

AKSES PELAYANAN KESEHATAN KEPALA KELUARGA PEREMPUAN DI KELUARGA MISKIN: STUDI KASUS PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA JKN DI INDONESIA



Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas
diterbitkan oleh:

Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas

p-ISSN 1978-3833

e-ISSN 2442-6725

13(1)28-39

@2018 JKMA

<http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/>

Diterima 29 Agustus 2018
Disetujui 11 Februari 2019
Dipublikasikan 22 Maret 2019

Veronica¹, Krisna Puji Rahmayanti¹ ✉

¹ Departemen Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Indonesia, Depok, 16424

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis akses kesehatan kepala keluarga perempuan dari keluarga miskin yang menggunakan kartu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN KIS) di Indonesia. Saat ini, masih terdapat tantangan dalam mengimplementasikan JKN KIS yang efektif sebagaimana terlihat pada berbagai kasus yang muncul di tahap ini. Permasalahan ini meningkatkan kerentanan masyarakat untuk menanggung beban biaya akibat sakit termasuk bagi perempuan yang menjadi kepala keluarga. Oleh karena itu, studi ini melakukan survei di Desa Kapuk, Kecamatan Cengkareng, Kota Jakarta Barat, Provinsi DKI Jakarta untuk meneliti akses kesehatan kepala keluarga perempuan dari keluarga miskin dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Dengan menggunakan lima dimensi akses diantaranya availability, accessibility, affordability, adequacy, and acceptability, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semua dimensi akses terpenuhi kecuali dimensi affordability. Pada dimensi affordability menunjukkan bahwa meskipun JKN memberikan bantuan pembiayaan pelayanan kesehatan melalui skema asuransi tetapi bagi perempuan yang memiliki peran sebagai kepala keluarga masih kesulitan untuk memenuhi tambahan biaya dari pelayanan kesehatan yang berasal dari biaya transportasi dan waktu yang terbuang akibat menunggu pelayanan.

Kata Kunci: Akses Pelayanan Kesehatan, Jaminan Kesehatan, JKN KIS, Perempuan Kepala Keluarga

ACCESS TO HEALTH CARE FOR WOMEN AS HEAD OF THE FAMILY IN POOR HOUSEHOLDS: CASE STUDY OF HEALTH CARE FOR NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM IN INDONESIA

Abstract

This study aims to analyze the access of women as head of the family in poor households in national health insurance (JKN KIS) in Indonesia. Currently, there are still many problems related to JKN KIS effectiveness due to many cases show that many obstacles and difficulties occurred in the implementation stage. This problem increases the vulnerability of the poor household especially household with women as the head of the family. Therefore, this study conduct survey in Kapuk Village, Cengkareng Sub District, Jakarta Barat District, Jakarta Province as Jakarta is the barometer of public service access in Indonesia as developing country; this village has the highest number of women as head of the family; and Jakarta Barat District is the second highest poverty level in the province. This study uses the quantitative approach with mix method data collection using in-depth interviews and survey. This study uses "five-dimensional access theory" which includes availability, accessibility, affordability, adequacy, and acceptability. The result of the study found that all access dimensions are fulfilled except the affordability dimension. The affordability dimension proves that even though national health insurance gives financial assistance for the poor households to get health care through JKN KIS, poor families have difficulty in fulfilling additional financial losses due to public services such as the cost for transportation cost and time loss.

Keywords: Health Care Access, National Health Insurance Program, Women, Poor Households

✉ Korespondensi Penulis:

Gedung Prof. Prajudi Atmosudirjo, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, 16424
Telepon/HP: 021-78849087. Email: krisnarahmayanti@ui.ac.id

Pendahuluan

Sebagaimana berlaku di seluruh negara di dunia, Indonesia menjamin hak sehat sebagai hak setiap warga negara. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 45) Pasal 28 H Ayat 1 menyatakan bahwa, "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Dengan demikian setiap Warga Negara Indonesia (WNI) berhak mendapatkan hak sehat melalui pelayanan kesehatan dari pemerintah tanpa memandang status sosial.

Pemerintah adalah sistem administrasi yang memiliki kewajiban untuk menjamin agar hak sehat bagi masyarakat terjamin. Negara memiliki tanggung jawab untuk menjamin hak-hak yang memang harus didapatkan oleh setiap warga negara melalui pelayanan publik dalam bidangnya masing-masing. Salah satunya ialah hak sehat bagi setiap warga negara. Pelayanan dasar yang harus disediakan oleh pemerintah untuk masyarakat menurut McKevitt yaitu kesehatan, pendidikan, kesejahteraan dan keamanan.⁽¹⁾ Pelayanan dasar tersebut ialah pelayanan yang dibutuhkan masyarakat, agar mewujudkan masyarakat yang sehat, cerdas, sejahtera dan aman. Hal ini ialah suatu tanggung jawab yang harus diemban oleh negara dan harus diberikan pemenuhannya secara prima bagi setiap masyarakat tanpa terkecuali (Lembaga Bantuan Hukum Yogyakarta, 2012). Lebih lanjut dalam Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (UU Pelayanan Publik) pada Pasal 18 (i) Indonesia menjamin pelayanan yang berkualitas bagi setiap layanan yang diberikan sebagaimana tertulis dalam pasal tersebut bahwa "Masyarakat berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan asas dan tujuan pelayanan". Dengan demikian negara harus menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas untuk semua warga negara karena di Indonesia mutu pelayanan kesehatan masih rendah.

Namun demikian, berbagai fakta dan kajian menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan masih belum berkualitas. Pelayanan kesehatan di Indonesia masih tergolong lemah, seperti yang dika-

takan oleh Laksono Trisnantoro bahwa, "Saat ini masih terjadi ketidakadilan dalam bidang kesehatan, masih terjadi antara yang kaya dan miskin. Masyarakat miskin gagal mendapatkan pelayanan kesehatan karena tidak punya dana atau jaminan kesehatan untuk mendapatkannya, tempat tinggal penduduk secara geografis jauh dari tempat layanan kesehatan, ketidaksamaan akses karena pengetahuan, budaya dan jender".⁽²⁾

Padahal secara teoritik pelayanan publik adalah hak setiap warga negara. Pelayanan ialah sebuah proses untuk mencukupi kebutuhan melalui sebuah aktivitas orang lain secara langsung.⁽³⁾ Pelayanan publik adalah sebuah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.⁽⁴⁾ Terdapat definisi lain yang menyatakan bahwa pelayanan publik ialah memberikan pelayanan kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhannya yang memiliki kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.⁽⁵⁾ Pelayanan publik yang harus diberikan oleh pemerintah kepada masyarakat diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama.⁽⁶⁾ Adapun dua kategori tersebut, yaitu pelayanan kebutuhan dasar yaitu pelayanan yang meliputi kebutuhan dasar masyarakat, yaitu kesehatan, pendidikan dasar, bahan kebutuhan pokok masyarakat. Serta pelayanan umum yang meliputi pelayanan administratif, pelayanan barang, dan pelayanan jasa. Berdasarkan klasifikasi tersebut, dapat dilihat bahwa kesehatan merupakan kebutuhan dasar bagi seluruh individu, maka dari itu pemerintah berkewajiban untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, tidak terkecuali masyarakat miskin terutama pada penelitian ini bagi kepala keluarga perempuan.

Dengan kondisi pelayanan kesehatan yang masih belum optimal, kelompok masyarakat miskin menjadi kelompok rentan ketika menghadapi sakit. Akses bukan hanya berbentuk partisipasi dalam format kebijakan sebuah peraturan, tetapi juga termasuk akses layanan kesehatan yang diterima, yang diakibatkan oleh birokrasi yang terkesan memarginalkan keluarga miskin, dalam hal memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin.⁽⁷⁾

Dalam kelompok masyarakat miskin, pihak yang paling rentan terhadap kemiskinan ialah perempuan. Data dari Millenium Development Goals (MDG's) 2010 menunjukkan, bahwa dari sepertiga penduduk dunia yang hidup di bawah garis kemiskinan 70 persennya ialah perempuan.⁽⁸⁾ Analisis kesejahteraan melalui unit rumah tangga memungkinkan tidak terdatanya kepala keluarga perempuan dan perempuan pencari nafkah di dalam keluarga yang dikepalai laki-laki sehingga menjadi sebuah kelompok warga miskin yang terselubung (Hasil Sistem Pemantauan Kesejahteraan Berbasis Komunitas).⁽⁹⁾ Kondisi ini menunjukkan bahwa masyarakat miskin terutama perempuan memiliki kerentanan atas resiko sakit lebih tinggi. Hal ini senada dengan penelitian PEKKA pada tahun 2010, bahwa pada umumnya keluarga yang dikepalai oleh perempuan terhitung golongan miskin dan merupakan kelompok termiskin dalam tingkat sosial ekonomi di Indonesia.⁽¹⁰⁾ Terkait dengan tantangan dalam jaminan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin maka pembahasan atas masyarakat miskin perempuan atau lebih khusus keluarga miskin dengan kepala keluarga perempuan patut untuk dibahas.

Sehubungan dengan hal tersebut, penting untuk memahami akses pelayanan dasar di era digital. Pada saat berbagai inovasi muncul untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan, perlu juga pemahaman dari sisi konseptual atas akses pelayanan yang ditinjau dari dimensi akses sehingga memperoleh gambaran riil unsur yang perlu ditingkatkan kualitas dan kapasitasnya sehingga mampu meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Untuk itu penelitian ini berupaya untuk memahami akses pelayanan kesehatan bagi kepala keluarga perempuan miskin.

Penelitian ini menggunakan studi kasus pelayanan kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia dengan memilih lokus penelitian di Kelurahan Kapuk, Kecamatan Cengkareng, Kota Jakarta Barat, Provinsi DKI Jakarta, Indonesia.

Terdapat sejumlah alasan pemilihan lokus penelitian, pertama, Provinsi DKI Jakarta merupakan Ibu Kota Negara Indonesia yang menjadi barometer pembangunan termasuk pelayanan

publik di negara berkembang. Kedua, terdapat beberapa indikator yang menunjukkan adanya permasalahan di lokus penelitian yaitu masih munculnya kendala pemenuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan peserta program JKN KIS. Dari sisi jumlah penduduk miskin, Kota Jakarta Barat menempati posisi kedua setelah Kepulauan Seribu. Lokasi penelitian secara spesifik memfokuskan pada populasi di Kelurahan Kapuk yaitu sebagai salah satu kelurahan di Kota Jakarta Barat sekaligus kelurahan dengan angka kepala keluarga perempuan paling tinggi di Provinsi DKI Jakarta.

Di Kelurahan Kapuk secara khusus juga masih memiliki beberapa permasalahan mengenai pelayanan kesehatan. Salah satunya ditunjukkan dengan adanya laporan oleh perwakilan PAUD dan PKBM di Kelurahan Kapuk terkait dengan kekecewaan warga atas ketidakramahan petugas kesehatan.⁽¹¹⁾ Kasus lainnya ialah kejadian yang dialami oleh Suhardi, Warga Kelurahan Kapuk, Kecamatan Cengkareng yang diabaikan oleh pihak Puskesmas Kapuk 1 ketika mendaftar untuk operasi pengangkatan benjolan yang ada di lehernya.⁽¹²⁾ Contoh kasus lainnya ialah, buruknya layanan RS Cengkareng yang menolak pasien dengan latar belakang keluarga miskin dengan alasan tidak adanya ruang yang tersedia.⁽¹³⁾ Dari contoh-contoh kasus di atas, dapat dilihat bahwa masih buruknya pelayanan kesehatan terutama untuk warga miskin di Kelurahan Kapuk, Kecamatan Cengkareng, Jakarta Barat.

Untuk itu penelitian ini berupaya untuk mengkaji akses layanan kesehatan bagi pasien JKN khususnya mereka yang perempuan dari keluarga miskin dengan menggunakan konsep teoritik akses. Dimensi akses layanan kesehatan dari Di McIntyre, Michael Thiede dan Stephen Brich bahwa akses adalah konsep multi-dimensi berdasarkan tiga dimensi: availability (ketersediaan) atau akses fisik, affordability (keterjangkauan) atau akses keuangan, dan acceptability (penerimaan). Akses sebagai konsep yang relevan dengan kebijakan di negara berpenghasilan rendah dan menengah atau akses budaya. Meskipun masing-masing dimensi berbeda dan berfokus pada mengatur masalah yang dapat dibedakan dengan

kelas, itu adalah interaksi antara dimensi yang menentukan akses. Gambar 1 menunjukkan dimensi akses dari Di McIntyre, Michael Thiede dan Stephen Brich.⁽¹⁴⁾

Pada studi tentang akses menurut Di McIntyre terdapat tiga dimensi yang menyusunnya yaitu dimensi availability, dimensi affordability, dan dimensi acceptability. Dimensi availability (ketersediaan) berkaitan dengan apakah penyedia layanan atau layanan kesehatan yang tepat disediakan ditempat yang tepat. Selain itu juga pada waktu yang tepat untuk memenuhi kebutuhan yang berlaku dari populasi. Kemudian dimensi affordability (keterjangkauan) berkaitan dengan tingkat kesesuaian antara biaya penuh untuk individu menggunakan layanan dan kemampuan individu untuk membayar dalam konteks anggaran rumah tangga dan tuntutan lain pada anggaran itu. Kemampuan untuk membayar berkaitan dengan kemampuan individu untuk mengamankan dana dari rumah tangga atau keluarganya dan tuntutan lain yang ditempatkan pada sumber-sumber dana potensial. Kemudian pada dimensi acceptability berkaitan dengan kesesuaian antara penyedia dan sikap pasien terhadap dan harapan satu sama lain. Sikap penyedia terhadap karakteristik pasien misalnya, jenis pasien, usia, jenis kelamin, ras atau etnis, bahasa dan sikap individu terhadap karakteristik penyedia misalnya, jenis penyedia, usia, jenis kelamin, ras atau etnis, bahasa akan mempengaruhi kemampuan individu untuk menerima perawatan. Penyedia mungkin kurang mengakomodasi individu yang dianggap sebagian untuk disalahkan atas kondisinya misalnya, individu yang merokok, alkoholik, dan lain sebagainya, Sementara beberapa individu mungkin kurang bersedia menerima perawatan dari dokter yang berbeda. Jenis kelamin atau ras. Sikap-sikap ini mempengaruhi sifat dan hasil dari interaksi antara penyedia dan individu.

Adapun pendapat lain bahwa akses pelayanan kesehatan yang terdiri dari, availability atau ketersediaan, accessibility atau aksesibilitas, affordability atau keterjangkauan, dan adequacy atau kecukupan, serta acceptability atau hal yang dapat diterima.⁽¹⁵⁾ Dimensi availability terkait dengan pemenuhan Pelayanan serta alat keseha-

tan yang sudah ada dapat memenuhi kebutuhan pengguna pelayanan kesehatan (masyarakat). Dimensi accessibility berkaitan dengan Lokasi penyediaan pelayanan kesehatan terjangkau dengan lokasi pengguna pelayanan kesehatan, dimensi affordability terkait dengan harga pelayanan kesehatan sesuai dengan pendapatan serta kemampuan membayar pengguna pelayanan kesehatan, dimensi adequacy terkait dengan Instansi pelayanan kesehatan memenuhi harapan pengguna pelayanan kesehatan dan dimensi acceptability yaitu tentang karakteristik penyedia layanan kesehatan sesuai dengan pengguna pelayanan kesehatan. Penelitian ini dilaksanakan dengan mengkaji akses berdasarkan dimensi akses dengan menelaah persepsi responden atas lima dimensi akses dengan menurunkannya ke dalam indikator-indikator akses. Dengan menggunakan kerangka konseptual tersebut dan mempertimbangkan kondisi empirik tentang kerentanan perempuan yang berprofesi sebagai kepala keluarga, penelitian ini berupaya untuk menganalisis peran JKN KIS dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi mereka.

Atas dasar permasalahan faktual dan urgensi penelitian pemenuhan akses di era digital maka penelitian ini dilaksanakan. Berdasarkan masalah faktual yaitu masih ditemukannya pelayanan kesehatan yang tidak sesuai ekspektasi masyarakat dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang masih menuai protes maka penelitian atas pemenuhan akses pelayanan bagi peserta JKN KIS sangat dibutuhkan. Terlebih lagi di era digital, inovasi untuk meningkatkan kualitas dan akses pelayanan kesehatan sudah dilakukan di berbagai tempat. Untuk itu, penelitian ini berupaya untuk menganalisis pemenuhan akses pelayanan kesehatan bagi kepala keluarga perempuan dari keluarga miskin dengan studi kasus kepala keluarga perempuan dari keluarga miskin peserta JKN KIS di Kelurahan Kapuk, Kecamatan Cengkareng, Kota Jakarta Barat, Provinsi DKI Jakarta, Indonesia.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif. Dalam pendekatan ini, diawali dengan teori yang telah ada dan kemudian akan men-

jadi kerangka pada penelitian ini yang kemudian selanjutnya akan diuji.⁽¹⁶⁾ Metode pengumpulan datanya, dilakukan dengan menggunakan metode mix method (kuantitatif dan kualitatif). Secara kuantitatif, penelitian ini menggunakan metode survei yaitu menyebarkan kuisioner dengan pengambilan sampel secara accidental. Adapun dengan metode kualitatif akan menggunakan wawancara mendalam. Peneliti menggunakan teori akses pelayanan sebagai acuan dalam operasionalisasi dimensi akses dan menggunakan dasar konsep tersebut untuk mengembangkan operasionalisasi konsep yang digunakan sebagai pedoman wawancara mendalam dan kuesioner.⁽¹⁵⁾

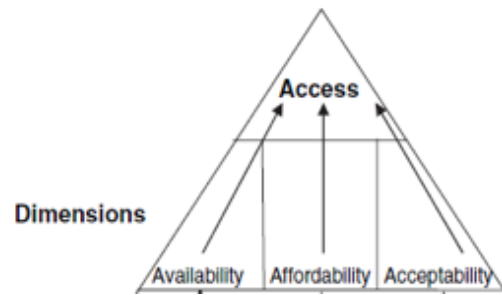
Populasi dalam penelitian ini adalah Kepala Keluarga Perempuan di Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Kota Jakarta Barat dengan populasi target diperkirakan sebagian kecil dari populasi tersebut yaitu kepala keluarga perempuan yang menjadi peserta JKN. Populasi target tidak dapat ditentukan dalam penelitian ini karena tidak tersedianya data peserta untuk mereka yang menjadi kepala keluarga perempuan. Adapun sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan non-probability karena hanya tersedia data terkait jumlah populasi perempuan tanpa kerangka sampel yang jelas. Untuk itu survei dilakukan dengan jumlah responden 100 perempuan yang berperan sebagai kepala keluarga. Hasil penelitian yang didapatkan dijabarkan dalam bentuk deskriptif. Dalam memperoleh data, peneliti menggunakan wawancara mendalam yang sesuai dengan indikator dalam operasionalisasi konsep dan menggunakan survei dengan menyebarkan kuesioner kepada 100 orang kepala keluarga perempuan yang berada di Kelurahan Kapuk yang merupakan peserta JKN dan telah mengakses pelayanan kesehatan pada rentang 6 bulan terakhir serta didukung oleh data sekunder lainnya.

Hasil

Penelitian ini menganalisis hasil survei kepada kepala keluarga Perempuan di Kelurahan Kauk Kecamatan Cengkareng Kota Jakarta Barat yang. Analisis data dilakukan atas indikator-indikator dalam lima dimensi yaitu dimensi *availability*, *accessibility*, *affordability*, *adequacy*, dan *acceptability*.

ability. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua dimensi terpenuhi indikator akses kecuali dimensi *affordability*. Kondisi ini menunjukkan bahwa jawaban responden atas setiap indikator di lima dimensi mendukung pernyataan bahwa akses pelayanan kesehatan dalam program JKN di dimensi tersebut telah terpenuhi.

Gambar 1 Dimensi Akses



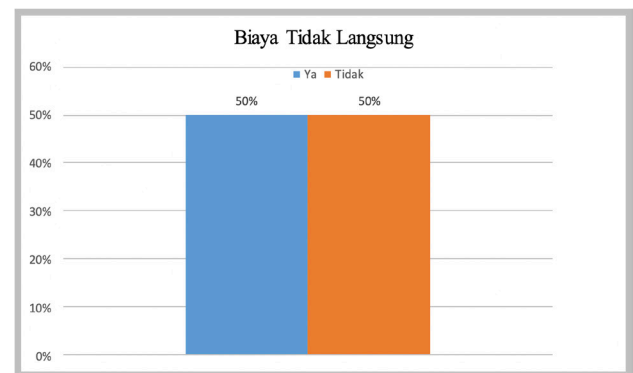
Sumber: (Di Mcintyre, 2009)

Tabel 1 Pemenuhan Indikator Akses

	Memenuhi Indikator Akses	Tida Memenuhi Indikator Akses
Dimensi Availability	94%	6%
Dimensi Accessibility	82%	18%
Dimensi Affordability	47%	53%
Dimensi Adequacy	78%	22%
Dimensi Acceptability	90%	10%

Sumber: Olah data kuesioner dari 100 responden kepala keluarga perempuan di kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Kota Jakarta Barat. Kuesioner disebarikan pada tahun 2018.

Grafik 1 Indikator Biaya Tidak Langsung



Sumber: diolah oleh peneliti, 2018

Hasil analisis data per dimensi pada Tabel 1 menunjukkan bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan di program JKN untuk perempuan yang berperan sebagai kepala keluarga di rumah tangga miskin tidak terpenuhi pada dimensi affordability. Sementara dimensi lainnya menurut persepsi responden telah memenuhi kebutuhan atas akses pelayanan kesehatan mereka. Dimensi affordability ini terkait dengan indikator pelayanan tidak dipungut biaya, tidak terdapat biaya tidak langsung, dan biaya tidak langsung tidak memberatkan responden. Hasil survei menunjukkan bahwa semua responden mengakui bahwa layanan dan produk di pusat layanan kesehatan tingkat pertama tidak dipungut biaya tetapi terdapat biaya tidak langsung (50% responden menjawab Ya) dan pengeluaran tersebut dinilai memberatkan (44% responden menjawab Ya). Hasil survei menunjukkan bahwa biaya tidak langsung mayoritas berada pada kisaran lebih dari Rp 30.000 (26% responden) dengan pengeluaran biaya tidak langsung yang meliputi bahan bakar, waktu, pendapatan, dan terhambatnya pekerjaan.

Selain itu dimensi availability menunjukkan bahwa 94% responden mengakui bahwa akses telah terpenuhi. Dimensi availability terdiri atas indikator ketersediaan tenaga kesehatan yang terampil, produk dan layanan yang sesuai untuk kebutuhan kepala keluarga perempuan, dan fasilitas jaminan kesehatan memenuhi kebutuhan pasien JKN. Hasil survei menunjukkan bahwa responden menilai bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama menyediakan tenaga kesehatan yang terampil (98%), produk dan layanan yang ditawarkan telah sesuai dengan kebutuhan kepala keluarga perempuan dan keluarganya (94%), dan fasilitas JKN KIS di Puskesmas dapat memenuhi kebutuhan pasien JKN (90%).

Pembahasan

Hasil analisis pelaksanaan akses pelayanan kesehatan bagi kepala keluarga miskin dengan kepala keluarga perempuan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kelurahan Kapuk dapat ditinjau dari dimensi akses pelayanan. Pada penelitian ini, peneliti akan menganalisis akses pelayanan kesehatan bagi kepala keluarga

miskin dengan kepala keluarga perempuan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat berdasarkan dimensi availability, accessibility, affordability, adequacy, dan acceptability. Setiap dimensi terdiri dari beberapa indikator atas pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh data dalam wawancara mendalam dan begitu juga kuesioner dan disajikan untuk dianalisis.

Dimensi pertama yaitu dimensi availability yang mengulas tentang ketersediaan suatu pelayanan atau dalam hal ini layanan kesehatan yang tepat di tempat yang sesuai. Berdasarkan hal tersebut, indikator yang mempengaruhi dimensi ini adalah ketepatan akan suatu kebutuhan populasi terhadap suatu layanan. Melihat hal ini, pada dimensi ini, mayoritas warga Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat mengungkapkan ketersediaan akan suatu layanan kesehatan yang tepat bagi warga tersebut telah terpenuhi sehingga menunjukkan dukungan terhadap akses pelayanan meliputi dukungan tenaga kesehatan yang terampil, layanan kesehatan sesuai kebutuhan kepala keluarga perempuan dan keluarganya, serta fasilitas JKN-KIS dapat memenuhi kebutuhan masyarakat setempat.

Pada dimensi ini terbagi ke dalam tiga indikator yang berperan penting, yaitu layanan kesehatan yang tepat dengan menyediakan tenaga kesehatan yang terampil, layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan kepala keluarga perempuan dan keluarganya, serta fasilitas JKN-KIS dapat memenuhi kebutuhan masyarakat setempat. Sebanyak 98% menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang bertugas melayani di Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat merupakan tenaga kesehatan yang terampil dengan 2% lainnya menunjukkan ketidaksetujuan akan hal tersebut. Indikator selanjutnya terkait dengan bagaimana produk dan layanan kesehatan sudah tepat bagi kepala keluarga perempuan dan keluarganya. Berdasarkan data terlihat bahwa 94% responden menyatakan sesuai dan sisanya tidak. Meskipun diakui oleh responden produk dan layanan sesuai dengan kebutuhan kepala keluarga perempuan dan keluarganya, tetapi pengakuan informan bahwa fasilitas masih kurang perlu

memperoleh perhatian.

Indikator terakhir yang mempengaruhi akses ketersediaan adalah layanan jaminan kesehatan JKN-KIS. Indikator ini menanyakan kepada responden tentang jaminan yang ada tersebut sudah atau belum memenuhi kebutuhan warga Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat. Hasil survei bahwa sebesar 90% responden menyatakan bahwa fasilitas JKN-KIS sudah memenuhi kebutuhan kesehatan perempuan sebagai kepala keluarga serta keluarganya dan hanya 10% responden yang menjawab belum memadai untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

Secara keseluruhan pada dimensi availability dinyatakan tepat bagi kebutuhan masyarakat Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat. Dipengaruhi oleh tiga indikator di atas, mayoritas warga pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan dasar demi mencapai kesejahteraan hidup warga disana. Diuraikan lebih lanjut, persentase ketersediaan layanan kesehatan.

Dimensi Availability, secara umum akses ketersediaan layanan kesehatan di Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat digambarkan dengan persentase angka 94% sudah sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat dan hanya sebesar 6% responden yang menganggap program JKN belum memenuhi akses layanan pada dimensi ketersediaan. Mayoritas warga tersebut menganggap adanya layanan kesehatan sangat berdampak bagi keberlangsungan hidup di wilayah tersebut. Pelayanan kesehatan dasarnya merupakan kebutuhan dasar yang seringkali memerlukan biaya yang cukup besar, oleh sebab itu pemerintah melalui program JKN membangun konsep untuk membantu masyarakat dengan penghasilan kurang mampu untuk dapat menikmati layanan kesehatan dengan layak.

Kondisi di atas menunjukkan bahwa layanan kesehatan merupakan layanan yang sangat penting atau krusial bagi masyarakat di Kelurahan Kapuk Kecamatan Jakarta Barat, dan pemerintah sudah memberikan bantuan bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan seperti program JKN-KIS ini, yang dimana dari sebagian besar dari masyarakat pengguna JKN-KIS di Kelu-

rahan Kapuk merasa terbantu dengan adanya JKN-KIS dalam ketersediaan layanan kesehatannya.

Kedua, dimensi accessibility berfokus pada lokasi penyediaan pelayanan kesehatan terjangkau dengan lokasi pengguna pelayanan kesehatan (Brigits Obit, dkk, 2007). Akses lokasi menjadi poin utama lainnya yang berpengaruh terhadap performa dilaksanakannya layanan JKN-KIS di suatu daerah, maka dengan lokasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat maka layanan kesehatan ini akan dapat mencapai target masyarakat sesuai prinsip awal. Dalam penelitian ini melalui dimensi accessibility, peneliti ingin melihat keterjangkauan layanan JKN-KIS oleh kepala keluarga perempuan di Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat berdasarkan lokasi.

Hasil survei dari dimensi accessibility menunjukkan bahwa dimensi accessibility terpenuhi. Berdasarkan hasil survey, sebagian besar masyarakat Kelurahan Kapuk mengakui bahwa jarak tempuh lokasi puskesmas dengan tempat tinggal mereka cukup dekat yaitu hanya sekitar 10-15 menit. Meskipun dari sisi jarak tidak ditemukan masalah tetapi dari sisi jumlah fasilitas kesehatan masih memerlukan perhatian mengingat jumlah penduduk di Kelurahan Kapuk populasinya padat. Berdasarkan observasi lapangan, saat ini baru terdapat dua fasilitas kesehatan di kelurahan dan satu fasilitas kesehatan di tingkat kecamatan yang melakukan pelayanan bagi masyarakat Kelurahan Kapuk.

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar bagi seluruh individu, maka dari itu pemerintah berkewajiban untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Pada dasarnya di Indonesia hak untuk sehat atau mendapatkan akses pelayanan kesehatan bagi semua masyarakat itu sama, tidak terkecuali bagi masyarakat miskin. Agar mempermudah masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan, pemerintah membuat Program Jaminan Kesehatan Nasional yang berada di bawah Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS). BPJS ini terbagi menjadi BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan, yang akan di bahas ialah BPJS Kesehatan. Program ini memang diperuntukan kepada seluruh masyarakat Indonesia, program ini juga berjalan di DKI Ja-

karta, khususnya di Kelurahan Kapuk, Kecamatan Cengkareng, Jakarta Barat. Di Kelurahan Kapuk terdapat 3 fasilitas kesehatan tingkat utama atau Puskesmas, yaitu Puskesmas Kelurahan Kapuk 1 dan Puskesmas Kelurahan Kapuk 2 serta termasuk Puskesmas Kecamatan Cengkareng, Jakarta Barat.

Melihat Grafik Dimensi Accessibility, sebesar 82% warga menyatakan bahwa sudah terdapat akses keterjangkauan dilihat dari lokasi tersedianya layanan JKN-KIS dan hanya sebesar 18% warga Kelurahan Kapuk yang menyatakan bahwa layanan kesehatan JKN-KIS tidak dapat dijangkau. Berdasarkan data di atas, maka disimpulkan bahwa pada dimensi keterjangkauan akses lokasi oleh masyarakat akan layanan JKN-KIS sudah terwujud. Beberapa pendapat informan juga selaras dengan hasil kuesioner yang disebarkan ke sampel populasi data dengan mengungkapkan bahwa fasilitas kesehatan dapat diakses kira-kira dengan jarak tempuh sepuluh menit dan ditempuh dengan berjalan kaki.

Dimensi ketersediaan akses menurut lokasi memiliki empat indikator penting yang mempengaruhi keseluruhan jumlah persentase di atas antara lain jarak tempuh, waktu tempuh, hambatan dalam mencapai lokasi, dan metode yang digunakan untuk mencapai lokasi tersebut. Sebagian besar yaitu 80% dari responden memilih setuju bahwa tempat layanan kesehatan JKN-KIS dekat sehingga mudah untuk dijangkau, sedangkan sebanyak 20% responden menyatakan tidak atau jauh.

Indikator kunci selanjutnya adalah hambatan dalam menuju fasilitas kesehatan. Sebagian besar warga Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat yaitu sebanyak 66% responden memilih tidak ada hambatan dalam menjangkau lokasi sedangkan sebanyak 34% responden mengungkapkan bahwa masih terdapat hambatan menuju fasilitas kesehatan. Minoritas warga yang menyatakan persoalan yang biasa ditemukan ketika menuju fasilitas kesehatan adalah terkait biaya transportasi.

Indikator ketiga yang memegang peranan kunci dalam mempengaruhi dimensi ini adalah transportasi yang digunakan warga untuk menuju

puskesmas. Ditunjukkan melalui Grafik bahwa metode yang paling banyak digunakan warga untuk menuju puskesmas adalah dengan berjalan kaki. Sebanyak 55% responden berjalan kaki dikarenakan jarak yang cukup dekat dengan estimasi waktu kurang lebih 10 menit. Pilihan kedua yang mendominasi Grafik ini adalah dengan menggunakan kendaraan umum. Lokasi puskesmas yang terletak tepat di pinggir jalan utama memudahkan warga untuk mengakses lokasi menggunakan kendaraan umum. Lalu pilihan lainnya adalah menggunakan kendaraan pribadi yang ditunjukkan dengan angka 10% dari sampel populasi.

Indikator terakhir untuk melihat bagaimana kemudahan akses lokasi fasilitas kesehatan di Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat adalah waktu tempuh untuk mencapai lokasi. Estimasi waktu tempuh yang digunakan peneliti berkisar dari 0-45 menit dibagi kedalam tiga kategori yaitu 0-15 menit, 16-30 menit, dan 31-45 menit. Sebanyak 57% dari sampel populasi warga memiliki waktu tempuh untuk menuju fasilitas kesehatan yang bersangkutan sekitar 0-15 menit. Waktu tempuh lain yang mendominasi warga untuk menuju fasilitas kesehatan adalah sekitar 16-30 menit ditunjukkan dengan angka sebesar 40%. Serta sisa 3% dari sampel populasi warga Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat menyatakan waktu tempuh yang biasa ditempuh sekitar 31-45 menit. Meskipun mayoritas menyatakan waktu tempuh kurang dari 30 menit, namun demikian adanya 3% responden yang menyatakan bahwa waktu tempuh yang dibutuhkan lebih dari 30 menit perlu untuk diperdalam lagi karena waktu tempuh akan mempengaruhi akses pelayanan kesehatan.

Merujuk pada indikator-indikator kunci yaitu waktu tempuh, jarak lokasi, apakah terdapat hambatan ketika menuju lokasi serta metode apa yang digunakan untuk sampai ke lokasi, maka melalui dimensi accessibility dapat disimpulkan bahwa mayoritas warga setuju terkait lokasi layanan kesehatan JKN-KIS di Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat masih dapat dijangkau sehingga dapat dikatakan pada dimensi accessibility ini sudah terpenuhi. Ket-

ersediaan akses lokasi tidak hanya menguntungkan bagi para warga yang membutuhkan layanan kesehatan namun juga memudahkan Pemerintah untuk menjalankan perannya dalam memberikan pelayanan publik secara optimal. Hal tersebut seiring dengan teori yang diusung oleh Di McIntyre, Michael Thiede dan Stephen Brich yang membahas konsep akses akan terpenuhi melalui tiga dimensi utama yaitu *accessability*, *acceptability*, dan *affordability*. Dimensi *accessability* menjadi salah satu dari tiga peran kunci untuk dapat memenuhi konsep akses tersebut yang nantinya akan mempengaruhi sifat dan hasil dari interaksi antara penyedia (pemerintah) dan individu (masyarakat Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat).

Dimensi ketiga yaitu *affordability* memiliki fokus pada dampak JKN KIS terhadap keterjangkauan biaya layanan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan oleh perempuan kepala keluarga. Poin utama pada dimensi ini terkait tentang kesanggupan masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan dari segi finansial. JKN-KIS pada dasarnya menggunakan prinsip meringankan beban biaya untuk masyarakat yang memang telah ditargetkan untuk diberikan pelayanan, maka melalui dimensi ini akan terlihat apakah JKN-KIS sudah memenuhi prinsip kemudahan akses dari segi biaya. Segi biaya juga dikategorikan menjadi dua, yaitu biaya langsung dan biaya tidak langsung. Hasil wawancara mendalam menemukan bahwa faktor iuran mandiri, belum semua responden adalah penerima bantuan iuran, dan masih adanya biaya tidak langsung membuat keterjangkauan dari sisi finansial jaminan kesehatan belum sepenuhnya terpenuhi.

Mengacu kepada data kemiskinan yang diakibatkan rendahnya penghasilan dan tingkat pendidikan masyarakat setempat membuat akses biaya JKN-KIS masih dianggap fasilitas mewah. Dalam melihat dimensi ini indikator yang utama adalah terkait biaya tidak langsung atau biaya tambahan yang tidak terhitung didalam mendapatkan fasilitas JKN-KIS ini. Biaya tidak langsung biasanya meliputi biaya transportasi, biaya waktu yang terbuang ketika menuju puskesmas dan biaya peluang yang harus dikorbankan untuk

mendapatkan perawatan. Menurut hasil penyebaran kuesioner di Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat sebagaimana terlihat pada Grafik menunjukkan bahwa separuh warga yaitu sebesar 50% responden setuju bahwa terdapat biaya-biaya yang harus dibebankan kepada warga saat mendapatkan perawatan kesehatan, sedangkan setengah dari sampel populasi warga menjawab tidak ada biaya tambahan. Pendapat sebagian warga yang menganggap bahwa tidak adanya biaya tambahan bisa dikarenakan faktor lokasi. Seperti data yang terlampir di atas disebutkan bahwa sebagian warga melakukan perjalanan dengan metode berjalan kaki. Hal ini mempengaruhi kepada besar kecilnya biaya tambahan yang diperlukan saat menuju puskesmas.

Dimensi *affordability* memiliki peran kunci dalam melihat apakah JKN-KIS telah beroperasi dengan baik sebagai bentuk pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah. Seperti yang diungkapkan oleh Thoha dalam Sulila (2015), pelayanan publik merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh institusi tertentu untuk memberikan kemudahan dan bantuan kepada masyarakat dalam rangka mencapai tujuan tertentu, maka program JKN-KIS dibuat dan dilaksanakan oleh pemerintah untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar dalam hal ini adalah kesehatan. Melalui dimensi *affordability* dengan memperhitungkan indikator biaya tidak langsung di dalamnya, dapat disimpulkan bahwa layanan kesehatan JKN-KIS masih belum dapat dijangkau oleh masyarakat Kelurahan Kapuk Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat secara finansial.

Kondisi yang menunjukkan bahwa di kelompok miskin JKN KIS masih belum sepenuhnya menghindarkan mereka dari risiko akibat sakit menjadi sinyal bahwa perlu adaantisipasi agar ada penelitian lebih lanjut bagi kelompok miskin terutama yang memiliki kepala keluarga perempuan untuk menemukan proteksi sosial lainnya yang dapat melindungi mereka. Terlebih lagi bagi keluarga miskin yang masih belum terjamin karena pembiayaan kesehatan menjadi ditemukan menjadi pengeluaran pada kelompok termiskin di Pulau Jawa dan di luar Pulau Jawa karena adanya pembiayaan pelayanan kesehatan

out of pocket.⁽¹⁷⁾

Dimensi keempat yaitu adequacy. Akses bukan hanya berbentuk partisipasi dalam format kebijakan sebuah peraturan, tetapi juga termasuk akses layanan kesehatan yang diterima, yang diakibatkan oleh birokrasi yang terkesan memarginalkan keluarga miskin, dalam hal memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin. (7) Dimensi adequacy atau kecukupan, membahas mengenai bagaimana instansi pelayanan kesehatan memenuhi harapan pengguna pelayanan kesehatan. Hal tersebut dapat dilihat dari beberapa indikator, seperti pengorganisasian layanan; pelayanan yang diberikan sesuai dengan harapan masyarakat dalam aspek waktu, keramahan, kecepatan, ketersediaan alat atau fasilitas; kesesuaian waktu layanan dengan waktu pelanggan; dan dari indikator fasilitasnya bersih dan terawat dengan baik. Grafik merupakan tabel hasil olahan data Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versi 22 mengenai indikator “pelayanan yang diberikan sesuai dengan harapan masyarakat dalam aspek waktu, keramahan, kecepatan, ketersediaan alat atau fasilitas”.

Pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan harapan masyarakat dalam aspek waktu, keramahan, kecepatan, ketersediaan alat atau fasilitas namun tidak semuanya sempurna, terbukti dengan masih adanya keluhan-keluhan mengenai fasilitas yang sempit dan tidak terawat dengan baik, alat-alat yang tidak selengkap puskesmas kecamatan, dan sebagainya. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pemerintah harus meninjau kembali mengenai fasilitas dan layanan yang ada di puskesmas kelurahan kapuk tersebut. Masih minimnya fasilitas yang ada di puskesmas kelurahan kapuk, dimulai dari pintu masuk puskesmas yang terlihat kumuh dan sempit, tempat parkir yang sempit hingga ruang tunggu yang sempit juga dan tidak ada pendingin ruangan dan toilet yang tidak layak pakai. Sehingga benar saja keluhan warga yang merasa kurang nyaman untuk menunggu antrian dikarenakan panasnya ruangan. Dalam dimensi adequacy instansi pelayanan kesehatan telah memenuhi harapan pengguna pelayanan kesehatan. Hal tersebut dapat terlihat dari Grafik, yaitu:

Dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden menjawab setuju bahwa intansi pelayanan kesehatan telah memenuhi harapan pengguna pelayanan kesehatan, yaitu sebanyak 78% responden. Dan sisanya sebanyak 22% responden tidak setuju jika harapannya telah terpenuhi oleh pemerintah, dikarenakan masih adanya fasilitas-fasilitas yang tidak memadai seperti halnya toilet rusak, parkir sempit, ruangan sempit dan tidak lengkapnya peralatan yang ada.

Berdasarkan Grafik mengenai Indikator pelayanan yang diberikan sesuai dengan harapan masyarakat dalam aspek waktu, keramahan, kecepatan, ketersediaan alat atau fasilitas dapat diketahui bahwa dari 100 responden, semua rata-rata menjawab bahwa pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan harapan warga kepala keluarga perempuan dikarenakan semua jawaban telah berada di atas angka 50.

Dimensi kelima yaitu dimensi acceptability yang berkaitan dengan kesesuaian antara penyedia dan sikap pasien terhadap dan harapan satu sama lain. Sikap penyedia terhadap karakteristik pasien misalnya, jenis pasien, usia, jenis kelamin, ras atau etnis, bahasa dan sikap individu terhadap karakteristik penyedia misalnya, jenis penyedia, usia, jenis kelamin, ras atau etnis, bahasa akan mempengaruhi kemampuan individu untuk menerima perawatan. Penyedia mungkin kurang mengakomodasi individu yang dianggap sebagian untuk disalahkan atas kondisinya misalnya, individu yang merokok, alkoholik, dan lain sebagainya. Sementara beberapa individu mungkin kurang bersedia menerima perawatan dari dokter yang berbeda seperti jenis kelamin atau ras. Sikap-sikap ini mempengaruhi sifat dan hasil dari interaksi antara penyedia dan individu.⁽¹⁴⁾

Pada dimensi acceptability terdapat tiga indikator, yaitu informasi, penjelasan, dan perawatan yang diberikan mempertimbangkan konsep penyakit local dan nilai-nilai sosial setempat; pasien merasa diterima dan dirawat dengan baik; masyarakat percaya akan kompetensi dari penyedia layanan kesehatan. Berikut merupakan hasil olahan data mengenai indikator mengenai informasi, penjelasan, dan perawatan yang diberikan mempertimbangkan konsep penyakit lokal dan

nilai-nilai sosial setempat dapat diketahui bahwa mayoritas responden menjawab “Ya” yang mengindikasikan bahwa telah setuju dengan adanya informasi, penjelasan dan perawatan yang diberikan dengan mempertimbangkan konsep penyakit lokal dan nilai-nilai sosial setempat. Perlu diketahui bahwa penyakit lokal yang dimaksud adalah penyakit terbanyak/umum yang ada di wilayah Puskesmas Kelurahan Kapuk, seperti: Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), Diare, Penyakit Kulit, Hipertensi, Gastritis, Diabetes Melitus, Jaringan Otot, Gingivitis dan Jaringan Peroidonitis, Dyspepsia dan Cephalgia. Berdasarkan pernyataan tersebut, dapat diketahui bahwa memang telah terlaksananya pemberian informasi, penjelasan, dan perawatan yang diberikan dengan mempertimbangkan konsep penyakit lokal dan nilai-nilai sosial setempat, seperti program konsultasi pribadi, penyuluhan, dan sebagainya.

Kesimpulan

Penelitian ini menemukan bahwa dalam dimensi *availability*, layanan yang digunakan kepala keluarga perempuan di Kelurahan Kapuk di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama mayoritas sudah memenuhi atau sudah sesuai dengan kebutuhan pengguna pelayanan kesehatan. Kemudian pada dimensi *accessability*: jarak tempuh antara rumah warga dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama secara umum dekat, dan warga tidak memiliki hambatan untuk mencapai puskesmas. Sementara itu pada dimensi *affordability*: dalam hal ini sebagian besar terdapat kendala dengan biaya transportasi untuk menuju lokasi, apalagi untuk menuju tempat lokasi tidak hanya 1 orang (orang yang sakit saja) melainkan ada keluarga yang menemani, seperti contohnya anak yang sakit, pasti ibu akan menemani begitu pula sebaliknya). Dengan demikian perlu ongkos yang tidak sedikit untuk pergi berobat, bahkan bisa lebih dari sekali bolak-balik. Selain itu mengganggu pekerjaannya untuk mencari nafkah bagi keluarganya, karena mayoritas kepala keluarga perempuan di Kelurahan Kapuk bekerja non-formal. Disana juga banyak terdapat kepala keluarga perempuan yang sudah lanjut usia, sehingga tidak bekerja dan hanya mengandalkan anak atau sodaranya.

Temuan pada dimensi *adequacy* menunjukkan bahwa mayoritas pengguna layanan JKN-KIS merasa indikator pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan harapan masyarakat dalam aspek waktu, keramahan, kecepatan, ketersediaan alat atau fasilitas; kesesuaian waktu layanan dengan waktu pelanggan; namun untuk indikator apakah fasilitasnya terawat baik atau tidak sering mendapat respon negatif dikarenakan memang fasilitas yang kurang layak pakai. Serta pada dimensi *acceptability* menunjukkan bahwa sudah baik karena hampir seluruh responden merasa indikator yang ada telah sesuai dengan harapan, seperti diterima dengan baik oleh pihak puskesmas, adanya informasi yang jelas, begitu pula dengan perawatannya dan mempercayai keterampilan tenaga medis yang ada disana. Akan tetapi masih kerap terjadinya keluhan dari pasien dikarenakan adanya beberapa perawat yang masih tidak bersikap ramah kepada pasien.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, terdapat beberapa saran yang dapat ditindaklanjuti oleh pemerintah, unit fasilitas tingkat pertama, dan penelitian selanjutnya. Saran untuk pemerintah, agar lebih memperhatikan akses kesehatan bagi warga miskin dengan kepala keluarga perempuan, karena kepala keluarga perempuan lebih rentan akan kemiskinan dan harus lebih banyak lagi mengadakan penyuluhan mengenai JKN dan mengenai kesehatan. Kemudian unit fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kelurahan Kapuk sangat sedikit tidak sebanding dengan penduduk yang ada disana, oleh karena itu harus ditambah lagi jumlah unit fasilitas kesehatan tingkat pertama, karena tidak dapat menampung warga yang ada disana, dan juga mengurangi performa kerja tenaga medis untuk bekerja. Selain itu sarana dan prasarananya juga kurang layak untuk digunakan, maka dari itu harus ada perbaikan untuk hal tersebut. Adapun penelitian lebih lanjut yang menelaah secara kualitatif berdasarkan studi kasus dapat menjadi alternatif penelitian selanjutnya sehingga dapat memperdalam temuan kuantitatif dalam sebuah narasi cerita yang lengkap serta analisis faktor budaya dan sistem sosial di lingkungan setempat terhadap akses pelayanan kesehatan bagi perempuan yang berperan sebagai

kepala keluarga di rumah tangga yang miskin.

Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini merupakan bagian dari prasyarat kelulusan penulis pertama dalam menempuh pendidikan sarjana di program Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia. Penulis pertama adalah peneliti yang melakukan proses pengambilan data hingga pengolahan data dan publikasi berdasarkan bimbingan dan masukan dari penulis kedua. Penulis kedua adalah dosen yang berperan sebagai pembimbing selama proses penelitian dan memiliki kontribusi dalam mereview semua tahap penelitian hingga melakukan editing dan review publikasi hasil penelitian ini. Publikasi ini merupakan kerja bersama antara penulis pertama dan kedua meliputi tahap penyusunan draf, revisi, hingga semua tahap publikasi final.

Daftar Pustaka

1. McKevitt, D. *Managing Core Public Services*. Blackwell: Oxford. 1998.
2. Kompas. Sistem Kesehatan Nasional Belum efektif. Diambil kembali dari Kompas.com: <https://nasional.kompas.com/read/2008/08/29/21415915/sistem.kesehatan.nasional.belum.efektif>; 29 Agustus 2008).
3. Harbani, P. *Kepemimpinan Birokrasi*. Bandung: CV Alfabeta; 2013.
4. Dwiyanto, A. *Reformasi Birokrasi Publik Di Indonesia*. Yogyakarta: UGM Press; 2006.
5. Sinambela, L. P. *Reformasi Pelayanan Publik Teori Kebijakan Dan Implementasi*. Jakarta: Bumi Aksara. 2014.
6. Hardiansyah. *Kualitas Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gava Media; 2011.
7. Susanti, U. A. *Akses Keluarga Miskin terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit (Studi di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta)*. Yogyakarta: UIN; 2009.
8. Susanti, E. *Tingkat Keberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (Kasus Pada Program PEKKA Di Desa Dayah Tanoh Kecamatan Mutiara Kabupaten Pidie Provinsi Aceh)*. Agriseip Vol (14) No.2, 44; 2013.
9. PEKKA dan SMERU. *Menguak Keberadaan dan Kehidupan Perempuan Kepala Keluarga*. Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU. 2014.
10. Sekretariat Nasional. *Memperluas Jangkauan, Memperluas Manfaat (Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA))*. Laporan Akhir 2010 PEKKA, 6. 2010.
11. LAPOR. *Pelayanan Puskesmas Kapuk Terhadap Anak-Anak Tidak Ramah*. Diambil kembali dari Layanan Aspirasi dan Pengaduan Online Rakyat: <https://www.lapor.go.id/pengaduan/1931646/pelayanan-kesehatan/pelayanan-puskesmas-kapuk-terhadap-anak-anak-tidak-ramah-.html>; 29 Januari 2018.
12. YLPK. *Yayasan Lembaga Perlindungan Konsumen Jawa Timur*. Diambil kembali dari Pelayanan Kesehatan Lamban: <http://ylpk-jatim.or.id/pelayanan-kesehatan-lamban/>; 5 Maret 2011.
13. Destryawan, D. *Tribunnews.com*. Diambil kembali dari *Ahok Kesal Buruknya Pelayanan RSUD Cengkareng Kepada Pemegang BPJS*: <http://www.tribunnews.com/metro-politan/2016/06/29/ahok-kesal-buruknya-pelayanan-rsud-cengkareng-kepada-pemegang-bpjs->; 29 Juni 2016.
14. Di McIntyre, M. T. *Access as a policy-relevant concept in low and middle-income countries*. *Health Economics, Policy and Law*, 183-188. 2009.
15. Brigits Obrist, N. I. *Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action*. *PLOS Medicine*, 1586; 2007.
16. Creswell, J. W. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* Third edition. Washington DC: Sage; 2013.
17. Wira Iqbal, dkk. *Pengeluaran Kesehatan Rumah Tangga di Pulau Jawa Dibandingkan dengan Luar Pulau Jawa*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. 2017