebutir pasien yang lebih tua, lebih rentan. Ada juga keluhan bahwa

dokter merawat pasiennya dalam hal formal yang sebenarnya. Ini bertentangan dengan cara hangat dan simpatik beberapa pasien digunakan di kota lainnya.

Sistem Rujukan

Sistem rujukan dapat bertindak sebagai penghalang, karena beberapa pasien merasa tidak nyaman dengan prosedur pemantauan yang menghalangi mereka untuk mendapatkan perawatan yang memadai.²³ Terkadang mereka melakukan *by-pass* sistem rujukan menggunakan layanan yang selama ini diterima dalam sistem sebelumnya. Keputusan seperti itu didasarkan pada sifat penyakit dan efek dari perawatan sebelumnya, disesuaikan dengan kemampuan biaya perawatan dirinya.

5. PEMBAHASAN

Hambatan dan Konsekuensi Keseharian Universalitas dan Spesifisitas.

Banyak hambatannya masalah universal yang dapat menimpa kita semua. Panjang daftar tunggu, misalnya, menghalangi semua pasien dari menggunakan layanan yang menjadi hak mereka.

Potensi hambatan hanya menimpa kita dalam keadaan tertentu atau hanya menimpa sebagian dari kita, terutama komunitas etnis yang rentan sosial ekonominya. Penghalang yang hanya bisa menimpa kita dalam keadaan tertentu misalnya kesemrawutan angkutan umum. Tetapi bila kita beralih menggunakan kendaraan sendiri, kesemrawutan itu tidak bertindak sebagai penghalang. Jika angkutan umum diperlukan, angkutan umum yang semrawut bertindak sebagai

pembatas. Suatu penghalang yang hanya menimpa sebagian dari kita misalnya, pertanggungungan asuransi kesehatan. Untuk sosial ekonomi yang rentan, harga layanan kesehatan dapat bertindak sebagai penghalang, jika layanan kesehatan tidak tercakup oleh asuransi kesehatan mereka atau hanya sebagian diganti.

Kelompok etnis yang rentan sosial ekonomi terdapat pada semua kelompok etnis (suku Jawa, suku Bugis, suku Banjar dan suku Dayak), terlihat pada dekatnya kisaran UMP Kalimantan Timur.

Spesifisitas Multi-Etnis

Seperti telah diungkapkan, beberapa hambatan potensial hanya menimpa pasien multi-etnis tertentu. Mereka hanya menimpa pasien yang berhubungan dengan atribut budaya dan model penjas, seperti adanya pandangan bahwa penyakit disebabkan oleh tindakan Allah atau alam.²³

Memang, ada juga perbedaan dan perbedaan 'budaya' dalam model penjas antara pasien dan penyedia yang memiliki latar belakang budaya yang sama.

Penyebab yang sering dinyatakan adalah perbedaan pasien- penyedia dalam kelas sosial, pendidikan, identifikasi gender atau generasi. Potensi hambatan antara keduanya anggota yang masuk akal dari budaya 'sama' juga bisa disebabkan oleh perbedaan realitas klinis. Realitas klinis pasien terdiri dari persepsi orang awam tentang penyakit, yang merupakan kepastian subyektif. Kenyataan ini mungkin berbeda dari kenyataan dokter klinis, yang terdiri dari evaluasi profesional dari penyakit, yang merupakan kepastian obyektif. Perbedaan dalam norma-norma dan nilai-nilai etnis antara multi etnis terhadap pasien dan penyedia digantikan dengan perbedaan

‘normal’ dalam realitas klinis antara pasien dan penyedia layanan yang berbeda hal yang sama norma dan nilai etnis.

Spesifisitas Situasi

Hambatan hanya bisa dipahami mengacu pada situasi spesifik individu pasien yang menemukan diri mereka. Namun, studi yang ditinjau adalah dilakukan dalam konteks yang sangat berbeda. Di beberapa negara, misalnya, menggunakan sistem perawatan kesehatan sistem rujukan, di negara lain perawatan kesehatan sistem tidak. Pasien etnik tertentu mungkin melihat perawatan kesehatan sebagai sesuatu yang mewah daripada kita anggap sebagai suatu keharusan. Dalam hal ini penggunaan penjaga gerbang, yang harus merujuk lebih banyak lagi bentuk layanan khusus, dipandang sebagai penghalang. Juga daftar tunggu untuk janji menciptakan hambatan, seperti kita telah dijelaskan sebelumnya. Karena itu, penting untuk dipertimbangkan konteks spesifik yang kita hadapi ketika mengidentifikasi hambatan untuk penggunaan layanan kesehatan.

Spesifisitas Pasien dan Waktu

Banyak fenomena yang semakin kabur dalam perspektif pasien (pengguna layanan kesehatan) komunitas multi etnis kemungkinan disebabkan semakin bergesernya budaya dan sistem kepercayaan mereka, di mana mereka merupakan ‘generasi kedua’ atau bahkan kini ‘generasi ketiga’ memiliki akulturasi yang cepat. Hal ini berdampak pada semakin tingginya kepercayaan mereka terhadap pengobatan modern dan sistem pelayanan kesehatan yang ada.

Akibatnya, bahkan hambatan yang mencegah mereka menggunakan layanan kesehatan mungkin juga berubah.

6. KESIMPULAN

Studi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang berbagai hambatan potensial, sehingga masalah hambatan dalam pelayanan kesehatan pada multi-etnis menjadi transparan.

Ditemukan beberapa hambatan potensial tetapi lebih terkait pada tingkat penyedia layanan dan sistem kesehatan. Meskipun tak dijumpai diskriminasi terhadap pasien renta-lanjut usia, tetapi masih ada keluhan pasien terhadap perilaku diskriminatif petugas administrasi yang terkesan membedakan pasien umum dan pasien tidak mampu Penerima Bantuan Iuran (PBI)/Kartu Indonesia Sehat (KIS) dari BPJS Kesehatan. Komunitas etnis Dayak yang berdiam di pinggiran Kota Samarinda mengalami kesulitan mengakses layanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit) disebabkan faktor jarak dan jaranganya transportasi publik.

Catatan: Tulisan ini merupakan bagian tak terpisahkan dengan artikel berjudul: *Potential Barriers to Utilizing Health Services among Multi-Ethnic Communities in Samarinda City: A Qualitative Study, Medico-Legal Update*, Volume 20 Nomor 2, April – June 2020.

Daftar Rujukan

1. Central Bureau of Statistics. *Statistical yearbook of Indonesian 2018*, Jakarta, 2018.

2. Central Bureau of Statistics Samarinda. *Statistical yearbook of Samarinda 2016*, Samarinda, 2016
3. Agustina, Rina et.al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges, *Lancet* 2019; 393: 75–102.
4. Kaltim.Prokal.com.Total Participation Below Target. [https:// kaltim. prokal.com/ read/news/ 339258-number-participation- under-target. html](https://kaltim.prokal.com/read/news/339258-number-participation-under-target.html). accessed February 20, 2019.
5. Smith, Anthony D.*The Ethnic Origins of Nations*. Oxford: Blackwell, 1986.
6. Scheppers, et. al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review, *Family Practice* 2006 : 23: 325-34.
7. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1–10.
8. Creswell, J. W. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Approaches*. Fourth Edition, Yogyakarta: Student Library, 2018.
9. Kempen GI, Suurmeijer TP. Professional home care for the elderly : an application of the Andersen - Newman model in The Netherlands. *Soc Sci Med* 1991; 9: 1081–1089.
10. George S, Daniels K, Fioratou E. A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community center in Romania.*Int J Equity Health*. 2018 Apr 3;17(1):41.
11. Jones EM, Cason CL, Bond ML. Access to preventive health care: is the method of payment a barrier for immigrant Hispanic women?, *Women's Health Issues* 2002; 12: 129–137.

12. Arundhana, Andi Imam. Culture of eating and improving nutrition, <https://www.kompasiana.com/arundhanas.gz/5519c3718133110a7b9de0c1/culture-eating-local-and-nutrition-improvement>. Accessed March 2019
13. Razak, Amran et.al. Economic Burden of Cancer Patients at Hasanuddin University Teaching Hospital, Makassar: A Qualitative Study, *IJPHRD*, December 2018, Vol. 9, No. 12, pg 1438-1443.
14. Singy P. Sante' et Migration: traduction ide'ale ou ideal de traduction? *La Linguistic* 2003; 39: 135-149
15. Remennick LI, Ottenstein-Eisen N. Reaction of new Soviet immigrants to primary health care services in Israel. *Int J Health Serv* 1998; 28: 555-574.
16. Diaz VA. Cultural factors in preventive care: Latinos. *Prim Care Clin Office Pract* 2002; 29: 503-517
17. Merdeka.com. The East Kalimantan Provincial Government stipulates the UMP 2019 Rp. 2.747,561, <https://www.merdeka.com/peristiwa/pemprov-kaltim-taskan-ump-2019-rp-2747561.html>, accessed March 18, 2019.
18. Mueller KL, Patil K, Boilesen E. The role of uninsurance and race in health care utilization by rural minorities. *Health Serv Res* 1998; 33: 596-610.
19. Spring MA, Ross PJ, Etkin NL, Deinard AS. Sociocultural factors to the use of prenatal care by Hmong women, Minneapolis. *Am J Public Health* 1995; 85: 1015-1017.
20. Morgan M. Prenatal care of African American women in selected USA urban and rural cultural contexts. *J Transcult Nurs* 1996; 7: 3-9.

21. Tirto.id. Acute Problems of the Referral System and Payment of SSAH. <https://tirto.id/masalah-akut-sistem-rujukan-dan-pembayaran-bpjs-kesehatan-c26x>. Accessed March 19, 2019.
22. Panos PT, Panos AJ. A model for a culture-sensitive assessment of patients in health care settings. *Soc Work Health Care* 2000; 31: 49–62.
23. Hatfield B, Mohamad H, Rahim Z, Tanweer H. Mental health and the Asian communities: a local survey. *Br J Social Work* 1996; 26: 315–336.
24. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. 2013. <https://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-health-care-en.pdf>. Accessed March 2019.

7

PENUTUP

1. Dimensi Aksesibilitas Layanan Kesehatan

Dimensi aksesibilitas layanan kesehatan pada komunitas multi-etnis di Kota Samarinda berdasarkan 5 dimensi Levesque, *et. al.* dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Aksesibilitas kedekatan (*approachability*)
Ketersediaan dan keberadaan pelayanan kesehatan bagi komunitas multi etnis (suku Banjar, suku Bugis, suku Jawa dan suku Dayak) di Kota Samarinda berkaitan dengan masalah waktu, jarak dan transportasi yang digunakan, berdampak pada beban ekonomi (*economic burden*) berupa biaya yang harus dikeluarkan agar mereka dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya (Puskesmas dan Rumah Sakit).
2. Penerimaan (*acceptability*)
Penerimaan akan pelayanan kesehatan oleh komunitas multi etnis (suku Banjar, suku Bugis, suku Jawa dan suku Dayak) di Kota Samarinda sudah terbuka, dilihat dari kunjungan ke fasilitas kesehatan yang mengalami

peningkatan. Meskipun tidak ditemukan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan untuk kelompok rentan, tetapi masih ada pasien dan keluarganya merasa menerima perlakuan berbeda dalam proses pelayanan kesehatan.

3. Ketersediaan (*availability and accomodation*)

Ketersediaan sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan terutama Puskesmas dalam posisi sebagai “*gate keeper*” di masing- masing wilayah kerjanya dinilai belum memadai dan perlu ditingkatkan.

Ketersediaan SDM Kesehatan yang belum terpenuhi mengakibatkan petugas kesehatan bekerja kurang optimal dalam memberikan pelayanan kesehatan berkualitas.

4. Kesanggupan pengguna (*affordability*)

Faktor Jaminan Kesehatan Nasional/Kartu Indonesia Sehat (JKN/KIS) yang belum mencakup keseluruhan penduduk (*Universal Health Coverage*) menjadi hambatan utama pemerataan akses (ekuitas) layanan kesehatan bagi komunitas multi etnis (suku Banjar, suku Bugis, suku Jawa dan suku Dayak) di Kota Samarinda.

5. Kesesuaian (*appropriatenes*)

Pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan untuk komunitas multi etnis (suku Banjar, suku Bugis, suku Jawa dan suku Dayak) di Kota Samarinda, dinilai cukup baik dan memadai.

2. Dimensi Hambatan Potensial

Studi dimensi hambatan potensial dalam mengakses layanan kesehatan pada komunitas multi etnis di Kota Samarinda bertujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang

berbagai hambatan potensial, sehingga masalah hambatan dalam pelayanan kesehatan menjadi transparan.

Ditemukan beberapa hambatan potensial tetapi lebih terkait pada tingkat penyedia layanan dan sistem kesehatan seperti gaya komunikasi petugas puskesmas, diskriminasi administratif antara pasien umum dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan jarak tempuh atau fasilitas transportasi publik khususnya suku Dayak.

3. BEBERAPA REKOMENDASI

- 3.1. Pemerintah Kota Samarinda perlu menyediakan fasilitas layanan kesehatan yang dapat diakses 24 jam seperti *Home care Dottorota* terutama suku Dayak. *Home care Dottorota* program Pemkot Makassar di masa Walikota Dani Pomanto berupa ambulans mini berisi dokter, perawat/bidan dan obat-obatan standar yang mendatangi rumah pasien.
- 3.2. Perlu adanya penambahan jumlah tenaga kesehatan terutama tenaga dokter dan tenaga survailans.
- 3.3. Sebagaimana amanat *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan *Universal Health Coverage* (UHC) berkelanjutan diharapkan pemerintah kota Samarinda bisa mencakup seluruh penduduknya dalam kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, sebagaimana kabupaten lainnya di Provinsi Kalimantan Timur.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. (2008). *Horison Baru Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Alegria, M., Lin, J., Chen, C. N., Duan, N., Cook, B., & Meng, X. L. (2012). The Impact of Insurance Coverage in Diminishing Racial and Ethnic Disparities in Behavioral Health Services. *Health Services Research*, 47(3), 1322-1344.
- Andersen, Ronald M, (1995). Revisiting the Behavioral Model and Acces to Medical Care: Doest It Matter?, *Journal of Health and Social Behavior 1995*, Vo. 36 (March) : 1-10
- Atuoye, K. N., Dixon, J., Rishworth, A., Galaa, S. Z., Boamah, S. A., & Luginaah, I. (2015). Can she make it? Transportation Barriers to Accessing Maternal and Child Health Care Services in Rural Ghana. *BMC Health Services Research*, 15(1), 333.
- Azwar, A. (2010). *Pengantar Adminitrasi Kesehatan*. Tangerang Binarupa Aksara.
- Azwary, B. (2013). Peran Paramedis dalam Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Pembantu Kampung Kasai Kecamatan Pulau Derawan Kabupaten Berau. *Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 1(1), 385-399.

- Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. (2017). Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2015). *Satu Tahun Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat.
- Badan Pusat Statistik Kota Samarinda(2017). Samarinda dalam Angka. BPS Kota Samarinda
- Borrell, C. (2006). Desigualdadesy Servicios De Salud. *Saúde e sociedade*, 15(2), 9-22.
- Creswell, J. W. (2018). *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Efransyah, Lutfhan Lazuardi, & Mubasysyir Hasanbasri. (2010). Akses Pelayanan Puskesmas Setelah Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis Di Kota Lubuk Linggau.
- Fortney, J. C., Kaufman, C. E., Pollio, D., Beals, J., Edlund, C., Novins, D. K., & Team, A.-S. (2012). Geographical Access and the Substitution of Traditional Healing for Biomedical Services in Two American Indian Tribes. *Medical care*, 50(10), 877.
- Garcia-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., da Silva, M. R. F., Unger, J. P., . . . Vázquez, M. L. (2014). Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International journal for equity in health*, 13(1), 1.
- John K Ganle, Michael Parker, Raymond Fitzpatrick, & Easmon Otupiri. (2014). Inequities in Accessibility to and Utilisation of Maternal Health Services in Ghana After

- User-Fee Exemption: A Descriptive Study. *International journal for equity in health*, 13(1), 89.
- Kementerian Kesehatan. (2013). *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Buku Pegangan Sosialisasi: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Sekretariat Negara RI. (2015). *JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Sekretariat Negara RI.
- Laksono, A. D., Mubasyiro, R., Laksmiarti, T., Nurhortimah, E., Suharmiati, & Sukoco, N. E. (2016). *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: PT Kanisius.
- Levesque et al. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 2013, 12:18
- Mattuladda, 1974. *Bugis Makassar, Manusia dan Kebudayaan. Makassar*. Berita Antropologi No. 16 Fakultas Sastra UNHAS.
- Nara, A. (2014a). *Hubungan Pengetahuan, Sikap, Akses Pelayanan Kesehatan, Jumlah Sumber Informasi dan Dukungan Keluarga dengan Pemanfaatan Fasilitas Persalinan yang Memadai oleh Ibu Bersalin di Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur Universitas Udayana, Denpasar*.
- Nara, A. (2014b). *Hubungan Pengetahuan, Sikap, Akses Pelayanan Kesehatan, Jumlah Sumber Informasi dan Dukungan Keluarga dengan Pemanfaatan Fasilitas Persalinan yang Memadai oleh Ibu Bersalin di Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur Universitas Udayana Denpasar*.

- Oksfriani Jufri Sumampouw, Soemarno, Sri Andarini, Endang Sriwahyuni, & Jeini Ester Nelwan. (2015). Eksplorasi Masalah Kesehatan Masyarakat di Daerah Pesisir Kota Manado.
- Paulus Alfons Y.D.Dosen FISIPOL Jurusan Administrasi Pembangunan, UNPAR (*Tulisan untuk Ruang Seni-Budaya Harian Dayak Pos “Sahewan Panarung”, Palangka Raya, Edisi 21 Juli 2009*).
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19(2):127–140,
- Putra, A. K., Bakri, S., & Kurniawan, B. (2015). Peranan Ekosistem Hutan Mangrove pada Imunitas terhadap Malaria: Studi di Kecamatan Labuhan Maringgai Kabupaten Lampung Timur. *Jurnal Sylva Lestari*, 3(2), 67-78.
- Putri, A. E. (2014). *Paham JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)*. Jakarta: Komunitas Pejaten Mediatama.
- Razak A., Sukri Palutturi, Muliana (2017). Aksesibilitas Layanan Kesehatan Masyarakat Daerah Kepulauan Dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) : Studi Kasus Pulau Tanakeke, Kabupaten Takalar – Provinsi Sulawesi Selatan”, LP2M-Unhas.
- Restiyani, P., Fitriyah, & Astrika, L. (2013). Aksesibilitas Masyarakat Miskin dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan *Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 1-13.
- Robyn A Clark, & Neil Coffee. (2011). Why measuring accessibility is important for public health: a review from the Cardiac ARIA project. *Public Health Buletin*, 8(1), 3-8.
- Roy G.A. Massie, & Grace D. Kandou. (2012). Kebutuhan Dasar Kesehatan Masyarakat di Pulau Kecil: Studi Kasus di

- Pulau Gangga Kecamatan Likupang Barat Kabupaten Minahasa Utara Provinsi Sulawesi Utara (Community Health Needs in Small Island: A Case Study in Gangga Island West Likupang, North Minahasa District, North Sulawesi Province). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(2), 176-184.
- Ruishan Hu, Suocheng Dong, Yonghong Zhao, Hao Hu, & Zehong Li. (2013). Assessing Potential Spatial Accessibility of Health Services in Rural China: A Case Study of Donghai County. *International journal for equity in health*, 12(1), 35.
- Sari, R. M., Ambarita, L. P., & Sitorus, H. (2013). Akses Pelayanan Kesehatan dan Kejadian Malaria di Provinsi Bengkulu. *Media Litbangkes*, 23(4), 158-164.
- Seman, Syamsiar, 2012, "Arsitektur tradisional Banjar, Kalimantan Selatan", 24
- Shihab, A. N. (2013). *BPJS: Jalan Panjang Mewujudkan Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jawa Barat: PT. Khalifah Mediatama.
- Sitorus, H., & Ambarita, L. P. (2007). Gambaran Aksesibilitas Sarana Pelayanan Kesehatan di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Analisis Data Riskesdas 2007). *Loka Litbang P2B2 Batuaraja*, 24-30.
- Suharmiati, Laksono, A. D., & Astuti, W. D. (2013). Review Kebijakan tentang Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Daerah Terpencil Perbatasan (Policy Review on Health Services in Primary Health Center in the Border and Remote Area). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(2), 100-116.

- Suharmiati, Lestari Handayani, & Lusi Kristiana. (2012). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan di Kabupaten Sambas (Studi Kasus di Puskesmas Sajingan Besar). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15(3), 223-231.
- Sukowati, N. P., Hadi, M., & Rengu, S. P. (2013). Implementasi Kebijakan Pelayanan Masyarakat Miskin Non Kuota (JAMKESDA dan SPM)(Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Bitar). *Jurnal Administrasi Publik*, 1(6), 1195-1202.
- Thabrany, H., & Rubi, M. (2009). *Sakit, Pemiskinan dan MDGs*. Jakarta: Buku Kompas.
- Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2006). *Pembangunan Ekonomi Edisi Sembilan* Jakarta: Erlangga.
- Tri Rini Puji Lestari. (2013). Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan. *Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi*, 5(12), 9-12.
- Tumanggor, R. (2010). Masalah-Masalah Sosial Budaya dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Masyarakat dan Budaya*, 12(2), 231-254.
- World Bank. (2014). *Indonesia: Menghindari Perangkap*. Jakarta: World Bank.
- Xie, X., Wu, Q., Hao, Y., Yin, H., Fu, W., Ning, N., . . . Kang, Z. (2014). Identifying Determinants of Socioeconomic Inequality in Health Service Utilization Among Patients with Chronic Non- Communicable Diseases in China. *PloS one*, 9(6).

Yamada, T., Chen, C.-C., Murata, C., Hirai, H., Ojima, T., & Kondo, K. (2015). Access Disparity and Health Inequality of the Elderly: Unmet Needs and Delayed Healthcare. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 12(2), 1745-1772.

DR. RATNO ADRIANTO, SKM, M.Kes.

Lahir di Kota Pare-Pare, 3 Juni 1983
Sejak tahun 2009 menjadi Dosen Tetap
Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM)
Universitas Mulawarman (Unmul),
Samarinda. Menyelesaikan S1 FKM
Unhas (2001-2005), Pasca Sarjana
Unhas konsentrasi Administrasi dan
Kebijakan Kesehatan (2007-2009),
Program Doktor Ilmu kesehatan
Masyarakat FKM-Unhas (2015-2019).



Kini menjabat Wakil Dekan Bidang Keuangan dan Umum Fakultas
Kesehatan Masyarakat Universitas Mulawarman (FKM-Unmul).
Menikah dengan Hj. Rohani, A.Md, telah dikarunia 2 anak; Raditya
Alvaro Bahij dan Rasya Muhammad Athaya. Peneliti dan konsultan
studi pembiayaan kesehatan di berbagai puskesmas dan rumah sakit
daerah di Indonesia, sejak tahun 2006 – sekarang.
Menulis dalam international journal bereputasi antara lain : The
Accessibility of Health Services for Multiethnics Community Toward
Universal Health Coverage in Samarinda City : A Qualitative Study,
IJPHRD, Vol 10, Issue 10, 2019. Potential Barriers to Utilizing Health
Services among Multi-Ethnic Communities in Samarinda City: A
Qualitative Study, Medico-Legal Update, Volume 20 Nomor 2, April –
June 2020. Political Commitment of Local Government in Handling
Stunting During the Covid-19 Pandemic : A Case Study of Enrekang
District, Medico-Legal Update, October-December 2020, Volume
20 Nomor 4.

PENERBIT
GARIS KHATULISTIWA
Jl. Borong Raya No. 75 A
Makassar Telp. 0811 4124 721
Pos-el gunmonoharto@yahoo.com



ISBN 978 623 7617 60 0

