

LAPORAN SURVEI WARGA

KETERSEDIAAN, AKSES, DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN PADA SITUASI PANDEMI COVID-19 DI 6 DAERAH

(SEMARANG, PADANG, MALANG, SURABAYA,
MAKASSAR, DAN KAB.TANGERANG)



LAPORAN SURVEI WARGA

KETERSEDIAAN, AKSES, DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN PADA SITUASI PANDEMI COVID-19 DI 6 DAERAH (SEMARANG, PADANG, MALANG, SURABAYA, MAKASSAR, DAN KAB.TANGERANG)

2021

**Survei Warga: Ketersediaan, Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan Pada Situasi Pandemi COVID-19 di 6 Daerah)
(Semarang, Padang, Malang, Surabaya, Makassar, dan Kabupaten Tangerang)**

Penyusun:

Alfrindra Primaldhi
Paksi C.K. Walandouw
Sahat Khristianus Panggabean
Chandra Rila Putra
Bona Tua Parlinggomon Parhusip
Denisa Amelia Kawuryan

Editor Bahasa:

Hasta Indrayana

Desain dan Tata Letak:

Galih Gerryaldy

ISBN 978-979-8811-18-0



Diterbitkan oleh:

International NGO Forum on Indonesian Development

Alamat:

Jl. Jati Padang Raya Kav.3 No.105, Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12540 - Indonesia
Phone (62-21) 781 9734, 781 9735, 7884 0497
Email: office@infid.org
Laman: www.infid.org

Cetakan Pertama, Agustus 2021

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-undang

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iv
Ringkasan Eksekutif	vi
Pertanyaan Studi	vi
Bab 1. Pendahuluan	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan	3
1.3. Rumusan Permasalahan	3
Bab 2. Kerangka Konseptual dan Metode	5
2.1. Kerangka Konseptual	5
2.2. Metode dan Ruang Lingkup	9
2.2.1. Metode	9
2.2.2. Kerangka Sampling	10
2.2.3. Kendali Mutu (Quality Control)	10
2.2.4. Pengolahan Data	11
2.2.5. Lokasi Studi	11
2.2.6. Responden dan Instrumen	11
Bab 3. Temuan Studi	15
3.1. Gambaran Demografi	16
3.2. Dampak Pandemi Covid-19 pada Kesehatan	20
3.3. Jaminan Kesehatan dan Sosial	22
3.4. Ketersediaan Fasilitas dan Layanan Kesehatan	23
3.5. Kualitas Layanan Kesehatan bagi Warga	30
3.6. Kualitas Layanan Kesehatan bagi Kelompok Rentan (Buruh, Pekerja Informal, Lansia, dan Disabilitas)	35
3.7. Ketersediaan Informasi, dan Keterbukaan Anggaran Pelayanan Kesehatan	38
3.8. Ketersediaan Mekanisme Pengaduan Warga	40
3.9. Konsekuensi Perawatan Kesehatan	42
3.10. Pengarusutamaan Isu Kesehatan Perempuan dalam Layanan Kesehatan	44
3.11. Kesesuaian Kegiatan Pelayanan Kesehatan dan Kebutuhan Warga Masa Pandemi	46
3.12. Keikutsertaan pada BPJS Kesehatan dan Penggunaannya untuk Memperoleh Fasilitas Layanan Kesehatan	50
Bab 4. Temuan dan Rekomendasi	59
4.1. Temuan	59
Temuan Positif	59
Temuan Negatif	60
Temuan Responden Kabupaten Tangerang	61
4.2. Rekomendasi	62

KATA PENGANTAR

Pandemi COVID-19 di Indonesia telah memicu dua krisis sekaligus, yaitu krisis kesehatan, ekonomi, dan sosial masyarakat yang belum pernah terjadi sebelumnya dalam sejarah Indonesia. Pada awal Maret 2020, saat krisis kesehatan mulai terkuak, yang kemudian membesar menjadi krisis sosial-ekonomi yang massif.

Krisis pandemi setidaknya mengungkap kelemahan dalam program pelayanan kesehatan nasional yang tidak mampu menyediakan layanan dengan baik di masa-masa sulit ini. Pada hal lain, penyebaran penyakit menular yang cepat di seluruh nusantara, pemerintah juga terpaksa mencari solusi agar Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat berjalan secara efektif.

Dalam sektor kesehatan, Indonesia memang masih memiliki banyak pekerjaan rumah. Dari segi pencegahan misalnya, masih banyak warga yang kurang sadar melakukan imunisasi dan menjaga lingkungan agar terhindar dari berbagai penyakit. Hingga kini, 120 juta warga masih hidup dalam lingkungan dengan sanitasi yang buruk. Menurut UNICEF (2019), ada 50-59 persen anak Indonesia di bawah lima tahun yang termasuk kategori dengan pertumbuhan tidak baik. Setiap tahun bencana asap mengancam saluran pernapasan warga di Sumatra dan Kalimantan.

Sementara itu, dari sisi infrastruktur kesehatan, pengobatan, sumber daya, dan komitmen, beberapa faktor perlu diberikan perhatian lebih, antara lain 1) Lemahnya infrastruktur kesehatan. Presiden Joko Widodo (April 2020), menyebut rasio ketersediaan tempat tidur di ruang perawatan rumah sakit Indonesia masih kecil, hanya 1,2 per 1.000 penduduk. Artinya hanya 1,2 tempat tidur, masih kalah dengan India 2,7 per 1.000, dan Tiongkok 4,3 per 1000, 2) Sistem farmasi Indonesia tidak efisien. Hampir 95% alat kesehatan dan bahan baku obat-obatan masih impor, 3) Jumlah tenaga kesehatan terbatas. Rasio jumlah dokter di Indonesia hanya 0,4 per 1.000 penduduk yang mayoritasnya berada di kota besar, 4) Kurangnya alokasi dana APBN kepada sistem kesehatan Indonesia sehingga pelayanan kesehatan dan sistem kesehatan *underfunded*.

Sistem kesehatan masyarakat yang kuat diperlukan untuk memastikan bahwa suatu negara dapat mencegah, mendeteksi, dan secara efektif menanggapi wabah penyakit menular. Dalam upaya memberikan bukti-bukti baru mengenai fasilitas kesehatan Indonesia, khususnya dalam pandemi COVID-19, International NGO Forum on Indonesian Development bekerja sama dengan Institut Demografi Universitas Indonesia dan didukung Yayasan Kurawal, melakukan survei warga di enam daerah mengenai sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan menghasilkan bukti kuantitatif baru tentang akses, ketersediaan, dan kualitas

layanan kesehatan. Selain tiga hal tersebut, survei warga ini juga mencakup persepsi warga mengenai kualitas pelayanan BPJS Kesehatan. Enam daerah yang dimaksud yaitu Kota Padang, Kota Malang, Kota Makassar, Kota Surabaya, Kota Semarang, dan Kabupaten Tangerang.

Akhir kata, dengan keterbatasan, kami berharap survei ini dapat memberikan kontribusi bagi perbaikan dan percepatan sistem layanan kesehatan nasional dan di enam daerah sesuai harapan reformasi pelayanan kesehatan yang disampaikan oleh Presiden Joko Widodo.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Sistem kesehatan masyarakat yang kuat diperlukan di Indonesia untuk memastikan bahwa negara dapat mencegah, segera mendeteksi, dan secara efektif menanggapi wabah penyakit menular. Oleh karena itu, diperlukan usaha peningkatan kualitas sistem kesehatan yang melibatkan berbagai pihak dalam pelaksanaannya. Usaha tersebut mencakup usulan, bantuan, dan advokasi dari berbagai pihak untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas layanan kesehatan.

Dalam upaya memberikan advokasi berbasis bukti mengenai fasilitas kesehatan, khususnya masa pandemi COVID-19, INFID bekerja sama dengan Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia melakukan Survei Sistem Kesehatan yang bertujuan menghasilkan bukti kuantitatif tentang akses, ketersediaan, dan kualitas layanan kesehatan. Lebih khusus lagi, studi ini bertujuan mengetahui pengalaman mendapatkan pelayanan kesehatan pada perempuan selama masa pandemi COVID-19. Studi ini diharapkan dapat dipahami sejauh mana mereka mendapatkan akses fasilitas kesehatan yang layak dan layanan kesehatan yang baik.

Survei warga kuantitatif mengadopsi teknik purposive sampling dengan cakupan enam daerah kabupaten dan kota selama tiga bulan, yaitu April hingga Juni 2021. Survei bertujuan menghasilkan bukti-bukti baru dan mendalami praktik pelayanan kesehatan yang diberikan di saat pandemi pada tingkat daerah kota dan kabupaten. Selain itu, dalam survei ini diprotret praktik baik yang terjadi di daerah untuk menambah alternatif upaya perbaikan terhadap layanan kesehatan dalam situasi bencana pandemi di saat yang akan datang.

Pertanyaan Studi

Sesuai tema studi ini yaitu aspek ketersediaan (*availability*), kemudahan menjangkau dan kualitas layanan kesehatan, maka pertanyaan studi ini adalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana ketersediaan fasilitas kesehatan berdasarkan kebutuhan kelompok masyarakat?
- b. Seberapa mudah akses dan seberapa dekat jangkauan fasilitas kesehatan?
- c. Bagaimana kualitas layanan kesehatan bagi warga dan kelompok rentan (buruh, pekerja informal perempuan, lansia, dan disabilitas)?
- d. Bagaimana ketersediaan informasi dan keterbukaan anggaran pelayanan kesehatan?
- e. Bagaimana ketersediaan mekanisme pengaduan warga?
- f. Bagaimana pengarusutamaan isu kesehatan perempuan dalam layanan kesehatan?

Lokasi Studi

Survei ini dilakukan di enam daerah, yaitu Kota Padang, Kota Malang, Kota Makassar, Kota Surabaya, Kota Semarang, dan Kabupaten Tangerang. Salah satu daerah yaitu Kota Padang, merupakan daerah di Provinsi Sumatra Barat. Sumatra Barat merupakan satu dari lima provinsi yang disebut Presiden Jokowi sebagai lima provinsi terbaik dalam penanganan COVID-19. Pertimbangan pemilihan utama enam daerah ini dilakukan atas dasar pertimbangan episentrum penyebaran COVID-19 di provinsi masing-masing. Selain itu pertimbangan perbandingan demografi dan kemampuan ekonomi daerah juga menjadi pertimbangan utama.

Wilayah sampling studi ini ada di tingkat kecamatan sesuai karakteristik kepadatan penduduk. Kabupaten/kota yang menjadi tempat studi ini berlangsung adalah sebagai berikut.

1. Kab.Tangerang (Pasar Kemis, Cikupa, Rajeg)
2. Kota Surabaya (Simokerto, Sawahan, Tambaksari)
3. Kota Malang (Sukun, Kedung Kandang, Klojen)
4. Kota Makassar (Tallo, Bontoa, Makassar)
5. Kota Semarang (Semarang Selatan, Pedurungan, Semarang Barat)
6. Kota Padang (Koto Tengah, Padang Timur, Padang Utara)

Metode

Metode riset yang dipergunakan dalam studi ini adalah metode kuantitatif yang mengandalkan perolehan data dari wawancara dan kuesioner. Data yang diperoleh adalah data kuantitatif atau data yang diberi kode angka berdasarkan skala ordinal dan interval, sehingga dapat dianalisis menggunakan perhitungan statistik.

Penelitian dirancang untuk mendapatkan data primer secara langsung melalui kuesioner kepada responden warga dengan kriteria tertentu. Pengumpulan data dilakukan menggunakan teknik wawancara tatap muka (*face to face interview*) dengan menggunakan instrumen kuesioner. Pewawancara membacakan kuesioner kepada responden. Oleh karenanya, penggalan data responden akan dilakukan sesuai protokol kesehatan Covid-19.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam riset ini adalah wawancara terstruktur berdasarkan kuesioner untuk memperoleh data kuantitatif tentang situasi yang ingin diketahui. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner *self-report*. Kuesioner adalah dokumen tertulis yang terdiri dari seperangkat pertanyaan, dibacakan kepada responden melalui telepon untuk memberikan pertanyaan dan mencatat jawaban.

Instrumen yang digunakan untuk mendapatkan data dalam studi ini adalah kuesioner yang terdiri dari 8 bagian mengenai ketersediaan dan kualitas aspek-aspek pelayanan kesehatan,

ditambah satu kelompok pertanyaan yang terkait dengan keanggotaan di BPJS Kesehatan. Cakupannya sebagai berikut:

1. Ketersediaan fasilitas kesehatan berdasarkan kebutuhan kelompok masyarakat (*health care utilisation*/akses primer dan sekunder)
2. Kemudahan akses dan jangkauan fasilitas kesehatan
3. Kualitas layanan kesehatan bagi warga dan kelompok rentan (buruh, pekerja informal, lansia, dan disabilitas) hanya bisa ditanyakan sebagai persepsi kecuali responden, termasuk dalam kategori ini (sudah ditanyakan di bagian kontrol)
4. Ketersediaan informasi, dan keterbukaan anggaran pelayanan kesehatan
5. Ketersediaan mekanisme pengaduan warga
6. Konsekuensi perawatan kesehatan
7. Pengarus-utamaan isu kesehatan perempuan dalam layanan kesehatan
8. Kondisi dan karakteristik pelayanan kesehatan selama masa pandemi Covid-19

Kriteria dan Jumlah Responden

Kriteria responden survei ini adalah sebagai berikut.

1. Perempuan
2. Berusia di atas 30 tahun (pertimbangan di atas 30 tahun agar lebih spesifik kepada perempuan produktif dan perempuan lansia)
3. Bertempat tinggal pada kecamatan terpadat penduduk di enam wilayah survei
4. Menggunakan fasilitas kesehatan pada periode pandemi (dimulai sejak 2 Maret 2020)

Total jumlah responden penelitian adalah 540 orang dari 18 kecamatan. Dari setiap kecamatan yang ada di lima kabupaten/kota yang disurvei diperoleh 30 responden masing-masing.

Semarang	N	Padang	N	Malang	N
Semarang - Semarang Selatan	30	Padang - Koto Tangah	30	Malang - Sukun	30
Semarang - Pedurungan	30	Padang - Padang Timur	30	Malang - Kedung Kandang	30
Semarang - Semarang Barat	30	Padang - Padang Utara	30	Malang - Klojen	30
Surabaya	N	Makassar	N	Kabupaten Tangerang	N
Surabaya - Simokerto	30	Makassar - Biringkanaya	30	Kab. Tangerang - Pasar Kemis	30
Surabaya - Sawahan	30	Makassar - Tamalate	30	Kab. Tangerang - Cikupa	30
Surabaya - Tambaksari	30	Makassar - Rappocini	30	Kab. Tangerang - Rajeg	30

Responden penelitian berusia antara 30 – 83 tahun, dengan sedikit variasi di tiap lokasi penelitian. Rata-rata usia responden paling tinggi di Kota Malang (48.9 tahun) dan Semarang (48.8 tahun), kemudian Kota Padang (46.6 tahun), Surabaya (45.4 tahun), Makassar (45.2 tahun), dan paling muda di Kabupaten Tangerang (41.3 tahun). Mayoritas responden di Kabupaten Tangerang berusia di bawah 40 tahun (56%). Rincian penyebaran responden berdasarkan usia adalah sebagai berikut.

Temuan Studi

Temuan Positif

1. Kebutuhan akan fasilitas layanan kesehatan sangat tinggi di masyarakat. Mayoritas responden dalam penelitian ini memiliki kesadaran kesehatan yang baik. Hampir seluruh responden tidak memiliki penyakit berat. Setidaknya, tujuh dari sepuluh responden memiliki BPJS Kesehatan, baik untuk dirinya maupun untuk anggota keluarganya. Secara umum, responden merasa penting memiliki asuransi BPJS Kesehatan yang dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan layanan kesehatan. Mayoritas responden juga mengetahui fasilitas kesehatan di daerah mereka yang menerima BPJS Kesehatan. Mereka juga menyadari pentingnya penanganan medis profesional apabila mengalami masalah kesehatan. Mereka menginginkan layanan profesional di fasilitas layanan kesehatan pemerintah. Secara umum, dalam memilih tempat berobat, faktor jarak, biaya, dan kepercayaan pribadi menjadi pertimbangan responden.
2. Secara umum, responden penelitian mengalokasikan dana untuk kebutuhan kesehatan, dan pada saat dilakukan survei memiliki dana yang siap digunakan untuk keperluan kesehatan. Mereka juga memiliki jejaring sosial yang bisa membantu keperluan biaya kesehatan apabila dibutuhkan. Perencanaan keuangan, dan dukungan jejaring sosial menjadi penting karena apabila terjadi peristiwa medis yang membutuhkan rawat inap pada responden, hal ini berdampak buruk pada keuangan/ penghasilan keluarga responden.
3. Secara umum, responden penelitian mendapatkan layanan BPJS Kesehatan yang baik. Mayoritas responden yang menggunakan BPJS Kesehatan tidak mengalami masa tunggu, atau maksimal menunggu beberapa jam untuk mendapatkan layanan kesehatan. Selanjutnya, mayoritas responden mendapatkan layanan kesehatan yang ramah dan cepat tanggap, dengan infrastruktur fasilitas kesehatan yang memadai, dan sesuai dengan kebutuhan medisnya.
4. Kebanyakan responden menilai fasilitas layanan kesehatan yang ada di wilayah mereka cukup/memadai, bahkan banyak di antara mereka menilai fasilitas itu baik, serta ada yang menilai sangat baik. Hanya sedikit responden yang menilai buruk. Alasan menilai buruk kebanyakan karena kotor. Mereka juga menilai bahwa biaya dari layanan kesehatan yang mereka dapatkan wajar atau murah.
5. Responden menilai akses ke fasilitas layanan kesehatan cukup mudah dan jaraknya cukup dekat sehingga mudah dijangkau. Hampir seluruh responden studi ini dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan kendaraan pribadi. Jika harus menggunakan kendaraan umum, biayanya tidak begitu besar: rata-rata biaya yang dibutuhkan untuk sampai ke fasilitas kesehatan terdekat beragam antar lokasi survei antara Rp. 11.000 s/d Rp.21.000.
6. Pelayanan kesehatan masa pandemi dinilai sudah sesuai harapan dan kebutuhan warga masyarakat. Responden menilai bahwa selama pandemi, layanan kesehatan

menyesuaikan dengan situasi pandemi. Fasilitas kesehatan yang mereka gunakan adaptif terhadap situasi pandemi dan menerapkan inovasi pelayanan yang sesuai dengan kondisi pandemi. Inovasi yang diterapkan fasilitas kesehatan terkait dengan penerapan protokol pencegahan penularan Covid-19, khususnya dalam mekanisme antrean, dan penerapan protokol kesehatan pada pengunjung, pasien, dan staf kesehatan. Selain itu, mayoritas responden tidak merasakan adanya peningkatan biaya pengobatan selama pandemi.

7. Kebanyakan responden di enam lokasi penelitian mengetahui ada warga yang masuk ke dalam kategori kelompok rentan dan mengetahui bahwa ada fasilitas layanan kesehatan untuk warga kelompok itu. Kebanyakan dari responden juga menilai akses dan kualitas layanan bagi kelompok rentan cukup baik. Sejauh yang diketahui responden, pelayanan kualitas layanan kesehatan bagi warga dan kelompok rentan (buruh, pekerja informal perempuan, lansia, dan disabilitas) cukup memadai.

Temuan Negatif

1. Mayoritas responden mengetahui status ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di daerahnya. Paling banyak mereka mengetahui ketersediaan fasilitas kesehatan, dan layanan BPJS Kesehatan. Namun, mayoritas responden mendapatkan informasi layanan kesehatan dari mulut ke mulut dari warga sekitar atau saluran komunikasi informal. Hal ini mengindikasikan bahwa sosialisasi informasi layanan dan fasilitas kesehatan melalui kanal formal pemerintah belum berjalan maksimal, atau ada kendala dalam penyampaiannya.
2. Terkait dengan pengarusutamaan isu kesehatan perempuan dalam layanan kesehatan, masih banyak responden yang tidak mengetahui informasi layanan kesehatan, khusus perempuan di daerahnya. Mayoritas responden, khususnya di Surabaya, Malang, Padang, dan Semarang tidak tahu apakah fasilitas kesehatan di daerah mereka memberikan layanan kesehatan preventif maupun kuratif khusus perempuan atau tidak. Selanjutnya, cukup banyak responden yang melaporkan tidak ada layanan kesehatan khusus perempuan di daerahnya. Sosialisasi layanan kesehatan khusus perempuan di fasilitas kesehatan masih bisa ditingkatkan. Selain sosialisasi informasi, upaya mendorong partisipasi warga dalam kegiatan sosialisasi masih bisa ditingkatkan. Responden dari Padang dan Kabupaten Tangerang yang tinggi partisipasinya.
3. Masih banyak responden yang tidak mengetahui bahwa mereka berhak melakukan pengaduan apabila mendapatkan layanan kesehatan yang tidak sesuai/buruk. Di antara responden yang mengetahui, lebih banyak yang pernah mengurungkan niat melakukan pengaduan dibandingkan responden yang melanjutkan melakukan pengaduan. Alasan utama responden mengurungkan niatnya adalah karena merasa tidak ada gunanya, tidak tahu prosedurnya, dan takut dipermasalahkan oleh pihak fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan penting untuk dilakukan peningkatan

pengetahuan akan hak warga dalam mendapatkan layanan kesehatan yang layak, dan teknik proseduralnya. Penting untuk warga merasa aman dalam melakukan pengaduan terhadap fasilitas kesehatan.

4. Ada indikasi terjadi perbedaan harapan masyarakat akan layanan kelas rawat inap dari BPJS dan rencana pemerintah. Mayoritas responden menginginkan satu kelas rawat inap BPJS. Mereka menghendaki layanan Kelas 1, yaitu satu kamar dengan 2 tempat tidur, atau di atasnya. Sementara, rencana pemerintah untuk peserta PBI akan berisi maksimal 6 tempat tidur, sedangkan non-PBI maksimal 4 tempat tidur.

Temuan Responden Kabupaten Tangerang

Responden dari Kabupaten Tangerang memiliki profil demografi yang berbeda dibandingkan lokasi lainnya. Secara umum mereka lebih muda, memiliki pendidikan yang lebih tinggi, dan penghasilan yang lebih tinggi dibandingkan responden lainnya. Perbedaan demografis ini memunculkan pola jawaban yang berbeda, dengan *insight* sebagai berikut.

1. Tingkat pendidikan responden tampaknya berkaitan dengan pemahaman kesehatan yang lebih baik. Responden dari Kabupaten Tangerang lebih banyak melakukan tes mandiri, baik untuk dirinya maupun anggota keluarganya selama pandemi, dan lebih banyak menggunakan tes antigen yang memiliki akurasi yang lebih tinggi dibandingkan tes rapid. Di lokasi penelitian lain, mayoritas responden lebih banyak menggunakan tes rapid.
2. Responden lebih kritis terhadap layanan dan fasilitas kesehatan. Mereka lebih banyak mengadukan adanya kekurangan, maupun ketidaksesuaian layanan kesehatan yang didapat. Dibandingkan reesponden di wilayah lain, lebih banyak yang melaporkan mendapatkan layanan kesehatan dibawah harapan mereka selama pandemi, dan terjadi peningkatan biaya obat dan vitamin karena harus membeli secara mandiri (tidak tersedia di fasilitas kesehatan).
3. Lebih banyak responden yang mengetahui haknya untuk melakukan pengaduan apabila mendapatkan layanan kesehatan yang tidak sesuai, dan mengetahui ke mana saja bisa melakukan pengaduan.
4. Lebih banyak responden yang mengetahui informasi layanan dan fasilitas kesehatan yang tersedia di daerahnya. Mereka juga bisa mendapatkan informasi dari sumber yang lebih beragam.
5. Lebih banyak responden yang mengetahui layanan kesehatan khusus perempuan di fasilitas kesehatan di daerahnya.
6. Lebih percaya pada pengetahuan pribadi untuk menentukan layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya.

Rekomendasi

1. Pengarusutamaan isu kesehatan perempuan dalam layanan kesehatan sebagai usaha untuk mencapai kesetaraan dan keadilan gender perlu dilakukan di setiap kabupaten/kota. Pengarusutamaan ini perlu dilakukan melalui kebijakan dan program yang memperhatikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan, dan permasalahan perempuan di ranah kesehatan.
2. Peningkatan layanan kesehatan bagi masyarakat rentan, mencakup warga yang tergolong miskin kelompok difabel, bayi/anak, ibu hamil, dan lansia perlu ditingkatkan, termasuk dalam hal informasi, akses, kemudahan proses, dan kelengkapan fasilitas layanan kesehatan.
3. Pengarusutamaan isu kesehatan perempuan dan peningkatan layanan kesehatan bagi masyarakat rentan perlu masuk ke dalam proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi atas seluruh kebijakan dan program kesehatan di kabupaten dan kota.
4. Pemerintah kabupaten/kota harus memastikan bahwa warga masyarakat dalam keadaan sehat dan mencapai potensi penuh mereka melalui upaya pencegahan penyakit dan cedera, promosi kesehatan dan kesejahteraan, jaminan sarana dan prasarana yang diperlukan agar orang bisa sehat. Perlu diupayakan penyediaan perawatan kesehatan yang tepat waktu, efektif, dan terkoordinasi.
5. Perlu dijalankan kebijakan program kesehatan yang mencakup perbaikan substansial dan langgeng dalam kesehatan seluruh warga masyarakat oleh pemerintah kabupaten/kota. Hal ini akan membutuhkan upaya bersama dari semua entitas dalam masyarakat. Program ini mencakup sistem administrasi sumber daya dan layanan kesehatan dilengkapi dengan pusat pengendalian dan pencegahan penyakit yang bertugas memeriksa integrasi perawatan primer dan kesehatan masyarakat.
6. Setiap kabupaten/kota perlu memiliki bagian kesehatan yang melaporkan secara teratur tentang kesehatan penduduk kabupaten/kota, membuat rekomendasi kebijakan kesehatan kepada bupati/walikota dan DPRD, mengumumkan peraturan kesehatan masyarakat, meninjau pekerjaan departemen kesehatan negara bagian. Perlu direkomendasikan agar setiap kabupaten/kota menetapkan standar fungsi kesehatan masyarakat lokal, menentukan layanan minimum apa yang harus ditawarkan, oleh unit pemerintah apa, dan bagaimana layanan akan dibiayai negara.





BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia, sebagai negara berkembang yang memiliki keterbatasan sumber daya manusia dan infrastruktur, mengalami dampak signifikan pandemi Covid-19¹. Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah, di antaranya realokasi budget untuk sektor kesehatan, pemulihan ekonomi nasional dan penyediaan perlindungan sosial khususnya bagi kelompok rentan terdampak. Namun, implementasi yang belum maksimal serta respon pemerintah yang lamban bahkan kontradiktif di awal penanganan pandemi mengakibatkan lonjakan kasus di dalam negeri².

Komunikasi publik yang berantakan, data yang tidak transparan, *testing* yang jauh dari cukup dan kemitraan yang lemah menjadi salah satu faktor yang memperburuk penanganan pandemi³. Tidak siapnya sistem kesehatan nasional merespon pandemi juga tergambar dalam indeks kesehatan global dalam laporan The Legatum Prosperity Index 2020⁴. Indonesia berada di posisi 97 dari 167 negara. Posisi ini jauh dibandingkan Singapura yang menduduki peringkat pertama. Indeks ini secara khusus mengukur sejauh mana orang di setiap negara sehat dan memiliki akses ke layanan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan yang baik, termasuk hasil kesehatan, sistem kesehatan, penyakit, faktor risiko, dan tingkat kematian.

Dalam sektor kesehatan, Indonesia memiliki banyak pekerjaan rumah. Upaya preventif misalnya, banyak warga yang kurang

1 <https://www.kompas.com/tren/read/2020/12/03/063000665/kilas-balik-9-bulan-pandemi-covid-19-dan-dampaknya-bagi-indonesia?page=all>

2 <https://www.kompas.com/tren/read/2020/08/27/173400165/catatan-pakar-soal-6-bulan-covid-19-di-indonesia--segera-luruskan-kebijakan?page=all>

3 <https://www.infid.org/publication/read/Hasil-Survei-Warga-dan-OMS>

4 <https://www.prosperity.com/rankings?>

sadar melakukan imunisasi dan menjaga lingkungan agar terhindar dari berbagai penyakit. Hingga kini, 120 juta warga masih hidup dalam lingkungan dengan sanitasi yang buruk.⁵ Menurut UNICEF (2019), ada 50-59 persen anak Indonesia di bawah lima tahun (balita) masuk kategori dengan pertumbuhan tidak baik.⁶ Setiap tahun bencana asap mengancam saluran pernapasan warga di Sumatra dan Kalimantan. Mutu air sungai di Indonesia termasuk buruk karena 52 sungai berstatus cemar berat.⁷

Sisi infrastruktur kesehatan, pengobatan, sumber daya, dan komitmen, beberapa faktor perlu diberikan perhatian lebih, di antaranya 1) Lemahnya infrastruktur kesehatan. IDI menggambarkan rasio dan jumlah tempat tidur rumah sakit di Indonesia adalah 1,2 per 1.000 penduduk, masih kalah dengan India 2,7 per 1.000 dan Tiongkok 4,3 per 1000, 2) Sistem farmasi Indonesia tidak efisien. Sebanyak 95% alat kesehatan dan bahan baku obat-obatan masih impor, 3) Jumlah tenaga kesehatan masih terbatas. Rasio jumlah dokter di Indonesia hanya 0,4 per 1.000 penduduk yang mayoritasnya berada di kota besar, dll., 4) Kurangnya alokasi dana APBN kepada sistem kesehatan Indonesia sehingga pelayanan kesehatan dan sistem kesehatan *underfunded*.

Segi akses kesehatan, masih banyak wilayah terpencil yang masih sulit mengakses layanan medis. Meski pemerintah sudah menerapkan kartu Indonesia Sehat, termasuk adanya BPJS Kesehatan, namun hal tersebut belum cukup mengangkat indeks kesehatan Indonesia di tingkat global. Dalam Kajian Tata Kelola Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan yang dilakukan KPK pada 2019 mengenai defisit BPJS, akar masalah yang ditemukan adalah tata kelola yang cenderung unefisien dan tidak tepat. Bahkan secara keras dalam akun Twitter KPK menyebutkan bahwa BPJS kesehatan memiliki masalah penyimpangan (*fraud*).⁸

Dalam kondisi pandemi, akses masyarakat terhadap sistem kesehatan semakin buruk. Menurut survei Kementerian Kesehatan dan UNICEF, Covid-19 mengganggu 83,9% proses imunisasi⁹. Selain itu, sebagai negara ketiga dengan penderita Tuberkulosis (TB) terbanyak setelah India dan China, penurunan jumlah penderita yang datang ke layanan kesehatan selama pandemi cukup meresahkan. Kementerian Kesehatan memperkirakan saat ini terdapat 845 ribu penderita TB di Indonesia, dengan sekitar 540 ribu (69%) yang sudah terdaftar; namun, di bulan Mei, hanya sekitar 3400 yang datang ke layanan kesehatan¹⁰. Beberapa pihak juga sudah melaporkan kematian anggota keluarga yang menderita penyakit kronis karena rumah sakit dipenuhi oleh pasien Covid-19.

Sistem kesehatan masyarakat yang kuat diperlukan untuk memastikan bahwa suatu negara dapat mencegah, segera mendeteksi, dan secara efektif menanggapi wabah penyakit

5 <https://tirto.id/indeks-kesehatan-indonesia-masih-sangat-rendah-cBRn>

6 https://kbr.id/nasional/10-2019/unicef_50_persen_balita_indonesia_mengalami_gizi_buruk/100924.html

7 <https://tirto.id/suramnya-mutu-air-sungai-indonesia-cmnr>

8 <https://www.kpk.go.id/berita/siaran-pers/1631-kpk-minta-pemerintah-tinjau-kembali-kenaikan-iuran-bpjs-kesehatan>

9 <https://kesehatan.kontan.co.id/news/layanan-imunisasi-839-terganggu-karena-pandemi-covid-19>

10 <https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20200707124559-255-521755/puluhan-ribu-pasien-tbc-putus-obat-karena-pandemi-covid-19>

menular. Upaya untuk memberikan advokasi berbasis bukti mengenai fasilitas kesehatan Indonesia khususnya dalam pandemi Covid-19, INFID bekerja sama dengan Institut Demografi Universitas Indonesia akan melakukan Survei Sistem Kesehatan yang bertujuan menghasilkan bukti kuantitatif tentang akses, ketersediaan, dan kualitas layanan kesehatan.

Survei warga kuantitatif akan mengadopsi teknik *purposive sampling* dengan cakupan enam daerah kabupaten dan kota selama tiga bulan, yaitu April hingga Juni 2021. Survei bertujuan menghasilkan bukti-bukti baru dan mendalami praktik pelayanan kesehatan yang diberikan saat pandemi di tingkat daerah kota dan kabupaten. Selain itu praktik baik yang terjadi di daerah, akan dipotret untuk memberikan opsi perbaikan terhadap layanan kesehatan dalam situasi bencana pandemi di saat yang akan datang.

Enam daerah yang jadi lokasi survei adalah Kota Padang, Kota Malang, Kota Makassar, Kota Surabaya, Kota Semarang, dan Kabupaten Tangerang. Sumatra Barat merupakan satu dari lima provinsi yang disebut Presiden Jokowi sebagai lima provinsi terbaik dalam penanganan Covid-19.¹¹ Pertimbangan pemilihan utama enam daerah ini dilakukan atas dasar pertimbangan episentrum penyebaran Covid-19 di provinsi masing-masing. Selain itu, pertimbangan perbandingan demografi dan kemampuan ekonomi daerah juga menjadi pertimbangan utama.

1.2. Tujuan

Studi ini bertujuan mengetahui pengalaman mendapatkan pelayanan kesehatan pada perempuan selama masa pandemi Covid-19. Studi ini bertujuan memahami sejauh mana mereka mendapatkan akses ke fasilitas kesehatan yang layak, dan layanan kesehatan yang baik.

1.3. Rumusan Permasalahan

Sesuai tema studi ini, yaitu aspek ketersediaan (*availability*), kemudahan menjangkau dan kualitas layanan kesehatan, maka pertanyaan studi ini adalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana ketersediaan fasilitas kesehatan berdasarkan kebutuhan kelompok masyarakat?
- b. Seberapa mudah akses dan seberapa dekat jangkauan fasilitas kesehatan?
- c. Bagaimana kualitas layanan kesehatan bagi warga dan kelompok rentan (buruh, pekerja informal perempuan, lansia, dan disabilitas)?
- d. Bagaimana ketersediaan informasi dan keterbukaan anggaran pelayanan kesehatan?
- e. Bagaimana ketersediaan mekanisme pengaduan warga?
- f. Bagaimana pengarusutamaan isu kesehatan perempuan dalam layanan kesehatan?

Bab 2. Kerangka Konseptual dan Metode

11 <https://nasional.kompas.com/read/2020/07/15/21155391/presiden-jokowi-sebut-5-provinsi-ini-terbaik-tangani-covid-19>



BAB 2

KERANGKA KONSEPTUAL DAN METODE

2.1. Kerangka Konseptual

WHO sebagai badan khusus kesehatan PBB merupakan pencerminan terhadap aspirasi kesehatan negara-negara di dunia. Konstitusi WHO pada tahun 1946 mengemukakan beberapa asas yang luas. Konstitusi tersebut memberikan definisi terhadap “kesehatan”, yaitu: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”*¹² (keadaan keseluruhan secara fisik, mental dan sosial yang baik dan bukan hanya bebas dari penyakit atau lemah).

Pada konteks nasional, kesehatan sebagai bagian dari hak asasi manusia (HAM) dan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan. Hal ini sesuai dengan amanat Pembukaan UUD Negara Republik Indonesia (UUD NRI) Tahun 1945, yaitu Perubahan Kedua UUD NRI Tahun 1945, yang memuat jaminan konstitusional hak memperoleh pelayanan kesehatan sebagai salah satu hak asasi manusia.

Amanat UUD NRI 1945 mengenai pelayanan kesehatan tercantum dalam UUD Pasal 28H. Pasal tersebut mendapat perhatian khusus dalam amandemen UUD 1945 dan langsung sebagai amanat tertinggi yang harus

¹² https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=7

dijalankan oleh pemerintah. Pasal 28H pada ayat 1 ialah “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Dengan visi ini, maka implementasi Pasal 28H mengenai layanan kesehatan jauh lebih penting dibandingkan misalkan program lain seperti dana desa maupun subsidi energi (bahan bakar minyak/BBM), yang tidak khusus disebut sebagai amanat UUD 1945. Jaminan kesehatan adalah amanat UUD 1945 langsung.

Mengikuti pendekatan HAM, kurang lebih terdapat tiga bentuk hak yang terkait langsung dampak dari pandemi Covid-19, yaitu:

1. Hak hidup dan untuk menghidupi penghidupan (ekonomi);
2. Hak atas kesehatan, termasuk akses pada layanan dan perawatan
3. Menghadapi tantangan keterbatasan gerak/mobilisasi yang muncul selama pandemi (pembatasan jarak sosial).

Pendekatan berbasis HAM untuk kesehatan memberikan prinsip yang jelas untuk menetapkan dan mengevaluasi kebijakan kesehatan dan pemberian layanan kesehatan, menargetkan praktik non-diskriminatif dan hubungan yang setara. **WHO memiliki lima prinsip pendekatan layanan kesehatan berbasis HAM¹³**, yaitu:

1. Hak akan kesehatan merupakan hal yang inklusif

Hak akan kesehatan tidak hanya sebatas berkaitan dengan akses pada pelayanan kesehatan dan rumah sakit, melainkan termasuk perlindungan akan faktor-faktor yang dapat mendorong hidup sehat, termasuk:

- a. Air minum yang aman dan sanitasi yang layak;
- b. Makanan yang aman;
- c. Perumahan dan nutrisi yang cukup;
- d. Kondisi lingkungan dan pekerjaan yang sehat;
- e. Kesehatan yang berhubungan dengan edukasi dan informasi; dan
- f. Kesenjangan gender.

2. Hak akan kesehatan sangat bermuatan kebebasan

Setiap orang berhak terbebas dari perawatan medis seperti eksperimen, penelitian, atau sterilisasi yang dipaksa tanpa adanya persetujuan dari individu, dan terbebas dari penyiksaan atau perlakuan kejam, tidak manusiawi atau merendahkan.

3. Hak akan kesehatan mengandung hak-hak lain

Hak-hak lain tersebut adalah:

- a. Hak atas sistem perlindungan kesehatan dengan memberikan kesamaan kesempatan untuk setiap orang menikmati derajat kesehatan yang setinggi-tingginya;
- b. Hak atas pencegahan, pengobatan, dan pengendalian penyakit;

¹³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

- c. Hak atas akses pada obat esensial;
- d. Kesehatan reproduksi, ibu, dan anak;
- e. Kesamaan dan ketepatan dalam akses pelayanan kesehatan dasar;
- f. Penyediaan informasi dan edukasi tentang kesehatan;
- g. Partisipasi dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan pada tingkat masyarakat dan nasional.

4. Pelayanan kesehatan, disediakan untuk semua orang tanpa diskriminasi

Barang dan fasilitas kesehatan harus disediakan untuk semua orang tanpa diskriminasi.

5. Semua pelayanan kesehatan harus tersedia, dapat diakses, dapat diterima dan dengan kualitas yang baik.

Barang dan fasilitas kesehatan harus tersedia, dapat diakses, dapat diterima, dan dengan kualitas yang baik, dicirikan dengan:

- a. Tersedia dalam jumlah yang cukup;
- b. Secara fisik aman diakses dan secara finansial tanpa adanya diskriminasi;
- c. Menghormati etika medis dan dapat diterima secara medis dan budaya;
- d. Berdasarkan fakta/bukti ilmiah dan medis yang tepat dengan kualitas yang baik dengan tenaga terlatih dan profesional, terbukti secara ilmiah dan obat-obat yang dipergunakan belum kadaluwarsa, alat kesehatan yang baik, sanitasi yang memadai, dan air minum yang aman.

Selain lima prinsip pendekatan kesehatan berbasis HAM, WHO juga menyatakan secara jelas tentang hak-hak khusus pada kelompok populasi rentan yang terkadang tidak mendapatkan posisi yang setara, mengalami diskriminasi dan stigma negatif, serta faktor sosial-ekonomi. Kelompok populasi rentan antara lain anak-anak, perempuan, disabilitas atau hambatan lain yang memengaruhi haknya atas kesehatan.

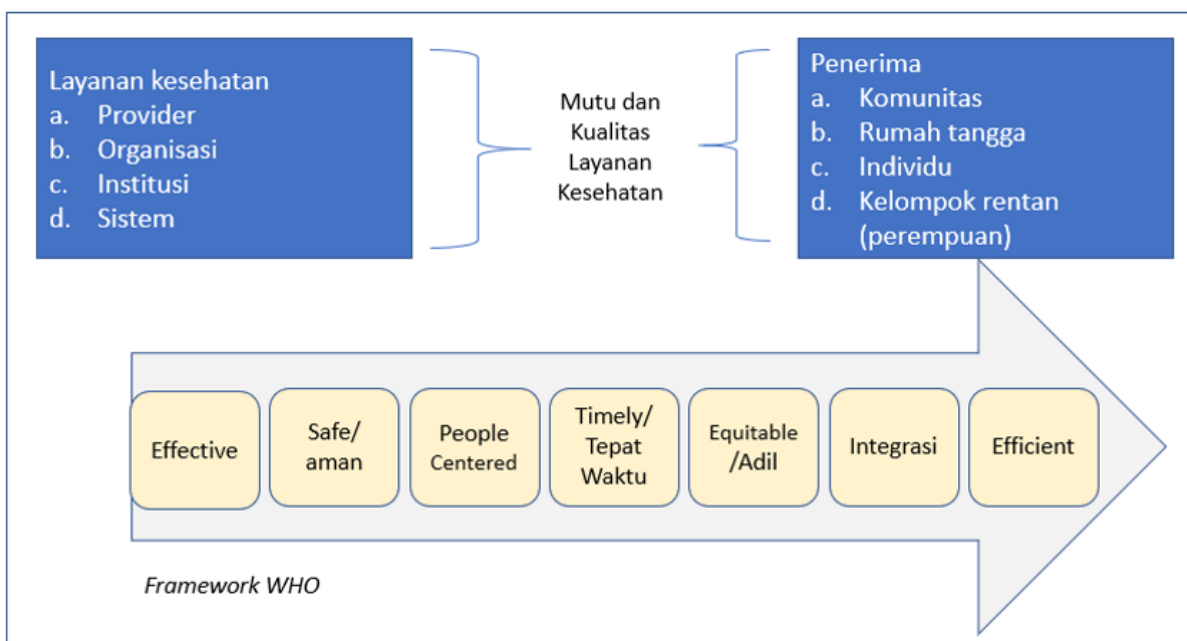
- a. Hak Kesehatan pada Kelompok Populasi Spesifik (Perempuan):
- b. Menjamin eliminasi diskriminasi pelayanan kesehatan untuk perempuan;
- c. Menjamin kesamaan akses pelayanan untuk perempuan dan laki-laki;
- d. Tersedianya pelayanan kesehatan dan memastikan kesamaan kualitas pelayanan antara perempuan dan laki-laki;
- e. Menjamin perempuan mendapatkan pelayanan yang tepat terkait dengan masa kehamilan, kelahiran anak, dan pascapersalinan, termasuk program keluarga berencana dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik;
- f. Memastikan keselamatan ibu dan menurunkan angka kematian dan kesakitan pada ibu;
- g. Kesehatan reproduksi, termasuk memampukan perempuan mengendalikan keputusannya secara bebas dan bertanggung-jawab dalam kondisi seksualitas mereka, bebas dari paksaan, kurangnya informasi, diskriminasi, dan kekerasan;

- h. Mendapatkan informasi dan akses metode keluarga berencana yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima untuk mereka pilih;
- i. Hak akan akses pelayanan kesehatan yang tepat yang dapat memungkinkan perempuan untuk hamil dan bersalin dengan aman.

Mengacu kepada prinsip pendekatan kesehatan berbasis HAM WHO, **terdapat framework yang digunakan WHO dalam memastikan dimensi mutu dan kualitas layanan kesehatan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, yaitu:**

- a. **Efektif:** Menyediakan layanan kesehatan berbasis bukti kepada mereka yang membutuhkannya;
- b. **Aman:** Menghindari bahaya bagi orang yang ditujukan untuk perawatan;
- c. **Berorientasi pada manusia/people-centered:** Memberikan perawatan yang menanggapi preferensi, kebutuhan, dan nilai individu;
- d. **Tepat waktu/timely:** Mengurangi waktu tunggu dan terkadang penundaan yang merugikan bagi penerima layanan kesehatan;
- e. **Adil/equitable:** Memberikan layanan kesehatan yang kualitasnya tidak berbeda karena usia, jenis kelamin, ras, etnis, lokasi geografi, agama, status sosial-ekonomi, bahasa atau afiliasi politik;
- f. **Terintegrasi:** Memberikan perawatan yang dikoordinasikan lintas-level/tingkatan dan penyedia dan menyediakan berbagai layanan kesehatan;
- g. **Efisien:** Memaksimalkan manfaat sumber daya yang tersedia dan menghindari pemborosan.

Berikut ini skema kerangka konseptual yang mendasari kerangka kerja survei.



Mempertimbangkan tema studi ini, yaitu aspek ketersediaan (*availability*), kemudahan menjangkau (akses), dan kualitas layanan kesehatan, maka konsep mutu dan kualitas layanan kesehatan dari *framework* WHO yang akan digunakan, kemudian diturunkan menjadi tujuh aspek pertanyaan operasional, yaitu:

- a. Ketersediaan fasilitas kesehatan berdasarkan kebutuhan kelompok masyarakat (efektivitas dan integrasi);
- b. Kemudahan akses dan jangkauan fasilitas kesehatan (aman dan tepat waktu/*timely*);
- c. Kualitas layanan kesehatan bagi warga dan kelompok rentan, yaitu buruh, pekerja informal perempuan, lansia, dan disabilitas (*people centered dan equitable*);
- d. Ketersediaan informasi dan keterbukaan anggaran pelayanan kesehatan (efisiensi);
- e. Ketersediaan mekanisme pengaduan warga (efisiensi);
- f. Konsekuensi perawatan kesehatan (*equitable*);
- g. Pengarusutamaan isu kesehatan perempuan dalam layanan kesehatan (*equitable*).

2.2. Metode dan Ruang Lingkup

2.2.1. Metode

Metode riset yang dipergunakan dalam studi ini adalah kuantitatif yang mengandalkan perolehan data dari wawancara dan kuesioner. Data yang diperoleh adalah data kuantitatif atau data yang diberi kode angka berdasarkan skala ordinal dan interval, sehingga dapat dianalisis menggunakan perhitungan matematik.

Penelitian dirancang untuk mendapatkan data primer secara langsung melalui kuesioner kepada responden dengan kriteria tertentu. Pengumpulan data dilakukan menggunakan teknik wawancara tatap muka (*face to face interview*) dengan menggunakan instrumen kuesioner. Pewawancara membacakan kuesioner kepada responden. Adapun penggalan data responden dilakukan sesuai protokol kesehatan Covid-19.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam riset ini adalah wawancara terstruktur berdasarkan kuesioner untuk memperoleh data kuantitatif tentang situasi yang ingin diketahui. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner *self-report*. Kuesioner adalah dokumen tertulis yang terdiri dari seperangkat pertanyaan, dibacakan kepada responden melalui telepon untuk memberikan pertanyaan dan mencatat jawaban.

Dilihat dari tujuan dan pengolahan data, survei ini termasuk dalam jenis riset deskriptif. Variabel yang diukur akan dideskripsikan untuk memperoleh pemahaman mengenai situasi, kondisi, dan persepsi warga.

2.2.2. Kerangka Sampling

- a. Pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* dengan tujuan menggali pengalaman kelompok rentan, khususnya perempuan di pemukiman padat, terkait penggunaan fasilitas kesehatan selama pandemi Covid-19 di 6 daerah penelitian.
- b. Parameter kriteria responden untuk survei warga mengacu kepada kategori demografi spesifik (*demographic slice*) sebagai berikut:
 1. Responden dari kelompok perempuan;
 2. Berusia di atas 30 tahun;
 3. Bertempat tinggal di kecamatan terpadat penduduk di enam wilayah;
 4. Menggunakan fasilitas kesehatan pada periode pandemi (dimulai sejak 2 Maret 2020).¹⁴

(Ini dimaksudkan untuk mewakili kelompok rentan perempuan, kelompok rentan berdasarkan kepadatan penduduk/potensi wilayah penyebaran Covid-19, dan berasal dari kelompok rentan buruh/karwayan/usia tenaga kerja).

- c. Responden diwajibkan memiliki kartu tanda penduduk.
- d. Dikarenakan penggalian data dilakukan secara tatap muka langsung, maka data populasi mengacu kepada data populasi pemerintah terbaru.
- e. Total responden dalam penelitian ini 540 orang, dengan responden per wilayah sejumlah 90 orang.
- f. Kuesioner tidak diisi mandiri oleh responden, namun dibacakan dan dipandu pengisiannya oleh enumerator. Enumerator akan dibekali dengan panduan kuesioner dan keterangan pertanyaan, serta *show card* untuk menjaga konsistensi penjelasan yang diberikan.
- g. Pembobotan data dapat dilakukan untuk menjaga proporsi demografis sampel terhadap populasi.
- h. Limitasi; jumlah sampel di tingkat kabupaten/kota cukup kecil (N=90) sehingga apabila menggunakan asumsi pencuplikan acak sederhana (*simple random sampling*) akan menghasilkan *margin of error* >10% terhadap populasi. Tingkat error tersebut terlalu besar untuk bisa digunakan sebagai generalisasi hasil terhadap populasi. Maka hasil penelitian ini terbatas pada responden penelitian ini, dan tidak untuk menggambarkan kondisi di tingkat populasi pada 6 lokasi penelitian.

2.2.3. Kendali Mutu (Quality Control)

- a. Sebanyak 10% dari seluruh hasil wawancara akan dilakukan *call-back* oleh tim QC dari tim peneliti utama.
- b. Sebanyak 100% atau seluruh hasil wawancara akan dicek ulang oleh tim peneliti utama.

¹⁴ <https://www.liputan6.com/global/read/4191815/kasus-pertama-virus-corona-di-indonesia-jadi-sorotan-dunia>

2.2.4. Pengolahan Data

- a. Data kuesioner ditabulasi di tingkat daerah kabupaten/kota dalam microsoft excel, dengan format *data entry*. Data per daerah digabungkan oleh koordinator, dan dilakukan pengecekan ulang secara acak.
- b. Peneliti utama akan menggabungkan data menjadi satu file, dan melakukan verifikasi data. Semua temuan diragukan akan dikonfirmasi ulang pada koordinator untuk diteruskan kepada enumerator. Apabila data tidak dapat dipastikan mutunya, maka akan dilakukan pengambilan data ulang pada responden yang berbeda.
- c. Analisis akan dilakukan pada unit responden yang telah diverifikasi. Apabila ada pertanyaan yang tidak dijawab oleh responden, maka akan dilakukan *listwise deletion*. Maka dalam *output* analisis deskriptif dimungkinkan terjadi variasi jumlah respons per pertanyaan.
- d. Data mentah yang sudah diverifikasi dan dapat dipertanggungjawabkan mutunya dianalisis oleh tim LD FEB UI. Analisis dilakukan dengan menggunakan *software statistic* SPSS v.19.
- e. Dalam pengolahan data mentah menjadi diskresi tim peneliti untuk menentukan data yang layak untuk dianalisis, maka dimungkinkan untuk mengeluarkan data yang dianggap sebagai *outlier*, dan melakukan pembobotan statistik apabila dibutuhkan.
- f. Analisis tabulasi silang maupun perbandingan antar-kelompok dapat dilakukan apabila ada kebutuhan dalam pelaporan.

2.2.5. Lokasi Studi

Wilayah sampling studi ini ada di tingkat kecamatan sesuai karakteristik kepadatan penduduk. Kabupaten/kota yang menjadi tempat studi ini berlangsung adalah sebagai berikut.

1. Kab. Tangerang (Pasar Kemis, Cikupa, Rajeg)
2. Kota Surabaya (Simokerto, Sawahan, Tambaksari)
3. Kota Malang (Sukun, Kedung Kandang, Klojen)
4. Kota Makassar (Tallo, Bontoa, Makassar)
5. Kota Semarang (Semarang Selatan, Pedurungan, Semarang Barat)
6. Kota Padang (Koto Tengah, Padang Timur, Padang Utara)

2.2.6. Responden dan Instrumen

Studi ini fokus pada fenomena “pengalaman menggunakan layanan kesehatan selama pandemi Covid-19, khususnya perempuan dengan sosial-ekonomi bawah (padat penduduk, penghasilan rendah) di 6 lokasi”. Berdasarkan dasar tersebut, populasi dari survei dalam studi ini adalah perempuan usia produktif yang berasal dari kecamatan padat penduduk dan ekonomi rendah di masing-masing wilayah penelitian, yang menggunakan layanan kesehatan selama pandemi.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Berdasarkan kriteria, responden dari survei diambil di 6 daerah mengacu kepada kategori demografi sebagai berikut:

- a. Responden dari kelompok perempuan;
- b. Berusia di atas 30 tahun (pertimbangan di atas 30 tahun agar lebih spesifik kepada perempuan produktif dan perempuan lansia);
- c. Bertempat tinggal pada kecamatan terpadat penduduk di enam wilayah;
- d. Menggunakan fasilitas kesehatan pada periode pandemi (dimulai sejak 2 Maret 2020).

Instrumen yang digunakan untuk mendapatkan data dalam studi ini adalah kuesioner yang terdiri dari 8 bagian mengenai ketersediaan dan kualitas aspek-aspek pelayanan kesehatan, ditambah satu kelompok pertanyaan yang terkait dengan keanggotaan di BPJS Kesehatan. Cakupannya sebagai berikut:

- a. Ketersediaan fasilitas kesehatan berdasarkan kebutuhan kelompok masyarakat (*health care utilisation*/akses primer dan sekunder);
- b. Kemudahan akses dan jangkauan fasilitas kesehatan;
- c. Kualitas layanan kesehatan bagi warga dan kelompok rentan (buruh, pekerja informal, lansia, dan disabilitas) hanya bisa ditanyakan sebagai persepsi kecuali responden termasuk dalam kategori ini (sudah ditanyakan di bagian kontrol/pertanyaan demografi);
- d. Ketersediaan informasi dan keterbukaan anggaran pelayanan kesehatan;
- e. Ketersediaan mekanisme pengaduan warga;
- f. Konsekuensi perawatan kesehatan;
- g. Pengarusutamaan isu kesehatan perempuan dalam layanan kesehatan;
- h. Kondisi dan karakteristik pelayanan kesehatan selama masa pandemi Covid-19.





BAB 3

TEMUAN STUDI

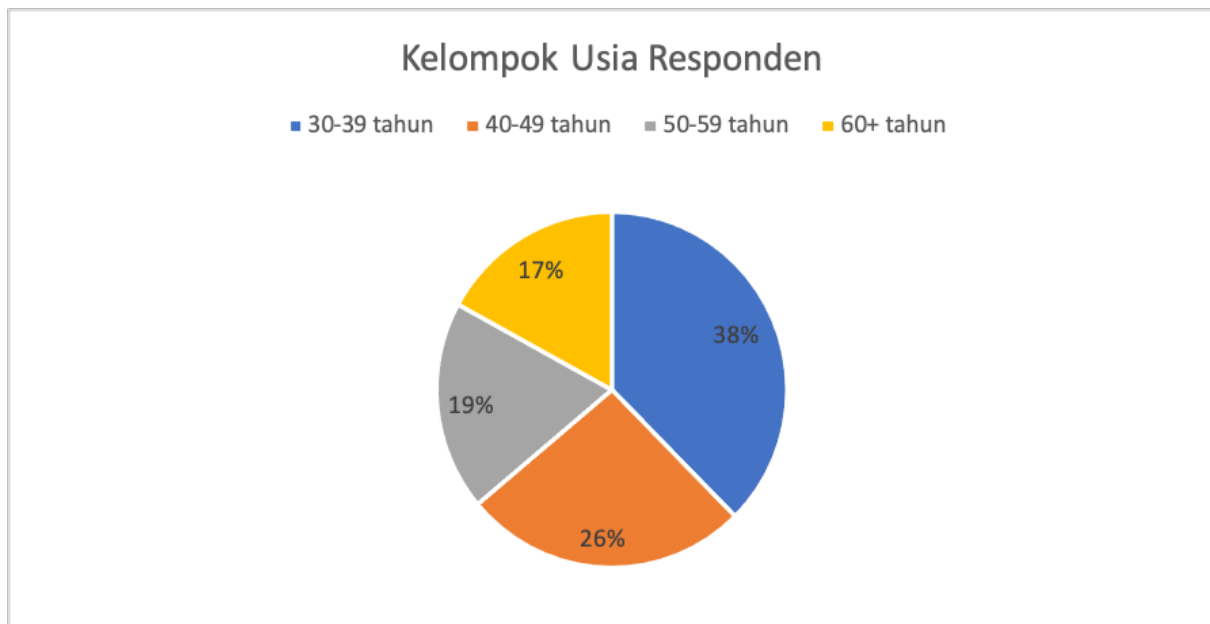
Studi ini memperoleh berbagai temuan sesuai dengan pertanyaan penelitian dan pertanyaan-pertanyaan yang diajukan menggunakan kuesioner. Temuan studi dipaparkan di bab ini. Pada bagian akhir bab didiskusikan beberapa temuan penting.

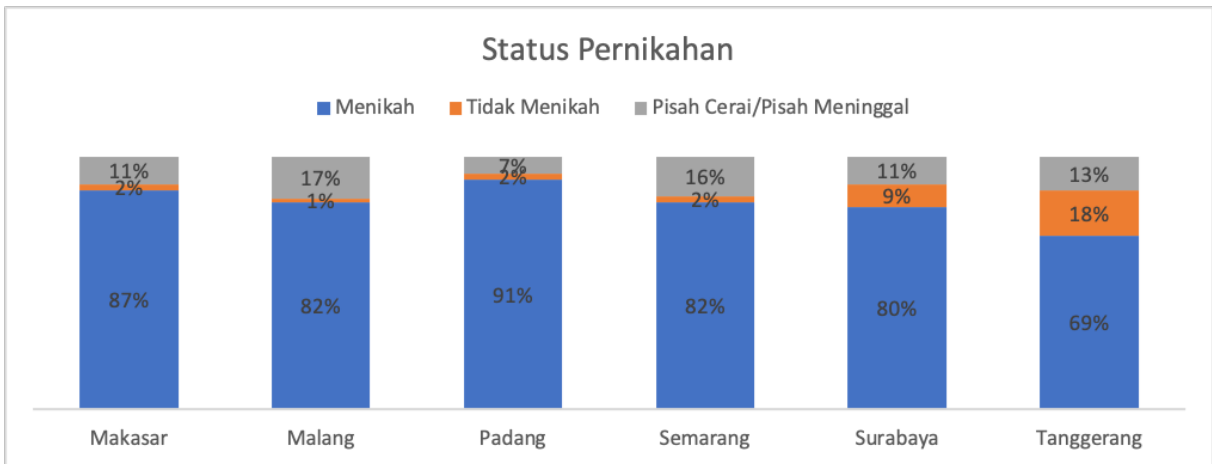
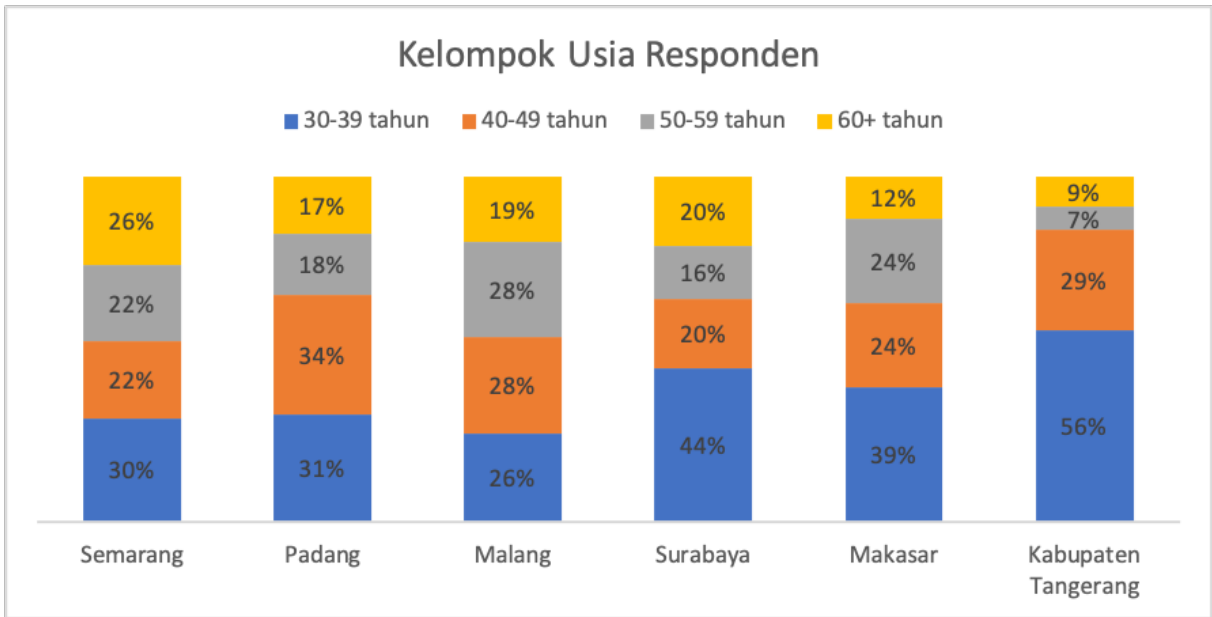
3.1. Gambaran Demografi

Sesuai dengan rencana setiap kecamatan yang ada di lima kabupaten/kota yang disurvei, diperoleh 30 responden masing-masing.

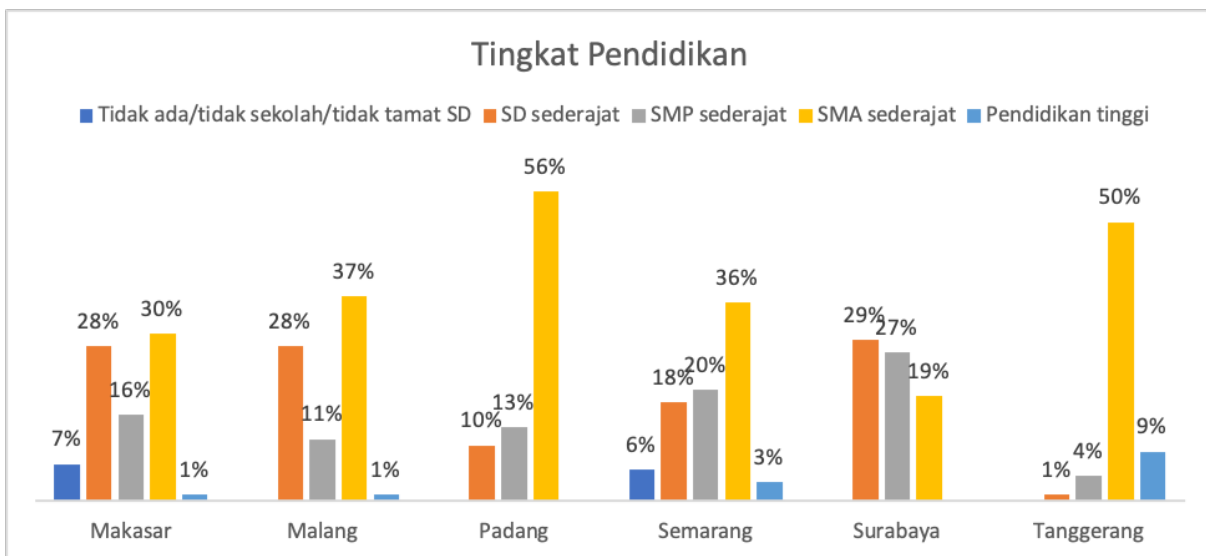
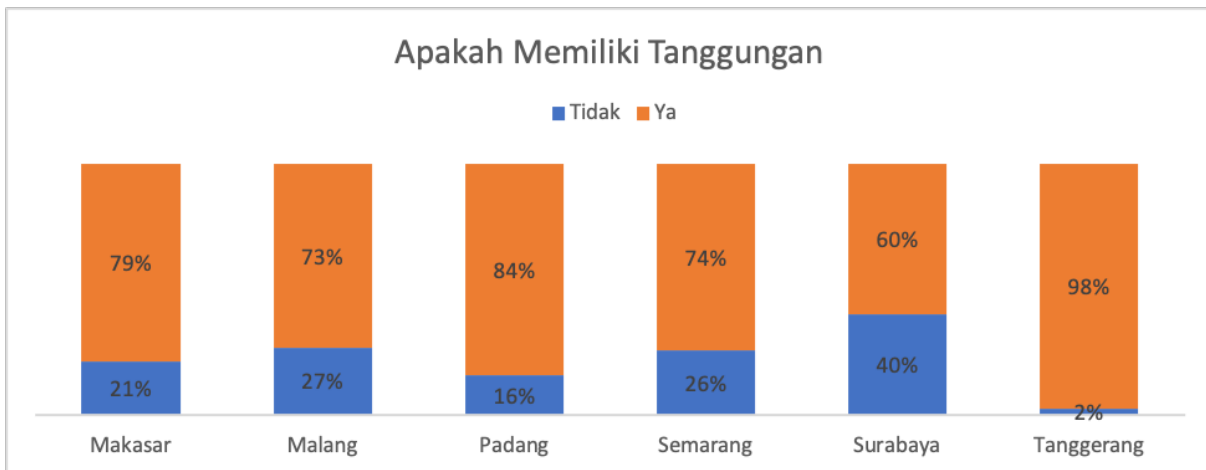
Semarang	N	Padang	N	Malang	N
Semarang - Semarang Selatan	30	Padang - Koto Tengah	30	Malang - Sukun	30
Semarang - Pedurungan	30	Padang - Padang Timur	30	Malang - Kedung Kandang	30
Semarang - Semarang Barat	30	Padang - Padang Utara	30	Malang - Klojen	30
Surabaya	N	Makassar	N	Kabupaten Tangerang	N
Surabaya - Simokerto	30	Makassar - Biringkanaya	30	Kab. Tangerang - Pasar Kemis	30
Surabaya - Sawahan	30	Makassar - Tamalate	30	Kab. Tangerang - Cikupa	30
Surabaya - Tambaksari	30	Makassar - Rappocini	30	Kab. Tangerang - Rajeg	30

Kebanyakan responden adalah perempuan berusia 30 sampai 49 tahun (64%) yang sudah menikah (69% - 91%), memiliki tanggungan (60% - 98%) dan dapat menginformasikan keadaan keluarga mereka masing-masing. Rata-rata usia responden dari Kabupaten Tangerang (41.3 tahun) lebih rendah dibandingkan rata-rata responden dari wilayah lainnya (45.2 tahun – 48.9 tahun).



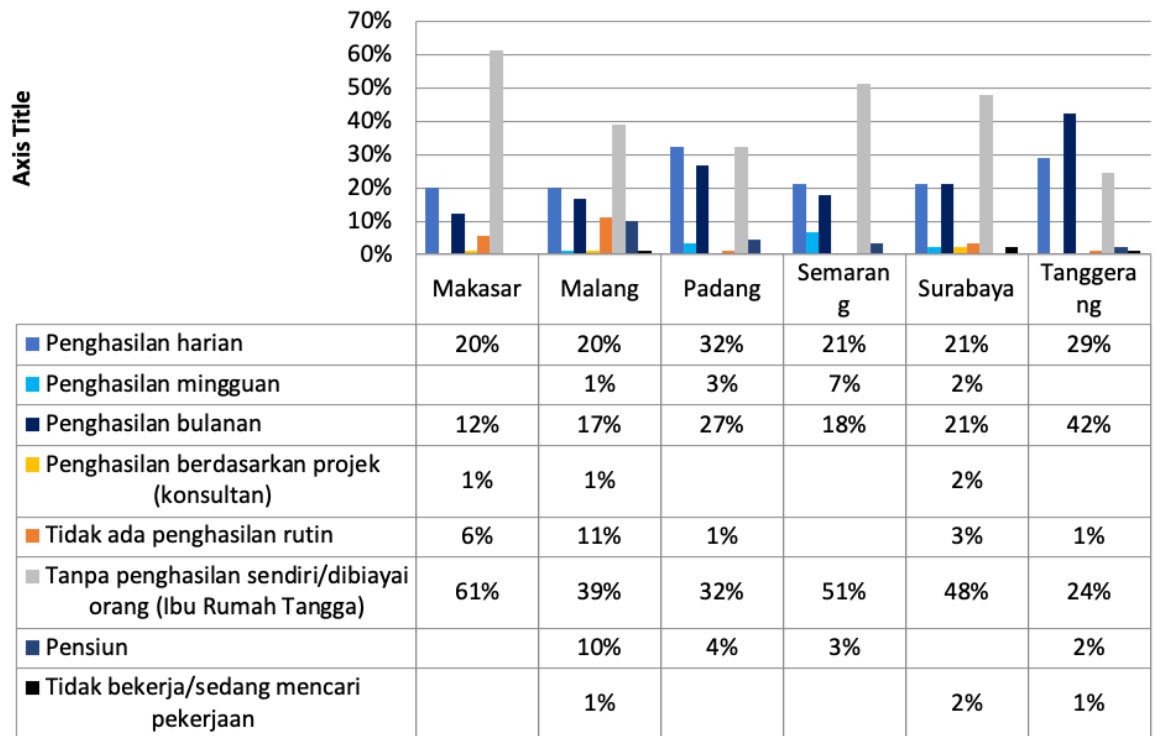


Kebanyakan responden memiliki tingkat pendidikan SMA dan sederajat. Di Makassar, Malang, Semarang, dan Surabaya banyak responden berpendidikan SD. Di Surabaya lebih banyak responden yang berpendidikan SD dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan lainnya. Responden di Kota Padang dan Kabupaten Tangerang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan responden di wilayah penelitian lainnya.

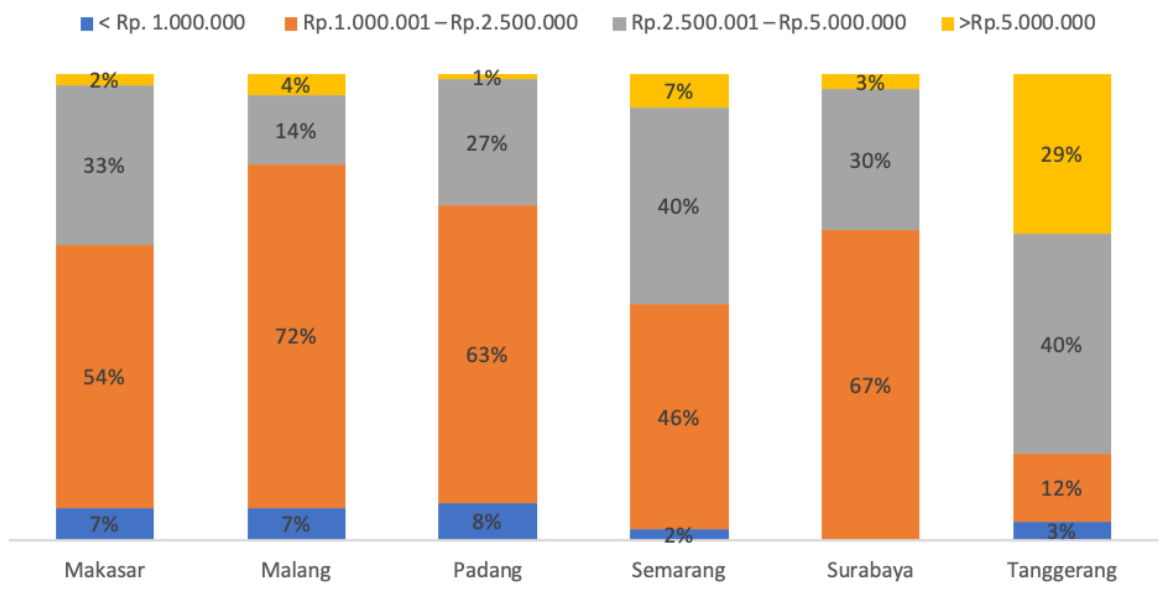


Kebanyakan responden adalah perempuan yang tidak memiliki penghasilan sendiri atau dibiaya orang lain. Mereka kebanyakan ibu rumah tangga. Banyak responden yang memiliki penghasilan harian dan bulanan. Kebanyakan dari mereka memiliki penghasilan di rentang Rp.1.000.000,00 - Rp.2.500.000,00 disusul responden berpenghasilan di rentang Rp.2.500.000,00 - 5.000.000,00. Responden kebanyakan bekerja di sektor bahan pangan atau makanan. Penghasilan responden tidak menggambarkan kondisi ekonomi rumah tangga secara keseluruhan, karena tidak menghitung penghasilan oleh pasangan mereka, ataupun kontribusi anggota keluarga lainnya. Data penghasilan bertujuan untuk menggambarkan tingkat otonomi responden untuk membuat keputusan finansial. Responden dari Makassar, Semarang, dan Surabaya memiliki otonomi paling rendah karena setengah atau lebih tidak memiliki penghasilan sendiri. Sepertiga responden dari Malang dan Padang juga tidak memiliki penghasilan sendiri, dan seperempat dari responden Kabupaten Tangerang juga tidak memiliki penghasilan sendiri. Apabila dilihat pada responden yang memiliki penghasilan pribadi, maka responden dari Kabupaten Tangerang memiliki kemampuan finansial mandiri yang paling tinggi dibandingkan responden dari wilayah lainnya.

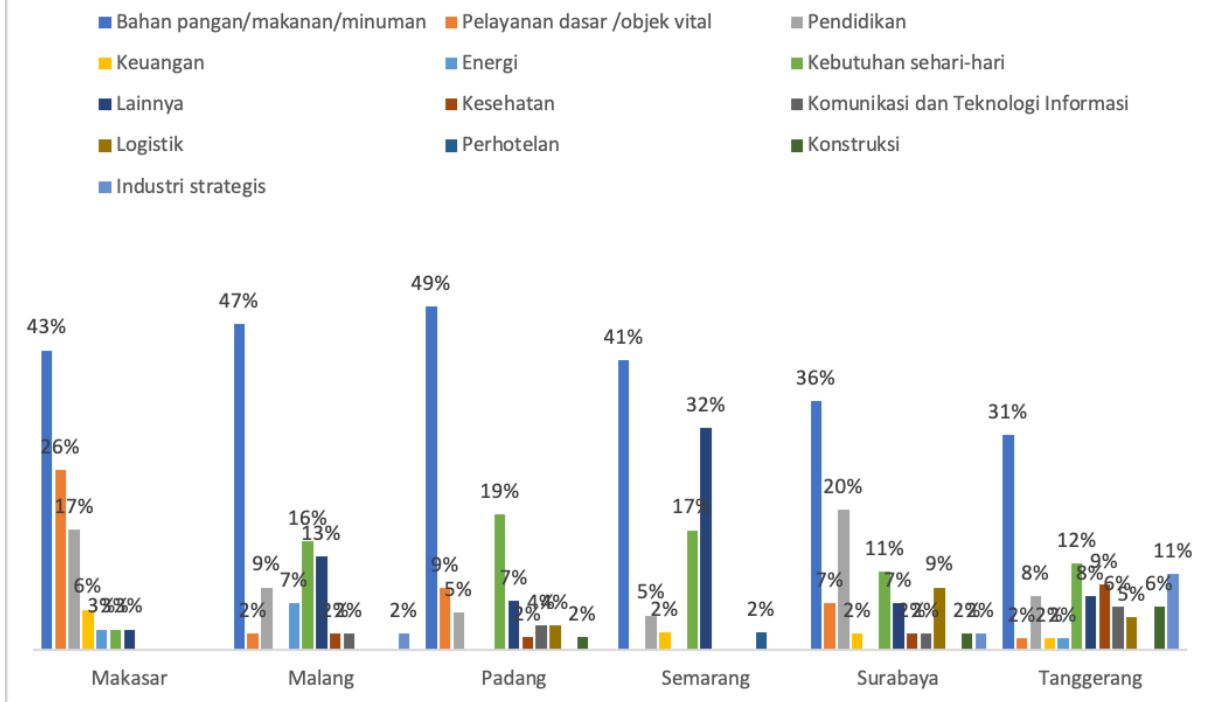
Bentuk Penghasilan/pemasukan Pribadi utama



Penghasilan pribadi di bulan lalu (tahun 2021)



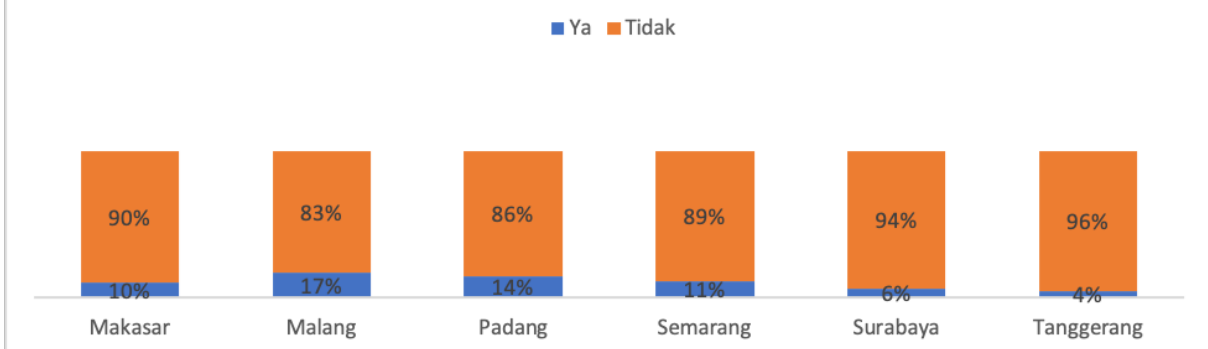
Apa sektor pekerjaan anda (Responden yang memiliki penghasilan pribadi)

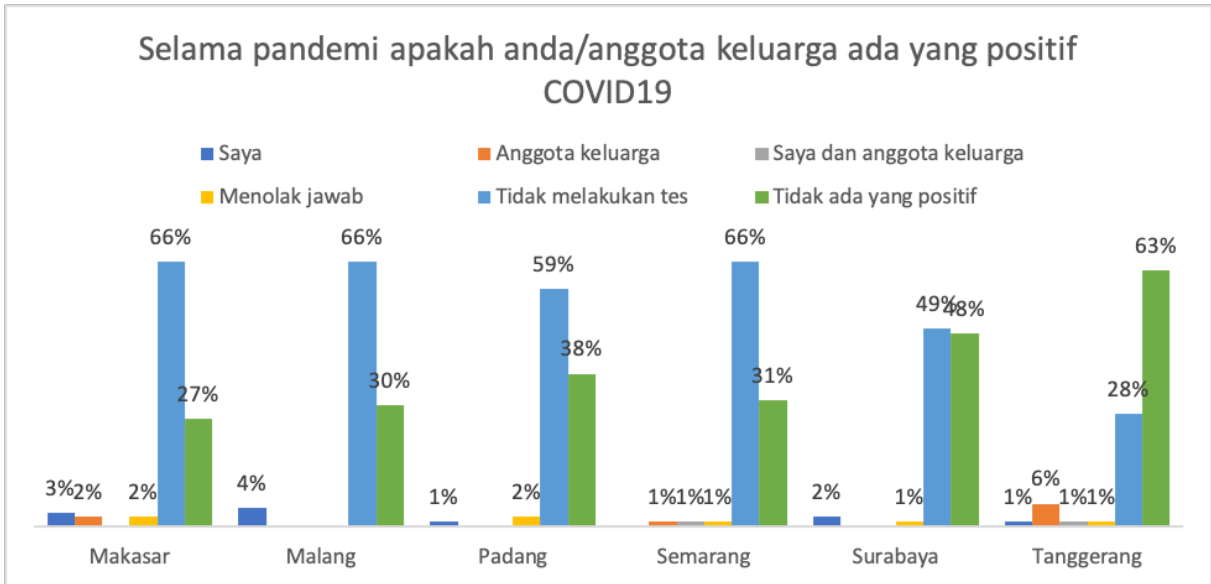


3.2. Dampak Pandemi Covid-19 pada Kesehatan

Kebanyakan dari responden (>80%) mengaku tidak pernah merasakan atau mengalami gejala terpapar Covid-19, dan hanya 1% - 4% responden yang positif Covid-19. Kesadaran melakukan tes mandiri pada responden maupun anggota keluarganya masih rendah. Lebih dari setengah responden (66%) di Makassar, Malang, dan Semarang tidak melakukan tes, baik untuk dirinya maupun anggota keluarganya. Selain itu, hanya setengah yang melakukan tes di Surabaya untuk dirinya maupun anggota keluarga. Hanya responden di Kabupaten Tangerang yang memiliki kesadaran lebih untuk melakukan tes bagi dirinya dan anggota keluarga (72%). Kesadaran melakukan tes mandiri oleh warga sangat penting, karena mayoritas penderita Covid-19 hanya menunjukkan gejala ringan atau tanpa gejala (60-80%).

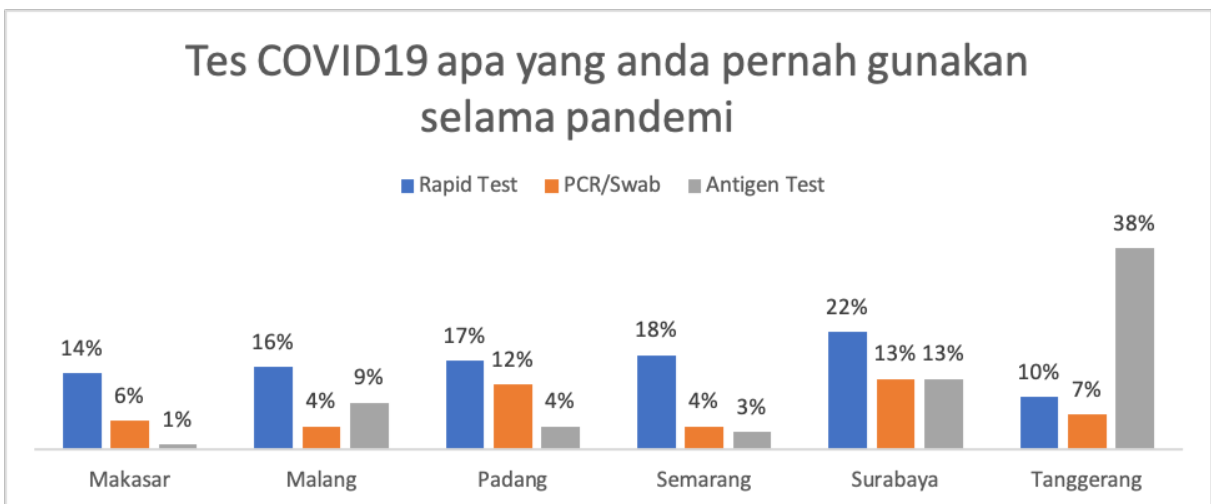
Selama Pandemi COVID19 (bulan Maret 2020 – hingga Februari 2021) apakah anda pernah merasa menunjukkan gejala terpapar COVID19 (mis. suhu tinggi, hilang penciuman, sesak napas)



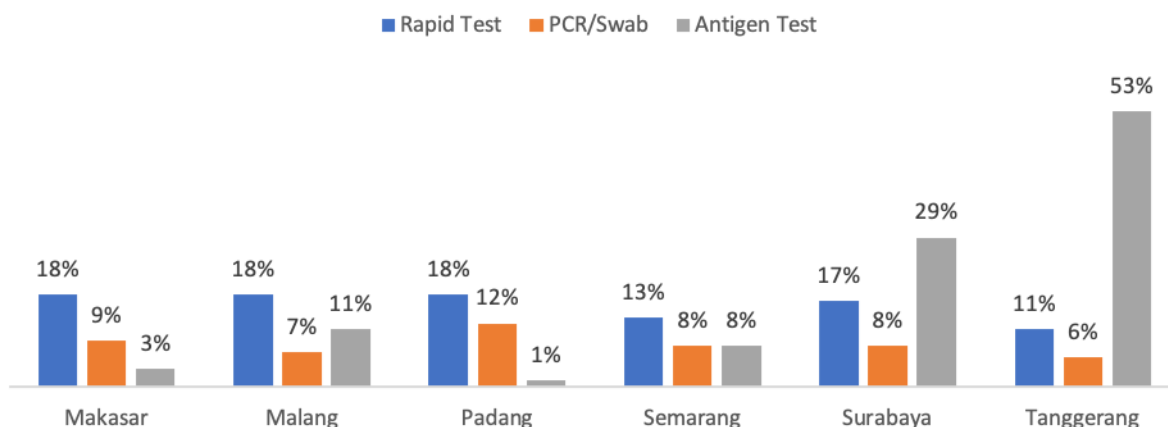


[<https://www.tribunnews.com/corona/2021/07/06/80-persen-penderita-covid-19-otg-dan-gejala-ringan-simak-tips-isolasi-mandiri-dari-epidemiolog>; <https://www.suara.com/news/2021/07/19/144611/kemenkes-60-80-persen-pasien-covid-19-di-indonesia-bergejala-ringan-dan-otg>]

Jenis tes mandiri yang paling banyak digunakan oleh responden adalah rapid test (10%-20%), hanya di Kabupaten Tangerang penggunaan tes antigen lebih tinggi (38%). Tes pada anggota keluarga, rapid test paling banyak digunakan oleh anggota keluarga responden di Makassar, Malang, Padang, dan Semarang (11%-18%). Sementara, anggota keluarga responden di Surabaya dan Kabupaten Tangerang lebih banyak menggunakan tes antigen (29%, dan 53%).



Tes COVID19 apa yang pernah digunakan oleh anggota keluarga anda

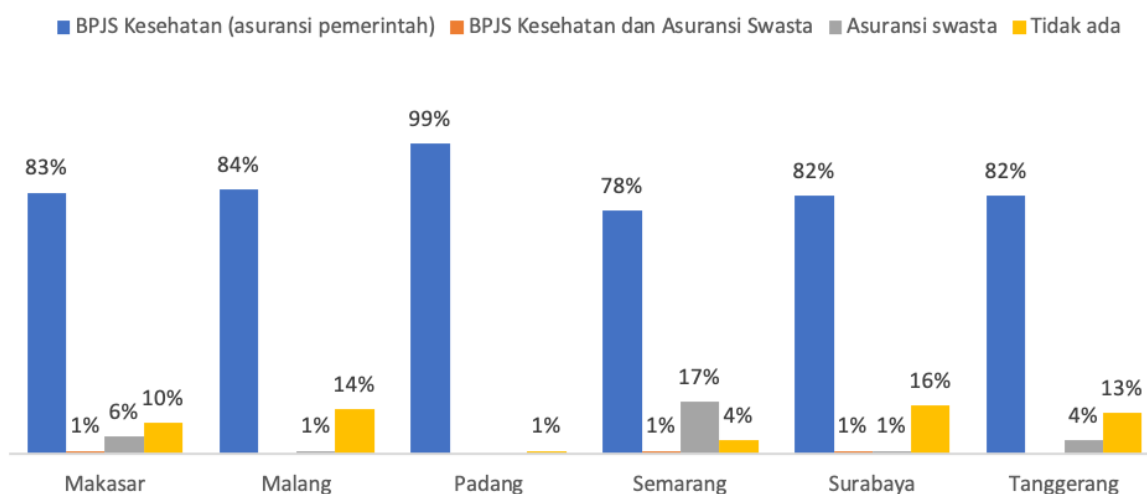


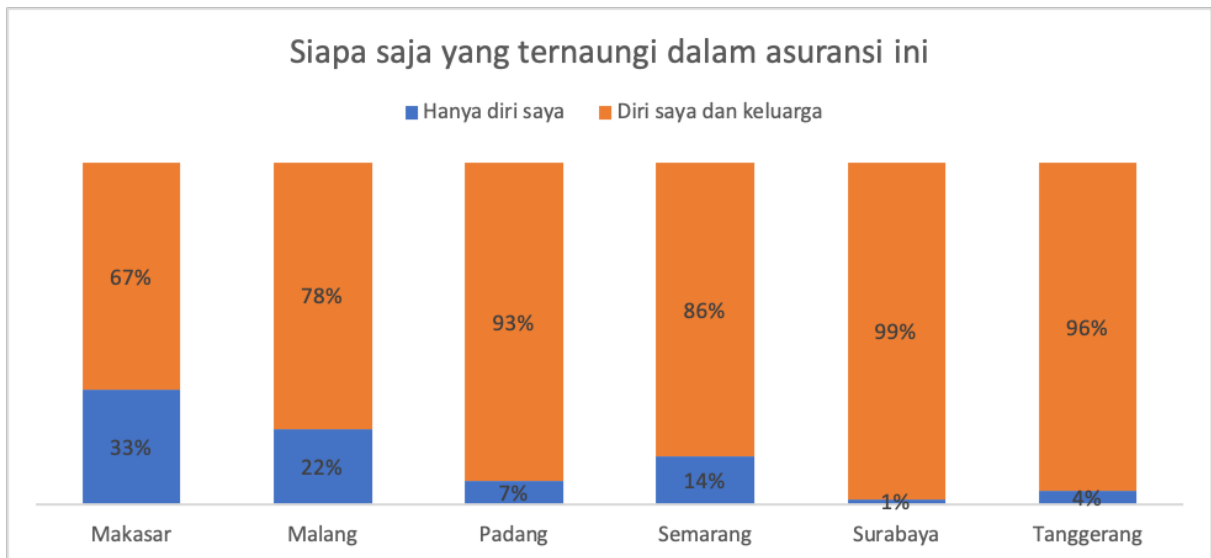
3.3. Jaminan Kesehatan dan Sosial

Dalam proteksi kesehatan dan sosial, ditanyakan kepada responden mengenai asuransi yang mereka ikuti. Hampir semua dari responden memiliki asuransi BPJS Kesehatan dan sepenuhnya mengandalkan asuransi dari pemerintah. Sangat sedikit yang memiliki asuransi swasta dan ada sebagian kecil responden yang tidak memiliki asuransi. Asuransi yang diikuti itu mencakup naungan jaminan kesehatan untuk keluarga.

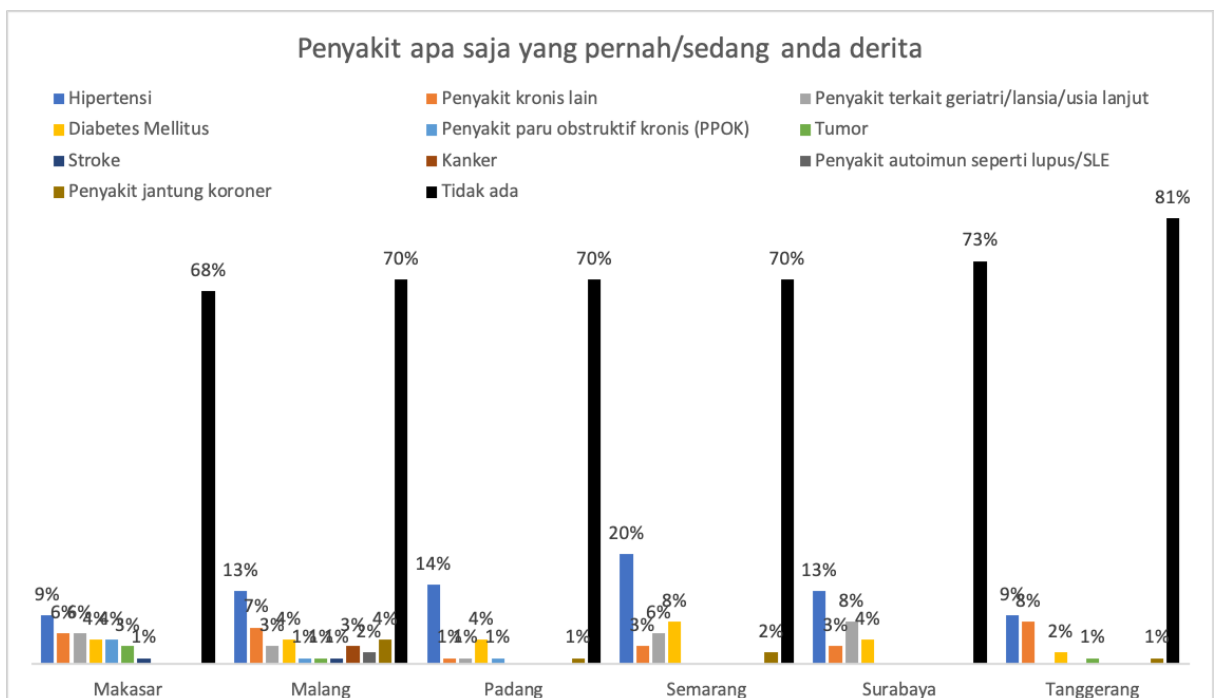
Mayoritas responden di tiap lokasi penelitian memiliki asuransi kesehatan BPJS Kesehatan (78%-99%). Sebagian kecil responden dari Semarang (17%), Makassar (6%), dan Kabupaten Tangerang (4%) memiliki asuransi swasta. Jumlah responden yang tidak memiliki asuransi relatif rendah, antara 1%-16% berdasarkan wilayah penelitian. Di antara responden yang memiliki asuransi, mayoritas mencakup dirinya dan keluarga (67%-96%).

Asuransi kesehatan apa saja yang anda miliki saat ini





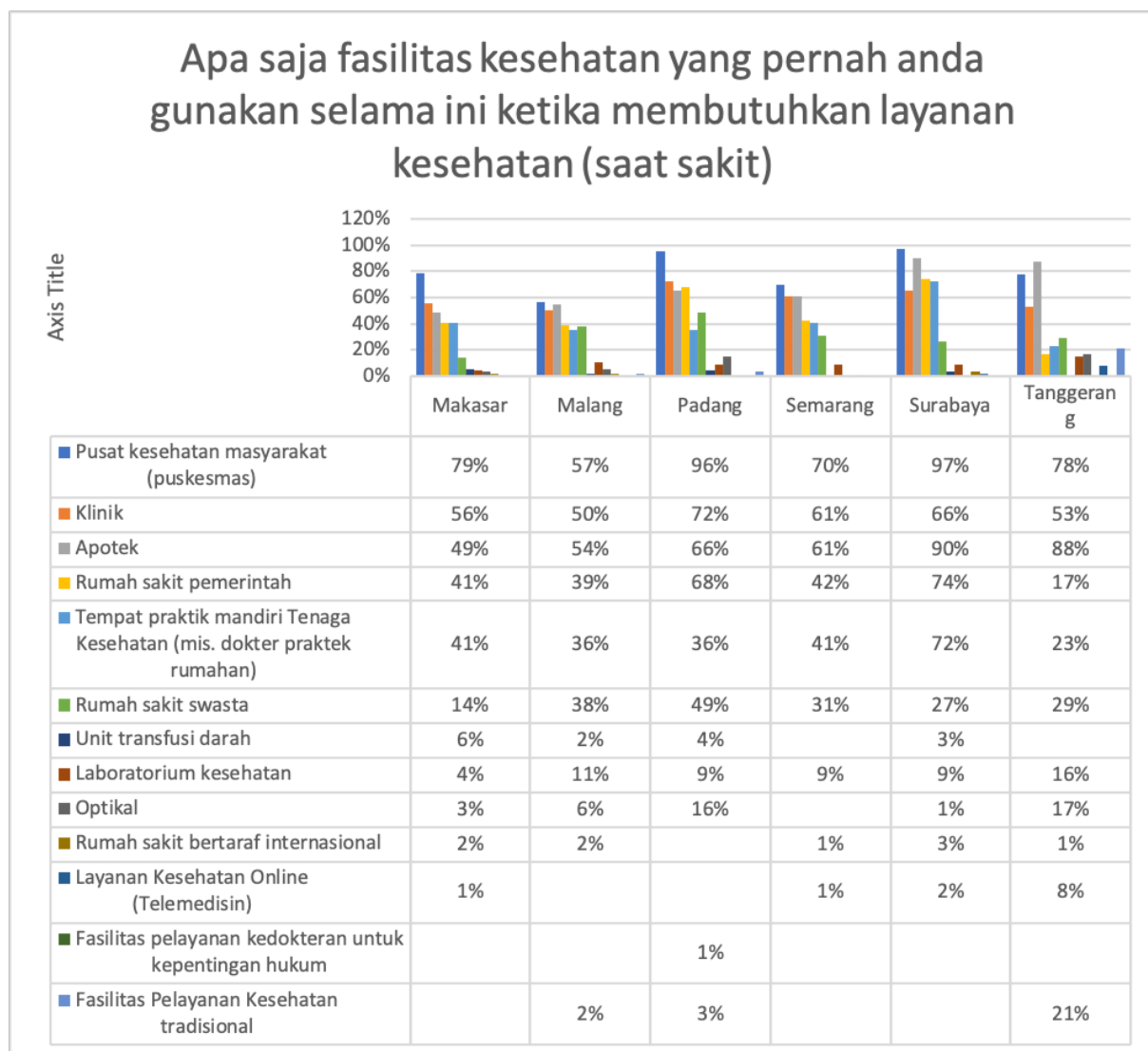
Segi kesehatan, mayoritas responden penelitian tidak memiliki penyakit berat (68%-81%). Penyakit yang paling banyak diderita responden adalah hipertensi (9%-20%), tertinggi pada responden di Semarang.



3.4. Ketersediaan Fasilitas dan Layanan Kesehatan

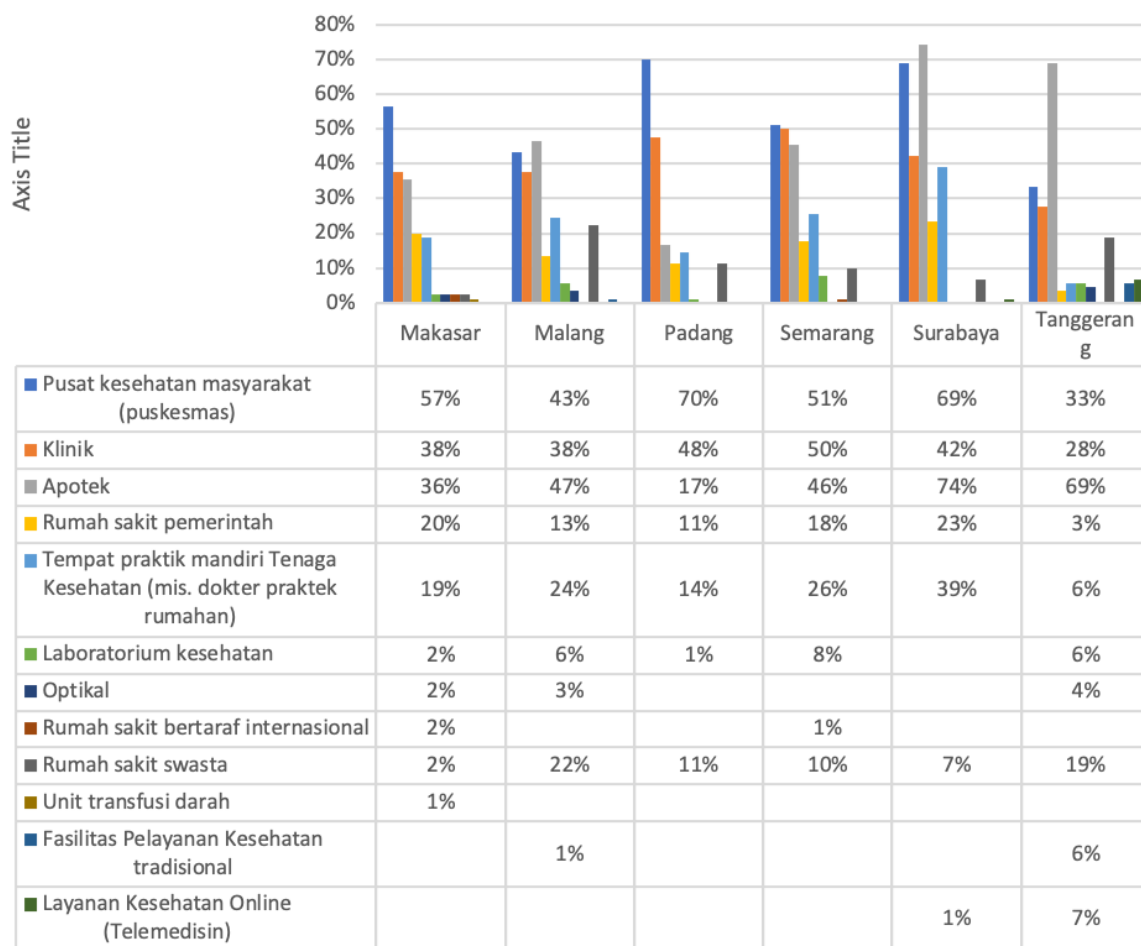
Tabel dan grafik berikut ini menggambarkan ketersediaan fasilitas kesehatan berdasarkan kebutuhan kelompok masyarakat (health care utilisation/akses primer dan sekunder) dan kemudahan akses dan jangkauan fasilitas kesehatan.

Selama ini responden di Makassar, Padang, Semarang, dan Surabaya paling banyak menggunakan fasilitas kesehatan Puskesmas (70%-97%). Responden dari Kabupaten Tangerang paling banyak menggunakan apotek (88%). Walaupun demikian, cukup banyak yang menggunakan Puskesmas (78%). Fasilitas apotek juga banyak digunakan oleh responden dari Surabaya (90%). Responden dari Malang sama banyaknya yang menggunakan Puskesmas (57%) dan apotek (54%).



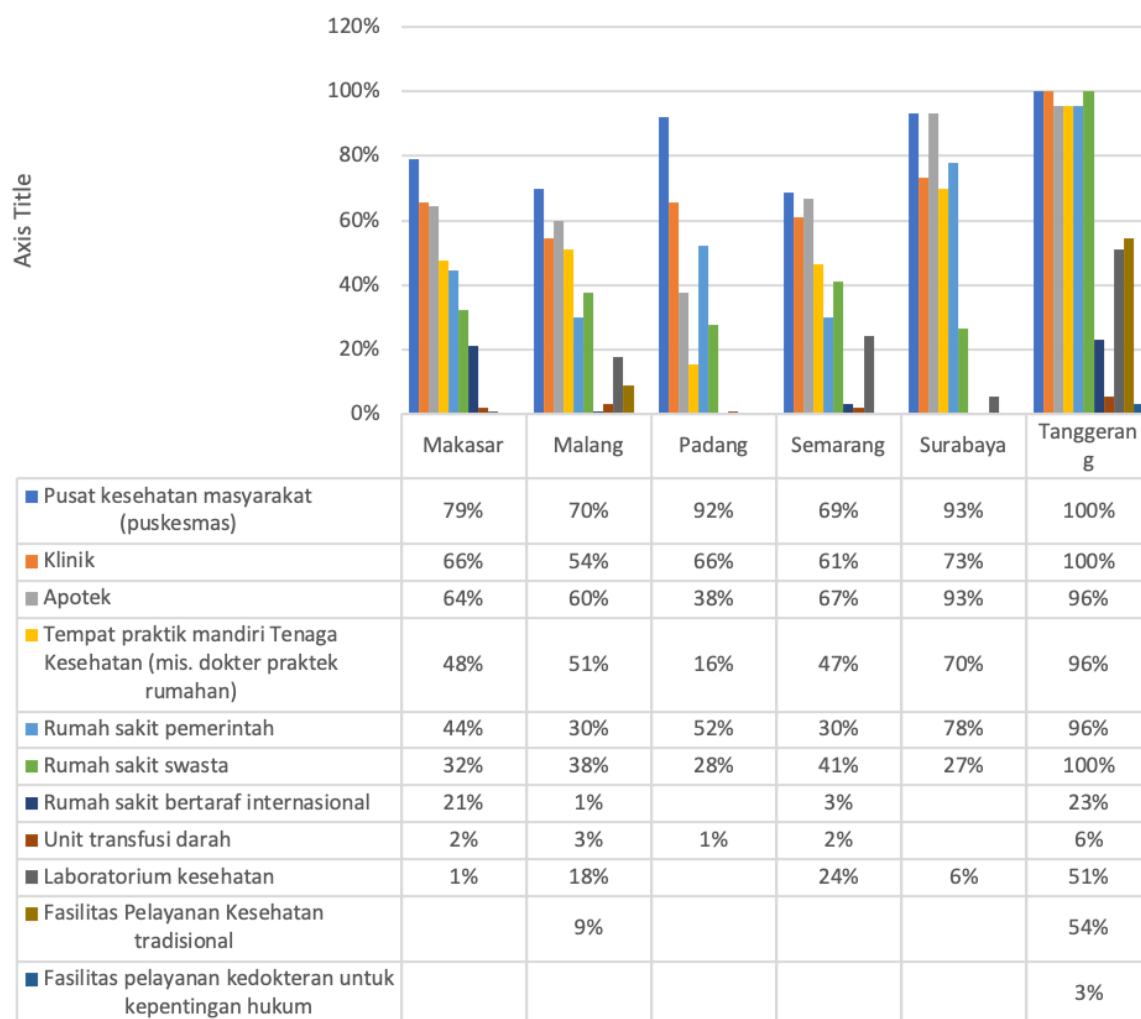
Selama pandemi Covid-19, responden di Makassar, Malang, dan Padang paling banyak menggunakan Puskesmas (43%-70%). Responden di Surabaya (74%) dan Kabupaten Tangerang (69%) lebih banyak yang menggunakan apotek, walau demikian penggunaan Puskesmas juga tinggi di Surabaya (69%). Responden di Malang dan Semarang cukup sebanding dalam menggunakan Puskesmas, klinik, dan apotek selama pandemi.

Selama Pandemi Covid-19 (bulan Maret 2020 – hingga Februari 2021) apa saja fasilitas kesehatan yang anda gunakan



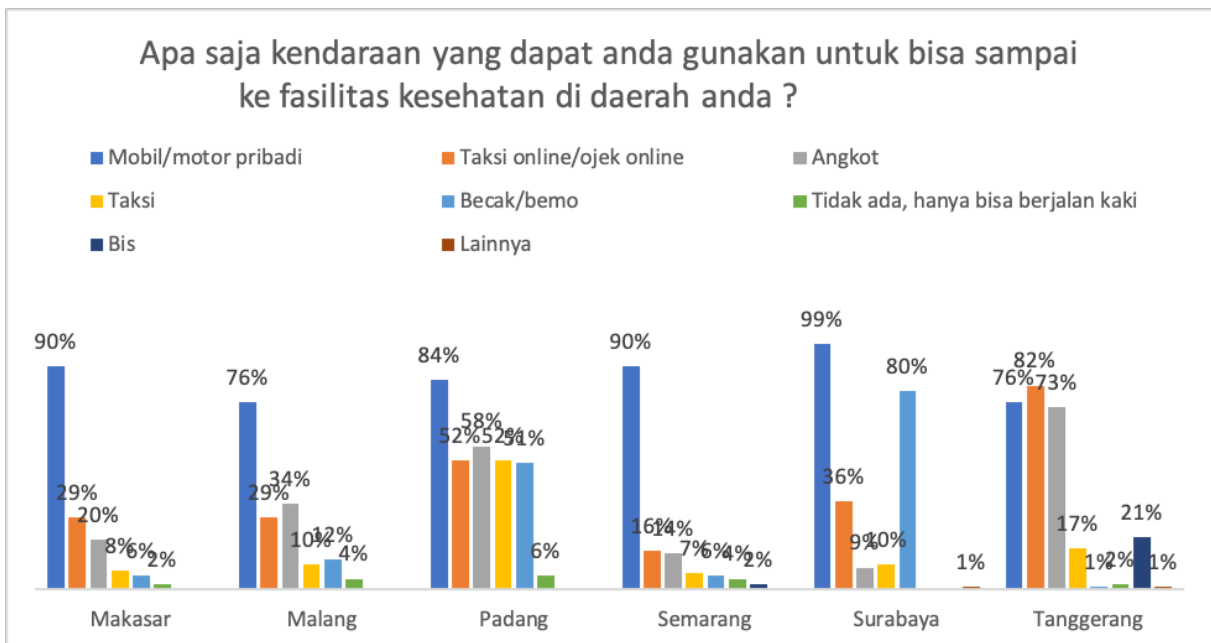
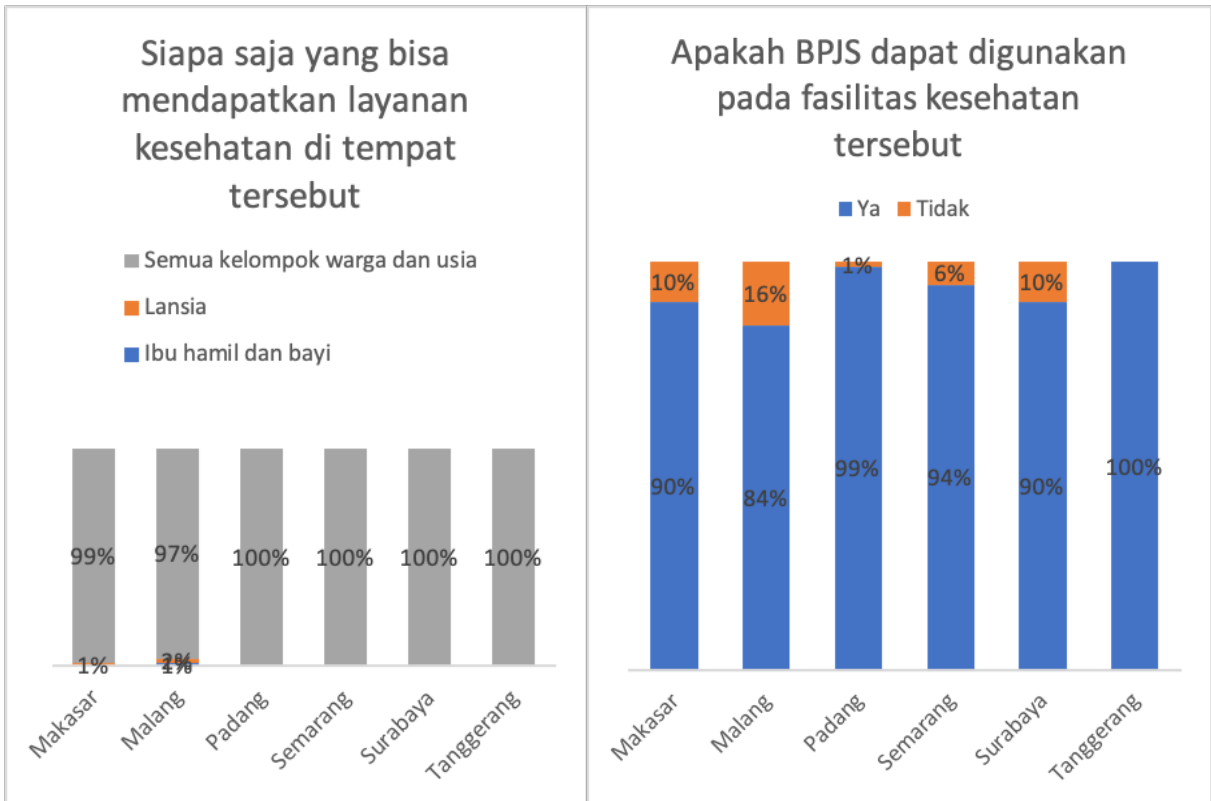
Responden di Kabupaten Tangerang memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang paling baik dibandingkan wilayah penelitian lainnya. Hampir seluruh responden memiliki akses terhadap Puskesmas, klinik, apotek, tempat praktik mandiri, RS swasta dan RS pemerintah. Bagi responden di Makassar, Malang, dan Padang, akses layanan kesehatan yang paling banyak adalah Puskesmas (70%-92%). Responden di Semarang dan Surabaya memiliki akses yang sebanding antara Puskesmas dengan apotek. Setelah responden dari Kabupaten Tangerang, responden dari Surabaya memiliki akses layanan kesehatan kedua terbaik. Lebih dari 70% responden memiliki akses ke Puskesmas, apotek, klinik, tempat praktik mandiri, dan RS pemerintah. Layanan kesehatan tradisional, yang paling banyak memiliki akses adalah responden dari Kabupaten Tangerang (54%). Secara keseluruhan, fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh responden memberikan layanan untuk semua kelompok warga dan menerima BPJS.

Apa saja tempat layanan kesehatan yang dapat anda jangkau dalam 30 menit dari tempat anda tinggal



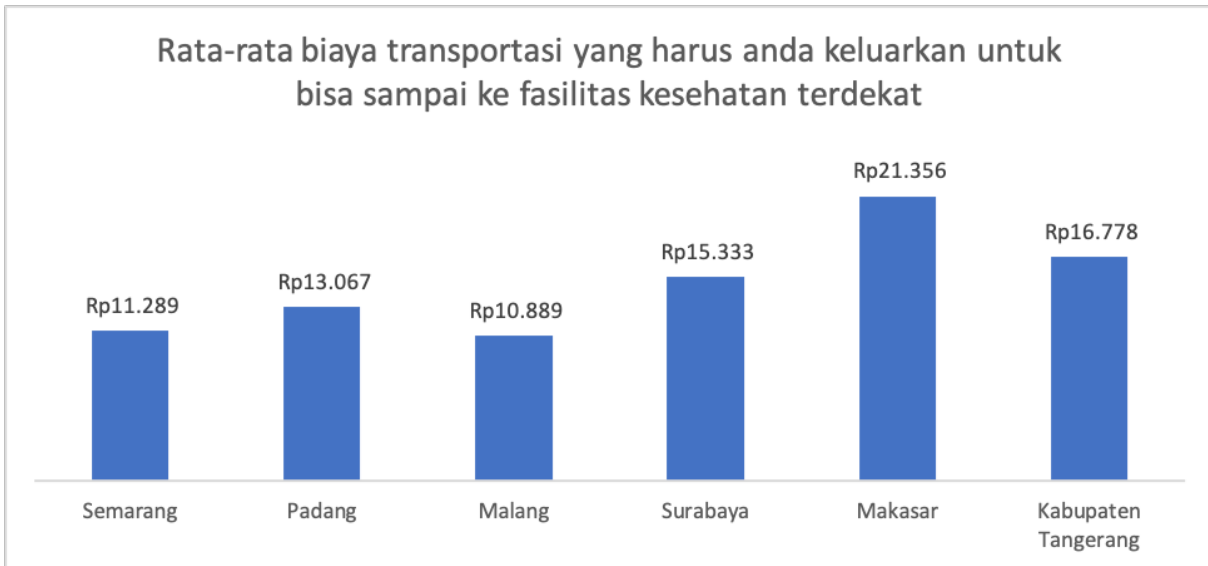
Hampir seluruh responden dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan kendaraan pribadi (76%-99%). Berdasarkan data demografi, kendaraan pribadi yang dimiliki responden adalah kendaraan roda dua. Responden dari Padang dan Kabupaten Tangerang memiliki akses yang lebih beragam untuk menuju ke tempat fasilitas kesehatan. Rata-rata biaya yang dibutuhkan untuk sampai ke fasilitas kesehatan terdekat beragam antar-wilayah survei, antara Rp. 11.000,00 s/d Rp.21.000,00. Responden dari Makassar rata-rata mengeluarkan dua kali lipat biaya dibandingkan responden dari Malang.

Mayoritas responden di Makassar (53%), Malang (40%), dan Padang (44%) merasa sangat membutuhkan layanan fasilitas kesehatan. Responden di Semarang paling banyak yang merasa pasti membutuhkan layanan fasilitas kesehatan (42%). Responden di Surabaya terbagi antara yang merasa cukup membutuhkan (45%) dan pasti membutuhkan (37%). Responden

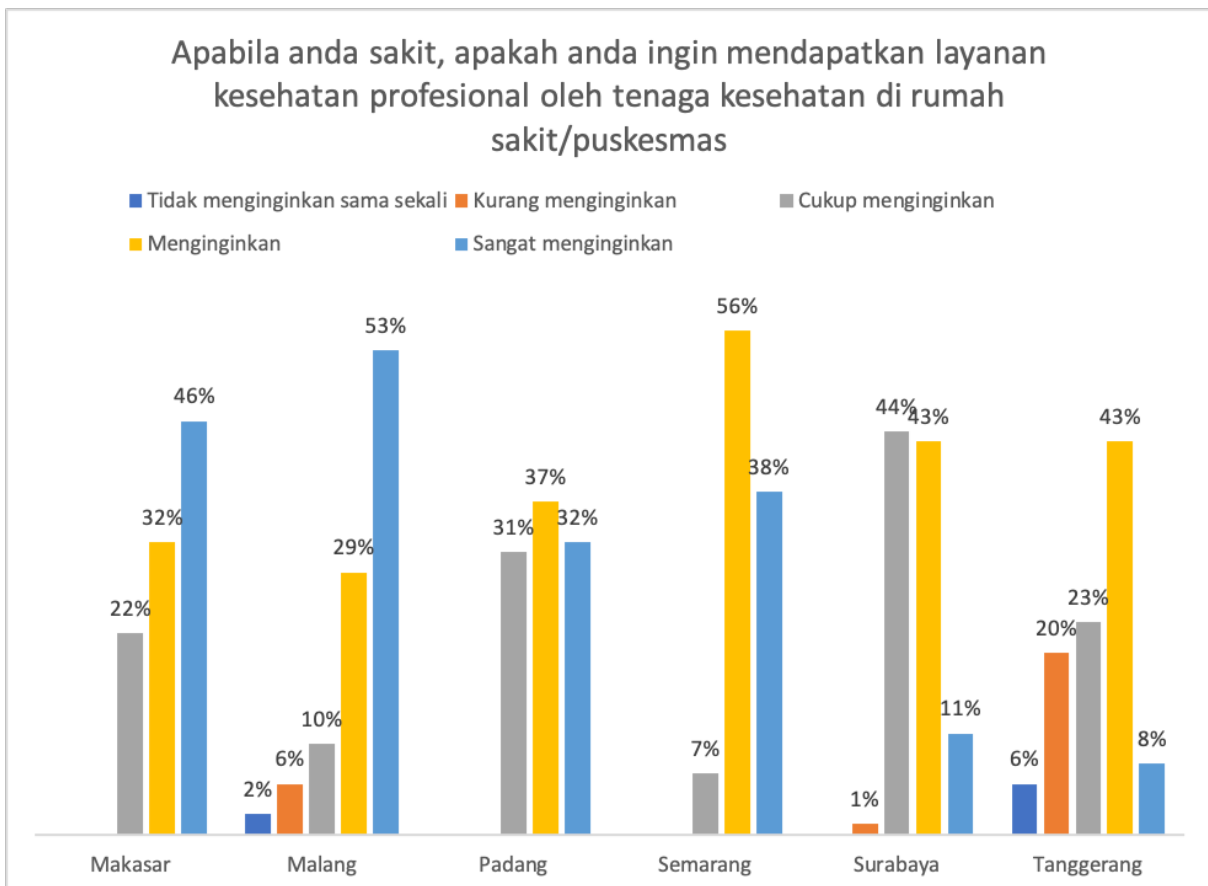


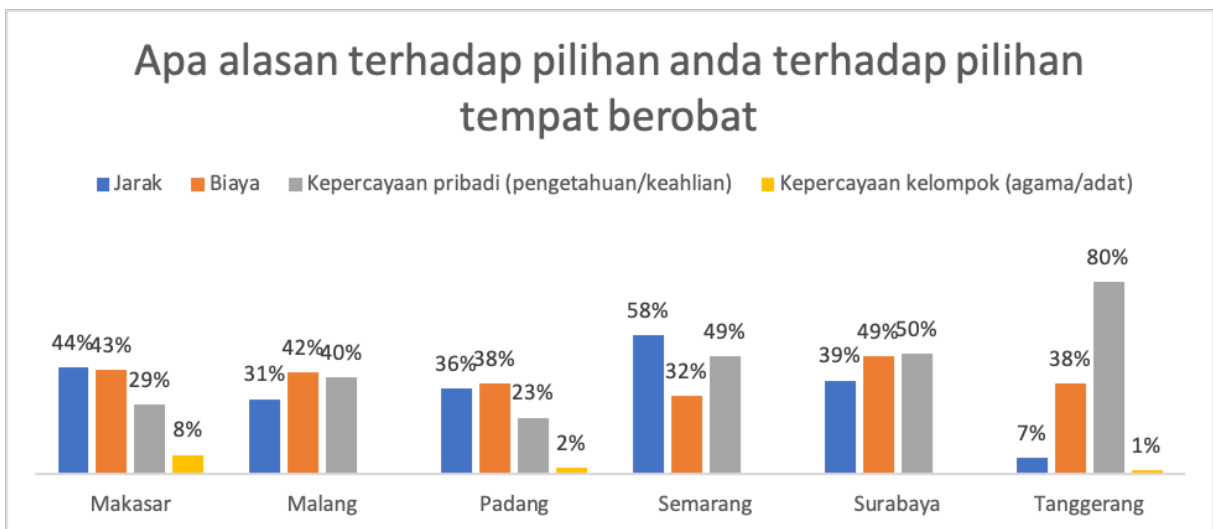
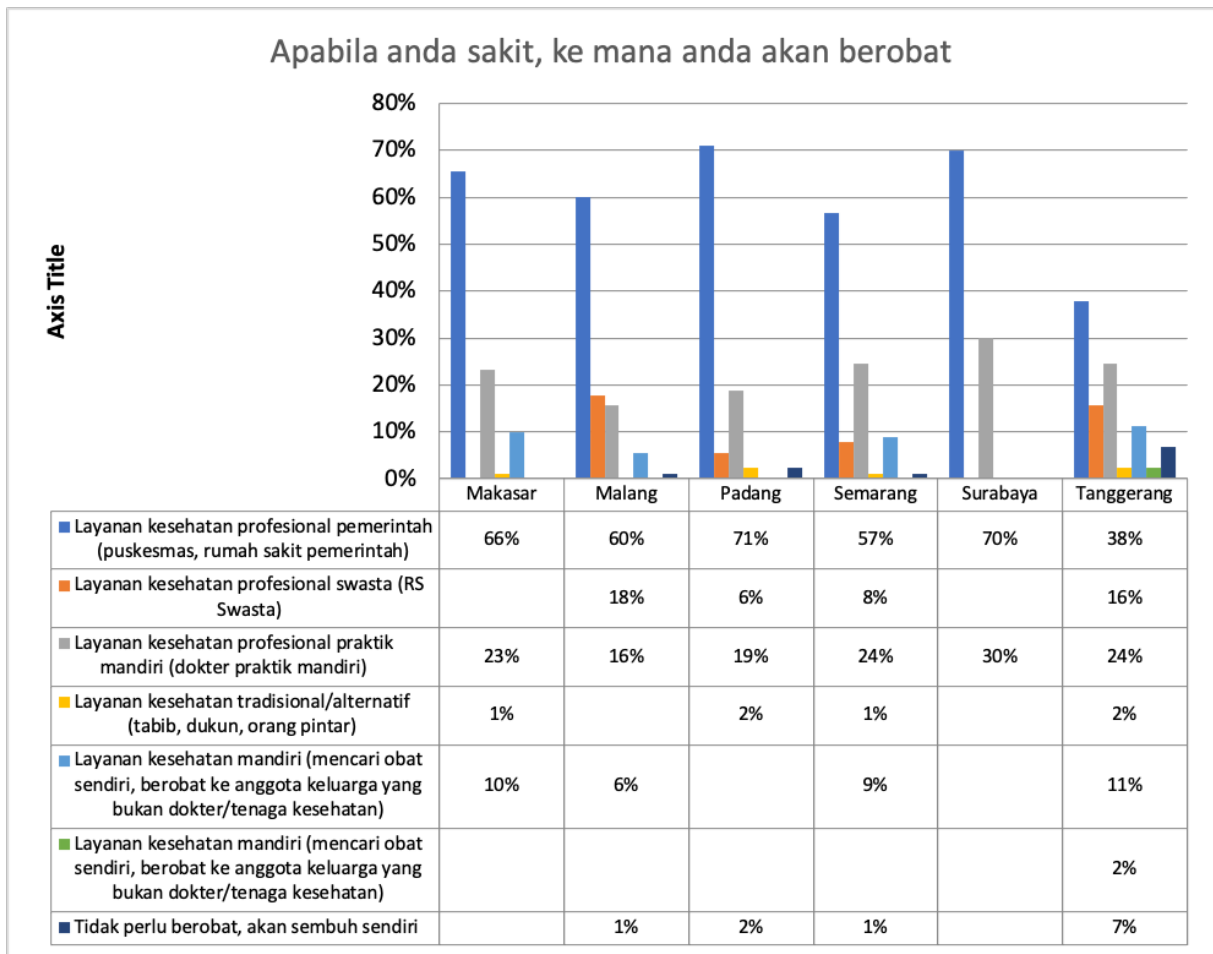
dari Kabupaten Tangerang merasa tidak membutuhkan layanan fasilitas kesehatan (48%). Walaupun demikian, cukup banyak responden Kabupaten Tangerang merasa membutuhkan layanan fasilitas kesehatan (cukup - pasti membutuhkan, 42%).

Secara umum, mayoritas responden di enam lokasi survei menginginkan/sangat menginginkan layanan kesehatan profesional apabila sakit (51% - 94%). Responden yang tidak



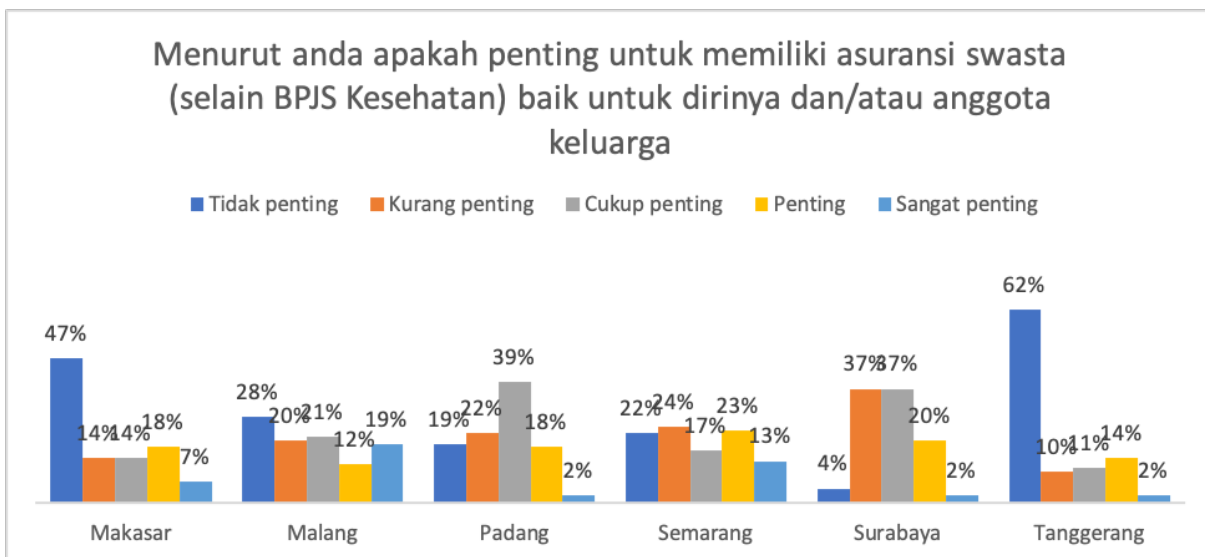
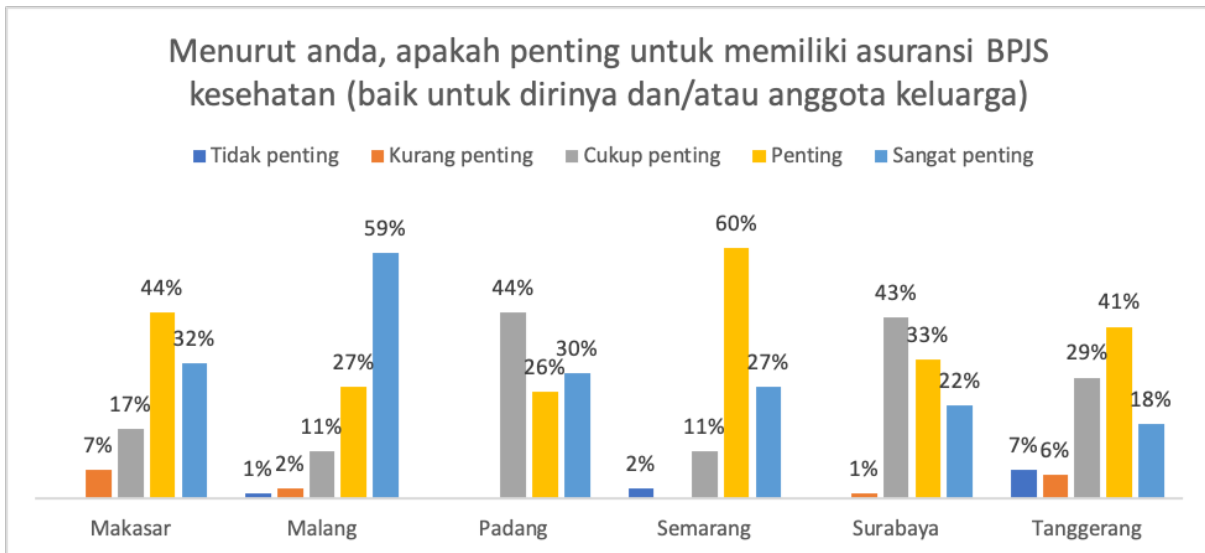
menginginkan/kurang menginginkan layanan profesional apabila sakit paling banyak berasal dari Kabupaten Tangerang (26%). Kebutuhan akan layanan kesehatan profesional tercermin dari intensi mayoritas responden untuk mencari layanan profesional di fasilitas kesehatan pemerintah (38% - 71%) apabila sakit. Secara umum, dalam memilih tempat berobat, faktor jarak, biaya, dan kepercayaan pribadi menjadi pertimbangan responden. Khusus untuk responden dari Semarang, jarak menjadi pertimbangan yang lebih penting (58%), sementara responden dari Kabupaten Tangerang, kepercayaan pribadi menjadi pertimbangan yang lebih utama (80%).





Secara umum, responden merasa penting memiliki asuransi BPJS Kesehatan. Responden di Malang merasa sangat penting memiliki asuransi BPJS Kesehatan, baik untuk dirinya maupun anggota keluarga (59%). Responden dari Makassar, Semarang, dan Kabupaten Tangerang paling banyak merasa penting untuk memiliki asuransi BPJS Kesehatan (41%-60%). Responden dari Padang (44%) dan Surabaya (43%) paling banyak merasa cukup penting memilikinya.

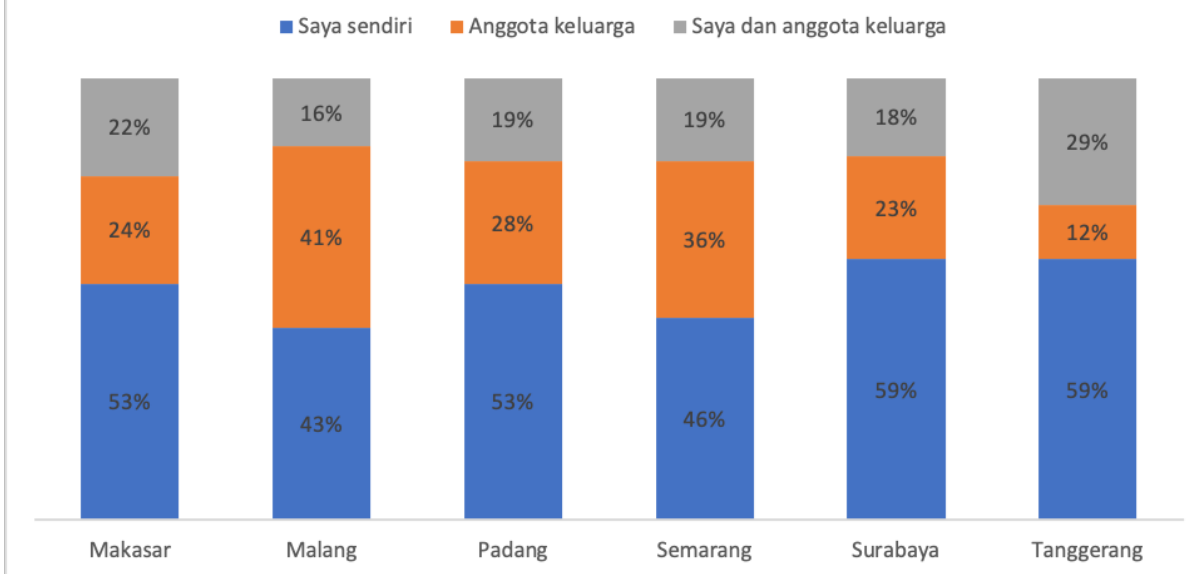
Kepemilikan asuransi selain BPJS Kesehatan kurang dirasa penting khususnya oleh responden dari Makassar (47%) dan Kabupaten Tangerang (62%). Dibandingkan responden dari wilayah lain, responden dari Semarang dan Malang lebih menilai penting/sangat penting memiliki asuransi swasta (36%, dan 31%) untuk dirinya maupun anggota keluarga. Sebaliknya, responden dari Makassar dan Kabupaten Tangerang menilai kepemilikan asuransi swasta tidak penting/kurang penting (61%, dan 72%).



3.5. Kualitas Layanan Kesehatan bagi Warga

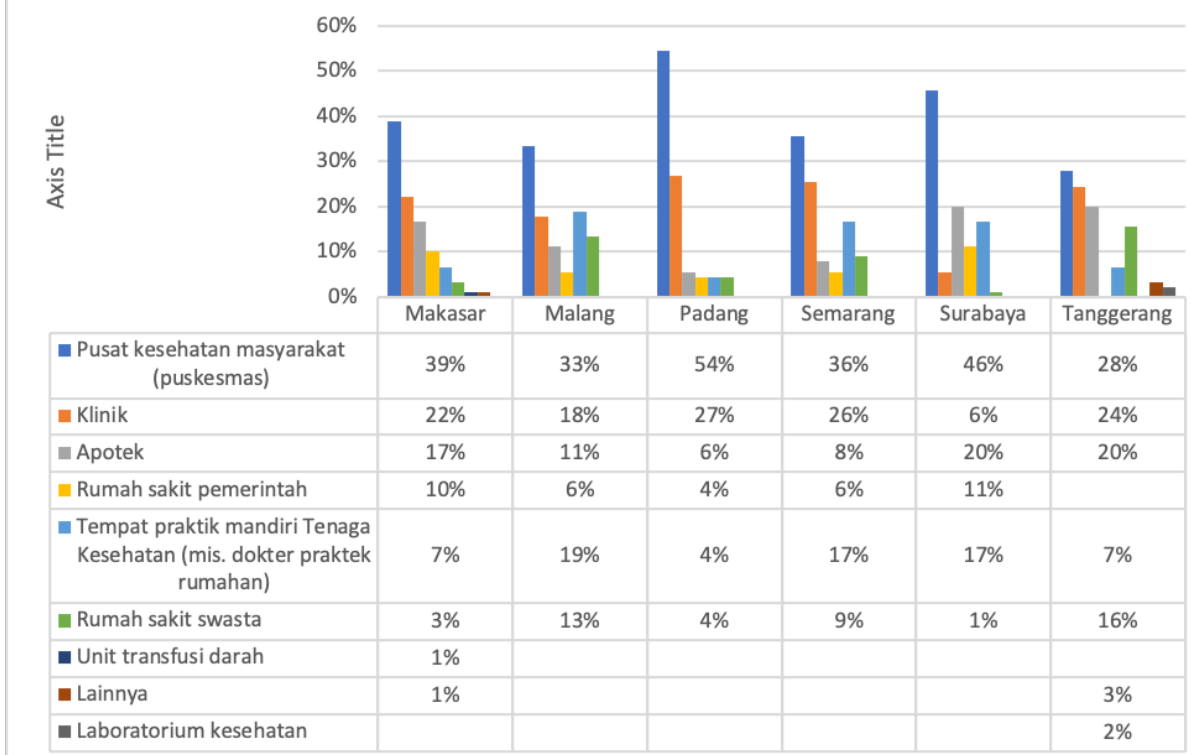
Seluruh responden penelitian di enam lokasi adalah warga yang menggunakan fasilitas kesehatan selama pandemi Covid-19. Tabel di bawah tampak bahwa selain diri mereka sendiri, banyak anggota keluarga responden yang menggunakan fasilitas kesehatan selama pandemi Covid-19 (>40%).

Siapakah yang terakhir kali membutuhkan/menggunakan layanan fasilitas kesehatan

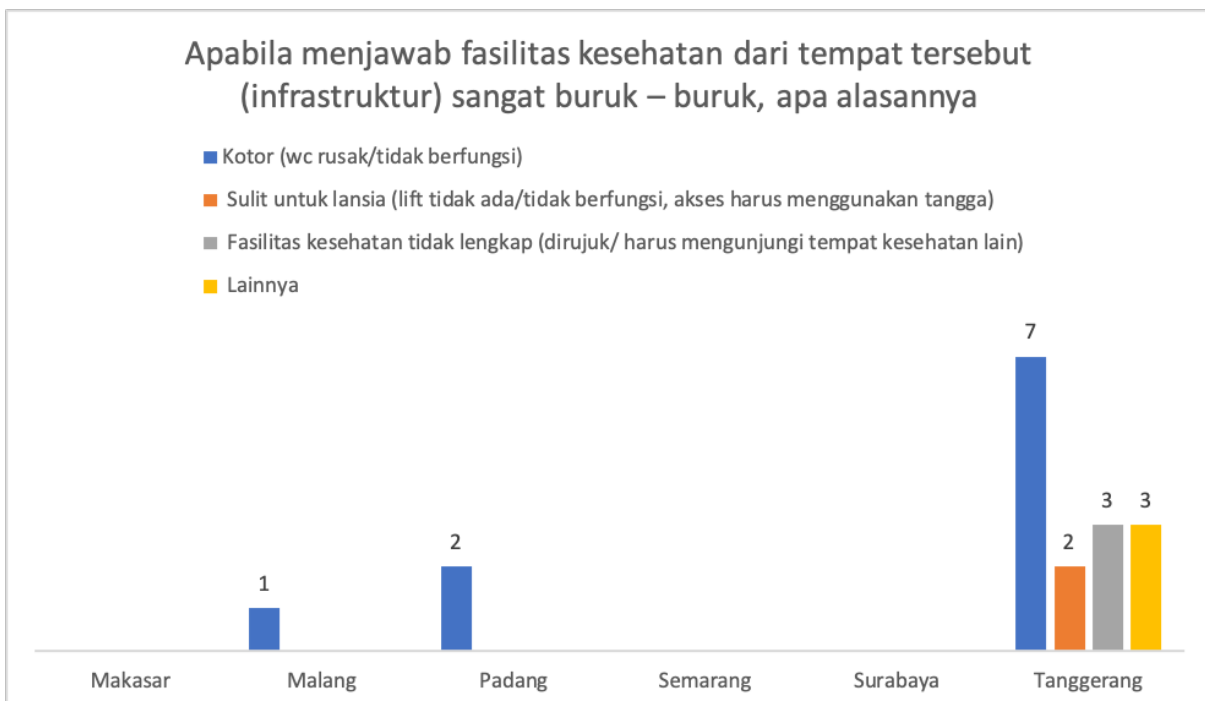
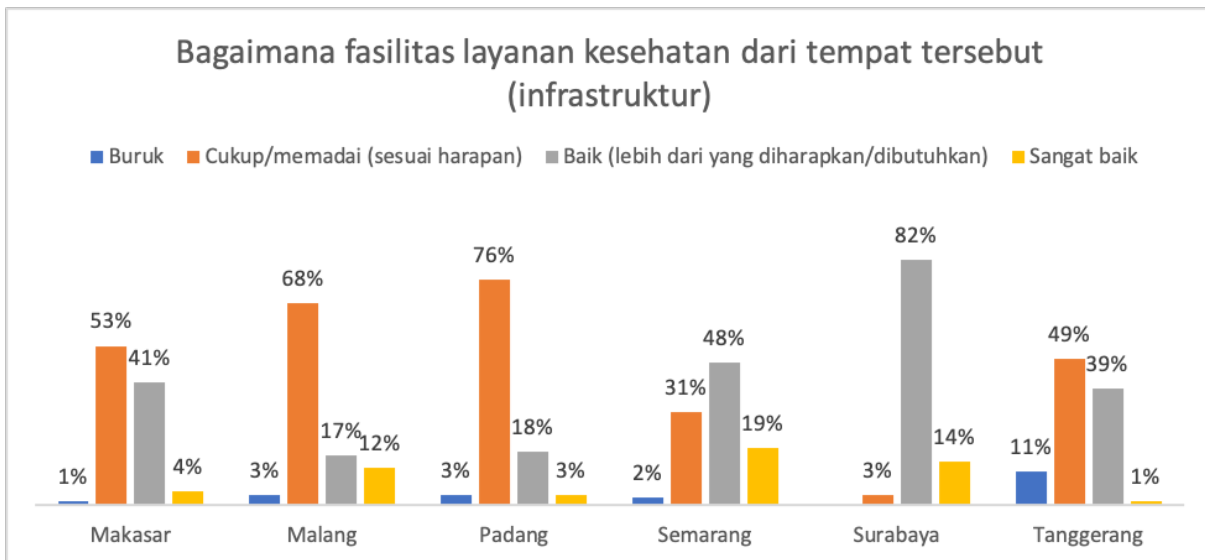


Tabel di bawah, fasilitas kesehatan yang paling banyak digunakan di tiap wilayah adalah Puskesmas (28%-46%) dan klinik (6%-54%). Responden di Surabaya (20%) dan Kabupaten Tangerang (20%) juga banyak yang menggunakan apotek.

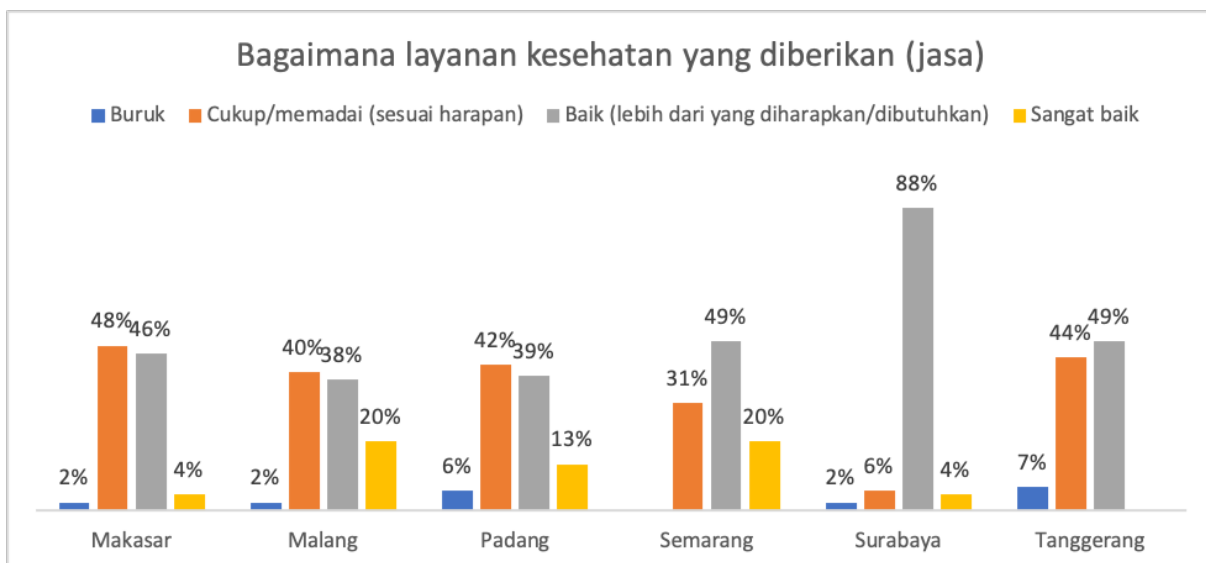
Fasilitas kesehatan apa yang dibutuhkan / digunakan pada saat terakhir kali (yang terakhir kali anda/anggota keluarga gunakan)



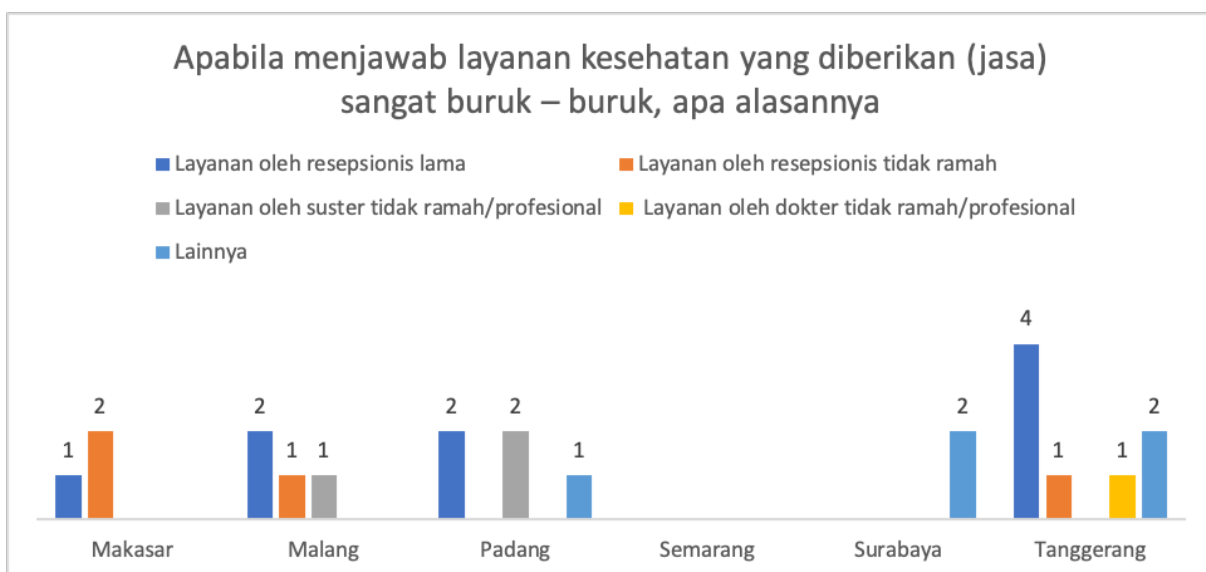
Kebanyakan responden di Makassar, Malang, dan Makassar menilai fasilitas layanan kesehatan yang ada di wilayah mereka cukup/memadai (53% - 76%). Mayoritas responden di Semarang dan Surabaya menilai baik/sangat baik (67%, dan 96%). Responden di Kabupaten Tangerang kebanyakan menilai layanan itu cukup/baik (88%). Walau demikian, masih ada antara 1% - 11% responden yang menilai infrastruktur fasilitas kesehatan yang mereka gunakan buruk. Penilaian buruk paling banyak berkaitan dengan fasilitas WC yang kotor.



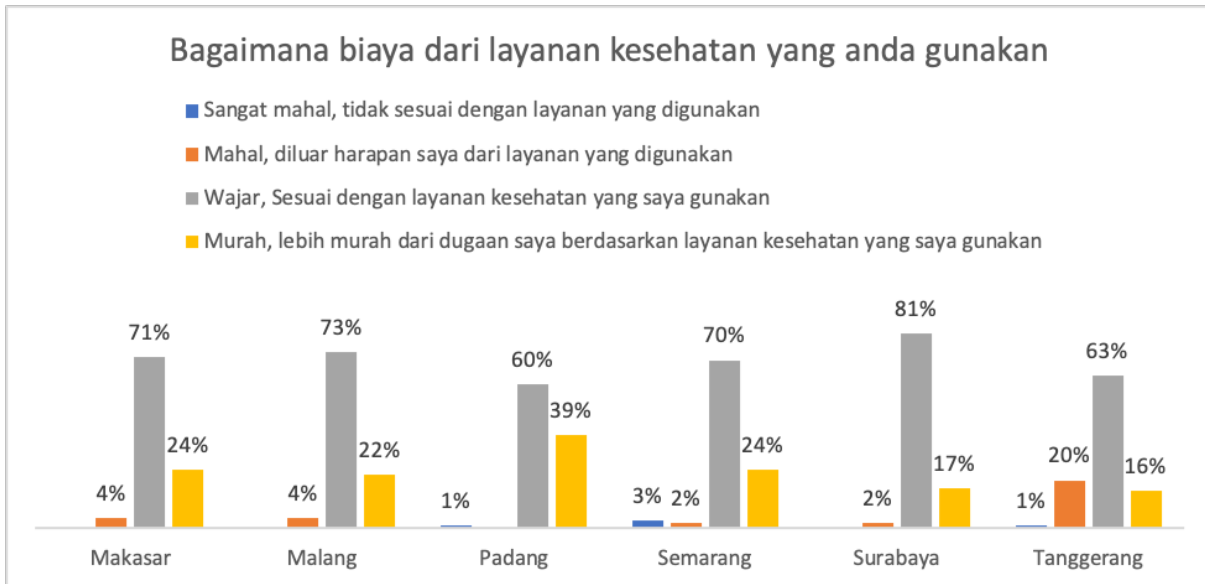
Pengalaman responden ketika menggunakan fasilitas kesehatan selama pandemi cukup memadai. Mayoritas responden di Surabaya (96%) dan Semarang (67%) menilai fasilitas kesehatan yang mereka gunakan baik atau sangat baik. Mayoritas responden di Makassar, Malang dan Padang menilai fasilitas kesehatan yang mereka gunakan memadai dan sesuai harapan (>50%). Sekitar setengah responden Kabupaten Tangerang menilai fasilitas kesehatan yang mereka gunakan memadai dan lebih dari sepertiga menilai lebih dari yang mereka harapkan (39%). Walaupun demikian, terdapat responden yang menilai fasilitas yang mereka dapatkan buruk, paling banyak ditemukan di Kabupaten Tangerang dengan keluhan utama fasilitas kotor.



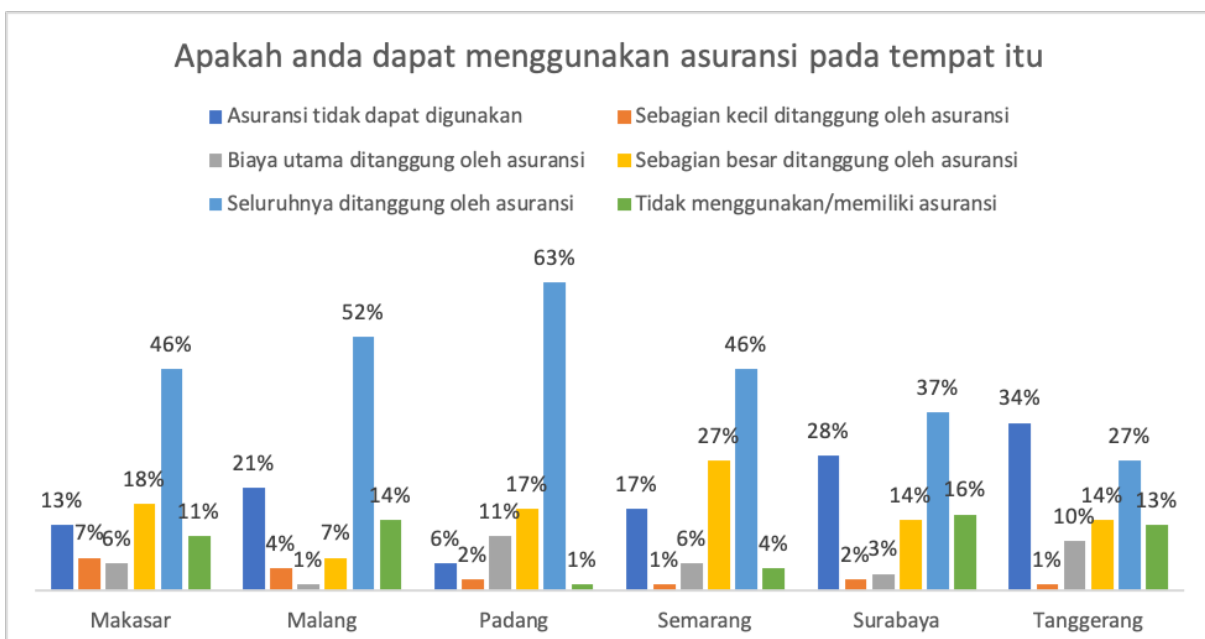
Hampir seluruh responden di enam lokasi penelitian menilai layanan jasa yang mereka dapatkan ketika menggunakan fasilitas kesehatan memadai (cukup hingga sangat baik, >90%). Beberapa responden yang melaporkan mendapatkan layanan yang buruk mengeluhkan layanan yang lama di bagian resepsionis dan suster yang kurang profesional.



Secara keseluruhan, responden di enam lokasi penelitian juga menilai bahwa biaya layanan kesehatan yang mereka dapatkan wajar atau murah (>90%), namun jumlah responden yang menilai demikian lebih rendah pada responden di Kabupaten Tangerang (>75%). Di Kabupaten Tangerang sekitar 20% responden menilai biaya layanan kesehatan yang mereka bayar mahal. Di lima lokasi lainnya hanya 1% - 4% yang merasa biaya layanan kesehatan mahal.



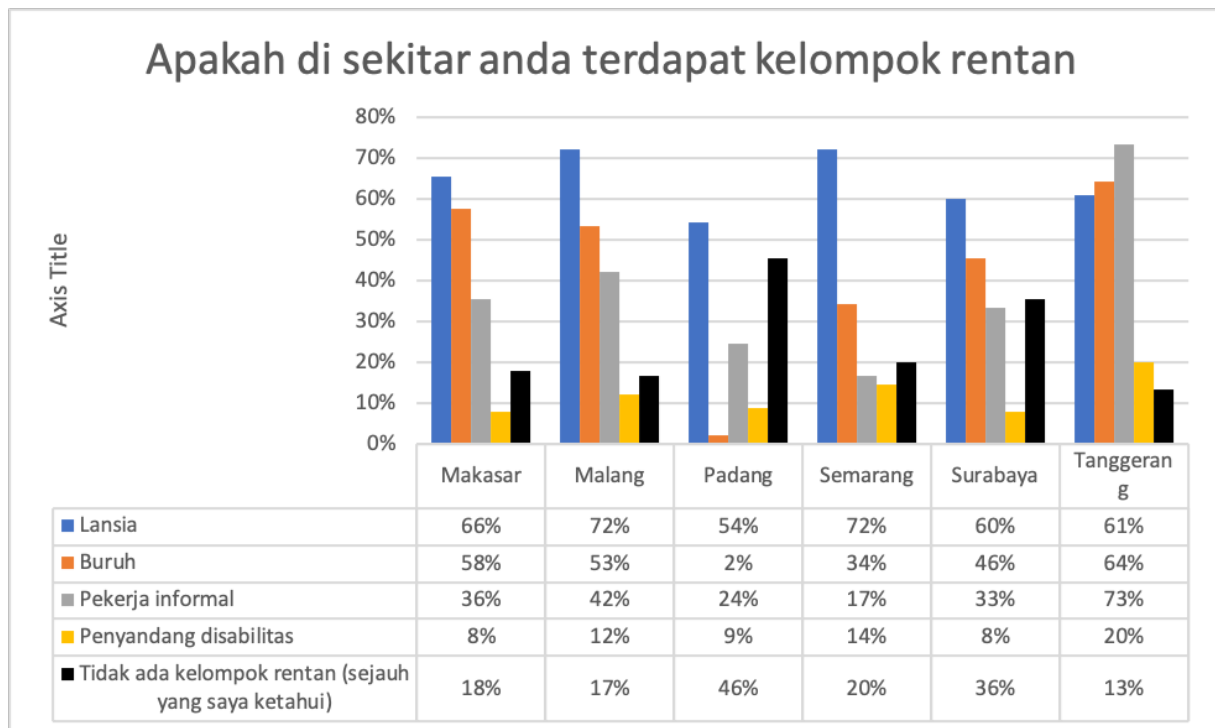
Mayoritas responden dapat menggunakan asuransi ketika terakhir kali menggunakan fasilitas kesehatan, mulai dari ditanggung sebagian hingga sepenuhnya. Responden yang seluruh biaya ditanggung oleh asuransi paling banyak di Padang (63%), kemudian Malang (52%), Semarang (46%), dan Makassar (46%). Sementara, responden di Kabupaten Tangerang (27%) dan Surabaya (37%) paling sedikit mendapatkan tanggungan sepenuhnya dari asuransi ketika terakhir kali menggunakan fasilitas kesehatan. Di Kabupaten Tangerang sekitar sepertiga responden tidak dapat menggunakan asuransi terakhir kali mereka menggunakan layanan kesehatan, tetapi di lima lokasi lainnya jumlah ini lebih sedikit (13% - 28%).



3.6. Kualitas Layanan Kesehatan bagi Kelompok Rentan (Buruh, Pekerja Informal, Lansia, dan Disabilitas)

Responden ditanya mengenai keberadaan dan kualitas layanan kesehatan bagi warga secara umum maupun warga kelompok rentan. Kebanyakan mereka menjawab tersedianya fasilitas kesehatan bagi kelompok rentan dan umum, dan menilai kualitasnya cenderung baik.

Mayoritas responden di enam wilayah penelitian mengetahui ada warga yang masuk ke dalam kategori kelompok rentan (>50%). Kelompok rentan lansia paling banyak di Makassar (66%), Malang (72%), Padang (54%), Semarang (72%), dan Surabaya (60%). Responden di Kabupaten Tangerang paling banyak bertetangga dengan kelompok rentan pekerja informal (64%). Berikutnya, yang banyak dikenali responden penelitian adalah kelompok rentan buruh (34% - 64%), kecuali responden di Padang, mereka lebih banyak mengenal kelompok rentan pekerja informal (24%).



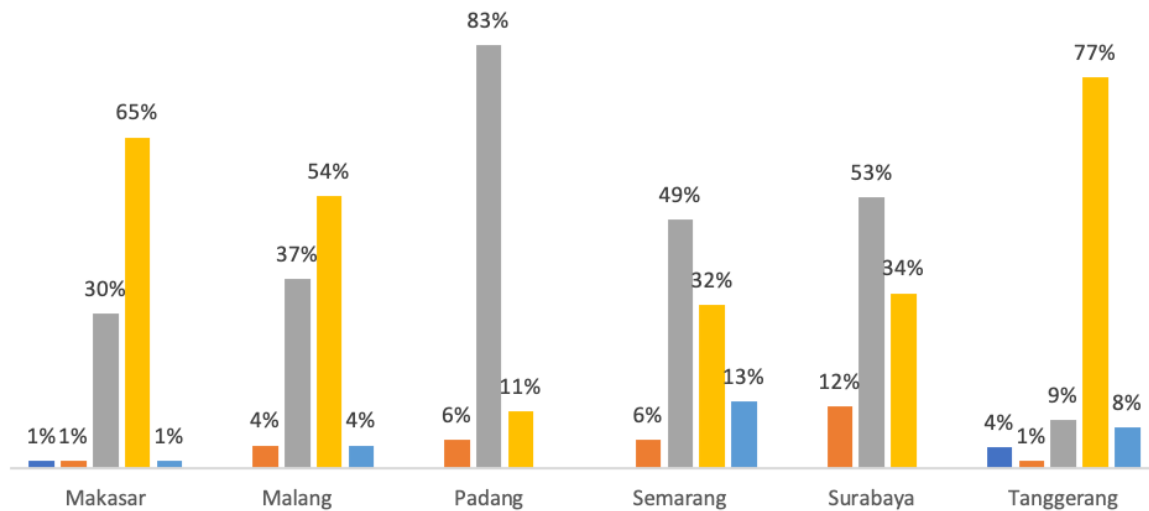
Sepengetahuan responden, hampir seluruh kelompok rentan mendapatkan akses layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya (>85%).

Kebanyakan responden menjawab tidak tahu mengenai kelompok rentan yang tidak mendapatkan layanan kesehatan. Hal ini merupakan indikasi bahwa kelompok rentan di daerah mereka mendapatkan pelayanan yang cukup. Mayoritas responden tidak tahu apakah ada kelompok rentan yang tidak mendapatkan layanan kesehatan di sekitar tempat tinggal mereka (85%), tetapi lebih rendah di Kabupaten Tangerang (60%).

Apakah kelompok rentan tersebut mendapatkan akses layanan kesehatan yang sesuai dengan karakteristik kebutuhan masing-masing kelompok rentan? (affirmative)

(Responden dengan kelompok rentan di sekitar tempat tinggalnya)

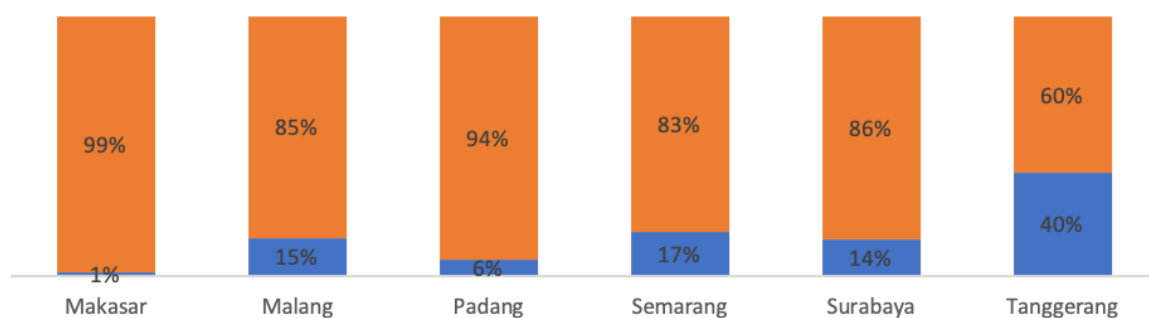
■ Tidak sesuai ■ Sedikit sesuai ■ Cukup sesuai ■ Sesuai ■ Sangat sesuai

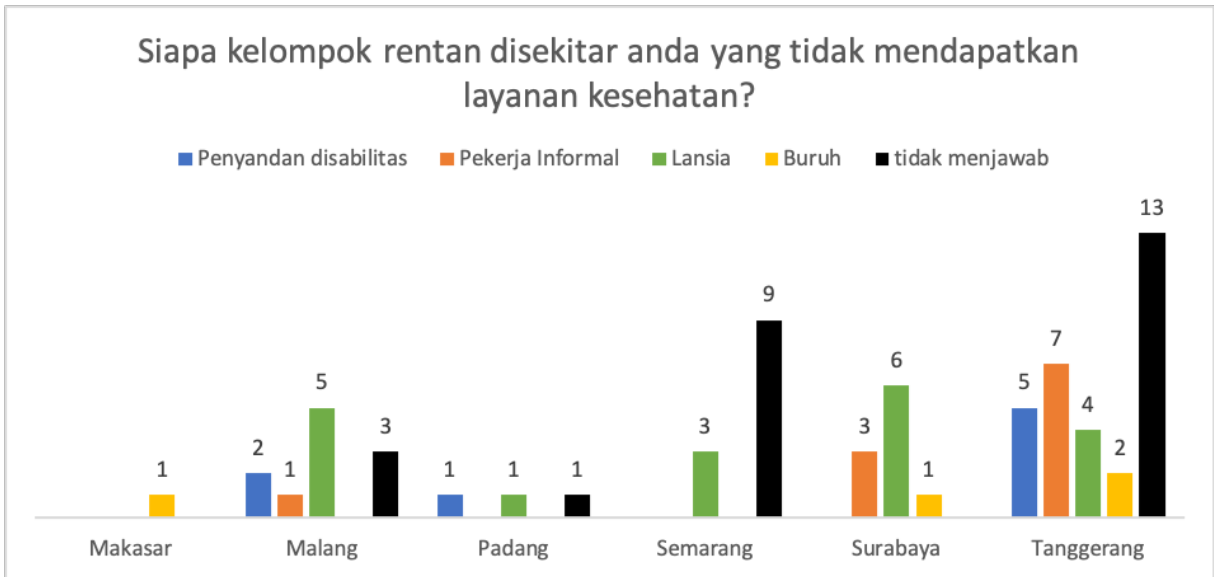


Di antara responden yang menjawab tahu, sebagian besar menyatakan bahwa lansia yang tidak mendapatkan pelayanan, lalu penyandang disabilitas dan pekerja informal, dan sebagian kecil menyebutkan buruh. Lebih dari sepertiga responden di Kabupaten Tangerang mengetahui ada kelompok rentan yang tidak mendapatkan layanan kesehatan di sekitar tempat tinggal mereka (40%). Kebanyakan adalah pekerja informal, penyandang disabilitas, dan lansia. Walaupun demikian, banyak responden dari Kabupaten Tangerang yang tidak menjelaskan lebih lanjut siapa kelompok rentan yang tidak mendapatkan layanan kesehatan. Responden di daerah lain melaporkan kelompok rentan yang paling banyak tidak mendapatkan layanan kesehatan adalah lansia.

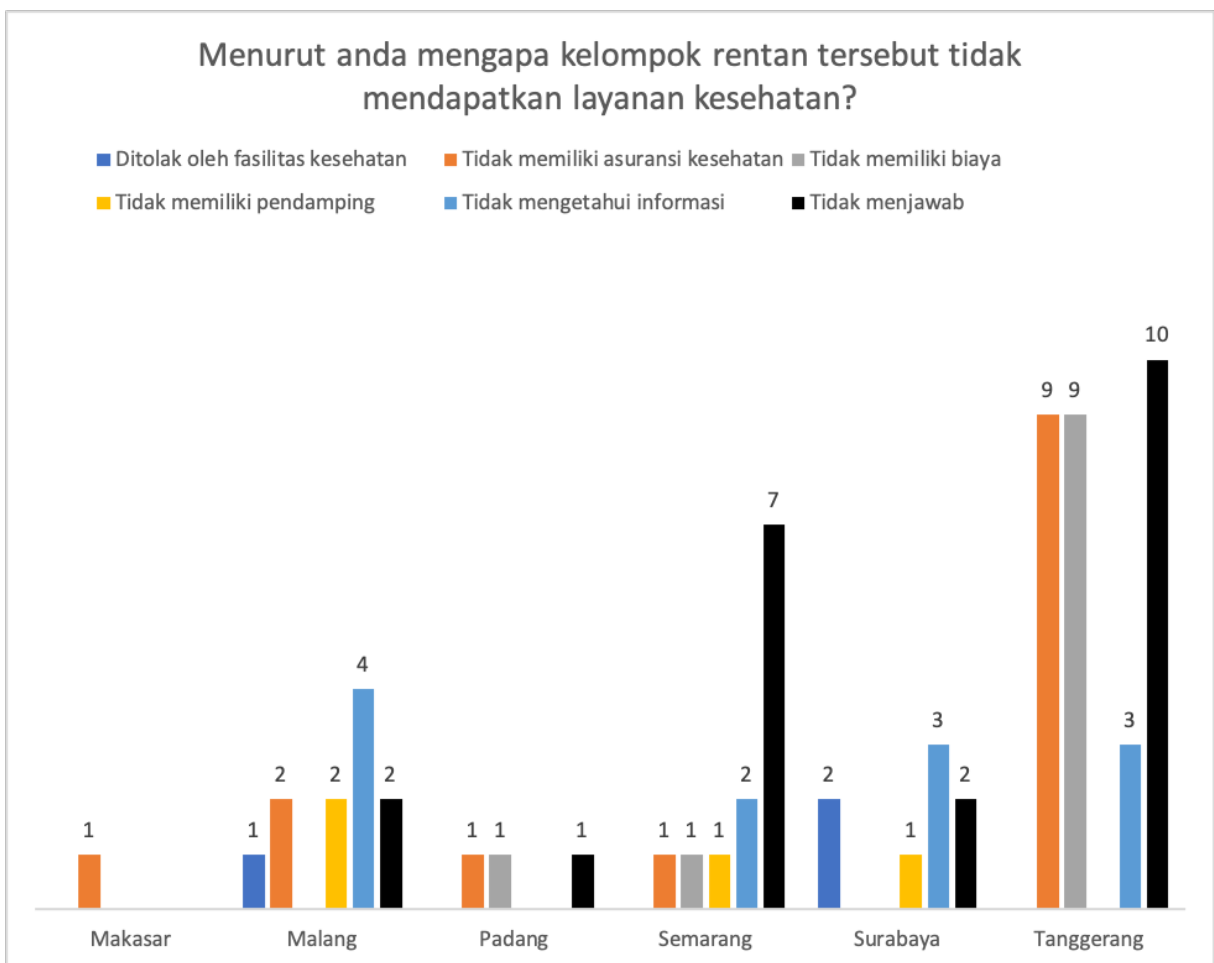
Apakah anda mengetahui bahwa ada kelompok rentan yang tidak mendapatkan layanan kesehatan di sekitar tempat tinggal anda

■ Tahu ■ Tidak tahu



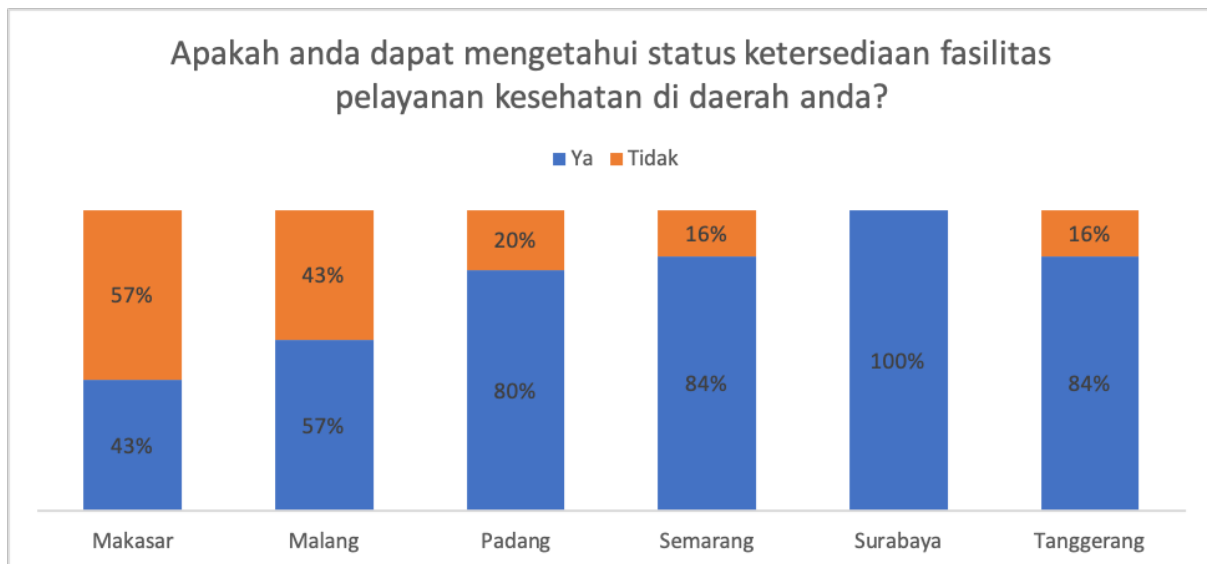


Menurut responden, alasan utama mereka tidak mendapatkan layanan kesehatan adalah karena tidak memiliki asuransi kesehatan atau tidak memiliki biaya.



3.7. Ketersediaan Informasi, dan Keterbukaan Anggaran Pelayanan Kesehatan

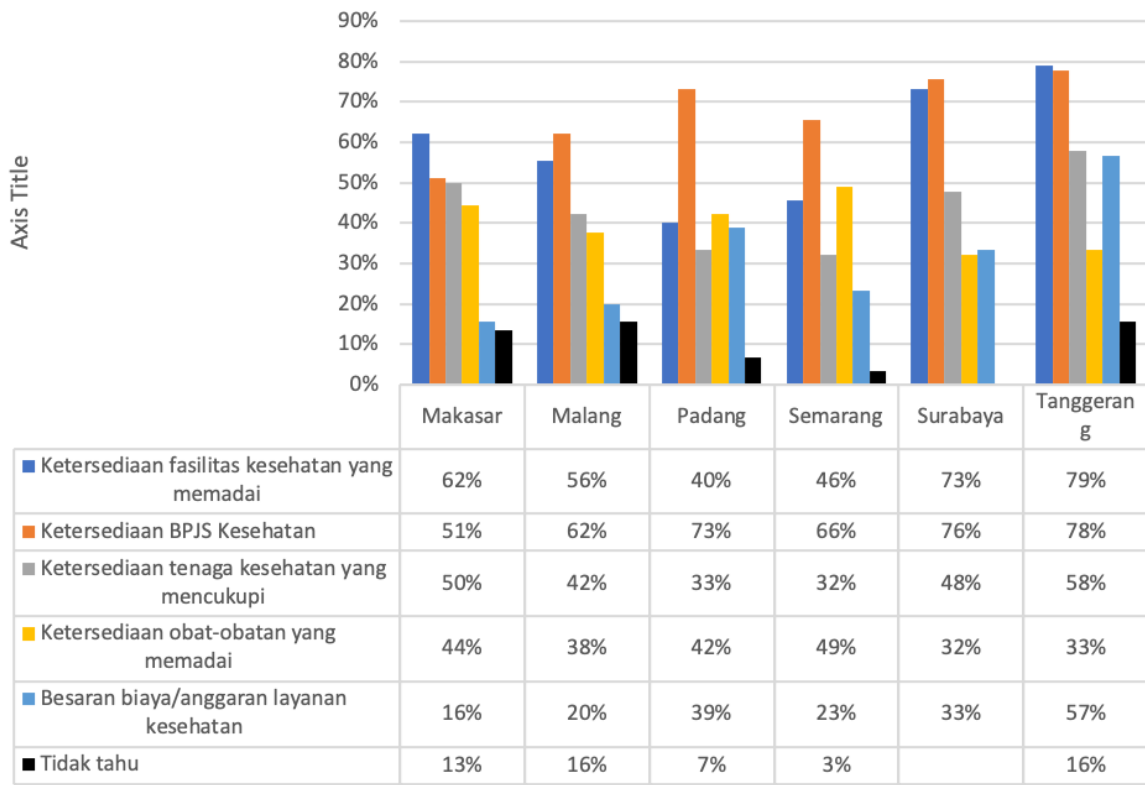
Mayoritas responden di Surabaya (100%), Semarang (84%), Kabupaten Tangerang (84%), Padang (80%), dan Malang (57%) dapat mengetahui status ketersediaan fasilitas kesehatan di daerahnya. Namun, kurang dari setengah responden di Makassar yang mengetahui status ini (43%).



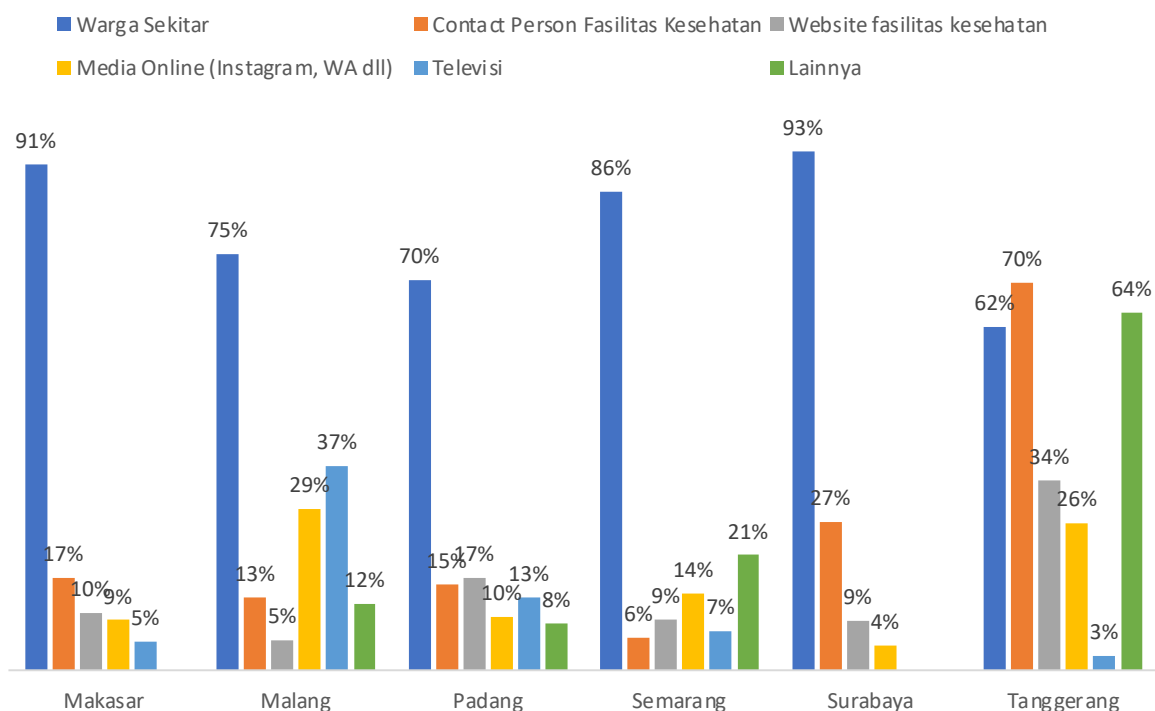
Informasi layanan kesehatan yang paling banyak diketahui responden adalah informasi terkait ketersediaan BPJS Kesehatan (51%-78%) dan informasi ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai (40%-79%). Responden dari Kabupaten Tangerang lebih banyak mengetahui besaran biaya/anggaran layanan kesehatan (57%) dibandingkan responden dari wilayah lainnya. Pengetahuan ketersediaan tenaga kesehatan berkisar antara 32% - 58%, paling tinggi responden di Kabupaten Tangerang. Pengetahuan ketersediaan obat-obatan berkisar antara 32% - 49%, paling banyak responden di Semarang.

Responden penelitian banyak mendapatkan informasi mengenai ketersediaan layanan kesehatan dari warga sekitar (62% - 93%). Responden dari Malang mendapatkan informasi dari media daring (29%), dan televisi (37%). Lebih dari seperempat responden dari Surabaya mendapatkan informasi dari contact person fasilitas kesehatan (27%). Responden dari Kabupaten Tangerang mendapatkan informasi dari sumber informasi yang paling beragam dibandingkan responden dari lokasi lainnya. Mereka paling banyak mendapatkan informasi dari contact person fasilitas kesehatan (70%) dan sumber lainnya (64%) terutama dari anggota keluarga dan petugas kesehatan. Informasi melalui laman fasilitas kesehatan paling banyak dimanfaatkan oleh responden dari Kabupaten Tangerang (34%).

Apa saja yang anda ketahui mengenai informasi layanan kesehatan yang tersedia di daerah anda?

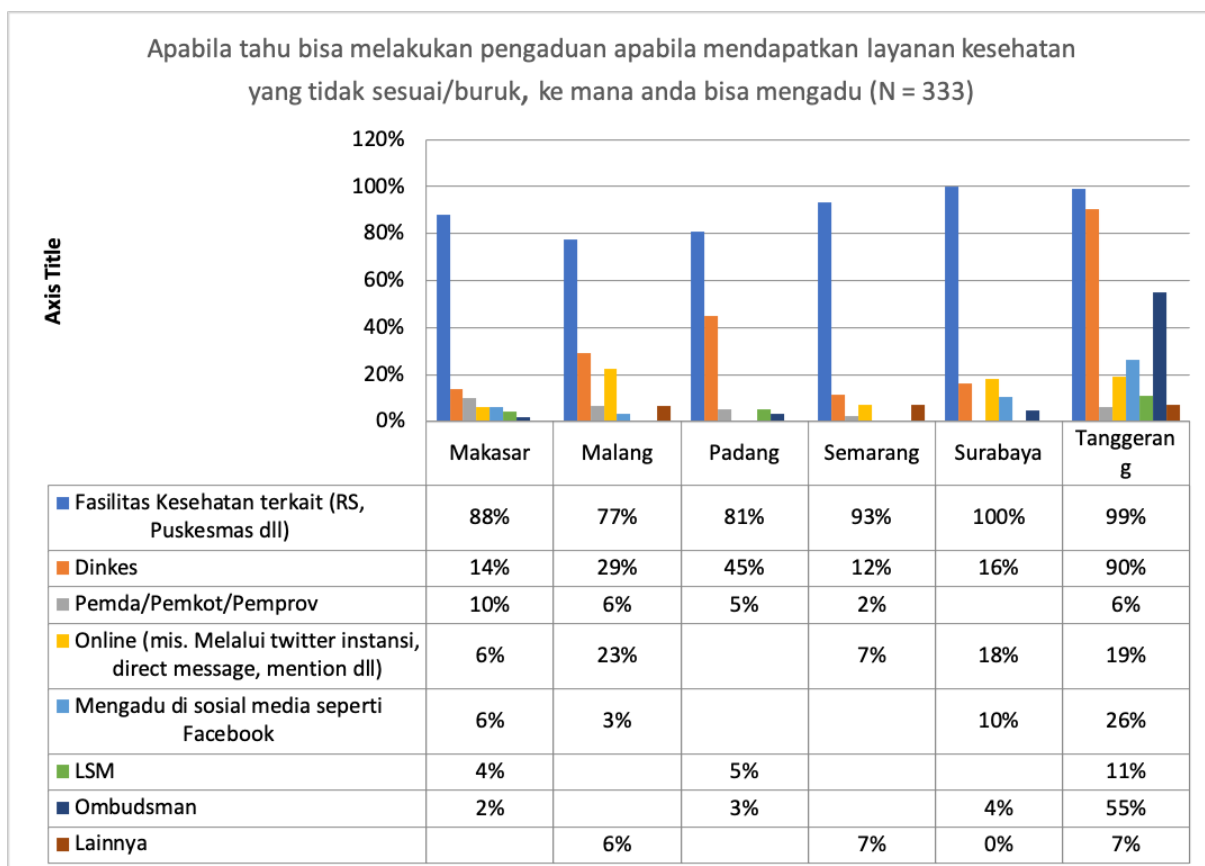
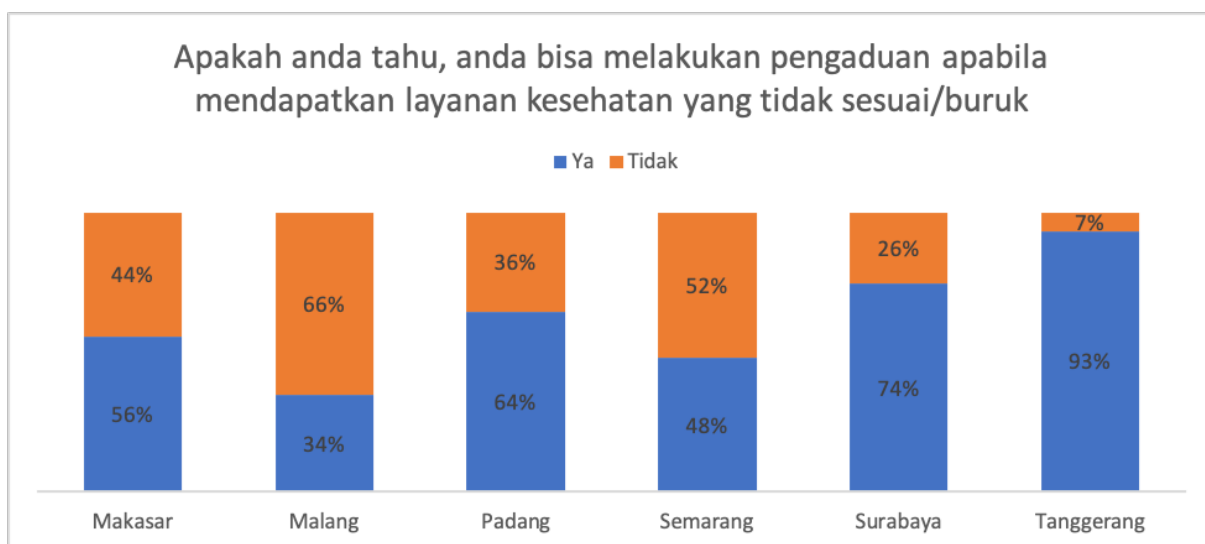


Darimana anda mengetahui informasi mengenai layanan kesehatan yang tersedia di daerah anda?

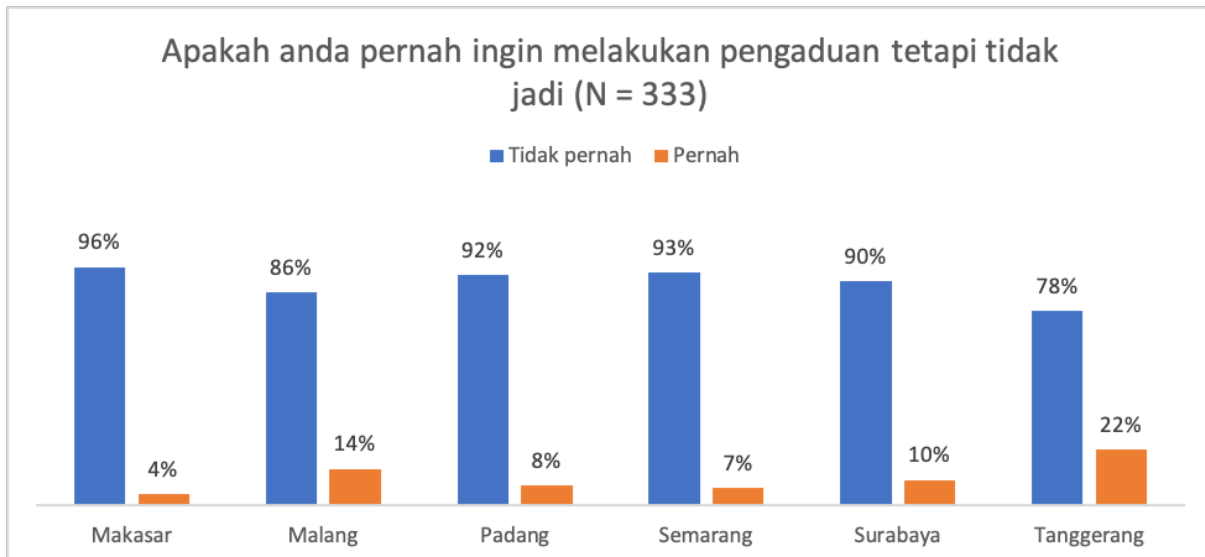
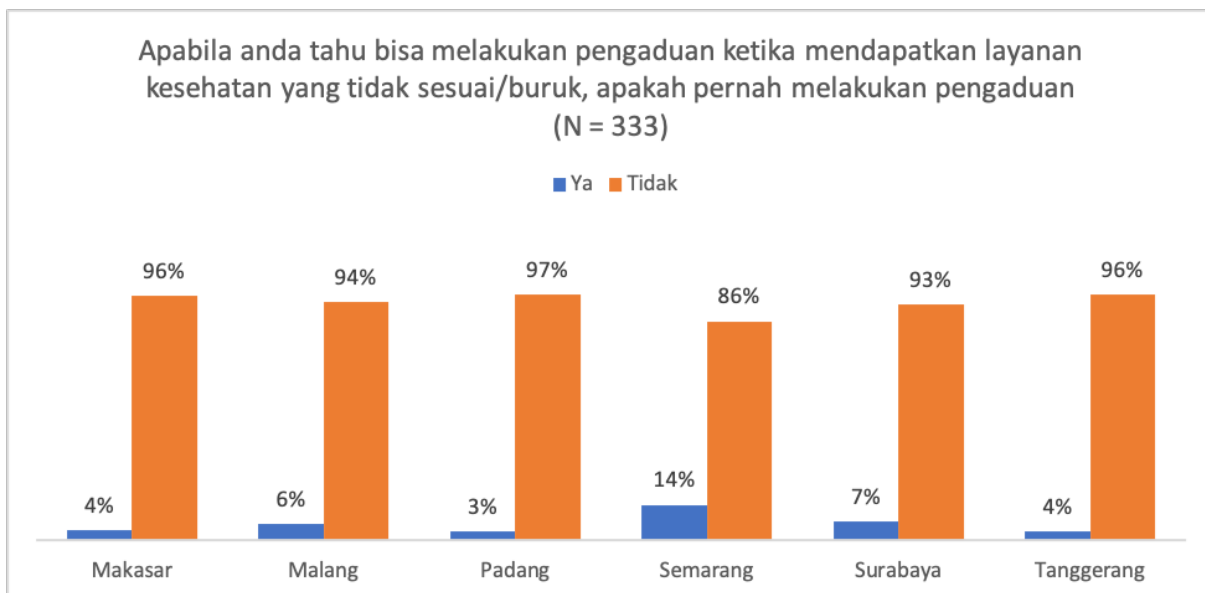


3.8. Ketersediaan Mekanisme Pengaduan Warga

Hampir semua responden di Kabupaten Tangerang tahu bisa melakukan pengaduan apabila mendapatkan layanan kesehatan yang tidak sesuai/buruk (93%). Mayoritas responden dari Surabaya (74%), Padang (64%), dan Makassar (56%) juga mengetahui bisa melakukan pengaduan. Namun, hanya sepertiga responden di Malang (34%), dan kurang dari setengah responden di Semarang (48%) yang mengetahui bisa melakukan pengaduan apabila mendapatkan layanan kesehatan yang tidak sesuai/buruk.



Mayoritas responden yang tahu bisa melakukan pengaduan akan mengadu langsung ke fasilitas kesehatan terkait (77% - 100%). Banyak responden dari Padang (45%) dan Kabupaten Tangerang (90%) juga tahu bisa melakukan pengaduan ke Dinas Kesehatan. Lebih dari setengah responden dari Kabupaten Tangerang tahu bisa melakukan pengaduan ke Ombudsman (55%). Sebagian kecil responden juga mengetahui bisa melakukan pengaduan ke pemerintah (2% - 10%) melalui mekanisme daring (3% - 26%), dan LSM (4% - 11%).



Hanya sebagian kecil dari responden yang tahu bisa melakukan pengaduan yang pernah melakukan pengaduan (3% - 14%). Alasan pengaduan umumnya terkait prosedur antrean dan penanganan pasien yang lambat. Selanjutnya, lebih banyak responden yang pernah ingin melakukan pengaduan namun mengurungkan niatnya (4% - 22%). Alasan terbanyak adalah karena merasa tidak ada gunanya melakukan pelaporan, tidak tahu caranya, dan takut dipermasalahkan oleh pihak fasilitas kesehatan.

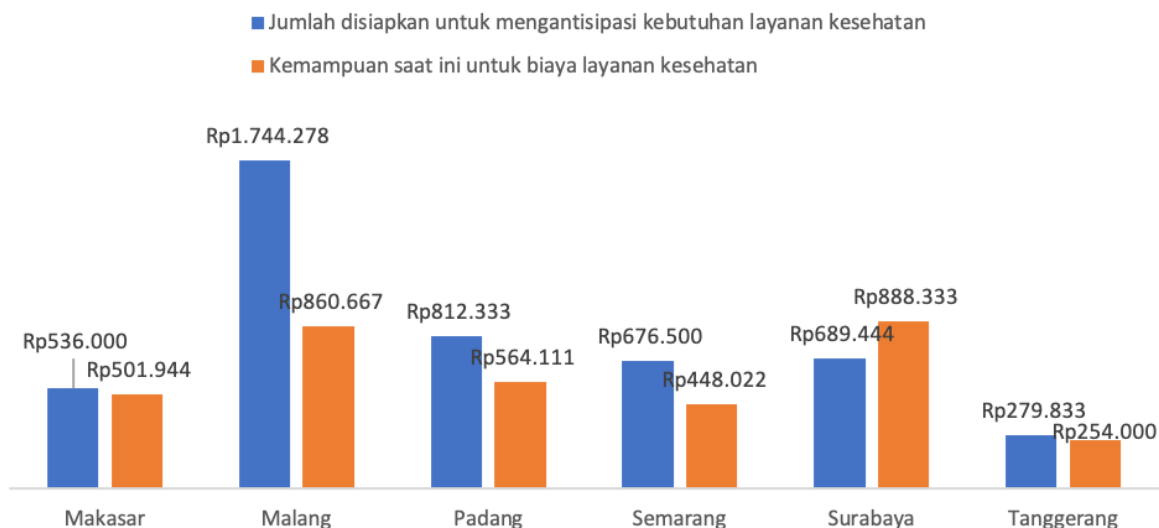
Alasan mengurungkan niat untuk melaporkan layanan fasilitas kesehatan yang buruk (N = 69)

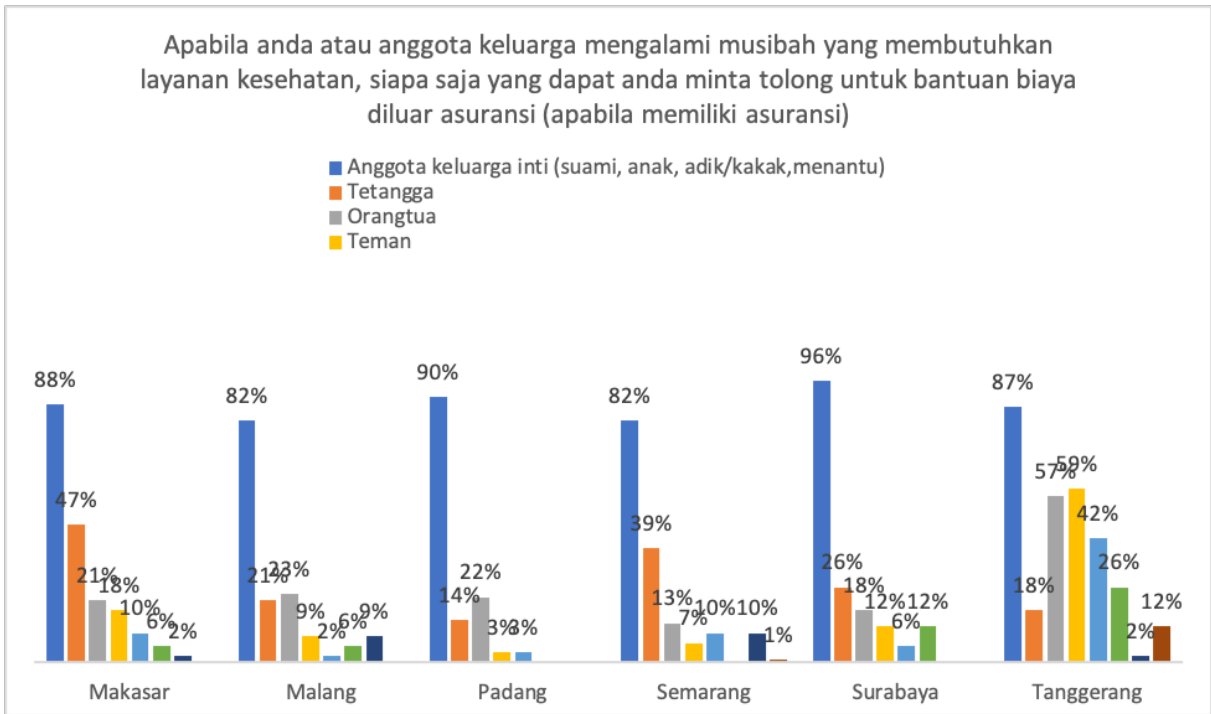


3.9. Konsekuensi Perawatan Kesehatan

Dalam mengantisipasi kebutuhan layanan kesehatan, rata-rata responden menyiapkan antara Rp.279.000,00 – Rp.1,7 juta (rencana/willingness). Responden dari Malang menyiapkan anggaran yang paling besar, sementara responden dari Kabupaten Tangerang paling rendah. Terkait kesiapan pada saat ini untuk kebutuhan layanan medis, berkisar antara Rp.254.000,00 – Rp.860.000,00 (ability now). Dibandingkan dengan target persiapan dana, rata-rata kemampuan responden saat ini sudah mendekati, kecuali responden dari Malang. Responden dari Surabaya memiliki kesiapan dana di atas jumlah yang mereka rencanakan.

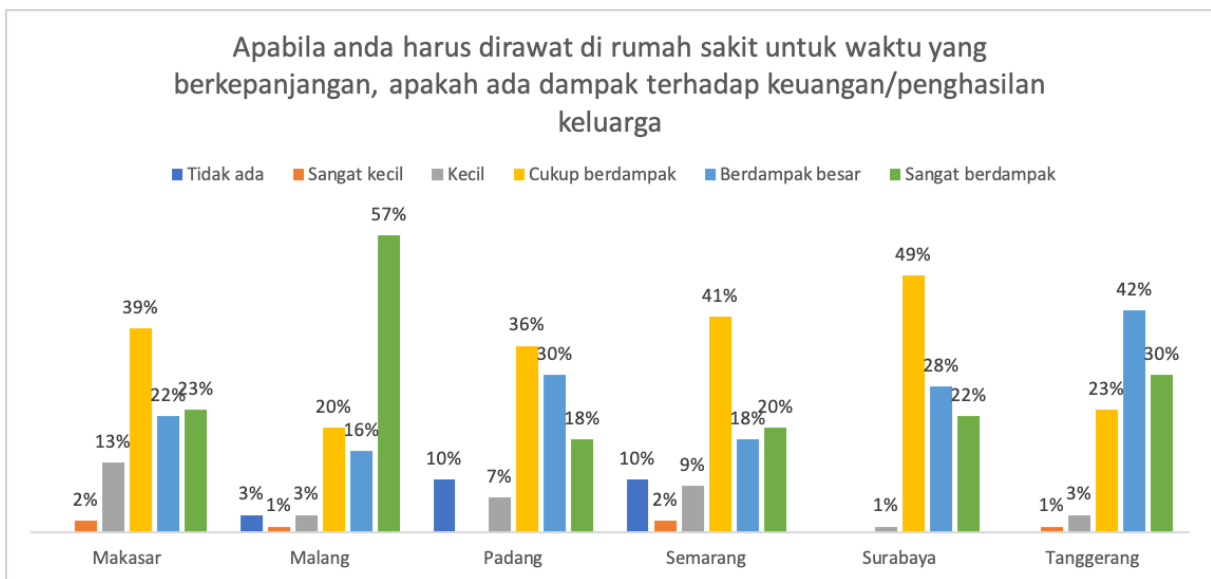
Rencana dan Kemampuan Finansial untuk mengantisipasi Kebutuhan Layanan Kesehatan





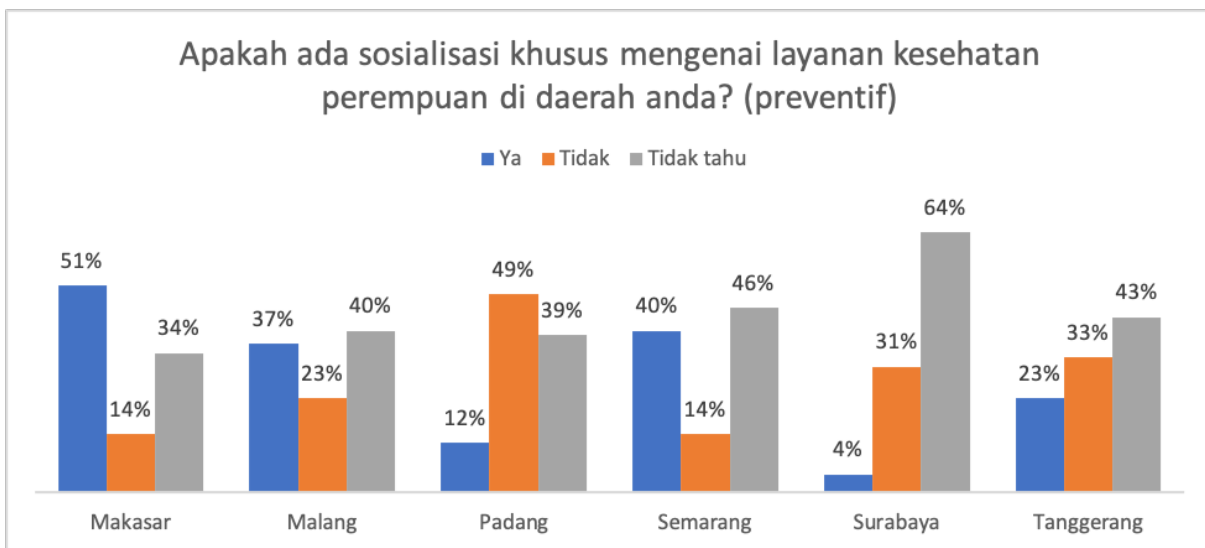
Apabila mengalami musibah, jejaring sosial yang dapat diandalkan oleh mayoritas responden adalah anggota keluarga inti (82% - 96%). Responden di Makassar (47%) dan Semarang (39%) dapat mengandalkan tetangganya. Responden di Kabupaten Tangerang dapat mengandalkan lebih banyak sumber, termasuk orang tua (57%), dan teman (42%).

Secara umum, apabila responden sakit dan membutuhkan perawatan yang berkepanjangan, maka hal itu akan berdampak (cukup berdampak – sangat berdampak) terhadap keuangan dan penghasilan keluarga (>75%). Dampak paling besar (57%) akan terjadi apabila responden di Malang harus dirawat untuk waktu yang berkepanjangan.

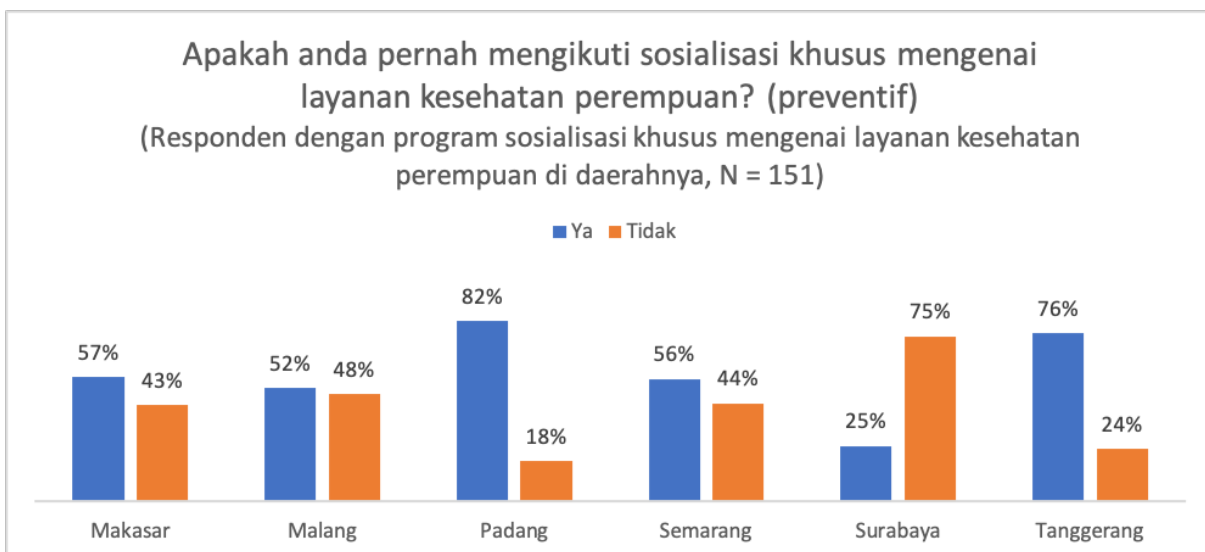


3.10. Pengarusutamaan Isu Kesehatan Perempuan dalam Layanan Kesehatan

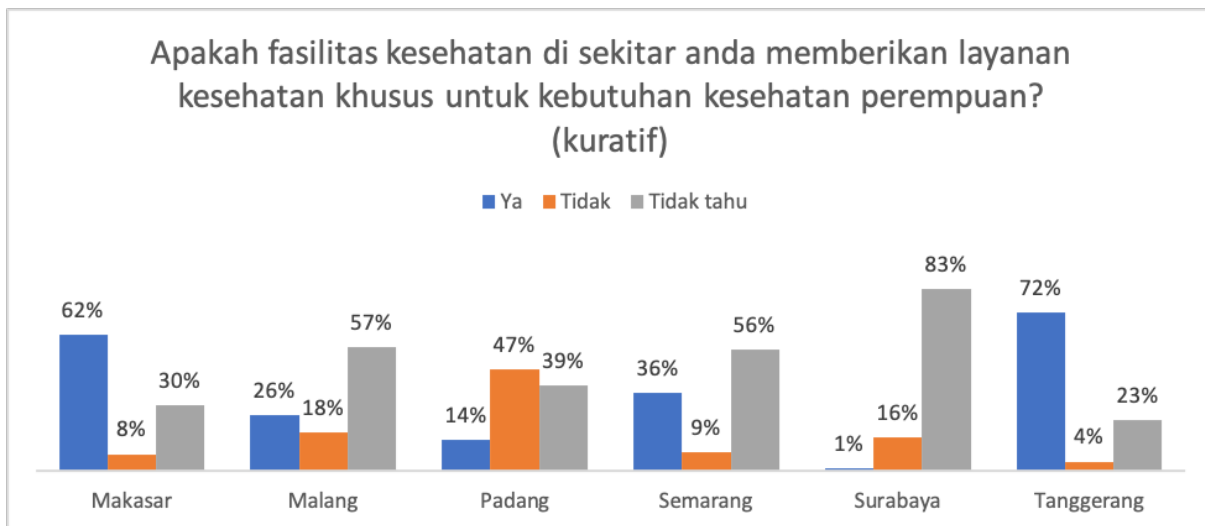
Masih banyak responden yang tidak mengetahui apakah ada atau tidak sosialisasi layanan kesehatan khusus perempuan di daerahnya (34-64%). Responden di Surabaya yang paling banyak tidak tahu (64%). Layanan kesehatan khusus perempuan paling banyak diketahui oleh responden di Makassar (51%), Semarang (40%), dan Malang (37%). Responden di Padang yang paling banyak melaporkan tidak ada layanan kesehatan khusus perempuan di daerahnya (49%), diikuti responden Kabupaten Tangerang (33%), dan Surabaya (31%).



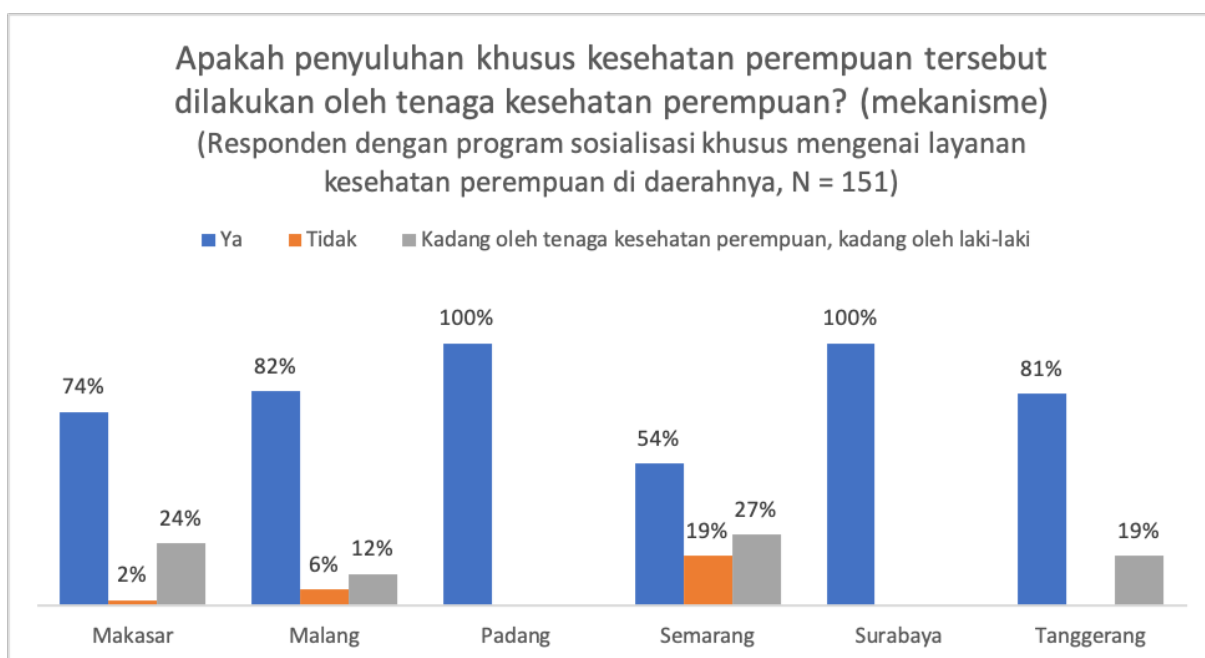
Di antara responden yang mengetahui adanya layanan kesehatan khusus perempuan di daerahnya, sebagian besar mengikutinya (52% - 82%), kecuali pada responden di Surabaya (25%). Partisipasi tertinggi dilakukan oleh responden dari Padang (82%) dan Kabupaten Tangerang (76%).



Masih banyak responden di Surabaya (83%), Semarang (56%), dan Malang (57%) yang tidak tahu apakah fasilitas kesehatan di daerah mereka memberikan layanan kesehatan khusus perempuan atau tidak. Kebanyakan responden dari Makassar (62%) dan Kabupaten Tangerang (72%) mengetahui ada layanan kesehatan khusus perempuan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan di daerah mereka. Responden dari Padang paling banyak melaporkan tidak ada layanan tersebut (47%).

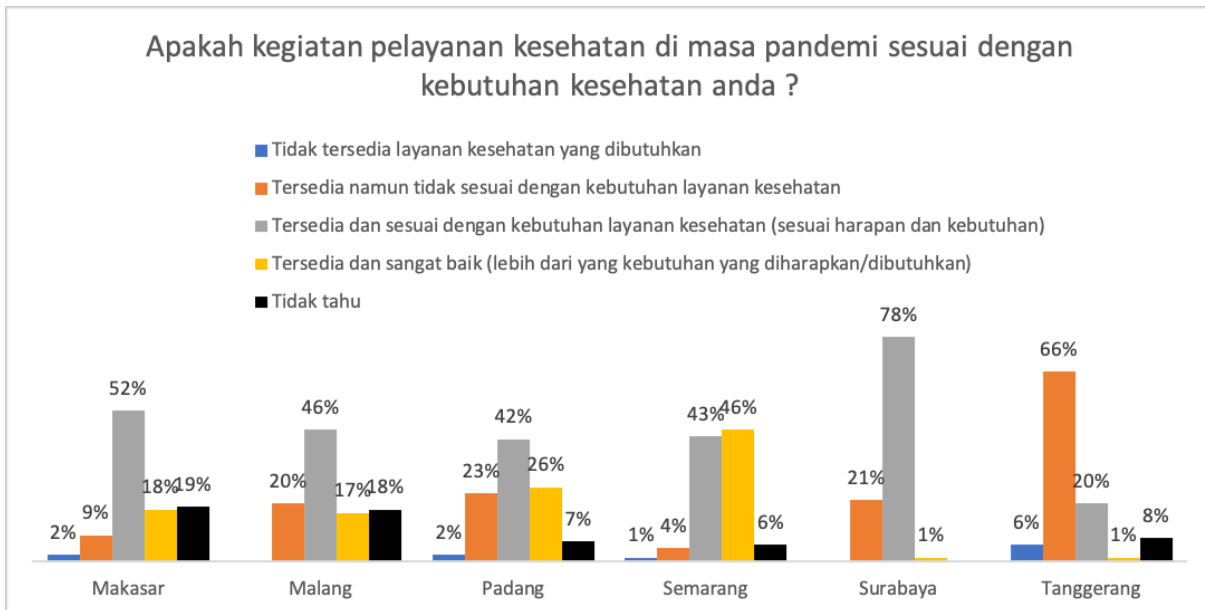


Berdasarkan pengalaman responden yang pernah mengikuti layanan kesehatan khusus perempuan, mayoritas melaporkan layanan diberikan oleh tenaga kesehatan perempuan (54%-100%).

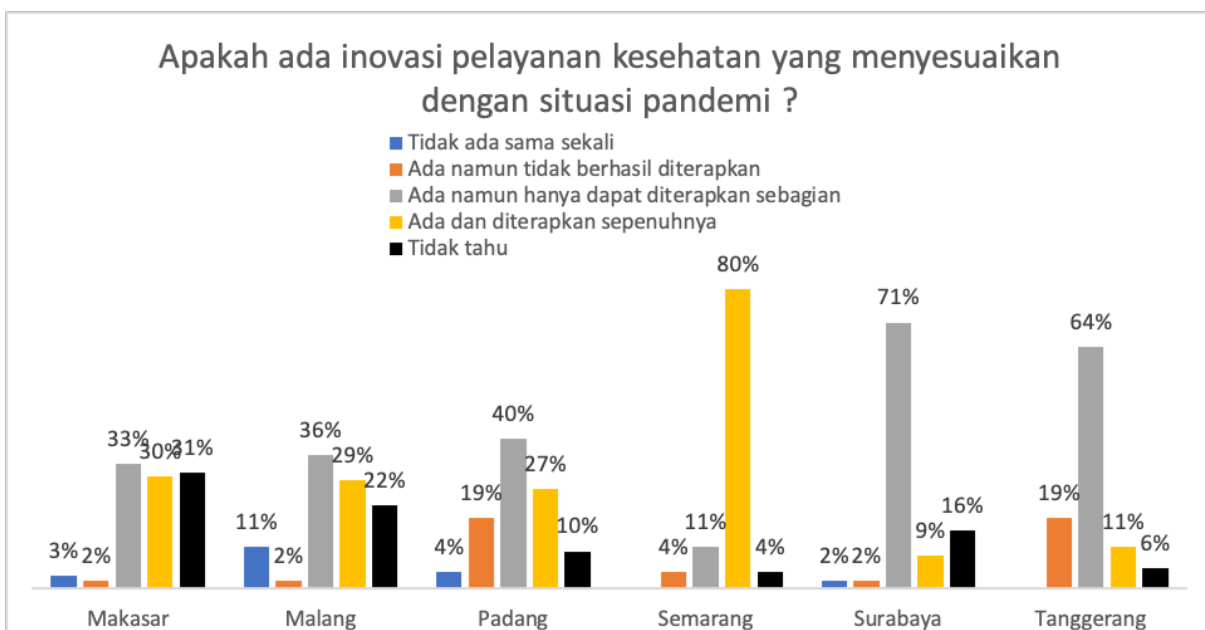


3.11. Kesesuaian Kegiatan Pelayanan Kesehatan dan Kebutuhan Warga Masa Pandemi

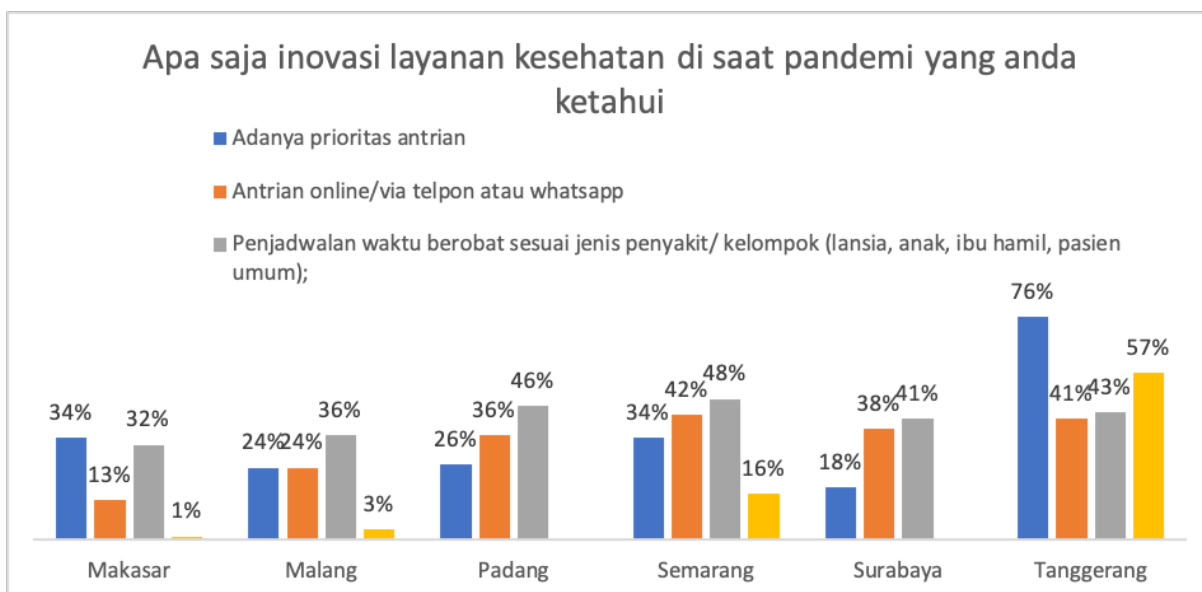
Secara umum, responden di lima lokasi penelitian menilai pelayanan kesehatan masa pandemi sudah sesuai dengan harapan dan kebutuhan mereka, khususnya responden penelitian di kota Surabaya (78%). Hampir setengah dari responden di Kota Semarang menilai layanan kesehatan masa pandemi lebih dari yang mereka harapkan (46%). Responden di Kabupaten Tangerang menilai bahwa layanan kesehatan masa pandemi masih di bawah harapan mereka (66%).



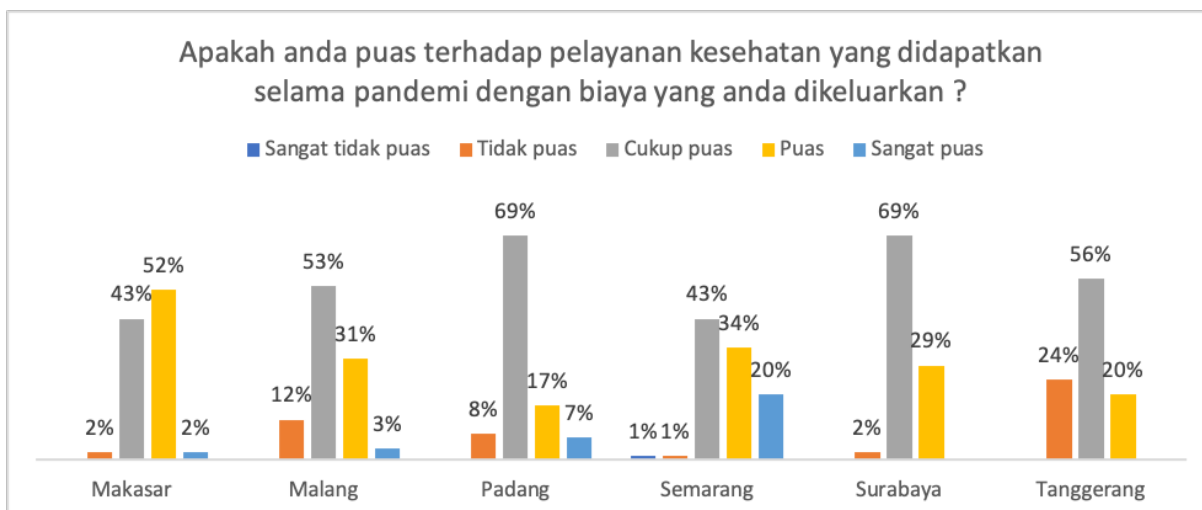
Selama pandemi, layanan kesehatan menyesuaikan situasi pandemi. Lebih dari setengah responden di Kota Makassar, Malang, Padang, Surabaya, dan Kabupaten Tangerang menilai ada penerapan inovasi, bahkan responden di Kota Semarang hampir seluruhnya menilai penerapan dilakukan sepenuhnya (80%).



Inovasi layanan yang paling banyak dirasakan adalah penjadwalan waktu berobat sesuai jenis penyakit dan kelompok pasien (32%-48%). Namun, di Kabupaten Tangerang responden paling banyak merasakan inovasi dalam bentuk prioritas antrean (76%).



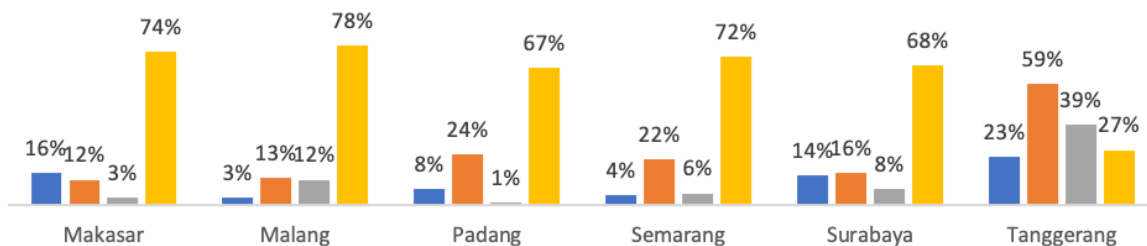
Secara umum, mayoritas responden di enam wilayah survei merasa puas (cukup puas s/d sangat puas) terhadap layanan kesehatan yang mereka dapat dengan biaya yang mereka keluarkan (>70%). Responden kota Makassar dan Semarang cenderung lebih puas dibandingkan wilayah lainnya. Responden yang merasa sangat puas paling banyak di Kota Semarang (20%). Responden yang paling banyak merasa tidak puas berasal dari Kabupaten Tangerang (24%).



Selama pandemi, mayoritas responden di lima kota tidak mengalami perubahan biaya untuk menuju tempat layanan kesehatan (67%-78%). Namun, lebih dari setengah responden di Kabupaten Tangerang merasakan peningkatan biaya obat (59%) dan lebih dari sepertiga merasakan peningkatan biaya transportasi (39%).

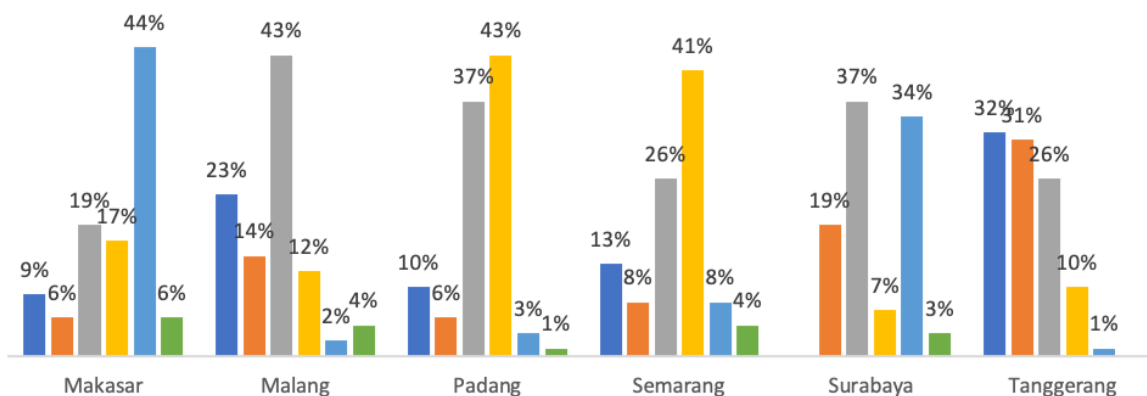
Apakah anda mengalami hal berikut ini ketika menggunakan layanan kesehatan selama pandemi

- Ada biaya transportasi ke apotik/farmasi karena obat yang dibutuhkan tidak tersedia;
- Biaya obat dan vitamin menjadi mahal/mandiri karena obat dan vitamin tidak tersedia dan harus membeli secara mandiri;
- Biaya transport menjadi lebih mahal karena harus ke faskes lainnya, faskes terdekat menjadi khusus hanya untuk penanganan COVID;
- Tidak mengalami perubahan biaya untuk menjangkau lokasi fasilitas dan layanan kesehatan



Apabila anda/keluarga mengalami musibah/sakit, sehingga membutuhkan layanan kesehatan di saat pandemi. Apakah anda mampu untuk menanggung biaya layanannya secara mandiri

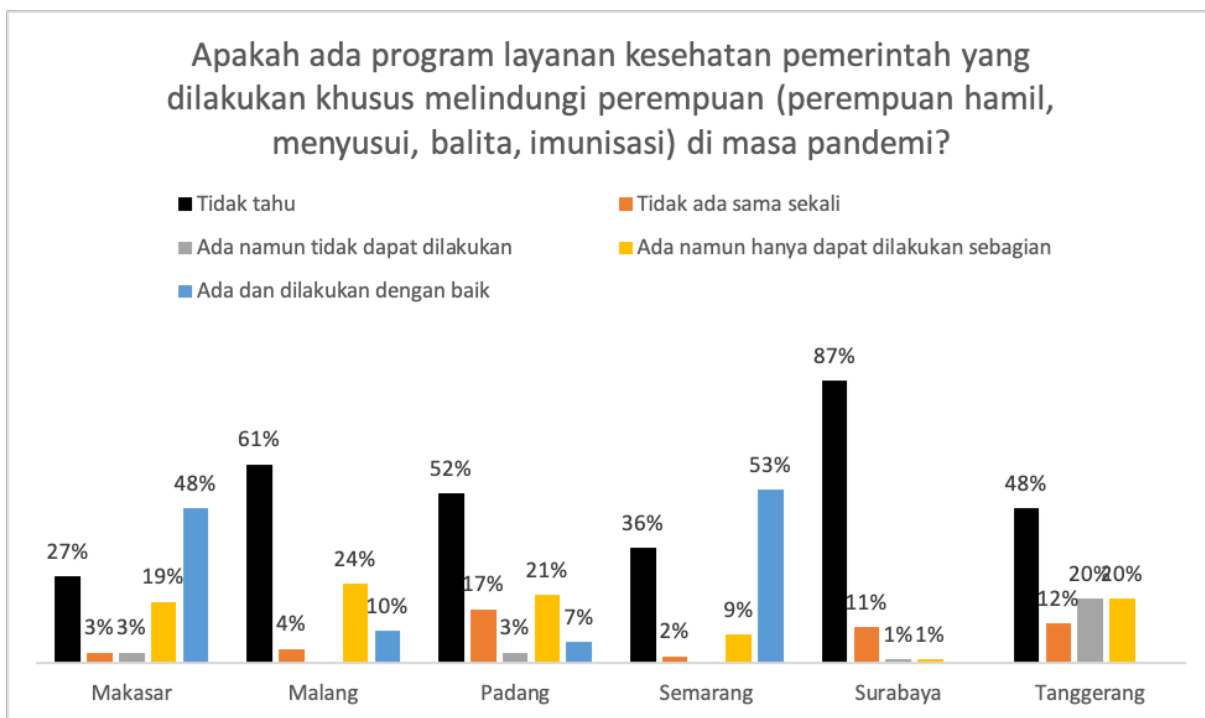
- Tidak mampu (meminjam uang untuk seluruh biaya)
- Sangat sulit (meminjam uang untuk lebih dari setengah biaya)
- Cukup sulit (meminjam uang untuk setengah atau kurang dari biaya)
- Bisa (membayar seluruh biaya tanpa meminjam, namun menghabiskan tabungan/menjual barang/aset)
- Mudah (membayar seluruh biaya tanpa meminjam dan hanya menggunakan sedikit tabungan)
- Sangat mudah (membayar seluruh biaya tanpa meminjam, maupun menggunakan tabungan)



Kemampuan responden membayar biaya layanan kesehatan secara mandiri bervariasi berdasarkan lokasi survei. Cukup banyak responden dari Makassar (44%) dan Surabaya (34%) yang merasa mudah membayar biaya kesehatan mandiri. Sementara, responden dari Padang (43%) dan Semarang (41%) banyak yang bisa membayar mandiri, tetapi hal ini

akan menghabiskan tabungannya. Kebanyakan responden di Malang (43%) merasa cukup sulit membayar, dan lebih dari sepertiga responden di Surabaya (37%) merasa cukup sulit membayar biaya kesehatan mandiri, sehingga mereka harus meminjam uang. Responden dari Kabupaten Tangerang merasa paling berat membayar biaya kesehatan mandiri, 32% tidak mampu, 31% merasa sangat sulit, dan 26% merasa cukup sulit. Hal ini menunjukkan bantuan pemerintah untuk layanan kesehatan sangat dibutuhkan oleh banyak masyarakat.

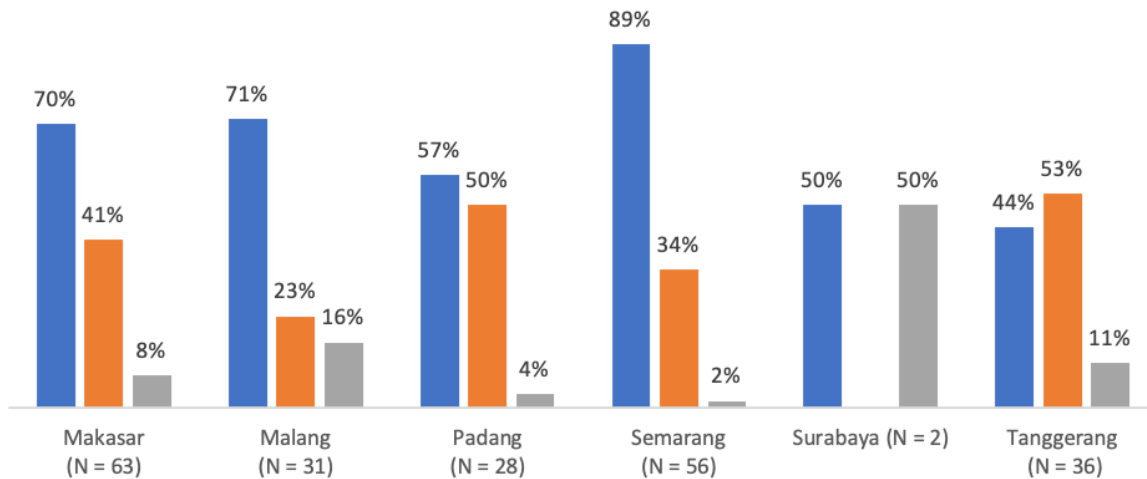
Masih banyak responden yang belum mengetahui keberadaan layanan kesehatan pemerintah daerah, khusus untuk perempuan. Lebih dari setengah responden di Malang (61%), Padang (52%), dan Surabaya (87%) tidak tahu ada tidaknya program layanan kesehatan dari pemerintah khusus untuk perempuan. Hampir setengah responden Kabupaten Tangerang (48%) tidak mengetahui keberadaan program tersebut, dan sekitar sepertiga responden di Semarang (36%) dan seperempat responden Makassar (27%) yang tidak mengetahui. Sekitar setengah responden dari Makassar (48%) dan Semarang (53%) mengetahui ada program pemerintah untuk perempuan dan dijalankan dengan baik.



Di antara responden yang mengetahui keberadaan program pemerintah untuk perempuan, kebanyakan mengetahui program kunjungan layanan kesehatan ke rumah (44%-89%) dan mobil Puskesmas keliling (23%-53%).

Apa saja program layanan kesehatan pemerintah daerah yang dilakukan khusus melindungi perempuan di saat pandemi yang anda ketahui?

■ Kunjungan layanan kesehatan ke rumah-rumah ■ Mobil Puskesmas Keliling ■ Lainnya

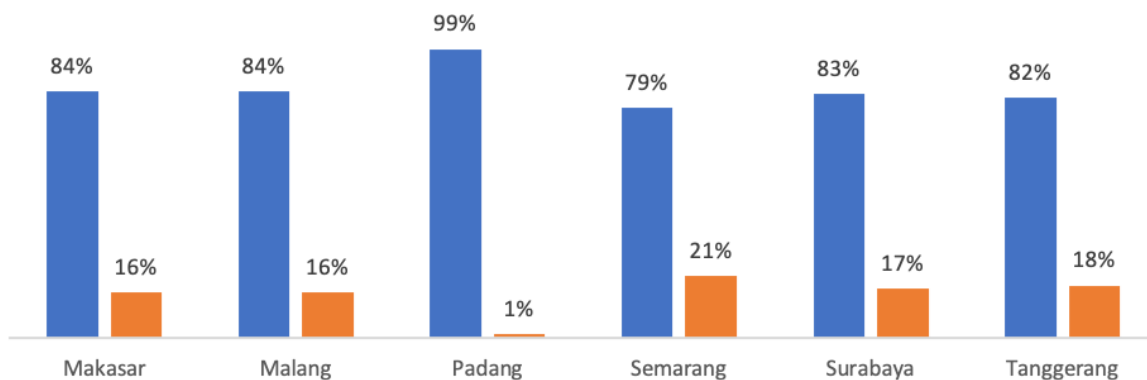


3.12. Keikutsertaan pada BPJS Kesehatan dan Penggunaannya untuk Memperoleh Fasilitas Layanan Kesehatan

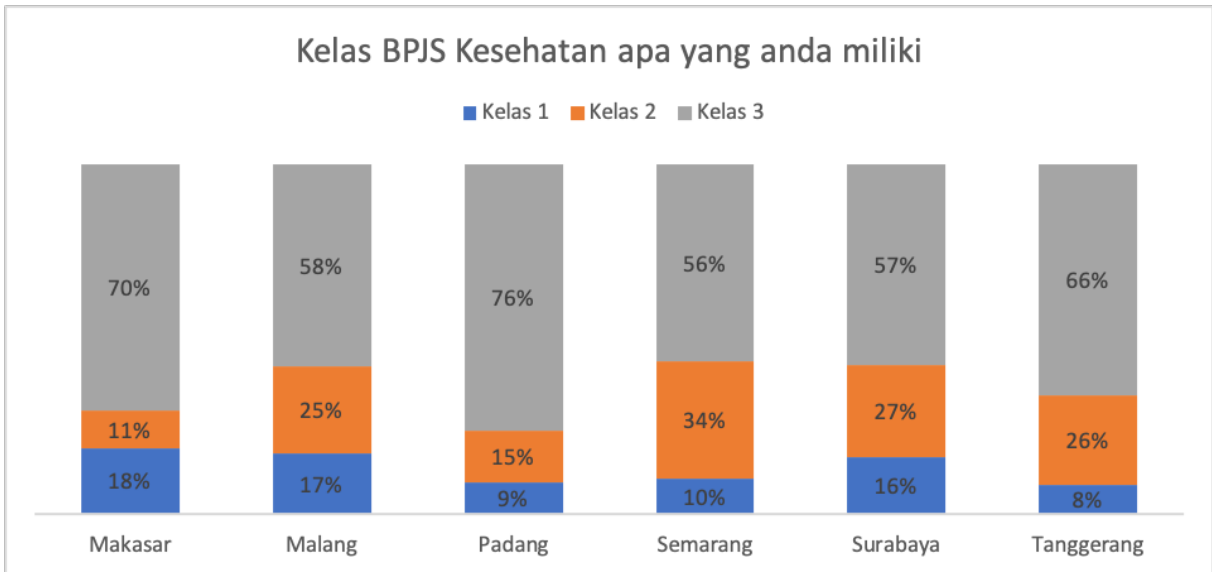
Hampir semua responden di masing-masing lokasi memiliki BPJS kesehatan (79% - 99%).

Kepemilikan BPJS Kesehatan

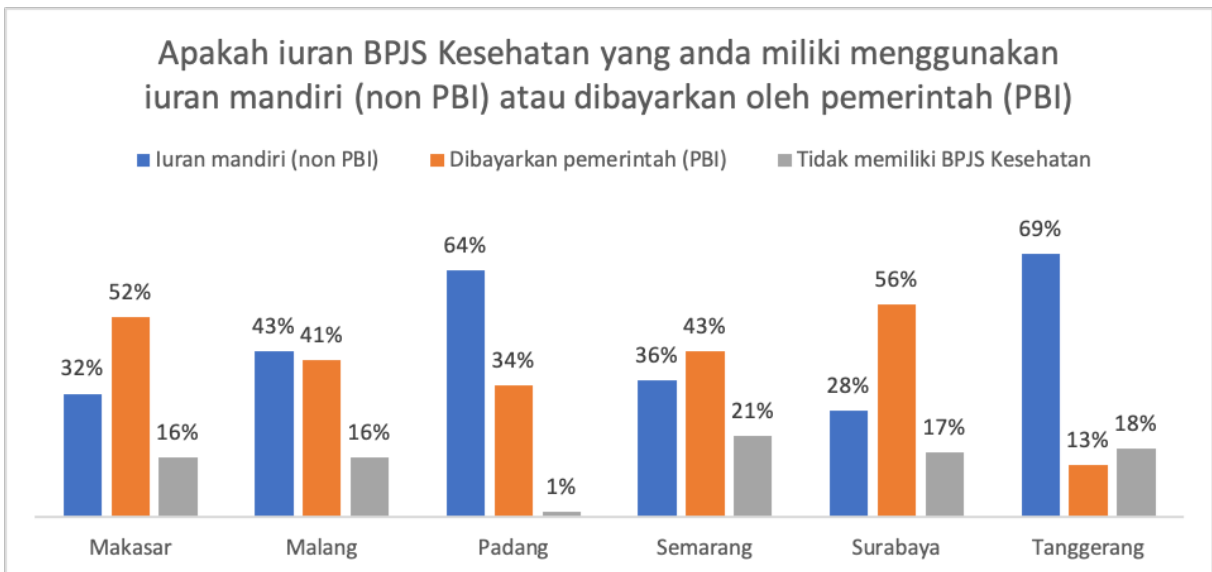
■ Memiliki BPJS Kesehatan ■ Tidak memiliki BPJS Kesehatan



Di antara responden yang memiliki BPJS kesehatan, paling banyak terdaftar di Kelas 3 (57% - 76%).

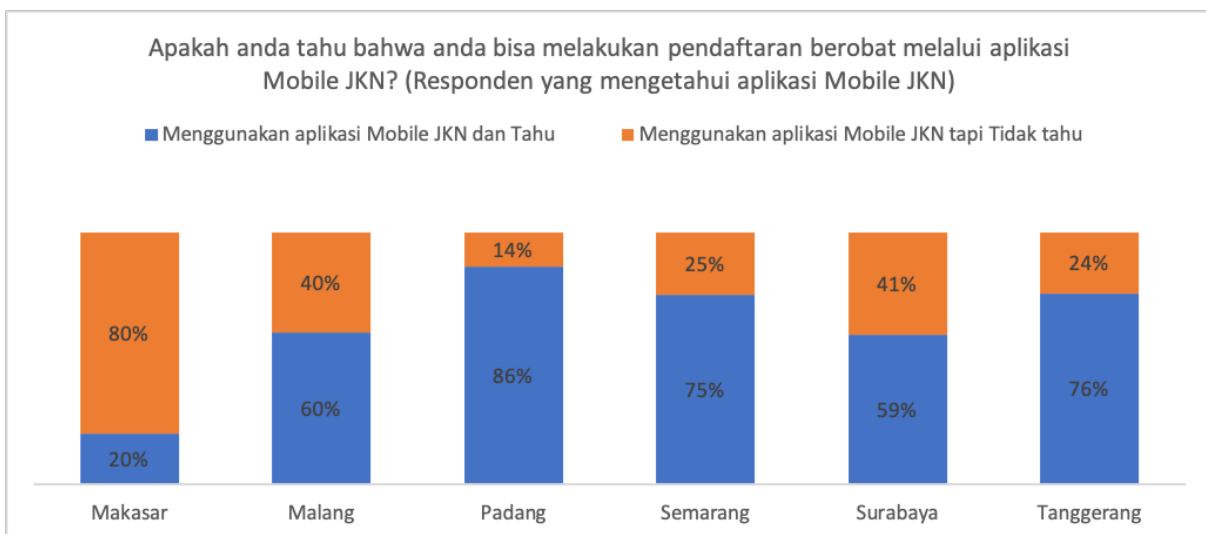
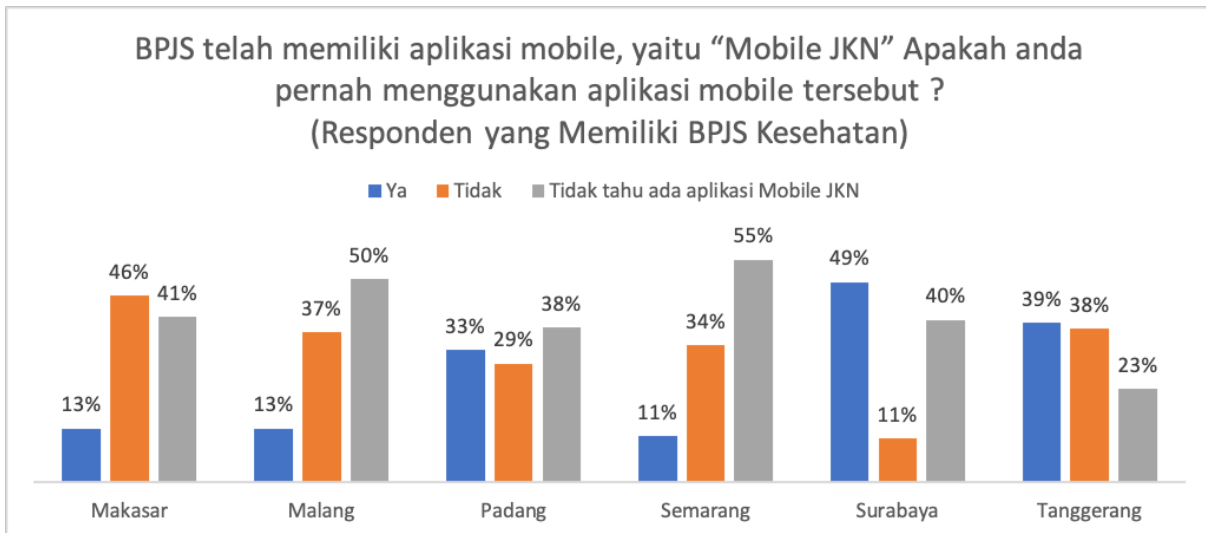


Responden dari Padang (64%) dan Kabupaten Tangerang (69%) paling banyak menggunakan iuran mandiri. Responden dari Semarang (43%), Makassar (52%), dan Surabaya (56%) paling banyak dibayarkan oleh pemerintah. Responden dari Malang sebanding yang menggunakan iuran mandiri (43%) dengan yang dibayarkan oleh pemerintah (41%).

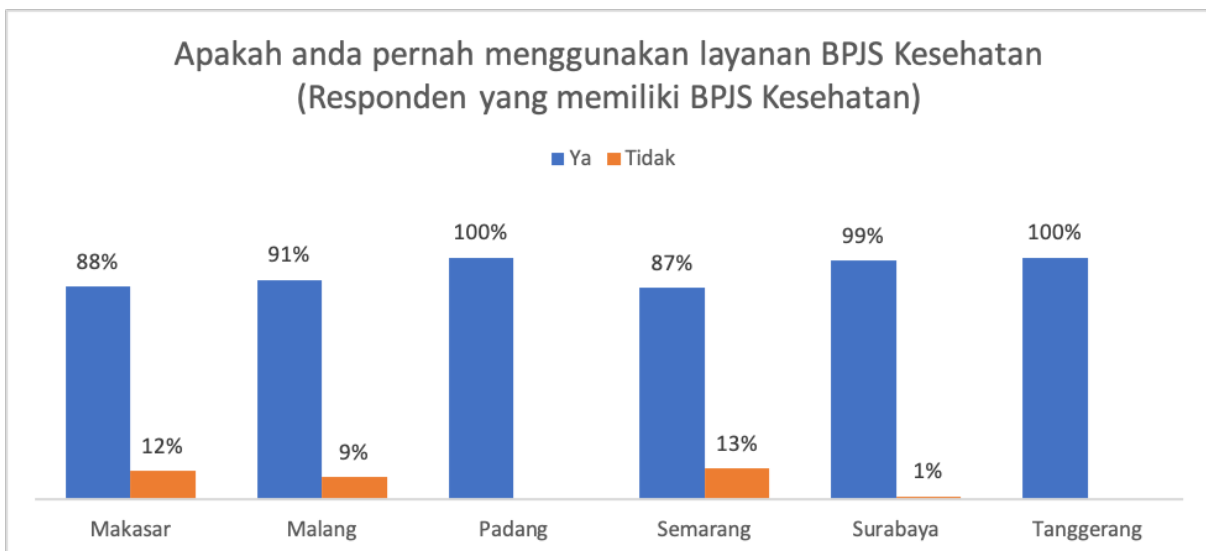


Masih banyak responden yang tidak mengetahui BPJS telah memiliki aplikasi "Mobile JKN". Sekitar setengah responden di Malang (55%) dan Semarang (50%), tidak mengetahui. Sebanyak 38% - 41% responden di Padang, Surabaya, dan Malang tidak mengetahui. Responden yang paling banyak mengetahui berasal dari Kabupaten Tangerang, hanya 23% yang tidak mengetahui.

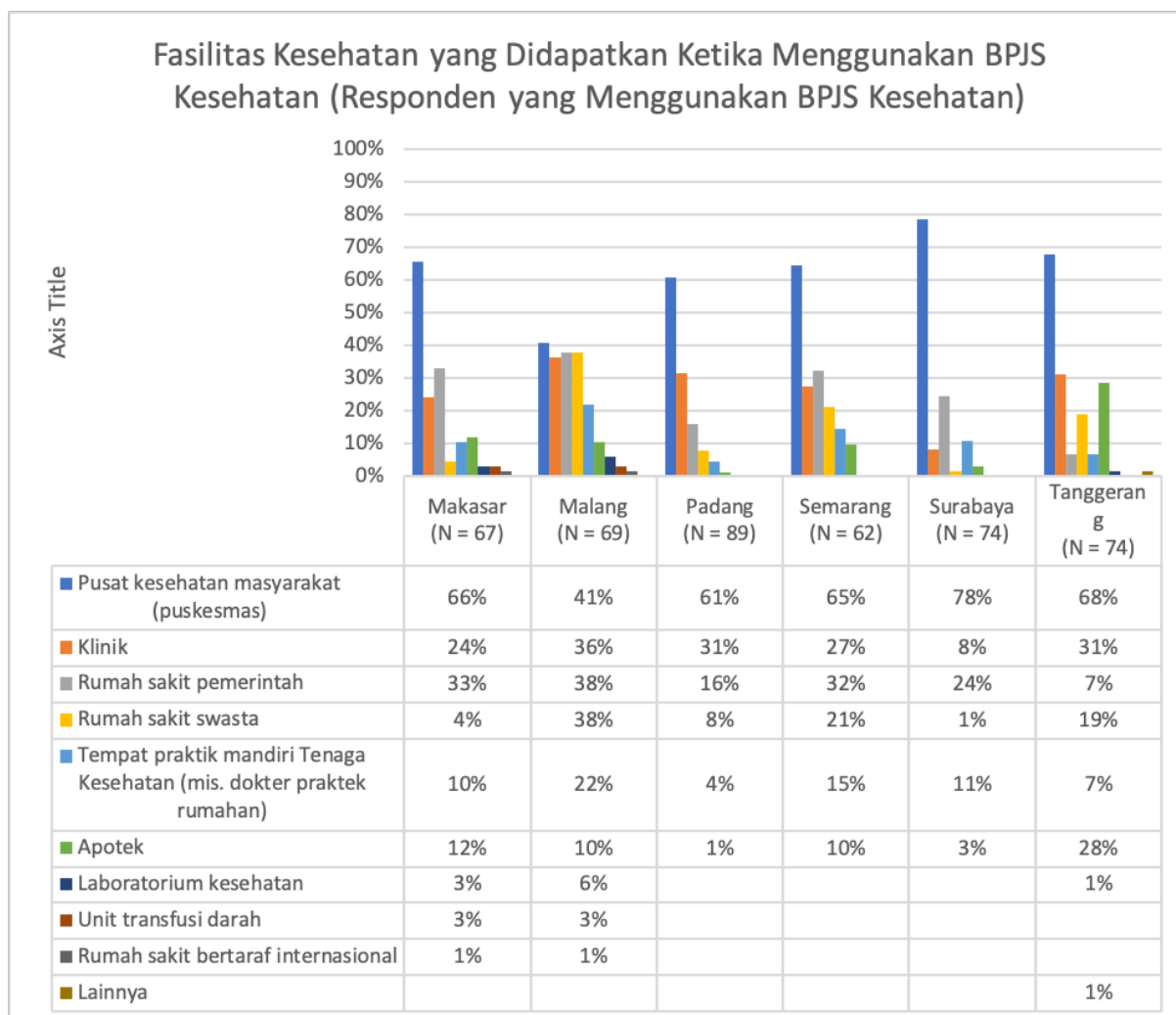
Di antara responden yang menggunakan Mobile JKN, lebih dari setengah tahu bisa melakukan pendaftaran berobat melalui aplikasi tersebut (59% - 86%), kecuali responden di Makassar, hanya 20% yang tahu.



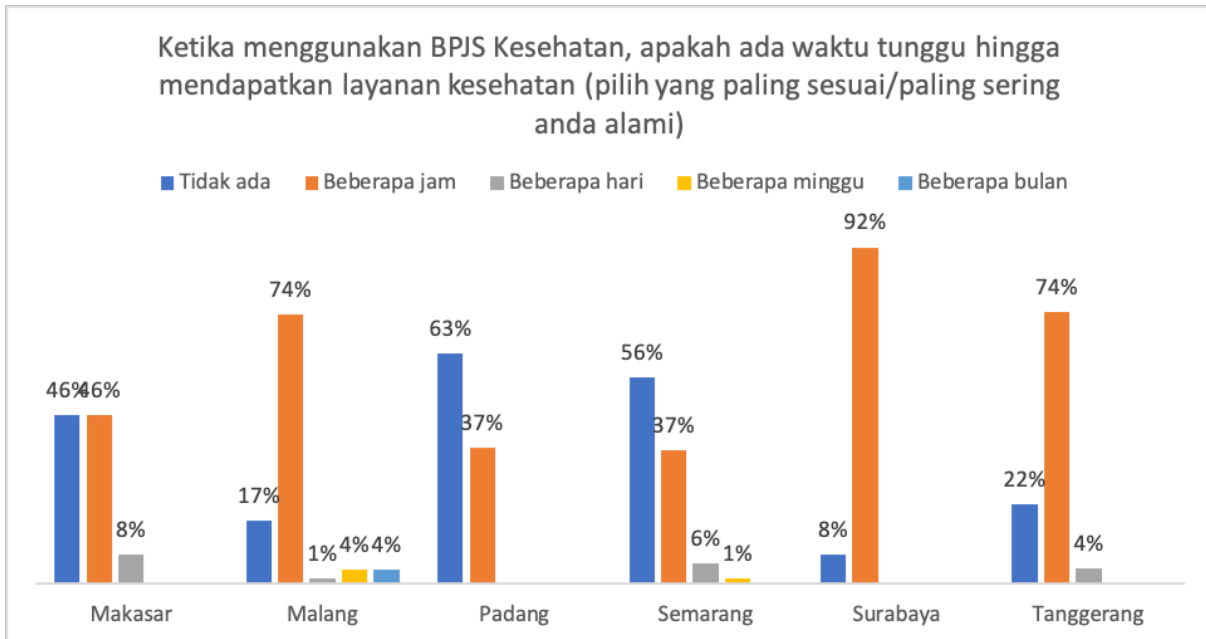
Hampir semua responden yang memiliki BPJS Kesehatan, telah menggunakan dan memanfaatkan layanan BPJS Kesehatan (87%-100%).



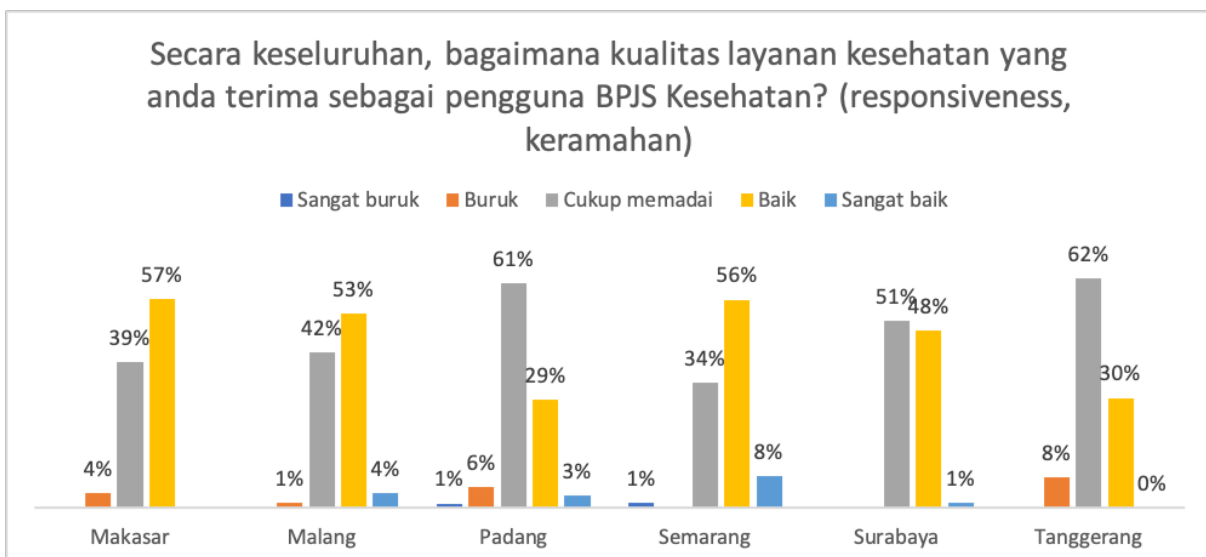
Fasilitas kesehatan yang paling banyak digunakan adalah Puskesmas (41%-78%), kemudian RS pemerintah, dan klinik. Namun, responden di Surabaya tidak banyak yang menggunakan klinik (8%), sementara responden di Kabupaten Tangerang lebih sedikit yang menggunakan RS pemerintah (7%). Responden di Malang hampir sama banyaknya dalam menggunakan BPJS Kesehatan untuk fasilitas klinik (36%), RS pemerintah (38%), dan RS swasta (38%).



Dalam menggunakan BPJS Kesehatan, lebih dari setengah responden dari Padang (63%) dan Semarang (56%) tidak mengalami masa tunggu. Sementara, responden di Malang (74%), Surabaya (92%), dan Kabupaten Tangerang (74%) mayoritas mengalami masa tunggu beberapa jam. Jumlah responden dari Makassar yang mengalami masa tunggu beberapa jam, dan tidak mengalami masa tunggu dalam menggunakan BPJS Kesehatan sebanding (46%).

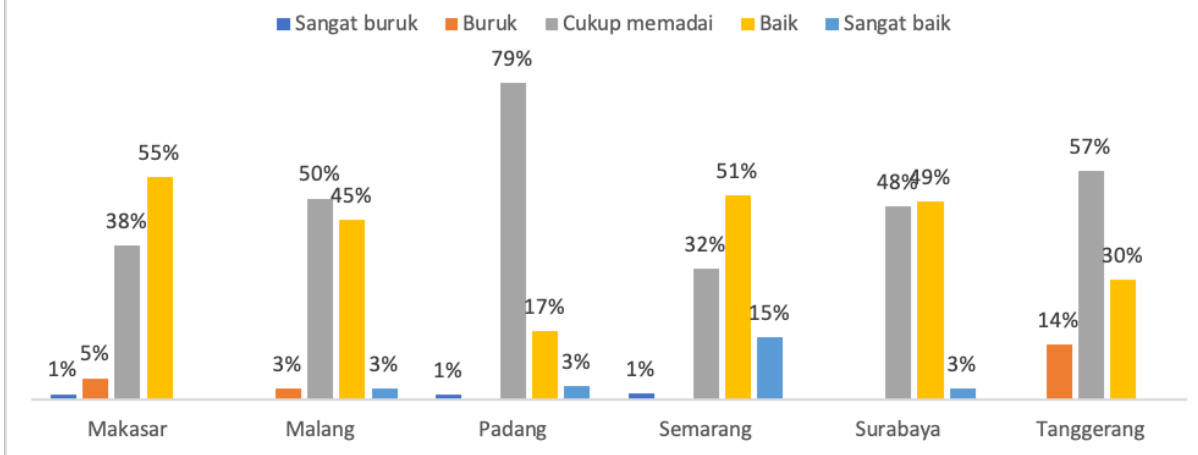


Kualitas fasilitas kesehatan yang didapatkan responden dalam menggunakan BPJS Kesehatan cenderung memadai atau baik. Lebih dari setengah responden dari Makassar dan Semarang merasakan fasilitas yang baik. Sementara, mayoritas responden dari Padang (79%) dan Kabupaten Tangerang (57%) merasakan fasilitas yang cukup memadai. Responden dari Surabaya sebanding yang merasakan fasilitas yang cukup memadai (48%) dan baik (49%). Ada sebagian kecil responden dari Kabupaten Tangerang yang mendapatkan fasilitas yang buruk (14%).



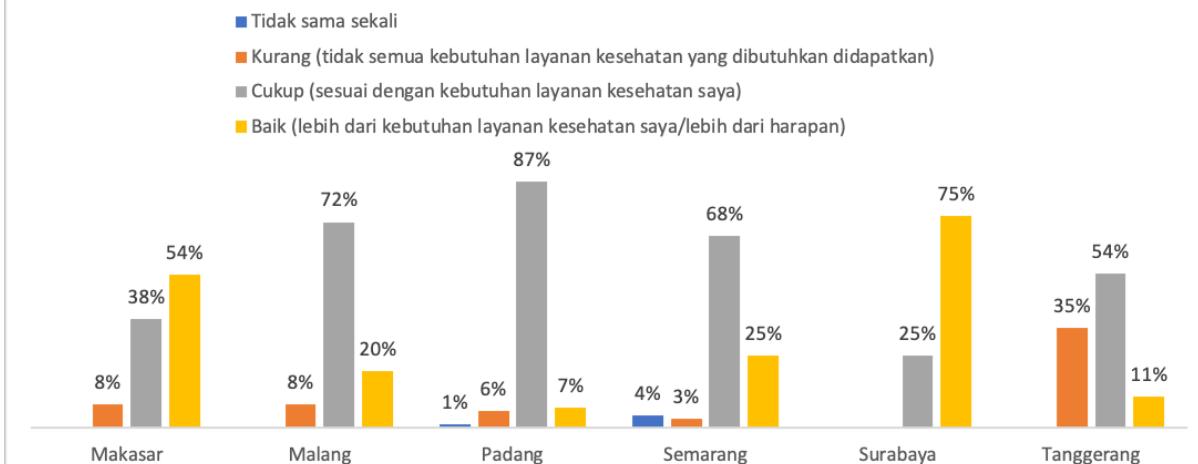
Segi kualitas layanan, mayoritas responden di enam wilayah survei mendapatkan kualitas layanan yang cukup memadai atau baik (>90%). Hanya sebagian kecil responden yang merasa mendapatkan kualitas layanan yang buruk (1%-8%).

Secara keseluruhan, bagaimana kualitas fasilitas kesehatan yang anda dapatkan sebagai pengguna BPJS Kesehatan? (infrastruktur)



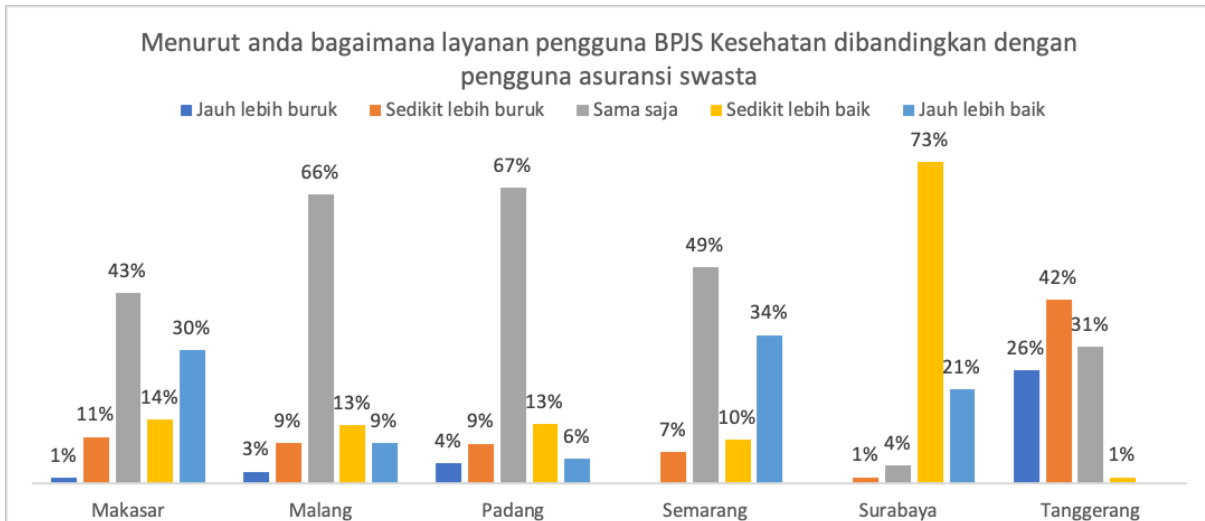
Mayoritas responden di enam wilayah survei merasa mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan dengan menggunakan BPJS Kesehatan. Responden dari Surabaya (75%) dan Makassar (54%) yang paling banyak merasakan layanan yang baik. Sementara responden dari Malang (72%), Padang (87%), Semarang (68%), dan Kabupaten Tangerang (54%) merasa mendapatkan layanan yang cukup. Walaupun demikian, lebih dari sepertiga responden dari Kabupaten Tangerang melaporkan mendapatkan layanan kesehatan yang kurang dalam menggunakan fasilitas BPJS Kesehatan (35%).

Apakah anda merasa mendapatkan layanan kesehatan yang anda butuhkan dengan menggunakan BPJS Kesehatan

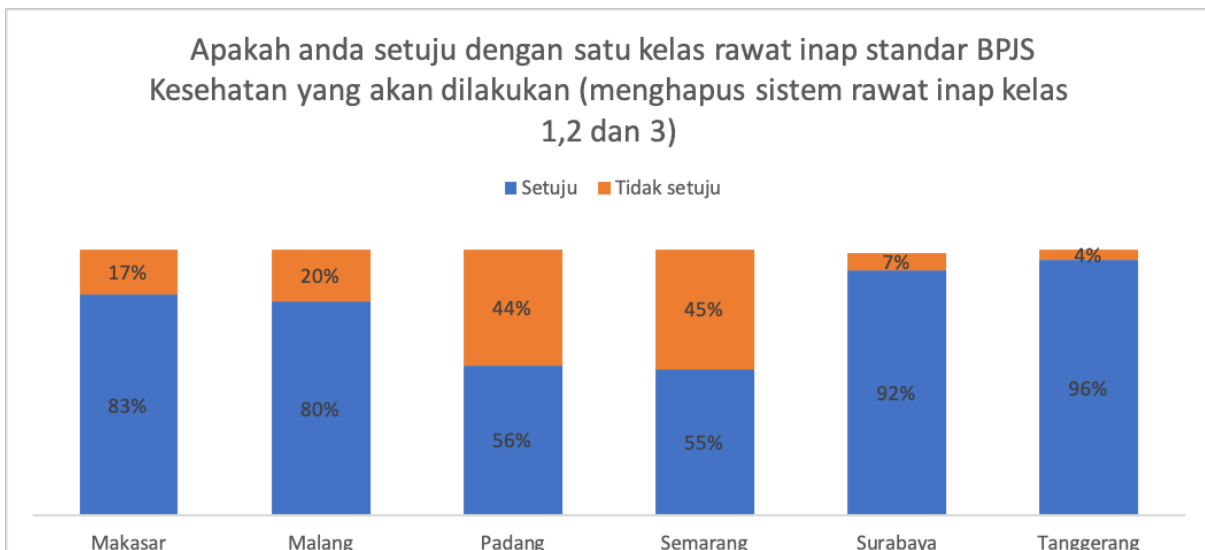


Dibandingkan dengan asuransi swasta, pendapat responden di Makassar (43%), Semarang (49%), Malang (66%), dan Padang (67%) cenderung menilai sama saja layanan yang didapatkan dengan menggunakan BPJS Kesehatan. Mayoritas responden dari Surabaya menilai layanan BPJS Kesehatan sedikit lebih baik (73%), dan sekitar sepertiga responden dari Makassar (30%)

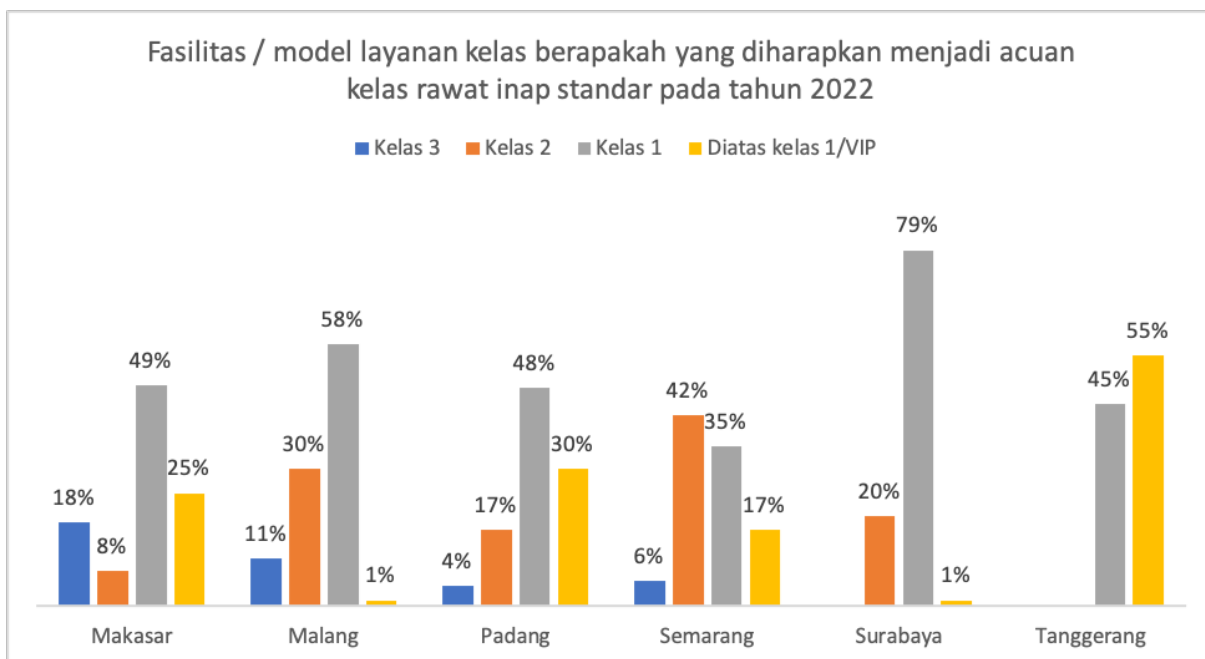
dan Semarang (34%) menilai layanan BPJS Kesehatan justru jauh lebih baik dibandingkan asuransi swasta. Akan tetapi, cukup banyak responden dari Kabupaten Tangerang, yang menilai layanan dengan menggunakan BPJS Kesehatan sedikit lebih buruk (42%) atau jauh lebih buruk (26%) dibandingkan dengan asuransi swasta.



Terkait usulan pemerintah yang berencana menyediakan satu kelas layanan BPJS Kesehatan saja, hampir semua responden dari Surabaya (92%), Kabupaten Tangerang (96%), Makassar (83%), dan Malang (80%) setuju. Namun, responden dari Padang (56%) dan Semarang (55%) hanya sekitar setengah yang setuju dengan adanya satu kelas rawat inap.



Tingkat kelas yang diinginkan oleh mayoritas responden adalah kelas 1 (35%-79%). Mayoritas responden dari Kabupaten Tangerang (55%) menginginkan kelas inap VIP (di atas kelas 1). Sekitar sepertiga responden dari Padang dan seperempat dari Makassar mengharapkan kelas rawat inap VIP. Hanya responden dari Semarang yang lebih banyak merasa cukup dengan rawat inap kelas 2 (42%).







BAB 4

TEMUAN DAN REKOMENDASI

4.1. Temuan

Temuan Positif

1. Kebutuhan warga terhadap fasilitas layanan kesehatan sangat tinggi. Mayoritas responden memiliki kesadaran kesehatan yang baik. Hampir seluruh responden tidak memiliki penyakit berat. Setidaknya, 7 dari 10 responden memiliki BPJS Kesehatan. Secara umum, pertimbangan memilih faskes yaitu, faktor jarak, biaya, dan kepercayaan pribadi.
2. Secara umum responden siap mengalokasikan dana (willingness) untuk kebutuhan kesehatan dan pada saat dilakukan survei memiliki dana yang siap digunakan (ability) untuk keperluan kesehatan.
3. Secara umum, responden mendapatkan layanan BPJS Kesehatan yang baik. Mayoritas responden yang menggunakan BPJS Kesehatan tidak mengalami masa tunggu, atau maksimal menunggu beberapa jam untuk mendapatkan layanan kesehatan. Khusus Malang, masih terjadi masa tunggu layanan BPJS Kesehatan hingga beberapa minggu, bahkan bulan. Mayoritas responden mendapatkan layanan kesehatan yang cepat tanggap dengan infrastruktur faskes yang memadai.

4. Kebanyakan responden menilai fasilitas layanan kesehatan yang ada di wilayah mereka cukup/memadai. Hanya sedikit responden yang menilai buruk dengan alasan kebanyakan karena kotor. Responden menilai bahwa biaya layanan kesehatan yang mereka dapatkan wajar.
5. Responden menilai akses ke fasilitas layanan kesehatan cukup mudah dan jaraknya cukup dekat sehingga mudah dijangkau. Rata-rata biaya yang dibutuhkan untuk sampai ke fasilitas kesehatan terdekat beragam antar-wilayah survei, yaitu antara Rp. 11.000,00 s/d Rp.21.000,00.
6. Responden menilai bahwa selama pandemi, layanan kesehatan menyesuaikan dengan situasi pandemi. Faskes yang mereka gunakan adaptif terhadap situasi pandemi dan menerapkan inovasi pelayanan yang sesuai dengan kondisi pandemi. Inovasi khususnya dalam mekanisme antrean dan penerapan protokol kesehatan pada pengunjung, pasien, dan staf kesehatan.
7. Kebanyakan responden di enam wilayah penelitian mengetahui ada warga yang masuk ke dalam kategori kelompok rentan dan mengetahui bahwa ada fasilitas layanan kesehatan bagi warga kelompok rentan. Sejauh yang diketahui responden, pelayanan kualitas layanan kesehatan bagi warga dan kelompok rentan (buruh, pekerja informal perempuan, lansia, dan disabilitas) cukup memadai.

Temuan Negatif

1. Mayoritas responden mengetahui informasi layanan kesehatan di area ketersediaan fasilitas kesehatan. Namun, mayoritas responden mendapatkan informasi dari mulut ke mulut atau saluran komunikasi informal. Hal ini mengindikasikan bahwa sosialisasi informasi melalui kanal formal pemerintah belum berjalan maksimal atau ada kendala dalam penyampaiannya.
2. Pada isu kesehatan perempuan, banyak responden yang tidak mengetahui informasi layanan kesehatan khusus perempuan di daerahnya. Mayoritas responden, khususnya di Surabaya, Malang, Padang, dan Semarang tidak tahu apakah fasilitas kesehatan di daerah mereka memberikan layanan kesehatan preventif maupun kuratif khusus perempuan atau tidak.
3. Masih banyak responden yang tidak mengetahui bahwa mereka berhak melakukan pengaduan apabila mendapatkan layanan kesehatan yang buruk. Di antara responden yang mengetahui, mereka lebih banyak mengurungkan melakukan pengaduan dibandingkan responden yang melanjutkan. Alasan utama responden mengurungkan niatnya antara lain merasa tidak ada gunanya, tidak tahu prosedurnya, dan takut

dipermasalahan oleh pihak fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan pentingnya dilakukan peningkatan pengetahuan akan hak warga dalam mendapatkan layanan kesehatan yang layak beserta proseduralnya. Penting bagi warga merasa aman dalam melakukan pengaduan terhadap fasilitas kesehatan.

4. Ada indikasi terjadi perbedaan harapan masyarakat akan layanan satu kelas rawat inap standar dari BPJS Kesehatan dan rencana pemerintah. Mayoritas responden menginginkan satu kelas rawat inap BPJS dengan layanan Kelas 1, yaitu satu kamar dengan 2 tempat tidur, atau di atasnya. Sementara, rencana pemerintah bagi peserta PBI akan berisi maksimal 6 tempat tidur, sedangkan non-PBI maksimal 4 tempat tidur.
5. Mayoritas responden mengaku bahwa dirinya dan keluarganya tidak pernah melakukan testing Covid-19, sementara testing menjadi opsi kunci pencegahan dan penanganan Covid-19. Hal ini diperkuat dengan alasan mengaku tidak pernah merasakan atau mengalami gejala terpapar Covid-19, indikasi lainnya bisa disebabkan akses testing (lokasi dan biaya).

Temuan Responden Kabupaten Tangerang

Responden dari Kabupaten Tangerang memiliki profil demografi yang berbeda dibandingkan wilayah lainnya. Secara umum, mereka lebih muda, memiliki pendidikan yang lebih tinggi, dan penghasilan yang lebih tinggi dibandingkan responden dari wilayah lain. Perbedaan demografi memunculkan pola jawaban yang berbeda, dengan insight sebagai berikut.

1. Tingkat pendidikan responden tampaknya berkaitan dengan pemahaman kesehatan yang lebih baik. Responden dari Kabupaten Tangerang lebih banyak melakukan tes mandiri, baik untuk dirinya maupun anggota keluarganya selama pandemi, dan lebih banyak menggunakan tes antigen yang memiliki akurasi yang lebih tinggi dibandingkan tes rapid. Di wilayah penelitian lain mayoritas responden lebih banyak menggunakan tes rapid.
2. Responden lebih kritis terhadap layanan dan fasilitas kesehatan. Mereka lebih banyak mengadukan adanya kekurangan maupun ketidaksesuaian layanan kesehatan yang didapatkan. Dibandingkan responden di wilayah lain, responden yang melaporkan lebih banyak mendapatkan layanan kesehatan di bawah harapan mereka selama pandemi, dan terjadi peningkatan biaya obat dan vitamin karena harus membeli secara mandiri (tidak tersedia di fasilitas kesehatan).
3. Lebih banyak responden yang mengetahui haknya untuk melakukan pengaduan apabila mendapatkan layanan kesehatan yang tidak sesuai dan mengetahui tempat-tempat pengaduan.

4. Lebih banyak responden yang mengetahui informasi layanan dan fasilitas kesehatan yang tersedia di daerahnya. Mereka juga bisa mendapatkan informasi dari sumber yang lebih beragam.
5. Lebih banyak responden yang mengetahui layanan kesehatan khusus perempuan di fasilitas kesehatan di daerahnya.
6. Lebih percaya terhadap pengetahuan pribadi untuk menentukan layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya.

4.2. Rekomendasi

1. Pengarusutamaan isu kesehatan perempuan dalam layanan kesehatan sebagai usaha mencapai kesetaraan dan keadilan gender perlu dilakukan di setiap kabupaten/kota. Pengarusutamaan ini perlu dilakukan melalui kebijakan dan program yang memperhatikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan, dan permasalahan perempuan di ranah kesehatan.
2. Peningkatan layanan kesehatan bagi masyarakat rentan mencakup warga yang tergolong miskin, kelompok difabel, bayi/anak, ibu hamil, dan lansia. Termasuk dalam hal informasi, akses, kemudahan proses, dan kelengkapan fasilitas layanan kesehatan. Perbaikan pengaduan harus dilakukan, tidak hanya mekanisme dan tata kelola, melainkan tindak lanjut laporan layanan kesehatan, baik secara horizontal antar-lembaga maupun vertikal ke pemerintah pusat, serta perlindungan bagi pelapor.
3. Setiap pemerintah kabupaten/kota melaporkan secara teratur tentang kesehatan penduduknya, menetapkan standar fungsi kesehatan masyarakat lokal, menentukan layanan minimum apa yang harus ditawarkan, oleh unit pemerintah apa, dan bagaimana layanan akan dibiayai negara.
4. Akses testing menjadi opsi kunci penanganan Covid-19. Di tingkat minimum, hal ini bisa dilakukan dengan penambahan infrastruktur dan tenaga testing. Sementara, di tingkat maksimum dengan membebaskan atau subsidi biaya testing. Hal ini penting mengingat riset menemukan bahwa testing masih rendah karena warga merasa tidak terpapar atau mengalami gejala klinis Covid-19, dan akses testing yang tidak tersedia.
5. Rencana satu kelas rawat inap hendaknya menggunakan standar Kelas 1, sesuai dengan mayoritas keinginan responden di enam daerah yang menghendaki disetarakannya layanan Kelas 1, yaitu satu kamar dengan 2 tempat tidur, atau layanan di atasnya.



NGO in Special Consultative Status
with the Economic and Social Council of the United Nations, Ref. No: D1035

Jl. Jatipadang Raya Kav.3 No.105 Pasar Minggu, Jakarta Selatan, 12540
021 7819734, 7819735 | info@infid.org | www.infid.org

Follow Us:

