



# KETAHANAN SOSIAL KELUARGA MIGRAN MISKIN PERKOTAAN PADA ERA PEMBERLAKUAN SJSN

Penulis:

Ade Latifa | Sri Sunarti Purwaningsih | Eniarti Djohan |  
Fitranita | Djoko Hartono | Ismiwanto Cahyono

# **KETAHANAN SOSIAL**

**KELUARGA MIGRAN MISKIN PERKOTAAN  
PADA ERA PEMBERLAKUAN**

**SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL (SJSN)**

Dilarang mereproduksi atau memperbanyak seluruh atau sebagian dari buku ini dalam bentuk atau cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

© Hak cipta dilindungi oleh Undang-Undang No. 28 Tahun 2014

*All Rights Reserved*

# **KETAHANAN SOSIAL**

## **KELUARGA MIGRAN MISKIN PERKOTAAN**

### **PADA ERA PEMBERLAKUAN**

#### **SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL (SJSN)**

**Penulis:**

**Ade Latifa | Sri Sunarti Purwaningsih | Eniarti Djohan |  
Fitranita | Djoko Hartono | Ismiwanto Cahyono**

LIPI Press

© 2019 Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI)  
Pusat Penelitian Kependudukan

Katalog dalam Terbitan (KDT)

Ketahanan Sosial Keluarga Migran Miskin Perkotaan pada Era Pemberlakuan SJSN/Ade Latifa, Sri Sunarti Purwaningsih, Eniarti Djohan, Fitranita, Djoko Hartono, dan Ismiwanto Cahyono—  
Jakarta: LIPI Press, 2019.

xiv hlm. + 153 hlm.; 14,8 × 21 cm

ISBN 978-602-496-080-3 (cetak)  
978-602-496-081-0 (*e-book*)

1. Ketahanan Sosial  
3. Perkotaan

2. Pekerja Migran  
4. Akses Layanan Kesehatan

362.85

Copy editor : M. Sidik  
Proofreader : Martinus Helmiawan dan Noviasuti Putri Indrasari  
Penata isi : Vidia Cahyani dan Rahma Hilma Taslima  
Desainer sampul : Meita Safitri  
Cetakan pertama : November 2019



**LIPI**

Diterbitkan oleh:  
LIPI Press, anggota Ikapi  
Gedung PDDI LIPI, Lantai 6  
Jln. Jend. Gatot Subroto 10, Jakarta 12710  
Telp.: (021) 573 3465  
*e-mail*: [press@mail.lipi.go.id](mailto:press@mail.lipi.go.id)  
*website*: [lipipress.lipi.go.id](http://lipipress.lipi.go.id)

 LIPI Press  
 @lipi\_press



# DAFTAR ISI

PENGANTAR PENERBIT .....	vii
KATA PENGANTAR .....	ix
KATA PENGANTAR: KOORDINATOR SUB-KEGIATAN KETAHANAN SOSIAL .....	xi
PRAKATA .....	xiii
<b>BAB I KETAHANAN SOSIAL MIGRAN MISKIN DALAM MENGAKSES PELAYANAN KIA: SUATU PENGANTAR.....</b>	<b>1</b>
A. Marginalisasi Migran Miskin Kota .....	2
B. Permasalahan Migran Miskin Perkotaan: Rendahnya Kapasitas dan Implikasi.....	4
C. Kajian Kepustakaan: Konsep Ketahanan Sosial .....	11
D. Ketahanan Sosial dalam Kaitannya dengan Akses terhadap Layanan Kesehatan .....	16
E. Sistematika Tulisan .....	20
<b>BAB II PEMANFAATAN LAYANAN KIA DALAM KONTEKS KETAHANAN SOSIAL DAN <i>CONTINUUM OF CARE</i>: KASUS KOTA SURABAYA.....</b>	<b>21</b>
A. Persoalan Migran Terkait Kesehatan Ibu dan Anak .....	22
B. Aksesibilitas Penduduk Migran Miskin terhadap Layanan Kesehatan .....	25
C. Ketahanan Sosial dan Hubungannya dengan Pemanfaatan Layanan KIA .....	45

BAB III MODEL STRATEGI PENGUATAN KETAHANAN SOSIAL TERHADAP AKSESIBILITAS PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) .....	63
A. Penguatan Ketahanan Sosial sebagai Sebuah Alternatif Strategi .....	64
B. Permasalahan KIA dalam Konteks <i>Continuum of Care</i> .....	65
C. Strategi Penguatan Ketahanan Sosial Keluarga Migran Pekerja Sektor Informal Melalui Aksesibilitas terhadap Pelayanan KIA .....	126
BAB IV TANTANGAN PENGUATAN KETAHANAN SOSIAL KELUARGA MIGRAN MISKIN PERKOTAAN PADA ERA PEMBERLAKUAN SJSN .....	129
A. Rendahnya Ketahanan Sosial dan Implikasinya.....	130
B. Penguatan Ketahanan Sosial.....	133
DAFTAR PUSTAKA .....	137
LAMPIRAN .....	141
INDEKS.....	145
BIOGRAFI PENULIS .....	151



## PENGANTAR PENERBIT

Sebagai penerbit ilmiah, LIPI Press mempunyai tanggung jawab untuk menyediakan terbitan ilmiah yang berkualitas. Upaya tersebut merupakan salah satu perwujudan tugas LIPI Press untuk turut serta mencerdaskan kehidupan bangsa sebagaimana yang diamanatkan dalam pembukaan UUD 1945.

Buku ilmiah ini memaparkan sebuah konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial (*social resilience*). Fokus utama pembahasan dalam buku ini adalah penguatan ketahanan sosial migran miskin perkotaan dalam upaya meningkatkan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak. Diharapkan dari konsep dan alternatif yang ditawarkan, dapat dihasilkan suatu model pemecahan masalah yang dapat berkontribusi menjawab persoalan kesenjangan.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu proses penerbitan buku ilmiah ini.

LIPI Press





# KATA PENGANTAR

Buku ini merupakan hasil akhir dari kegiatan penelitian unggulan LIPI sub-Kegiatan Ketahanan Sosial yang berjudul “Ketahanan Sosial Keluarga Miskin Perkotaan pada Era Pemberlakuan SJSN”. Kegiatan penelitian berlangsung selama tiga tahun, yaitu dari tahun 2014 hingga 2016. Pada awal kegiatan, yaitu pada tahun 2014, penelitian berfokus pada respons keluarga miskin perkotaan terhadap kebijakan layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) dikaitkan dengan pemberlakuan UU SJSN. Selanjutnya, dalam jangka waktu dua tahun terakhir, 2015–2016, penelitian lebih terfokus pada topik ketahanan sosial yang tujuan akhirnya adalah penyusunan konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial. Pemilihan topik ini sangat relevan karena masih mengkaji aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak dari keluarga migran pekerja sektor informal pada era pemberlakuan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, melalui pendekatan ketahanan sosial.

Mengacu pada tujuan akhir penelitian, penyusunan konsep dan alternatif strategi menjadi fokus utama dalam kajian ini. Hal ini diharapkan dapat memperkuat ketahanan sosial keluarga migran pekerja sektor informal untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak. Tujuan ini juga sejalan dengan kebijakan pembangunan Nawa Cita agenda prioritas pemerintah kelima, khususnya butir dua, yaitu program Kartu Indonesia Sehat (KIS) melalui layanan kesehatan masyarakat.

Penyelesaian buku ini melalui proses penyempurnaan yang cukup panjang dan memerlukan dukungan dari berbagai pihak. Proses tersebut, meliputi pembahasan dan diskusi proposal, rancangan penelitian, pembahasan instrumen penelitian, tinjauan pustaka, lokakarya laporan kemajuan dan diseminasi konsep serta strategi, juga diskusi dengan para narasumber untuk penyempurnaan konsep, baik yang berada di pusat maupun di daerah sampai dengan pelaksanaan seminar akhir. Semua ini dilakukan agar konsep dan strategi ketahanan sosial yang dirumuskan ini menjadi lebih tajam dan memberikan kontribusi, baik secara langsung maupun tidak langsung, terhadap peningkatan ketahanan sosial keluarga migran pekerja sektor informal dan memungkinkan mereka dalam mengakses layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Oleh karena itu, ucapan terima kasih dan penghargaan yang tinggi kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu penelitian dan penyelesaian buku ini.

Namun, kami juga mengakui masih ada kekurangan dan keterbatasan dalam pemaparan hasil kajian yang ditulis dalam buku ini. Untuk itu, segala masukan, saran, dan kritik dari berbagai pihak sangat diperlukan agar hasil penelitian yang tertulis dalam buku ini dapat bermanfaat bagi pengguna, baik pengambil kebijakan maupun masyarakat secara luas. Kami berharap buku ini dapat memberi manfaat besar dalam upaya melakukan perubahan kehidupan masyarakat yang lebih sejahtera.

Jakarta, Desember 2017  
Kepala P2 Kependudukan LIPI

Dra. Haning Romdiati, M.A.



# KATA PENGANTAR

## KOORDINATOR SUB-KEGIATAN KETAHANAN SOSIAL

Buku ini merupakan salah satu luaran dari Kegiatan Unggulan LIPI, khususnya untuk sub-Kegiatan Ketahanan Sosial. Kegiatan Unggulan LIPI Tahun 2016 merupakan pengejawantahan dari Visi Misi Iptek 2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Nasional Tahap Ketiga (2015–2019), serta visi misi lembaga litbang dan naskah akademis (Buku Putih Iptek 2025). Sebagai lembaga ilmu pengetahuan, LIPI tidak hanya menghasilkan naskah akademis untuk kemajuan ilmu pengetahuan, tetapi juga mampu menghasilkan luaran yang bermanfaat bagi masyarakat.

Sehubungan dengan hal tersebut, tim peneliti yang merupakan gabungan dari beberapa institusi, mencoba memaparkan sebuah konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial. Model ini diharapkan dapat berkontribusi menjawab persoalan kesenjangan, khususnya dalam hal aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak dari keluarga migran pekerja sektor informal.

Buku ini masih jauh dari sempurna. Masukan, saran maupun kritik sangat dibutuhkan bagi penyempurnaan model ketahanan

sosial ini sehingga dapat menjadi alternatif dalam penyusunan kebijakan atau program bagi peningkatan kesehatan ibu dan anak pada era pemberlakuan SJSN.

Jakarta, Desember 2017  
Koordinator Sub-Kegiatan Ketahanan Sosial

Dr. Herry Jogaswara, M.A.



# PRAKATA

Penguatan ketahanan sosial (*social resilience*) migran miskin perkotaan dalam upaya meningkatkan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak menjadi fokus kajian utama yang dilakukan tim peneliti kegiatan unggulan Pusat Penelitian Kependudukan (P2 Kependudukan) LIPI dalam jangka waktu tiga tahun penelitian (2014–2016). Topik ketahanan sosial perlu ditelaah lebih dalam karena memberikan kontribusi penting dalam memahami kapasitas kelompok migran miskin mengakses layanan kesehatan. Sebagai kelompok penduduk perkotaan yang terpinggirkan, migran menghadapi berbagai persoalan, antara lain rendahnya modal manusia yang berdampak pada status kesehatan yang rendah. Penguatan ketahanan sosial diharapkan akan berdampak pada peningkatan status kesehatan ibu dan anak. Status kesehatan yang baik dapat meningkatkan produktivitas kerja keluarga sehingga merupakan kunci investasi modal manusia dalam pembangunan. Belum banyak penelitian yang mengaitkan antara kapasitas aset/modal penghidupan keluarga migran miskin, pelayanan kesehatan, dan jaminan kesehatan dalam SJSN, serta ketahanan sosial. Dengan demikian, kajian ini penting dilakukan.

Pada dasarnya, pihak pemerintah telah melaksanakan berbagai program untuk membantu meringankan beban finansial kelompok yang miskin dan kurang mampu. Demikian halnya dengan kelompok masyarakat madani, telah memfasilitasi keluarga migran, khususnya pekerja sektor informal, dalam bentuk program dan

kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan aset penghidupan dan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan ibu dan anak. Namun, tiap-tiap pihak (pemerintah, masyarakat madani, dan individu/keluarga) belum berkolaborasi ataupun melakukan sinergi sehingga upaya untuk memperkuat ketahanan sosial dalam rangka mengakses layanan kesehatan ibu dan anak belum optimal. Tiap-tiap pihak tersebut mempunyai peran dan tanggung jawab tersendiri sehingga dalam pelaksanaannya memerlukan koordinasi dan kerja sama. Beberapa program dan kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah maupun masyarakat semestinya dapat dilakukan secara sinergis dengan melibatkan berbagai pihak terkait sehingga dapat memberikan kontribusi secara langsung maupun tidak langsung terhadap ketahanan sosial keluarga pekerja sektor informal dan memungkinkan mereka mengakses layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Upaya ini diharapkan dapat mengatasi persoalan tingginya angka kematian ibu dan bayi di Indonesia.

Hasil riset ini, melalui hasil rumusan konsep dan strategi, diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai media advokasi bagi pemerintah daerah agar mau dan mampu mengadopsi strategi (kebijakan/program) untuk mengatasi permasalahan kesehatan ibu dan anak melalui penguatan ketahanan sosial baik di tingkat keluarga, masyarakat maupun lokal, disesuaikan dengan situasi, kondisi, dan kebutuhan wilayah masing-masing.

Penulis



# BAB I

## **KETAHANAN SOSIAL MIGRAN MISKIN DALAM MENGAKSES PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA): SUATU PENGANTAR**

Bab ini mengulas permasalahan yang dihadapi oleh penduduk migran miskin di perkotaan. Kemiskinan di perkotaan merupakan salah satu masalah sosial yang hingga kini tetap sulit terpecahkan. Penduduk miskin di perkotaan umumnya menderita tekanan yang lebih dahsyat daripada penduduk pedesaan (Remi & Tjiptoherijanto dalam Suyanto, 2016). Pada umumnya, golongan masyarakat perkotaan yang mengalami proses marginalisasi adalah kaum migran, seperti pedagang kaki lima, pedagang asongan, dan lain-lain, yang kebanyakan tidak terpelajar dan tidak terlatih. Persoalan yang dihadapi migran miskin dipaparkan lebih dalam pada bab ini: diawali dengan isu marginalitas, rendahnya kapasitas migran miskin, kemudian konsep ketahanan sosial serta keterkaitannya dengan akses layanan kesehatan.

## A. MARGINALISASI MIGRAN MISKIN KOTA

Kaum migran sebagai kelompok penduduk perkotaan menghadapi berbagai persoalan, antara lain lemahnya kapasitas, terutama dalam hal modal manusia, sosial dan ekonomi (Purwaningsih, Latifa, Fitranita, Hartono, & Djohan, 2015). Keberadaan modal-modal tersebut ternyata sangat penting untuk meningkatkan kapasitas rumah tangga dalam mengakses layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Karena keterbatasan modal, kelompok migran miskin perkotaan mudah mengalami guncangan (*shock*) ketika menghadapi berbagai tekanan eksternal, seperti beban pengeluaran kesehatan yang bersifat katastrofik. Meskipun ketersediaan layanan kesehatan di perkotaan, baik secara kuantitas maupun kualitas, lebih baik dibandingkan di perdesaan, dengan berbagai keterbatasan yang dihadapi penduduk migran miskin tersebut, mereka sulit mengakses layanan kesehatan, terutama layanan kesehatan rujukan. Kelompok ibu adalah kelompok penduduk yang paling rentan terhadap gangguan kesehatan maternal terutama ketika hamil, melahirkan, nifas maupun bagi kesehatan anak balitanya. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan pendapatan dari pekerjaan informal yang berdampak pada rendahnya asupan nutrisi, pemahaman yang kurang akan pentingnya pemeliharaan kesehatan yang diperparah dengan lingkungan tempat tinggal mereka yang kumuh (Kementerian Kesehatan, Bappenas, DFID, The World Bank, 2010).

Selama ini, pemerintah telah melaksanakan berbagai program untuk membantu meringankan beban finansial kelompok penduduk miskin dan kurang mampu. Pemerintah pusat telah membantu meningkatkan ketahanan keluarga dengan program jaminan kesehatan nasional yang dijawantahkan melalui BPJS pada awal 2014. Namun, ketiadaan kartu identitas kependudukan sering menjadi kendala bagi kelompok migran dalam mengakses program layanan kesehatan gratis karena tidak dapat diakomodasi sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Apalagi, mereka sebelumnya tidak memperoleh kartu Jamkesmas (Purwaningsih, Latifa, & Fathoni, 2010; Purwaningsih, Latifa, Fitranita, & Lolong, 2011). Pemerin-

tah daerah dan sektor terkait juga telah menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak. Namun, program pemerintah daerah, di masyarakat belum berjalan secara sinergis sehingga kebijakan dan rencana strategis berkaitan dengan peningkatan ketahanan keluarga belum berjalan secara optimal, cenderung masih sektoral, dan beberapa program masih tumpang tindih (Setijaningrum, 2017).

Beberapa program dan kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah maupun masyarakat semestinya dapat dilakukan secara sinergis dengan melibatkan berbagai pihak terkait. Keberhasilan sinergitas antarsektor ini dapat memberikan kontribusi secara langsung maupun tidak langsung terhadap ketahanan sosial keluarga pekerja sektor informal dan memungkinkan mereka mengakses layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Upaya penggabungan tiga pendekatan, yaitu *sustainable livelihood* (fokus pada tiga modal), aksesibilitas dengan lima dimensinya dan pelayanan kesehatan dengan sistem *continuum of care*, serta dengan melibatkan antarsektor termasuk masyarakat madani, diharapkan dapat mengatasi persoalan tingginya angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Secara konseptual, yang dimaksud dengan ketahanan sosial adalah kemampuan individu/keluarga/kelompok/masyarakat untuk lebih tangguh dan dapat menyesuaikan diri ketika ada guncangan atau gangguan yang memengaruhi stabilitas (Betke dikutip oleh Hikmat, t.t.; Pfeiffer, Obrist, Henley, & Ahorlu, 2013). Secara teoretis, ketahanan sosial yang kuat juga akan mampu mendorong komunitas, termasuk individu, dalam meningkatkan kapasitas untuk mengakses layanan kesehatan yang ada (Obrist dkk., 2007).

Kajian yang mengaitkan antara ketahanan sosial dan peningkatan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan ibu dan anak secara integral dan komprehensif dapat dikatakan masih terbatas. Selama ini, penanganan permasalahan kesehatan hanya dilihat dari sisi medis atau penanganan persoalan penduduk miskin hanya dari sisi ekonomi, padahal persoalannya lebih rumit ketika menyangkut keluarga migran tidak permanen, pendapatan tidak menentu karena

sumbernya dari pekerjaan di sektor informal, tinggal di permukiman kumuh, tidak mempunyai identitas kependudukan setempat, tidak ada jaminan sosial, dan sebagainya (Obrist dkk., 2007). Oleh karena itu, pengembangan konsep dan alternatif strategi untuk penguatan ketahanan sosial keluarga migran pekerja sektor informal dalam upaya meningkatkan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan ibu dan anak pada era jaminan kesehatan nasional, merupakan hal yang penting. Rumusan model yang dihasilkan dan pengembangannya di lapangan diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan anak yang kemudian dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

## **B. PERMASALAHAN MIGRAN MISKIN PERKOTAAN: RENDAHNYA KAPASITAS DAN IMPLIKASI**

Pada umumnya, migran miskin perkotaan merupakan pekerja sektor informal yang dapat dikatakan sebagai kelompok marginal karena sifat pekerjaan mereka yang tidak teratur, mobilitasnya tinggi, dan cenderung terabaikan oleh program-program pemerintah (Seftiani, t.t.; Chaudhuri, 2015; Sengupta, 2013; Manning & Effendi, 1996). Hasil studi Pusat Penelitian Kependudukan (P2 Kependudukan) LIPI tahun 2014 (Purwaningsih, Letifa, Fitranita, Hartono, & Djohan, 2014) dan 2015 (Purwaningsih dkk., 2015) menunjukkan bahwa persoalan kesehatan ibu dan anak semakin berat dialami keluarga migran pekerja sektor informal di perkotaan karena mereka menghadapi berbagai kendala. Kebanyakan mereka tinggal di permukiman kumuh dengan keterbatasan sanitasi dan kebersihan lingkungan sehingga mereka pun rentan terhadap berbagai macam penyakit. Selain itu, karena sifat pekerjaan yang tidak menentu penghasilannya, mereka cenderung dapat jatuh sangat miskin ketika ada kejadian yang membutuhkan pembiayaan besar.

Hasil penelitian P2 Kependudukan (Purwaningsih dkk., 2014) menunjukkan bahwa kapasitas atau aset penghidupan, khususnya berkaitan dengan modal sosial, finansial dan modal manusia, yang dimiliki oleh rumah tangga migran pekerja sektor informal

cenderung rendah. Indeks ketahanan sosial merupakan gabungan dari indeks lima indikator, yaitu indeks modal manusia, indeks modal fisik, indeks modal alam, indeks modal finansial, dan indeks modal sosial. Perhitungan indeks tiap-tiap indikator melibatkan beberapa variabel yang kemudian dibakukan dengan menggunakan rumus  $(x - \min) / (\max - \min)$ . Modal manusia melibatkan variabel tingkat pendidikan ibu, keikutsertaan dalam kelas hamil, dan mengikuti pelatihan. Modal fisik termasuk variabel sumber air minum, tempat buang air besar, pemilikan alat transportasi, dan sumber penerangan. Modal alam terdiri atas pemilikan lahan dan aset produktif. Modal finansial meliputi akses untuk mendapatkan kredit UKM, pemilikan alat transportasi dan pemilikan barang-barang, seperti kulkas, HP, video/CD/radio player, mesin cuci dan tabung gas 12 kg. Modal sosial mencakup keikutsertaan kelembagaan sosial yang ada di lingkungan tempat tinggal. Indeks kelima modal tersebut berkisar antara 0 dan 1. Nilai indeks tersebut dihitung dari survei terhadap 200 ibu hamil/menyusui/punya balita. Hasil perhitungan menunjukkan nilai indeks manusia 0,282, indeks modal fisik 0,741, indeks modal alam 0,172, indeks modal finansial 0,282, dan indeks modal sosial 0,052. Konteks kajian ini, lebih difokuskan pada tiga modal saja (modal sosial, finansial, dan modal manusia) yang memiliki nilai relatif rendah.

Keterbatasan modal-modal di tingkat individu maupun keluarga ini berpengaruh terhadap pemanfaatan *continuum of care* yang menjadi kurang optimal. Dengan menggunakan pendekatan lima dimensi akses yang diadopsi dari Obrist dkk. (2007), terlihat adanya permasalahan dalam pemanfaatan layanan kesehatan mulai dari masa kehamilan, persalinan, sampai ke perawatan bayi dan balita. Sebagian keluarga migran menghadapi permasalahan serius dalam hal perawatan kesehatan tingkat lanjutan, seperti persalinan dengan komplikasi dan bayi baru lahir yang membutuhkan perawatan lanjutan. Ditemukan kasus migran yang terpaksa pulang ke daerah asal untuk mendapatkan perawatan kesehatan atau pengobatan lanjutan karena tidak ada kerabat di kota yang dapat membantu,

baik dalam hal biaya maupun membantu perawatan, ketika sakit. Kemudian, usaha rumah tangga bangkrut karena modalnya habis untuk membiayai pengobatan penyakitnya. Fenomena “sadikan” atau sakit menjadi miskin sering dialami oleh keluarga migran yang memiliki penghasilan pas-pasan ini. Sebagai keluarga miskin yang terbiasa hidup pas-pasan dan kemungkinan besar juga terjatuh perangkap utang yang kronis, tentu berat jika tiba-tiba harus menghadapi kebutuhan untuk biaya pengobatan lanjutan yang memaksa mereka harus mengeluarkan dari kantong sendiri (*out of pocket*). Kasus rumah tangga migran yang terpaksa menghentikan pengobatan karena ketidakmampuan membayar obat juga ditemukan dalam penelitian P2 Kependudukan LIPI tahun 2014 (Purwaningsih dkk., 2014) di Kota Bandung dan Makassar. Selain masalah finansial, kebiasaan pulang kampung untuk melahirkan dengan dukun juga merupakan salah satu faktor yang menyebabkan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak tidak optimal. Gambaran lebih jelas mengenai persoalan yang dihadapi oleh keluarga migran miskin ini dapat dilihat pada skema “pohon masalah” (halaman lampiran, Diagram 1) dan matriks “aksesibilitas terhadap *continuum of care*” (halaman lampiran, Diagram 2).

Mengharapkan kelompok migran pekerja sektor informal menjadi peserta jaminan secara mandiri juga masih banyak kendala yang harus dihadapi karena ketidakpastian penghasilan dari sektor informal. Apabila dilihat dari tingkat pendapatan rumah tangga migran, hasil survei 2015 di Surabaya menunjukkan bahwa ada sekitar 91,8% sampel rumah tangga migran yang memiliki tingkat pendapatan di bawah UMK Surabaya (untuk tahun 2015 UMK Surabaya Rp2.710.000). Mengacu pada penghasilan versi UMK Surabaya ini, kelompok migran pekerja sektor informal hampir seluruhnya termasuk kategori miskin. Artinya, migran tersebut termasuk peserta yang mendapatkan bantuan iuran dalam skema kepesertaan JKN karena mengacu pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan

Iuran Jaminan Kesehatan Bab 1 ayat 3 memberikan bantuan Iuran Jaminan Kesehatan kepada fakir miskin dan orang tidak mampu.<sup>1</sup>

Dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 12 Tahun 2013 dan perubahannya Nomor 111 Tahun 2013 serta Nomor 19 Tahun 2016 peserta JKN dibagi ke dalam kelompok peserta PBI dan Bukan PBI. PBI adalah kelompok masyarakat miskin dan orang tidak mampu yang kriterianya mengacu pada keputusan Menteri Sosial Nomor 146 Tahun 2013 tentang Penetapan Kriteria Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu terdapat kelompok fakir miskin dan orang tidak mampu. Namun, sebagian migran yang menjadi responden menyatakan belum menjadi peserta JKN yang mendapat bantuan iuran dari pemerintah atau PBI. Kelemahan selama ini adalah pendataan *by name by address* yang masih sangat lemah sehingga masih banyak kelompok pekerja sektor informal yang belum terdaftar sebagai peserta JKN. Faktor lainnya yang menyebabkan kelompok ini belum tercakup sebagai peserta JKN, antara lain dipengaruhi oleh beberapa aspek, seperti akses mendapat informasi terkait dengan kepesertaan program JKN baik dari sisi kelompok migrannya sendiri maupun dari pemerintah daerah kelompok migran tersebut berada; serta aspek masih rendahnya kesadaran terhadap pentingnya jaminan kesehatan bagi setiap orang.

Merujuk pada Perpres Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Perpres Nomor 12 Tahun 2013, Perpres Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Perpres Nomor 12 Tahun 2013 serta Perpres Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Perpres Nomor 12 Tahun 2013 sudah mengatur kelompok ini

---

<sup>1</sup> Mengacu pada regulasi PP Nomor 101 Tahun 2012 dan perubahannya PP Nomor 76 Tahun 2015, kemudian Perpres Nomor 2 Tahun 2015 tentang RPJMN Tahun 2015–2019 menyebutkan sasaran Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebesar 40% penduduk yang memiliki tingkat kesejahteraan terendah. Target PBI dengan asumsi penduduk total 268 juta jiwa maka proyeksinya sampai dengan 2019 ada sekitar 107,2 juta jiwa yang menjadi target PBI. Dengan dasar kebijakan ini, semua pekerja sektor informal berpenghasilan tidak tetap seharusnya dicakup dalam kepesertaan JKN.

dapat dijadikan peserta dalam program JKN oleh daerah. Pasal 6A Perpres Nomor 111 Tahun 2013 menyebutkan apabila masih terdapat penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan maka pemerintah daerah dapat mendaftarkannya ke BPJS kesehatan sebagai peserta JKN yang iurannya bersumber dari APBD. Selanjutnya, jika memperhatikan regulasi yang dikeluarkan oleh Menteri Dalam Negeri yaitu Permendagri Nomor 52 Tahun 2015 tentang Pedoman APBD Tahun 2016 dan Permendagri Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan APBD Tahun 2017, disebutkan bahwa pemerintah daerah masih dapat mengalokasikan APBD-nya untuk membiayai jaminan kesehatan dalam bentuk program dan kegiatan yang dilakukan oleh SKPD yang membidangi kesehatan. Artinya, dimungkinkan kalau masih ada penduduk yang masuk dalam kategori miskin dan tidak mampu di luar PBI dan penduduk yang didaftarkan pemda, APBD masih dapat dialokasikan untuk membiayai masyarakat miskin dan tidak mampu yang sakit dan membutuhkan pengobatan di fasilitas kesehatan yang dilakukan secara swakelola. Permasalahannya, sebagian besar migran pekerja sektor informal yang menjadi responden penelitian ini tidak termasuk sebagai peserta jaminan kesehatan yang dibiayai oleh APBD atau memiliki Jamkesda.

Meskipun secara *by design* mengacu pada Keputusan Menteri Sosial Nomor 146/HUK/2013 migran pekerja sektor informal dapat menjadi peserta JKN PBI, baik dari anggaran APBN maupun APBD karena dapat dikategorikan ke dalam pekerja migran bermasalah sosial, kenyataannya masih ada migran yang tidak atau belum tercakup dalam program JKN. Pada saat ini, jika para pekerja sektor informal ingin menjadi peserta JKN, mereka menjadi peserta umum yang harus membayar iuran secara mandiri. Padahal, sebagian besar kelompok migran miskin perkotaan adalah pekerja sektor informal yang hidupnya “pas-pasan”. Terlebih lagi sejak September 2016 ini, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memberlakukan pembayaran dengan sistem baru, yaitu peserta JKN harus melakukan pembayaran kolektif dalam satu kali

transaksi. Maksud pembayaran kolektif adalah berlaku untuk satu keluarga yang mengacu ke kartu keluarga (KK) yang terdaftar dalam kepesertaan. Sistem pembayaran iuran sekeluarga ini tentunya menyulitkan bagi para migran tersebut mengingat karakteristik pekerjaan sebagian besar berada di sektor informal. Hal ini tentu sangat berdampak pada kualitas hidup para anggota rumah tangga migran miskin. Ketersediaan fasilitas layanan kesehatan tidak serta-merta dapat diakses oleh keluarga migran yang memerlukan. Padahal, di perkotaan ketersediaan layanan kesehatan sangat baik, secara kuantitas maupun kualitas, dibandingkan dengan di perdesaan. Namun, berbagai keterbatasan yang dihadapi oleh keluarga migran pekerja sektor informal, antara lain dalam hal finansial, sumber daya manusia maupun kekerabatan, mempersulit keluarga tersebut mengakses layanan kesehatan dalam konteks ini layanan KIA secara optimal.

Buku ini memaparkan hasil kajian P2 Kependudukan LIPI berupa konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial keluarga migran pekerja sektor informal dalam rangka meningkatkan kemampuan individu/keluarga untuk mengakses layanan KIA pada era jaminan kesehatan nasional. Pendekatan penguatan ketahanan sosial ini diambil sebagai alternatif untuk menjembatani *missing link continuum of care* khususnya antara pemeliharaan kesehatan di tingkat keluarga (*community-based*) dengan fasilitas layanan kesehatan tingkat pertama ataupun rujukan (*facility-based health care*). Peningkatan ketahanan sosial keluarga migran pekerja sektor informal didasarkan pada *assessment* terkait dengan penghidupan berkelanjutan (*sustainable livelihood*) berfokus pada modal finansial, sosial, dan modal manusia. Keunggulan pendekatan ini adalah memberikan arah penanganan persoalan aksesibilitas dari keluarga migran para pekerja sektor informal dengan mempertimbangkan aset penghidupan yang mereka miliki dan juga melihat tiap-tiap dimensi akses. Selain itu, pendekatan *sustainable livelihood* lebih komprehensif karena tidak hanya mencakup penguatan pada sisi layanan kesehatan saja, tetapi juga dapat diaplikasikan untuk penguatan individu/keluarga/masyarakat.

Penyusunan konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial bagi migran pekerja sektor informal ini diawali dengan melakukan kegiatan pemetaan “anatomi” permasalahan dan dampaknya secara lebih terstruktur. Kegiatan pemetaan tersebut dilakukan melalui *problem tree* analisis atau sering juga disebut dengan “analisis pohon masalah” (Management for Development Foundation, 2005) (lihat Lampiran 1 & 2). Analisis dengan cara demikian membawa beberapa keuntungan, antara lain permasalahan dapat dipilah-pilah ke dalam beberapa aspek sehingga memungkinkan untuk dikaji lebih dalam solusi dan faktor apa yang harus diprioritaskan untuk diatasi; kemudian melalui analisis situasi ini juga sekaligus dapat mengidentifikasi siapa aktor atau pihak yang paling tepat untuk mengambil peran dalam proses ini. Setelah permasalahan dipetakan, dibuat *objective tree analysis* untuk menyusun solusi berdasarkan permasalahan yang ditemukan tersebut (lihat Lampiran 3). Penyusunan solusi melalui *objective tree* dibangun berdasarkan permasalahan yang muncul dalam *problem tree analysis*. Kebalikan dari *problem tree*, dalam *objective tree analysis*, permasalahan yang muncul dibuat menjadi hasil yang positif, yaitu rencana tindakan untuk memecahkan permasalahan yang ditemui. Melalui cara analisis seperti itu, akar permasalahan dan konsekuensi yang ditimbulkan dapat dialihkan menjadi solusi yang mendasar sehingga lebih mudah membangun suatu *entry point* atau *key intervention* untuk memulai suatu perubahan dalam rangka mengatasi permasalahan yang muncul. Penyusunan konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial ini dibuat berdasarkan hasil kajian P2 Kependudukan LIPI di Kota Surabaya (2015–2016).<sup>2</sup> Sebagai kota

---

<sup>2</sup> Lokasi penelitian ditentukan secara purposif, yaitu didasarkan pada tingginya migrasi masuk, tingginya AKI, keberadaan permukiman kumuh dan proporsi rumah tangga miskin yang tinggal di permukiman kumuh tinggi. Di Kota Surabaya dipilih satu kecamatan, yaitu kecamatan Simokerto yang mencakup lima kelurahan, yaitu Simokerto, Sidodadi, Kapasan, Tambakrejo, dan Simolawang. Kecamatan ini terpilih sebagai lokasi penelitian karena merupakan kecamatan yang banyak menjadi tujuan para migran (Badan Pusat Statistik Kota Surabaya, 2012). Simokerto sendiri, selama ini, dikenal sebagai kecamatan yang banyak

terbesar kedua di Indonesia dan merupakan sentra pertumbuhan ekonomi di wilayah timur Indonesia, Surabaya menjadi magnet bagi penduduk migran yang berasal dari daerah sekitarnya atau dari luar daerah/provinsi lain.

### C. KAJIAN KEPUSTAKAAN: KONSEP KETAHANAN SOSIAL

Konsep ketahanan sosial sudah sering dibicarakan, baik berkaitan dengan konteks mitigasi kebencanaan, ekologi, kesehatan, psikologi maupun kajian pembangunan sosial-ekonomi lainnya. Secara sederhana, konsep ketahanan sosial diartikan sebagai kemampuan dalam mengatasi risiko akibat perubahan sosial, ekonomi, politik yang mengelilinginya (Betke dalam Hikmat, t.t.). Berbagai indikator ketahanan sosial juga sudah banyak dikembangkan sebagai alat ukur. Menurut Hikmat (t.t.), ketahanan sosial merupakan salah satu indikator dari pembangunan berkelanjutan. Indikator ketahanan sosial dalam konteks pembangunan kesejahteraan sosial ditunjukkan oleh indeks kemiskinan manusia melalui beberapa pengukuran, antara lain peluang tidak bertahan hidup hingga 40 tahun serta angka buta huruf dewasa. Ketahanan sosial juga merupakan salah satu dampak yang diharapkan dengan adanya program perlindungan sosial yang dikelola oleh pemerintah dan masyarakat. Konsep ketahanan sosial dalam tulisan Hikmat sebangun dengan konsep *social resilience* yang sudah lebih dulu dikembangkan oleh Obrist, Pfeiffer, dan Henley (2010). Mereka mengembangkan *social resilience* dengan pendekatan *multi layer* dalam konteks mitigasi terhadap kebencanaan.

Hal menarik dari pemaparan Obrist dkk. (2010) tersebut adalah mereka melihat adanya hubungan antara risiko, kerentanan, dan ketahanan. Meskipun tulisan mereka dibuat untuk konteks

---

dihuni kaum migran dan masyarakat marginal kota karena selain dekat dengan pelabuhan Tanjung Perak, wilayah ini merupakan sentra pengembangan aktivitas ekonomi yang tergolong informal dan nonformal—jenis lapangan pekerjaan yang notabene banyak menarik perhatian migran dan penduduk miskin kota karena daya serapnya yang sangat fleksibel (Suyanto, 2016).

kebencanaan, dapat dikatakan ada kesamaan pemahaman terkait kerentanan, yaitu mencakup dimensi kapasitas dalam mengantisipasi, bertahan, mengatasi, beradaptasi atau pulih dari dampak suatu kebencanaan. Dapat dilihat bahwa aspek kapasitas manusia menjadi pokok pembahasan terkait ketahanan. Kombinasi keduanya, yaitu kerentanan dan ketahanan dalam suatu pembahasan, diharapkan dapat menghasilkan pemahaman yang komprehensif akan fenomena sosial.

Pada dasarnya, terdapat bermacam-macam konsep ketahanan yang dibuat oleh komunitas ilmuwan, antara lain *The Resilience Alliance* yang mendefinisikan ketahanan sebagai sebuah sistem yang terintegrasi antara manusia dan alam, yang mana dapat menyerap/mengatasi sejumlah gangguan dalam sistem; kemudian saat sistem mampu untuk mengatur/mengorganisasikan dirinya sendiri; serta ketika sistem dapat membangun dan meningkatkan kapasitas untuk belajar dan beradaptasi (Carpenter, Walker, Anderies, & Abel, 2001). Kajian psikologi tentang pembangunan anak dan studi ekologi sosial juga memiliki konsep sendiri terkait dengan ketahanan. Meskipun terdapat beragam konsep terkait ketahanan, semuanya merujuk pada pemahaman akan terjadinya proses adaptasi sebagai respon akan adanya kesengsaraan untuk mencapai hasil atau *outcome* yang positif (Folke, dkk. 2002). Ditengarai dengan tingkat ketahanan yang tinggi, sistem ekologi sosial memiliki potensi untuk mempertahankan pembangunan dengan cara merespons dan mengatasi perubahan sehingga mampu menghindari kerugian di masa mendatang. Jadi, melalui kapasitas yang dimiliki, sistem tersebut dapat melakukan pembaruan dan berinovasi.

Pembahasan tentang ketahanan tidak hanya terkait dengan faktor individu atau personal, tetapi juga dapat dilihat dalam kaitannya dengan faktor pendorong yang protektif, seperti dorongan dari orang tua, sebaya, atau lembaga swadaya masyarakat yang mendukung perilaku dan nilai-nilai yang mampu merespons secara kompeten. Kapasitas adaptasi dalam konsep ketahanan sering dikaitkan dengan pembelajaran, tidak hanya di tingkat individu,

tetapi juga di tingkat organisasi atau jaringan sosial yang memiliki pengetahuan dan pengalaman sehingga dapat secara fleksibel membantu menyelesaikan masalah dan menyeimbangkan kekuasaan di antara kelompok.

Obrist dkk. (2010) selanjutnya menerangkan bahwa ketahanan merupakan suatu proses yang dinamis dan dapat berubah-ubah sepanjang waktu. Ketahanan juga merupakan konstruksi ilmiah yang harus ditelaah lagi dan tidak dapat diobservasi atau diukur secara langsung. Konsep ketahanan dalam pendekatan ekologi, dengan demikian, diartikan sebagai kemampuan, kapasitas individu, kelompok masyarakat termasuk sistem ekologi sosial untuk hidup dengan gangguan, kesengsaraan atau kebencanaan dan kemampuan untuk beradaptasi (Adger seperti yang dikutip Obrist dkk., 2010). Pemikiran tentang ketahanan dengan pendekatan ekologi ini secara implisit juga terdapat dalam pendekatan *sustainable livelihood* (SL) dari United Kingdom Department for International Development (DFID). Sejalan dengan konsep ketahanan Adger, pendekatan *sustainable livelihood* juga memfokuskan pada kemampuan orang, aset dan kegiatan yang mengalami proses transformasi sehingga menghasilkan luaran yang positif; atau melalui pendekatan *sustainable livelihood* diupayakan kegiatan mitigasi terhadap kerentanan dengan membangun ketahanan (DFID, 2000).

Adapun lima aset penghidupan yang memainkan peranan penting dalam pembangunan ketahanan dalam pendekatan *sustainable livelihood*, yaitu modal manusia (kemampuan bekerja, kesehatan dan pengetahuan), modal sosial (jaringan, kelompok dan kepercayaan), modal alam (tanah, air, dan kehidupan lainnya), modal fisik (transportasi, perumahan, energi) dan modal finansial (tabungan, kredit). Kelima aset penghidupan ini dapat diperkuat atau dihambat dengan adanya transformasi struktur dan proses di masyarakat. Glavovic dkk. dalam Obrist dkk. (2010) menyatakan bahwa sistem *sustainable livelihood* ini memungkinkan atau mendorong orang untuk menjalankan strategi penghidupan yang mencakup “tingkat ketahanan” (dari tingkat individu sampai tingkat nasional) untuk mengatasi kesulitan.

Selanjutnya, kajian yang digagas oleh Pusat Pencegahan dan Kontrol Penyakit pada 2011 mengusulkan mengembangkan ketahanan di tingkat komunitas sebagai kesiapsiagaan kemampuan terkait kesehatan masyarakat pada saat kondisi darurat (Center for Disease Control and Prevention, 2011). Bahkan, dikatakan bahwa pembangunan ketahanan di tingkat komunitas menjadi komponen utama dalam strategi mitigasi kebencanaan. Konsep ketahanan memang banyak diaplikasikan untuk kegiatan kebencanaan meskipun ada juga yang menggunakannya untuk kepentingan medis, seperti yang digagas oleh Campbell dkk. (2015). Mereka mengaplikasikan konsep ketahanan terkait dengan sistem kesehatan. Menurut Campbell dkk. (2015), untuk memperkuat ketahanan sistem kesehatan ketika ada gangguan atau *shock* dalam hal kesehatan, khususnya terkait dengan kebutuhan anak dan ibu, keempat aspek ini harus menjadi fokus perhatian dan diperkuat, yaitu 1) tenaga kerja kesehatan, pendidikan, dan insentif; 2) pencegahan dan kontrol penyakit infeksi; 3) informasi dan pengawasan, dan 4) layanan kesehatan esensial. Dapat dikatakan, model ketahanan sistem kesehatan dari Campbell dkk. (2015) ini lebih terfokus pada penguatan sisi penyedia layanannya saja. Sementara itu, model ketahanan dengan pendekatan *sustainable livelihood* lebih komprehensif karena tidak hanya terfokus pada penguatan pada sisi layanan kesehatan saja, tetapi juga untuk penguatan di tingkat individu/keluarga/masyarakat.

Dalam perkembangannya kemudian, Pfeiffer dkk. (2013) menyatakan bahwa untuk mengkaji ketahanan sosial dapat dilihat dari empat aspek, yaitu ancaman, kapasitas, faktor pendorong, dan luaran. Jenis ancaman dapat terkait dengan lingkungan, bersifat individual atau kelompok, jangka panjang, atau berhubungan dengan kejadian serius seperti sakit berat atau kematian. Ketahanan orang juga sangat bergantung pada ancaman yang dihadapi. Seseorang yang tahan terhadap suatu jenis ancaman belum tentu tahan terhadap jenis ancaman yang lainnya sehingga dalam pembahasan terkait isu ancaman ini harus jelas jenis ancaman yang diteliti dan apakah

ancaman tersebut diketahui oleh individu, kelompok, atau organisasi. Selanjutnya terkait kapasitas, dikatakan bahwa orang memiliki beragam kapasitas untuk mengatasi ancaman. Hal tersebut bisa secara reaktif (merespons terhadap ancaman ketika muncul) atau proaktif (lebih antisipatif terhadap ancaman dan merencanakan bagaimana cara menghindari). Orang kemungkinan besar mencari informasi untuk mengatasi persoalannya; kemudian melakukan sesuatu sebagai tindakan mitigasi; atau mengorganisasi bantuan yang ada untuk menolong mereka mengatasi persoalannya.

Pfeiffer dkk. (2013) mengemukakan bahwa kapasitas bergantung pada tiga modal, yaitu modal ekonomi, budaya, dan sosial. Pendidikan, keterampilan, ataupun sikap, masuk dalam modal budaya. Diterangkan bahwa individu memiliki kapasitas, begitu pula dengan kelompok dan organisasi (termasuk pemerintah). Kapasitas tersebut dapat ditingkatkan melalui beragam cara, yaitu pendidikan, pelatihan atau melakukan organisasi ulang. Dalam pembahasan tentang kapasitas yang harus dipahami secara benar, yakni apa yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kapasitas individu, kelompok dan organisasi, agar dapat lebih kompeten menghadapi ancaman.

Faktor pendorong atau intervensi juga sangat penting untuk dikaji secara mendalam karena dapat membangun ketahanan orang melalui beragam modal, ekonomi, budaya maupun modal sosial. Keberadaan pemerintah juga penting dalam konteks ini karena membuat aturan dan regulasi, menyediakan fasilitas (kesehatan, misalnya), serta mensponsori informasi dan kampanye-kampanye untuk mendidik masyarakat. Dengan demikian, sangat penting untuk mengkaji apa yang telah dilakukan pihak pemerintah maupun kelompok LSM untuk membangun ketahanan; kemudian apakah mereka mendukung individu, kelompok, organisasi atau target pada kelompok penduduk tertentu. Mengacu kepada aspek luaran, kemungkinan ada satu atau lebih luaran yang diinginkan. Menurut Pfeiffer dkk. (2013), ketahanan lebih merupakan suatu proses daripada karakteristik personal, yang menjadikannya tidak stabil dan tahan lama. Sebelum terjadi ancaman, tindakan untuk

membantu orang membangun ketahanannya penting dilakukan, tetapi setelah ancaman itu terjadi, fokus haruslah diarahkan pada pemberian bantuan untuk meningkatkan ketahanan sehingga mampu menghadapi atau merespons persoalan secara tepat.

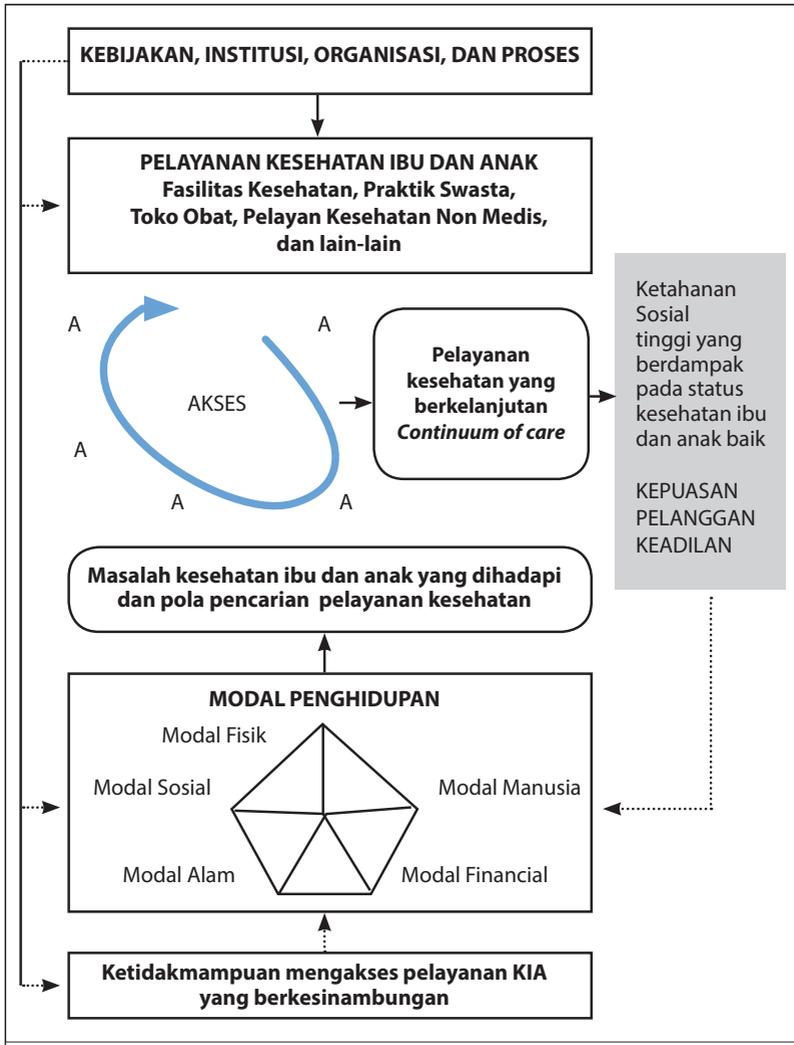
#### **D. KETAHANAN SOSIAL DALAM KAITANNYA DENGAN AKSES TERHADAP LAYANAN KESEHATAN**

Untuk memahami kondisi ketahanan sosial penduduk migran dalam kaitannya dengan akses terhadap layanan kesehatan, penelitian ini menggunakan konsep yang dijabarkan oleh Pfeiffer dkk. (2013). Konsep ketahanan sosial ini sesuai untuk diterapkan dalam konteks penelitian yang juga berfokus pada tema ketahanan sosial kelompok migran pekerja sektor informal dalam kaitannya dengan kesehatan ibu dan anak (KIA). Kajian ketahanan sosial dalam kaitannya dengan akses terhadap layanan kesehatan berfokus pada aspek-aspek ‘potensi’ atau ‘kapasitas’ individu/keluarga dan masyarakat yang dapat digali atau diberdayakan untuk bisa mengatasi persoalan rendahnya akses terhadap layanan KIA.

Pfeiffer dkk. (2013) menjelaskan bahwa kajian terhadap ketahanan sosial dapat dibagi menjadi empat aspek. Pertama, *threats* (ancaman), yaitu jenis atau berbagai jenis ancaman atau masalah yang dihadapi. Seseorang yang berdaya tahan terhadap suatu ancaman belum tentu tahan pada ancaman lainnya. Dalam tulisan ini, yang menjadi ancaman adalah ketidakmampuan individu/keluarga migran untuk mendapatkan akses layanan KIA yang diperlukan. Kedua, *capacity* (kapasitas). Individu/keluarga/masyarakat memiliki kapasitas untuk menghadapi ancaman, baik yang bersifat reaktif (melakukan respons terhadap ancaman yang terjadi) atau proaktif (antisipasi ancaman dan memiliki rencana untuk mengatasi ancaman atau memperkecil akibat dari ancaman). Kapasitas dalam penelitian ini difokuskan pada tiga jenis “modal” yang dimiliki, yaitu 1) modal ekonomi (pendapatan dan kekayaan atau aset); 2) modal manusia (pengetahuan, pendidikan, dan keterampilan); dan 3) modal sosial (jalinan kekerabatan dengan keluarga dan teman

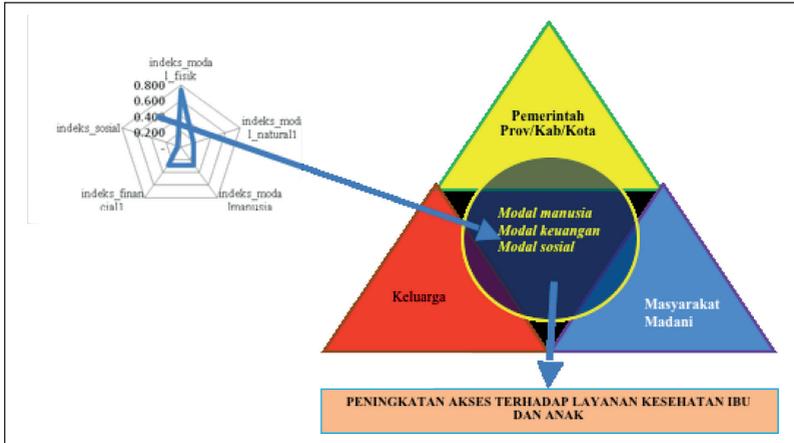
dan dukungan/bantuan sosial). Hasil kajian P2 Kependudukan LIPI pada 2015 (Purwaningsih dkk., 2015) menunjukkan modal-modal tersebut memiliki pengaruh terhadap kemampuan individu/keluarga mengakses layanan kesehatan secara optimal. Berbeda dengan pendekatan kerentanan yang lebih memfokuskan pada sisi kelemahan, pendekatan kapasitas ini lebih mendasarkan pada sisi kekuatan/kemampuan. Kapasitas ada pada tataran individu/keluarga, masyarakat, dan bahkan organisasi/institusi. Secara umum, semakin banyak modal yang dimiliki atau semakin banyak program intervensi yang diterima untuk memperkuat kapasitas, daya tahan yang bersangkutan dalam menghadapi ancaman semakin kuat. Ketiga, *enabling factor* (faktor pendukung). Berbagai jenis program intervensi dapat memperkuat ketahanan individu/keluarga dengan memudahkan individu tersebut untuk dapat memanfaatkan/mengakses berbagai bentuk modal ekonomi, manusia dan modal sosial. Keempat, *outcome* (hasil upaya). Hasil yang diharapkan dalam penelitian ini dan upaya yang dilakukan untuk mendapat hasil tersebut adalah tercapainya ketahanan sosial yang tinggi, yang berdampak pada status kesehatan ibu dan anak tinggi (lihat Gambar 1).

Konsep ketahanan sosial yang diterapkan menempatkan individu sebagai bagian dari jaringan komunitas sehingga ketahanan seorang individu akan dipengaruhi oleh keluarganya, masyarakat lingkungannya, bahkan dipengaruhi oleh organisasi dan kebijakan pemerintah. Hal ini membawa implikasi bahwa penguatan ketahanan sosial memerlukan intervensi pada berbagai tingkatan, baik pada tingkat individu dan keluarga ataupun pada tataran komunitas dan pemerintah. Beberapa program/kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat maupun keluarga/individu, dapat dilakukan secara sinergis dengan melibatkan berbagai pihak terkait (Gambar 2). Dengan demikian, kontribusinya dapat dirasakan, baik secara langsung maupun tidak langsung, terhadap ketahanan sosial keluarga migran pekerja sektor informal dan memampukan mereka mengakses layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal.



Sumber: dimodifikasi dari diagram "Health Access Livelihood Framework" (Obrist dkk., 2007)

**Gambar 1.** Diagram Ketahanan Sosial dalam Konteks *Continuum of Care and Sustainable Livelihood*



**Gambar 2.** Diagram Sinergi Antar-Pemangku Kepentingan dalam Konteks Penguatan Ketahanan Sosial Keluarga Migran Pekerja Sektor Informal untuk Peningkatan Akses terhadap Layanan KIA

Ketahanan sosial, dalam konteks kajian P2 Kependudukan LIPI, dilihat dalam hubungannya dengan layanan kesehatan ibu dan anak menurut siklus kehidupan, dan difokuskan pada saat kehamilan, melahirkan, masa nifas hingga periode bayi dan anak balita. Model atau pendekatan untuk layanan kesehatan terpadu ini lebih dikenal dengan sebutan *continuum of care* (Kerber, de Graft-Johnson, Bhutta, Okong, Starss, & Lawn, 2007). Melihat hubungan ini sangat penting untuk memahami secara mendalam apakah kapasitas yang dimiliki individu/kelompok migran dapat memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan secara optimal. Pembahasan tidak saja melihat pada permasalahan atau kendala yang muncul, tetapi juga mengangkat mekanisme *survival* yang dikembangkan, mengidentifikasi potensi, dukungan jejaring dan kohesi serta modal sosial yang dimiliki individu/keluarga migran pekerja sektor informal dan sekaligus mengkaji peluang yang mungkin dapat dimanfaatkan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan dan memberdayakan posisi tawar mereka di Kota Surabaya.

## E. SISTEMATIKA TULISAN

Buku ini terdiri atas empat bagian. Secara garis besar, Bab 1 menguraikan tentang latar belakang pentingnya merumuskan konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial bagi kelompok migran pekerja sektor informal; permasalahan migran pekerja sektor informal berkaitan dengan ketahanan sosial dan aksesibilitas terhadap layanan KIA; kajian pustaka berkaitan dengan konsep ketahanan sosial serta kerangka pemikiran yang digunakan. Bab 2 menyajikan hasil penelitian dengan mengangkat dua pokok temuan. Pertama, menggambarkan dan mengkaji keterkaitan isu aksesibilitas migran terhadap layanan kesehatan ibu dan anak dengan pendekatan lima dimensi Obrist dkk. (2007). Kedua, menggambarkan dan mengkaji ketahanan sosial dalam hubungannya dengan pemanfaatan layanan KIA. Dalam konteks penelitian ini, ketahanan sosial dilihat dari tiga modal, yaitu modal manusia, sosial, dan finansial. Bab 3 berisi pemaparan model konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial untuk kelompok migran pekerja sektor informal. Sebelum masuk ke perumusan model, dipaparkan terlebih dulu tentang permasalahan KIA dalam konteks *continuum of care*. Bab 4 yang menjadi bab terakhir berisi tentang kesimpulan dan saran.



# BAB II

## **PEMANFAATAN LAYANAN KIA DALAM KONTEKS KETAHANAN SOSIAL DAN *CONTINUUM OF CARE*: KASUS KOTA SURABAYA**

Untuk lebih memahami persoalan keluarga migran terkait dengan kesehatan ibu dan anak, pemaparan pada bab ini dibagi ke dalam tiga bagian, yaitu 1) aksesibilitas terhadap layanan kesehatan dan kebijakan terkait, institusi, organisasi, dan proses dalam penyelenggaraan pelayanan tersebut dalam konteks *continuum of care*; 2) hubungan antara ketahanan sosial dan pemanfaatan pelayanan KIA, termasuk di dalamnya pembahasan tentang kapasitas atau aset/modal manusia, sosial, dan finansial yang dapat dimobilisasi pada konteks kerentanan; 3) penyusunan model ketahanan sosial dalam konteks peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya untuk kelompok penduduk migran pekerja sektor informal.

## A. PERSOALAN MIGRAN TERKAIT KESEHATAN IBU DAN ANAK

Penduduk migran di perkotaan yang berkecimpung pada sektor informal dapat dikatakan sebagai kelompok marginal karena pendapatan dari pekerjaan mereka yang tidak teratur, mobilitas tinggi, tinggal di permukiman kumuh, dan cenderung terabaikan oleh program-program pemerintah. Hasil studi Pusat Penelitian Kependudukan LIPI tahun 2014 di Kota Bandung dan Makassar menemukan kasus migran di Kota Makassar yang terpaksa menghentikan pengobatan karena tidak mampu membayar pengobatan, termasuk biaya transportasi ke layanan kesehatan. Migran tersebut memiliki penghasilan tidak menentu dari hasil berjualan makanan di tepi pantai, sedangkan anaknya tidak memiliki jaminan kesehatan. Setiap kali harus membawa anaknya berobat ke rumah sakit, dia harus meninggalkan pekerjaannya (tidak buka dagangan) karena tidak ada yang dapat menggantikan dirinya untuk berjualan. Apabila meninggalkan pekerjaannya tersebut, penghasilannya semakin berkurang karena tidak ada pemasukan. Sementara itu, biaya pengobatan berikut transportasi ke layanan kesehatan harus dibiayai sendiri. Hal ini dirasakan memberatkan dirinya sehingga akhirnya ibu tersebut memutuskan untuk tidak meneruskan pengobatan anaknya. Kasus yang kurang lebih sama juga dialami oleh migran di Kota Bandung (Purwaningsih dkk., 2014).

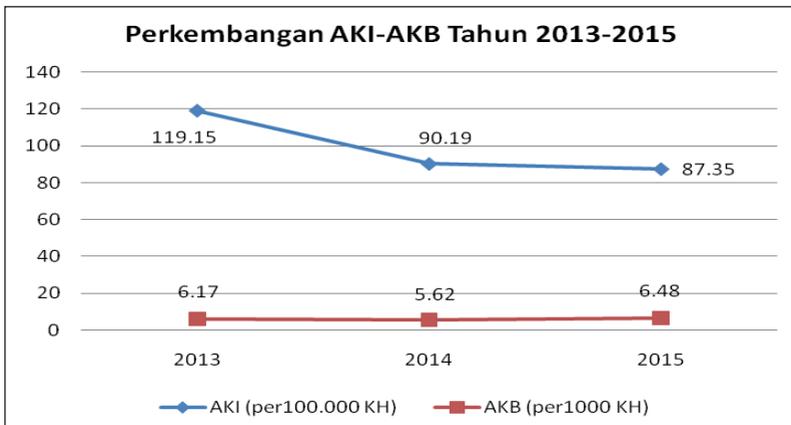
Migran pekerja sektor informal yang menjadi responden penelitian di Kota Surabaya ini relatif berbeda dengan migran-migran di kota besar lain, seperti Bandung dan Makassar. Sebagian besar migran berasal dari Pulau Madura yang relatif dekat dengan Surabaya sehingga memungkinkan mereka untuk kembali ke daerah asal atau berinteraksi dengan masyarakat di daerah asalnya. Mereka masih cenderung menjalankan kebiasaan selama di daerah asal, misalnya ketika melahirkan dengan ditunggu keluarga besar dan menggunakan dukun sebagai penolong kelahiran. Mereka pun masih melakukan kebiasaan melahirkan di kampung (Madura) sampai saat ini. Masalahnya, ketika pulang kampung, mereka tidak

membawa rekam medis atau catatan tentang kondisi kesehatan selama mereka hamil. Oleh karena itu, ketika mereka mempunyai permasalahan kesehatan atau kehamilan juga ketika melahirkan dengan penyulit, dukun tidak dapat menolong sehingga mereka kembali lagi ke Kota Surabaya. Ada kasus seorang migran pulang kampung untuk melahirkan, terjadi komplikasi pasca persalinan sehingga dibawa kembali ke Surabaya. Namun, ibu tersebut tidak dapat tertolong dan akhirnya meninggal di Surabaya.

Gambaran umum tentang migran pekerja sektor informal di Kota Surabaya, berdasarkan hasil survei tahun 2015, sekitar 57,4% merupakan migran seumur hidup. Artinya, migran tersebut tidak lahir di Kota Surabaya. Sementara itu, dilihat berdasarkan daerah tempat lahir, mayoritas (90% lebih) berasal dari dalam Provinsi Jawa Timur sendiri. Apabila dilihat lebih rinci, data memperlihatkan lebih dari separuh migran berasal dari kabupaten-kabupaten yang terdapat di Pulau Madura (Sampang, Bangkalan, Pamekasan, dan Sumenep) disusul oleh Kabupaten Lamongan dan sisanya dari kabupaten/kota lain yang terdapat di Provinsi Jawa Timur. Hasil survei menunjukkan tingkat pendidikan migran tergolong rendah. Hampir separuh dari anggota rumah tangga migran yang berusia 10 tahun ke atas berpendidikan SD ke bawah. Dilihat dari jenis pekerjaan yang dilakukan anggota rumah tangga responden yang bekerja dan berusia 15 tahun ke atas, hasil survei menunjukkan bahwa sebagian besar bekerja di sektor informal dengan rata-rata pendapatan rumah tangga migran sebesar Rp1.612.857 per bulan. Apabila dibandingkan UMK Kota Surabaya tahun 2015, yaitu Rp2.710.000, sekitar 91,8% rumah tangga migran yang menjadi sampel dalam penelitian ini berpenghasilan di bawah UMK Kota Surabaya (Purwaningsih dkk., 2015). Dengan kondisi sosial ekonomi yang terbatas ini, kelompok migran juga rentan dalam hal kesehatan.

Mengacu kepada data kematian ibu dan bayi di Kota Surabaya, dari hasil pendataan Dinas Kesehatan tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Kota Surabaya menunjukkan penurunan drastis dari

sebesar 144,64 per 100.000 kelahiran hidup pada 2012 menjadi 87,35 per 100.000 kelahiran hidup pada 2015. Relatif tingginya angka kematian ibu pada periode 2010–2012 ditengarai karena adanya peningkatan faktor Pre Eklamsia/Eklamsia (PE/E) dan faktor lainnya. Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Surabaya juga menunjukkan penurunan, yaitu menjadi sebesar 6,48 per 1.000 kelahiran hidup (2015) dari 7,66 per 1.000 kelahiran hidup (2012) (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2012, 2015). Untuk mengetahui perkembangan AKI dan AKB tahun 2013–2015 dapat dilihat pada Gambar 3.



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2015)

**Gambar 3.** Grafik Perkembangan AKI-AKB Tahun 2013–2015

Data dua puskesmas di Kecamatan Simokerto menunjukkan adanya kecenderungan kematian neonatal, bayi, dan balita perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Tabel 1).

**Tabel 1.** Data Kematian Neonatal, Bayi, dan Balita Menurut Jenis Kelamin, Kecamatan, dan Puskesmas Kota Surabaya Tahun 2015

Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Kematian							
		Laki-laki				Perempuan			
		Neo-natal	Bayi	Anak Balita	Balita	Neo-natal	Bayi	Anak Balita	Balita
Simokerto	Tambakrejo	0	2	1	3	3	3	1	4
	Simolawang	1	2	0	2	1	1	1	2
Jumlah (Kota)		118	145	27	172	117	137	20	157
Angka kematian yang dilaporkan		5,42	6,66	1,24	7,90	5,39	6,31	0,92	7,23

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2015)

Meskipun data memperlihatkan penurunan AKI dan AKB, penelitian LIPI sebelumnya menunjukkan bahwa keluarga miskin perkotaan sangat rentan terhadap gangguan maternal, terutama ketika hamil, melahirkan, masa nifas, ataupun kesehatan anak balitanya. Kondisi sosial ekonomi yang terbatas dan tidak memiliki jaminan kesehatan yang preminya ditanggung pemerintah merupakan faktor-faktor yang membatasi kelompok migran tersebut memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal.

## B. AKSESIBILITAS PENDUDUK MIGRAN MISKIN TERHADAP LAYANAN KESEHATAN

### 1. Pelayanan Kesehatan *Continuum of Care* dalam Konteks Lima Dimensi Akses

Dalam kaitannya dengan layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), konsep *continuum of care* ini meliputi layanan yang terintegrasi untuk ibu hamil, bayi baru lahir, dan kesehatan anak. Konsep *continuum of care* ini sudah diaplikasikan sejak tahun 1970, tetapi saat itu terbatas pada layanan kesehatan untuk kelompok lansia. Dalam dekade selanjutnya, pendekatan *continuum of care* ini kemudian baru lazim digunakan meskipun hanya merujuk pada layanan pasien secara individu. Mulai tahun 2005 dengan adanya kesepakatan

global, pendekatan *continuum of care* mulai banyak difokuskan pada berbagai sistem kesehatan yang meliputi beragam komponen layanan berkelanjutan, mencakup manusia, tempat dan waktu (Kerber dkk., 2007).

Konsep *continuum of care* juga mencakup dimensi waktu dan tempat atau lokasi layanan yang berjenjang. Dimensi waktu adalah pelayanan sebelum kehamilan (termasuk layanan keluarga berencana/KB, pendidikan dan pemberdayaan untuk remaja putri), selama kehamilan termasuk persalinan dan waktu setelah persalinan. Sementara itu, dimensi tempat atau lokasi pelayanan mencakup pelayanan di tingkat rumah tangga/masyarakat, fasilitas tingkat pertama atau rujukan dan fasilitas pelayanan di rumah sakit. Suatu pelayanan *continuum* dikatakan efektif apabila pelayanan yang tepat tersedia kapan pun dibutuhkan dan terhubung dengan tingkat layanan lainnya.

Kajian dari tim P2 Kependudukan LIPI sebelumnya (Purwaningsih dkk., 2015) telah menggunakan konsep *continuum of care* yang dipadukan dengan lima dimensi akses Obrist dkk. (2007) untuk mengkaji pemanfaatan terhadap layanan kesehatan ibu dan anak. Kemudian, pada 2016 kajian lebih difokuskan untuk mengetahui bagaimana ketersinggungan lima dimensi akses Obrist dkk. tersebut, yaitu ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), keterjangkauan (*affordability*), kecukupan (*adequacy*), dan penerimaan (*acceptability*), dengan kapasitas atau modal penghidupan di tingkat rumah tangga (mencakup tiga modal) yang sejatinya dapat dikerahkan ketika di rumah tangga menghadapi guncangan atau *shock*. Dengan demikian, berbagai permasalahan dan penyebab mendasar dari munculnya suatu permasalahan dapat dipahami. Informasi ini sangat dibutuhkan sebagai bahan dalam perumusan model strategi penguatan ketahanan sosial.

## **2. Permasalahan Layanan KIA dalam Lima Dimensi Akses**

Pemaparan hasil penelitian berikut ini merujuk pada temuan-temuan terkait dengan akses keluarga migran terhadap layanan kesehatan mulai dari masa kehamilan dan kelahiran, bayi dan balita. Berbagai persoalan yang dihadapi oleh keluarga migran pekerja sektor informal terhadap layanan kesehatan ibu dan anak dijabarkan dengan menggunakan lima dimensi akses Obrist dkk. (2007).

### **a. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (*Availability*)**

Dilihat dari ketersediaan pelayanan kesehatan (*availability*), di lokasi penelitian di Kota Surabaya ini, sarana prasarana layanan kesehatan yang tersedia tidak hanya puskesmas dan puskesmas pembantu (pustu), tetapi juga ada poliklinik dan fasilitas apotek serta laboratorium. Oleh karena itu, dari sisi ketersediaan, orang memiliki banyak pilihan untuk mengakses layanan kesehatan. Namun, sekadar ketersediaan fasilitas ternyata tidak mendorong orang memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal untuk pemeriksaan KIA. Hasil penelitian Purwaningsih dkk. (2015) menemukan beberapa persoalan yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tingkat kesadaran migran dalam hal pemeriksaan kehamilan, khususnya etnis Madura, menurut penuturan tenaga medis di tingkat puskesmas dapat dikatakan masih kurang, terutama untuk kelompok ekonomi kurang atau pas-pasan. Ibu hamil migran cenderung baru memeriksakan kehamilannya setelah kandungan memasuki usia sembilan bulan. Selain itu, ibu hamil pergi ke puskesmas umumnya hanya untuk meminta surat rujukan, bukan untuk memeriksakan kandungannya. Padahal, sudah sering dinasihati untuk memeriksakan kandungan sejak dini dan diinformasikan juga bahwa pelayanan yang diberikan gratis. Namun, masih ditemukan kasus ibu (migran) hamil yang tidak mau memeriksa kehamilannya karena merasa dirinya sehat, seperti yang dipaparkan oleh para kader, berdasarkan

hasil diskusi kelompok terarah (Focus Group Discussion (FGD)) pada 2 Mei 2016.

“... kayak kemaren tetangga saya sendiri itu. Selama hamil ngga pernah periksa ke puskesmas terdekat. ‘kenapa aku periksa, wong aku sehat’ ngga mau, akhirnya melahirkan kritis .... Orang Sampang kayaknya, pas mau melahirkan itu keadaannya kritis ....”

“... kebanyakan orang Madura itu gini buk, nggk mau periksa satu bulan sekali itu nggk mau, nanti tunggu kalau sudah 7 bulan baru mereka periksa. Itu sudah tradisinya orang Madura ....”

Menurut kepala puskesmas di lokasi penelitian, sebagian besar kasus ibu meninggal yang pernah ditangani karena preeklamsia berat (PEB). Tercatat satu kasus kematian ibu nifas usia di atas 35 tahun dari Puskesmas Simolawang (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2015). Ada juga kasus ibu hamil yang tidak pernah memeriksakan kehamilannya ke puskesmas, ternyata teridentifikasi ibu hamil tersebut pasien HIV. Meskipun yang bersangkutan memeriksakan kehamilannya ke praktik bidan swasta, penanganan pasien ibu hamil dengan HIV secara terpadu sangat diperlukan untuk menghindari penanganan pasien HIV yang tidak tepat. Akhirnya, pihak puskesmas membuat kesepakatan pada awal 2015 bahwa semua pasien yang ditangani oleh bidan swasta sekurang-kurangnya satu kali harus diperiksa di puskesmas yang termasuk dalam wilayah tempat tinggal pasien. Pasien HIV diberikan kebebasan untuk memeriksakan kesehatan termasuk kehamilannya di fasilitas pelayanan kesehatan swasta. Namun, dengan kesepakatan tersebut, layanan kesehatan swasta wajib mengembalikan pasien itu ke puskesmas sekurang-kurangnya sekali agar tercatat kehamilannya dan sekaligus dilakukan pemeriksaan HIV.

Selain faktor rendahnya kesadaran untuk pemeriksaan kehamilan, menurut hasil FGD dengan ibu-ibu, masih banyak ibu migran yang juga tidak memeriksakan anak-anaknya di posyandu

atau ikut penyuluhan di posyandu. Padahal, pihak kader kesehatan sering menasihati ibu-ibu migran tersebut untuk secara berkala membawa anaknya di posyandu. Biasanya, kesadaran baru muncul ketika ada kejadian buruk menimpa keluarga. Namun, itu sudah terlambat. Oleh karena itu, para kader selalu menasihati ibu-ibu migran untuk tidak malas memeriksakan kehamilannya. Berikut ini kutipan wawancara mendalam dengan para kader, pada 5 Mei 2016.

“.... selama pengalaman saya jadi kader gitu ya, kalau saya pendataan ibu hamil, mesti saya tanya sudah periksa. ‘Sudah periksa?’ ‘Belum.’ ‘Kenapa belum periksa?’ ‘Sing tangolah’....”

“.... kenapa Buk nggak datang ke posyandu? ‘Takut disuntik’. Loh, kan ibu nggak tau kalau perkembangan anak itu naik turun. Tapi jawabannya selalu ‘ndak, takut disuntik’, ndak taunya lama-kelamaan anaknya gizi buruk. Nanti kadernya yang kena, padahal selalu disiapkan konseling untuk ibu-ibu di posyandu ....”

Dari hasil wawancara mendalam juga, tidak semua ibu warga migran memahami tata cara mengakses pelayanan kesehatan ke puskesmas. Ada kasus migran yang beralasan tidak pergi ke puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan karena tidak memiliki kartu kesehatan sehingga ia pergi ke bidan swasta untuk pemeriksaan kehamilannya setelah usia kandungan berjalan empat bulan ke atas. Dari kasus ini, diketahui bahwa sebagian warga tidak paham bagaimana mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas dan pasien bisa datang berobat ke puskesmas meskipun tidak memiliki kartu kesehatan.

Terkait dengan persalinan di kelompok migran pada kasus ini, dapat dikatakan terdapat dua pola. Pertama, melahirkan di kampung halaman dengan bantuan dukun; dan kedua, melahirkan di Surabaya dengan menggunakan layanan persalinan swasta. Hasil FGD dengan para kader menunjukkan bahwa masyarakat cenderung memilih persalinan dengan bidan swasta atau langsung

ke Rumah Sakit dr. Suwandi daripada ke puskesmas. Padahal, pelayanan melahirkan di rumah sakit difokuskan pada kelahiran dengan penyulit, seperti bayi sungsang, terlilit tali pusat, atau ibunya memiliki penyakit tekanan darah tinggi sehingga memiliki risiko tinggi saat persalinan. Apabila kehamilannya normal, lebih diarahkan untuk melahirkan di tingkat puskesmas saja. Beberapa puskesmas bahkan sudah dilengkapi dengan fasilitas persalinan, seperti Puskesmas Tanah Kali Kedinding atau biasa disebut “Takal” di Kecamatan Kenjeran. Meskipun sudah difasilitasi dengan berbagai layanan kesehatan termasuk persalinan, tidak semua migran memanfaatkan pelayanan di puskesmas secara optimal. Sebagian migran bahkan masih ada yang memilih melahirkan dengan pertolongan dukun.

Permasalahan lain yang dipaparkan kader kesehatan adalah sering terjadi *lost of data* dari para ibu setelah persalinan. Maksudnya, meskipun pendataan sudah dilakukan oleh kader berdasarkan nama dan alamat (*by name by address*), tempat periksa kehamilannya, tempat melahirkan, ternyata ibu yang bersangkutan pulang ke Madura untuk persalinan. Umumnya, ibu kembali ke Surabaya tiga atau enam bulan setelah persalinan. Ironisnya, saat kembali ke Surabaya, ibu tersebut membawa bayinya dalam kondisi gizi buruk. Kondisi ini menjadi “pekerjaan rumah” bagi pihak puskesmas dan petugas kesehatan lainnya yang ada di Surabaya karena setelah persalinan di kampung halaman (kebanyakan dengan dukun), ibu migran tidak memeriksakan bayinya ke petugas kesehatan. Setelah kembali ke Surabaya, bayi tersebut baru dibawa ke petugas kesehatan dan kasus gizi buruk pada bayi neonatus banyak ditemukan.

Menghadapi kasus gizi buruk, Pemerintah Kota Surabaya sudah mengantisipasi dengan program pengentasan kasus gizi buruk tanpa memandang status kependudukan, jadi lebih ke arah status kemandirian. Jadi, siapa pun yang mengalami gizi buruk harus ditangani, diberi pelayanan sesuai penanganan gizi buruk standar sampai tuntas. Tingginya kasus gizi buruk di kalangan anak migran, menurut pengamatan kepala puskesmas, lebih karena faktor pola asuh bukan

karena semata-mata persoalan ekonomi. Dapat dikatakan konsumsi anak tidak begitu diperhatikan. Ibunya berjualan tahu, tetapi anaknya hanya dikasih makan nasi dengan kerupuk.

Selain ketersediaan fasilitas pelayanan, ketersediaan obat-obatan juga menjadi faktor yang memengaruhi klien dalam mencari atau memanfaatkan layanan kesehatan. Dalam salah satu hasil FGD dengan para kader kesehatan, terungkap bahwa ada persoalan dengan ketersediaan obat-obatan/imunisasi untuk layanan PIN-Polio di posyandu. Ketika ada program pemberian PIN-Polio, pernah terjadi kekurangan obat-obatan untuk pelaksanaan program tersebut di posyandu sehingga pelayanan terpaksa ditunda sampai obat PIN-Polio tersebut tersedia di posyandu. Permasalahannya, karena penundaan tersebut, ada kemungkinan balita migran tidak terlayani karena orang tuanya bekerja, pindah/pergi, dan sebagainya.

Alternatif untuk pemeriksaan kehamilan sebenarnya sangat beragam di lokasi penelitian ini. Pemeriksaan dapat dilakukan di fasilitas layanan kesehatan swasta, seperti praktik dokter atau bidan swasta dan klinik swasta. Penyebaran praktik dokter dan bidan di beberapa tempat memang tidak merata, tetapi cukup memberi indikasi bahwa dokter dan bidan di kabupaten ini sudah mulai membuka ruang alternatif pelayanan kesehatan melalui praktik di luar jam kerja. Praktik dokter dan bidan memiliki nilai yang cukup positif karena pasien dapat segera memperoleh pertolongan, atau dapat segera ditangani, tanpa harus menunggu jam kerja puskesmas. Praktik dokter dan bidan dapat menutup kesenjangan pelayanan tersebut meskipun beban biaya yang harus ditanggung oleh pasien bertambah banyak karena tidak memperoleh subsidi.

## **b. Akses terhadap Sarana Layanan Kesehatan Rujukan (*Accessibility*)**

Ditinjau dari akses jarak (*accessibility*) ke sarana layanan kesehatan yang berada di lokasi penelitian, dapat dikatakan letak sarana layanan kesehatan berada dalam jangkauan warga masyarakat. Selain dekat dengan tempat tinggal (sebagian orang bahkan berjalan kaki

ke puskesmas/pustu), sarana transportasi juga mudah diperoleh. Kedekatan sarana layanan kesehatan tingkat pertama dengan fasilitas rujukan sangat penting. Dalam konteks global, banyak terjadi kematian neonatal karena sebab langsung atau setelah persalinan (misal, karena penyakit tetanus).

Namun, temuan dari hasil FGD di Simolawang menunjukkan bahwa tempat persalinan masih menjadi permasalahan untuk sebagian warga migran karena jauh dari tempat tinggal warga. Diduga ada masalah kesenjangan spasial untuk memanfaatkan layanan kesehatan persalinan secara optimal. Ditemukan kasus migran pasien BPJS tidak menggunakan kartu BPJS karena jarak antara tempat tinggal mereka dan lokasi rumah sakit atau puskesmas yang ditetapkan sebagai rujukan tidak mudah dijangkau. Kejadian ini menunjukkan kendala pelayanan kesehatan gratis bagi penduduk migran miskin bukan terletak pada masalah prosedur administratif, melainkan pada masalah kesenjangan spasial.

Kasus yang sama juga dialami oleh warga migran kurang mampu yang akan melahirkan. Karena yang bersangkutan tidak memiliki permasalahan dengan kehamilannya, dia dirujuk ke puskesmas. Namun, jarak tempat tinggal dengan puskesmas tersebut sangat jauh sehingga dia dan keluarga memilih persalinan di rumah sakit karena lebih dekat dengan tempat tinggalnya. Namun, pihak puskesmas tidak mengeluarkan rujukan untuk melahirkan di rumah sakit karena persalinannya normal. Surat keterangan rujukan melahirkan di rumah sakit hanya untuk ibu hamil yang punya permasalahan dengan persalinan, seperti letak bayi sungsang/melintang atau ibu punya riwayat penyakit darah tinggi.

Berkaitan dengan kebijakan rujukan, hasil penelitian memperlihatkan tidak semua masyarakat paham dengan sistem rujukan. Contoh kasus di Kelurahan Simolawang, sebagian masyarakat migran merasa keberatan apabila diharuskan terlebih dulu merujuk ke puskesmas di wilayah Puskesmas Takal di Kecamatan Kenjeran. Padahal, menurut SOP sistem rujukan, untuk layanan persalinan bagi ibu-ibu yang tinggal di kelurahan tersebut harus merujuk ke

Puskesmas Takal. Karena merasa akses ke puskesmas tersebut untuk persalinan terlalu jauh, sebagian memilih melahirkan dengan bidan swasta.

Lokasi fasilitas kesehatan tentu saja bukanlah satu-satunya faktor yang menyebabkan terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor lain, seperti kemampuan finansial, ketersediaan peralatan kesehatan, kecukupan tenaga medis maupun paramedis, informasi tentang kondisi kesehatan, serta jaringan bisnis di sektor kesehatan sangat berpengaruh terhadap kesenjangan pelayanan kesehatan. Namun, rendahnya aksesibilitas penduduk migran miskin terhadap fasilitas kesehatan adalah salah satu faktor penentu yang memengaruhi terjadinya kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

### **c. Kesanggupan Keluarga Migran Pekerja Sektor Informal terhadap Biaya Pengobatan (*Affordability*)**

Berbicara mengenai akses kesanggupan (*affordability*) artinya membahas tentang biaya yang harus dikeluarkan oleh klien untuk jasa perawatan/pengobatan yang diterimanya serta kemampuan klien membayar. Sebagian besar migran (sekitar 49%) yang menjadi responden penelitian ini tidak mendapatkan BPJS dengan skema Penerima Bantuan Iuran (PBI). Sementara itu, mereka juga tidak terlindungi oleh asuransi lainnya atau jaminan kesehatan daerah. Akibatnya, mereka harus membiayai sendiri pengobatan atau pelayanan medis lain (seperti persalinan), yang cukup memberatkan untuk rumah tangga dengan sumber penghasilan dari sektor informal yang tidak menentu, seperti tukang becak, kuli/buruh panggul, dan pedagang kaki lima. Untuk migran yang memiliki penghasilan pas-pasan, pengeluaran tak terduga semacam itu sangat memberatkan. Bahkan, tidak jarang mereka harus meminjam dari kerabat atau orang tua untuk menutupi pengeluaran tak terduga tersebut.

Pada dasarnya, pembiayaan pemeriksaan kesehatan di puskesmas masih dapat dijangkau oleh keluarga migran pekerja sektor informal. Biaya obat-obatan, termasuk pemeriksaan dan adminis-

trasi di puskesmas, berkisar antara Rp20.000 sampai Rp25.000. Sebagian besar keluarga migran tidak merasa terbebani dengan biaya pengobatan di puskesmas. Namun, kendala pembiayaan baru timbul ketika terjadi permasalahan yang memerlukan perawatan kesehatan lanjutan di rumah sakit, misalnya kasus persalinan sungsang atau terjadi perdarahan, bayi yang baru dilahirkan membutuhkan perawatan lanjutan, dan sebagainya. Kasus yang pernah dialami oleh seorang kader ketika anaknya yang baru dilahirkan harus dirawat di rumah sakit, mengharuskan keluarganya membayar sekitar Rp900.000 untuk perawatan di rumah sakit selama tiga hari. Untuk keluarga migran yang mempunyai penghasilan terbatas, pengeluaran biaya tambahan semacam itu tentu sangat memberatkan. Kebanyakan keluarga migran yang tidak memiliki BPJS atau jaminan kesehatan lainnya, mengaku berutang ketika menghadapi persoalan dalam pembiayaan kesehatan.

Kepemilikan jaminan kesehatan seperti BPJS ternyata tidak selalu mempermudah warga yang bersangkutan untuk mendapatkan layanan kesehatan ketika persalinan. Ada kasus ibu migran yang memilih melahirkan dengan bidan swasta daripada melahirkan di rumah sakit yang menjadi rujukan BPJS. Alasannya melahirkan dengan bidan swasta karena selama proses persalinan boleh ditunggu oleh suami dan keluarga. Sementara itu, apabila melahirkan di rumah sakit, meskipun gratis karena pasien BPJS, tidak boleh ditunggu oleh keluarga. Sebagai konsekuensi memilih melahirkan dengan bidan swasta, dia harus membayar sekitar Rp800.000. Biaya sebesar ini tentu saja memberatkan keluarganya yang hanya memiliki penghasilan terbatas. Berikut ini kutipan wawancara mendalam dengan informan pada 26 April 2016.

“... orang dulu itu ngurus BPJS maunya itu melahirkan di Rumah Sakit dr. Suwandi, trus dengernya kalau di situ ngga boleh ditunggu sama suami dan keluarga, jadi saya ngga mau, takut. Saya minta ke bidan. Kalau di bidan itu kan bisa, orang tua bisa nengokin, bisa dampingin pas melahirkan ....”

Kasus yang ditemui ini menunjukkan bahwa selain persoalan keterbatasan finansial, ada isu “kenyamanan” yang harus dipertimbangkan ketika melaksanakan suatu program. Karena alasan “kenyamanan” ini juga, ibu-ibu migran yang hamil kembali ke kampung halaman untuk melahirkan dengan dukun beranak. Padahal, selama proses kehamilan, ibu hamil yang bersangkutan sudah ditangani oleh bidan atau kader posyandu. Melahirkan dengan dukun beranak memiliki risiko tinggi terhadap kematian ibu atau bayi karena dikhawatirkan jika terjadi kasus komplikasi kelahiran yang tidak bisa ditangani oleh dukun beranak, itu dapat menyebabkan kematian ibu atau bayi.

Cukup banyaknya migran yang belum memiliki BPJS juga merupakan tantangan yang membutuhkan solusi. Mengharapkan kelompok migran miskin menjadi peserta jaminan secara mandiri juga masih banyak kendala yang harus dihadapi karena ketidakpastian penghasilan dari sektor informal. Sebagai kelompok rumah tangga yang mempunyai penghasilan dari sektor informal, hidupnya pas-pasan. Sebenarnya, mereka tidak miskin sekali, tetapi rentan menjadi miskin karena sifat pekerjaan informal yang tidak menentu penghasilannya. Kondisi demikian menyulitkan mereka untuk menjadi peserta BPJS kesehatan mandiri.

Hasil survei pada tahun 2015 (Purwaningsih dkk., 2015) menunjukkan dari 203 responden, hanya separuhnya yang menjawab bahwa salah satu anggota rumah tangganya terdaftar sebagai peserta BPJS dengan skema Penerima Bantuan Iuran (PBI). Dapat dikatakan belum semua anggota rumah tangga migran tercakup dalam program BPJS. Kebanyakan baru ibu saja yang terdaftar dalam program BPJS. Selain itu, di daerah penelitian juga ditemui permasalahan warga tidak mampu dan sudah memiliki KK/KSK, tetapi tidak memiliki BPJS. Persoalan lebih banyak ditemui pada kasus anak yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS. Ketika anak sakit, orang tua tidak mampu membiayai pengobatan dan perawatan anak. Pendataan untuk kepesertaan baru bisa dilakukan saat ada validasi data. Validasi data BPJS biasanya dilakukan 2 kali setahun.

Kemungkinan masyarakat belum paham akan perihal ini bahwa untuk pendataan kepesertaan baru memakan waktu dan harus ada verifikasi juga dari pihak kelurahan untuk memastikan keluarga yang bersangkutan masih berhak mendapat BPJS PBI atau tidak.

Permasalahan lainnya yang acap kali dihadapi migran adalah ketidakpahaman akan berbagai manfaat yang bisa diterima sebagai peserta jaminan kesehatan. Contohnya pada seorang ibu yang menjadi peserta Jamkesmas. Ketika melahirkan bayinya, yang ternyata membutuhkan perawatan lanjutan, ibu harus membayar perawatan bayinya sebesar Rp900.000. Uang sebesar itu tentunya sangat memberatkan bagi keluarga pemulung. Pada dasarnya sebagai peserta Jamkesmas, bayinya dapat didaftarkan sebagai peserta BPJS (ketika bayi masih dalam kandungan). Dengan terdaftarnya bayi sebagai peserta BPJS, ketika ada permasalahan dengan kesehatan bayi ketika dilahirkan, biaya perawatan dapat ditanggung BPJS. Namun, informasi ini tidak pernah diterima oleh ibu yang bersangkutan, baik dari pihak bidan, RT maupun RW. Pertemuan dengan pihak RT/RW lebih sering membahas tentang kebersihan lingkungan, Program Juru Pemantau Jentik (Jumantik), tetapi tidak pernah membahas tentang tata cara menjadi peserta BPJS. Padahal, informasi kepesertaan BPJS sangat dibutuhkan oleh masyarakat, termasuk keluarga migran. Untuk lebih jelasnya, dapat disimak kutipan wawancara pada 16 September 2015 dengan seorang kader posyandu.

“... dari pihak RW belum ada sosialisasi atau penyuluhan tentang BPJS. Kalau ada rapat, yang dibicarakan hanya masalah kesehatan, jumantik. Permasalahan tentang BPJS dan persyaratannya gimana, belum ada keterangannya ....”

Penduduk migran, yang tidak memiliki BPJS, tidak bisa menggunakan anggaran APBD untuk mengakses layanan kesehatan secara gratis di Surabaya. Namun, ada kebijakan dari Pemerintah Kota Surabaya apabila ada penduduk migran yang membutuhkan pertolongan kesehatan, bisa membuat surat pengantar dari RT/RW

ke kelurahan untuk dirujuk ke dinas sosial (menggunakan anggaran dinsos). Kecuali dia penduduk miskin ber-KTP Surabaya, pihak kelurahan bisa mengeluarkan Surat Keterangan Miskin (SKM).

Rendahnya kesadaran sebagian warga masyarakat migran tidak hanya dalam hal kesehatan, tetapi juga dalam pengurusan dokumen kependudukan, seperti KK, KTP, dan akta kelahiran. Ketiadaan identitas penduduk, KTP maupun Kartu Keluarga atau KSK yang membuat sebagian migran luput dalam pendataan BPJS PBI. Selain itu, kehidupan migran yang sangat “*mobile*” atau sering berpindah-pindah tempat tinggal, kemungkinan besar juga menyebabkan mereka luput dari pendataan. Kasus di Surabaya, misalnya, walaupun migran sudah menetap selama bertahun-tahun di Surabaya, sebagian migran masih ada yang belum menjadi warga Surabaya, terutama warga migran dari Madura. Salah satu alasan yang mungkin membuat mereka enggan pindah sebagai warga Surabaya adalah karena masih memiliki lahan di Madura. Kebanyakan dari mereka meskipun sudah berumah tangga, belum memiliki KK/KSK sendiri (masih bergabung dengan KK orang tua). Anak-anak yang lahir juga masih ada yang belum dibuatkan akta kelahiran oleh orang tuanya. Padahal, untuk terpilih sebagai peserta program-program bantuan kesehatan, baik dari pemerintah maupun swasta, salah satunya adalah kepemilikan akta kelahiran anak. Tanpa identitas yang jelas, mereka tidak dianggap berhak memperoleh program bantuan Pemerintah Kota Surabaya meskipun sangat membutuhkan.

Temuan penelitian ini sejalan dengan hasil kajian dari Suyanto (2016) di kawasan Semampir dan Simokerto, yang memperlihatkan tidak sedikit keluarga miskin yang tidak memiliki KTP, termasuk anak-anak mereka yang tidak memiliki akta kelahiran. Relatif tingginya biaya pengurusan untuk kepindahan dari daerah asal menjadi hambatan terbesar untuk keluarga migran yang kebanyakan hidupnya sangat pas-pasan. Prioritas mereka hanyalah bagaimana dapat menyambung hidup, memenuhi kebutuhan pangan anak-anak, dan bertahan dari kemungkinan mendapatkan kesengsaraan yang lebih parah. Sebagian dari keluarga miskin mengaku sama sekali tidak

pernah memperoleh Bantuan Langsung Tunai (BLT) walaupun sebenarnya kondisi ekonomi mereka sangat miskin. Keluarga miskin yang tidak memiliki identitas kependudukan yang jelas, akhirnya tersisih dan tidak bisa mengakses layanan sosial yang sebetulnya menjadi hak mereka.

Permasalahan migran dengan status kependudukan ini sudah sering dikemukakan oleh perangkat kelurahan. Pihak kelurahan di Kota Surabaya sudah sering mengimbau kepada migran yang sudah menetap dan tinggal “mapan” di Surabaya untuk pindah. Mengingat proses perpindahan di Kota Surabaya saat ini juga tidak sulit dibandingkan sebelumnya. Kalau sebelumnya, harus ada jaminan pekerjaan, jaminan tempat tinggal, sekarang yang penting ada surat pindah dari daerah asal saja. Meskipun sudah difasilitasi demikian, kebanyakan migran tetap menolak pindah ke Surabaya. Menghadapi perilaku sebagian migran yang demikian, kader dari salah satu kelurahan di lokasi penelitian berkomentar pada 16 September 2015.

“... kadang-kadang masyarakat kita juga kayaknya nganggap remeh, nganggap enteng ... mereka tidak berpikir suatu saat dia ada musibah, baru dia kelabakan kayak gini, trus kalau ada kendala seperti ini yang disalahkan pemerintah ....”

#### **d. Kepuasan terhadap Sarana Layanan Kesehatan (*adequacy*)**

Selanjutnya, apabila mengkaji dimensi akses terkait kecukupan (*adequacy*) yang merujuk pada kepuasan dari pengguna layanan kesehatan terhadap sistem/organisasi layanan kesehatan, penelitian ini mencoba mendapat gambaran apakah layanan kesehatan yang diterima pengguna/klien sudah memenuhi ekspektasi mereka, misalnya dalam hal keterampilan petugas kesehatan, fasilitas pelayanan (obat-obatan, alat kesehatan), jam buka layanan, dan sebagainya. Fasilitas layanan di puskesmas paling sering dikeluhkan oleh para *user* atau para pasien. Umumnya, keluhan terkait dengan jam layanan yang terbatas, waktu tunggu yang terlalu lama (*mengantre*), dan obat-

obatan yang katanya “itu-itulah saja” untuk segala penyakit. Terkait dengan waktu tunggu yang terlalu lama (mengantre), menurut narasumber merupakan dampak dari adanya keterbatasan sarana layanan kesehatan, seperti di wilayah Simolawang belum ada klinik pratama. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan terfokus di Puskesmas Simolawang sehingga dapat dipahami apabila pasien harus mengantre relatif cukup lama sebelum dilayani. Menurut Kepala Puskesmas Simolawang, pada saat jam layanan kesehatan di pagi hari situasinya di puskesmas sudah seperti pasar (banyak pasien). Rata-rata pasien yang datang setiap harinya mencapai 150–200 orang. Apabila ada klinik pratama, pilihan pasien terhadap sarana layanan kesehatan menjadi lebih banyak dan tidak perlu berjubel menunggu di puskesmas.

Selain itu, responden sering mengeluhkan terbatasnya jumlah bidan yang bekerja sama dengan BPJS di sekitar lokasi permukiman mereka. Di Kelurahan Simolawang bahkan tidak ada bidan BPJS. Apabila warga ingin menggunakan jasa bidan untuk persalinan, harus menggunakan bidan swasta dengan tarif umum. Menurut penuturan seorang bidan puskesmas, proses MoU melalui sistem BPJS terlalu ribet persyaratannya. Berbeda dengan program Jampersal, proses MoU bidan dengan dinas kesehatan lebih mudah, yaitu hanya membutuhkan tanda tangan kesediaan bersama dinas kesehatan. Namun, dalam sistem BPJS, bidan diwajibkan bekerja sama dengan pihak klinik sehingga bidan cenderung memilih tidak ikut bekerja sama dengan BPJS. Demikian juga dengan dokter di Surabaya, menurut penuturan narasumber, relatif banyak dokter yang belum ikut sistem BPJS. Rata-rata masih menjalankan sistem layanan umum

Masyarakat migran juga cenderung mencari pengobatan di rumah sakit. Umumnya, mereka datang ke puskesmas hanya untuk minta surat rujukan. Namun, dengan adanya kebijakan pelayanan di tingkat puskesmas sebagai salah satu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), pihak puskesmas harus memiliki kemampuan mendiagnosis 155 keluhan. Oleh karena itu, apabila semua keluhan

pasien yang masih bisa ditangani di tingkat puskesmas, pasien tidak akan dirujuk ke rumah sakit. Permasalahannya tidak semua masyarakat mau dan percaya dengan pengobatan di puskesmas. Masih ada stigma di kalangan masyarakat yang beranggapan bahwa pelayanan kesehatan di puskesmas dan jejaringnya tidak bagus: obat-obatannya terbatas, banyak obat yang tidak tersedia dan “itu-itu” saja untuk segala jenis penyakit. Oleh karena itu, sering kali pasien langsung menuju rumah sakit, padahal penyakitnya masih bisa tertangani di puskesmas.

Selain itu, seperti yang dipaparkan oleh kader-kader, masih ada warga migran yang melahirkan dengan dukun karena dianggap lebih “nyaman” dibandingkan melahirkan di puskesmas. Persalinan dengan dukun umumnya dilakukan tanpa sepengetahuan kader atau bidan karena sekarang tidak boleh lagi melahirkan hanya ditolong oleh dukun. Peran dukun dibatasi hanya sebagai pendamping bidan, sedangkan yang berperan sebagai penolong persalinan utama tetap bidan. Namun, berdasarkan penelitian ini, cukup banyak ibu hamil migran Madura yang pulang untuk melahirkan di Madura dengan menggunakan dukun sebagai penolong persalinannya tanpa didampingi oleh bidan. Berikut kutipan wawancara mendalam dengan kader kesehatan pada 6 Mei 2016.

“... saat hamil dia pulang ke Madura, melahirkan di Madura ya dengan dukun. Setelah itu, dia kembali ke Surabaya, satu bulan dua bulan kadang-kadang anaknya sakit kena keracunan infeksi atau apa, terus bayinya meninggal di sini, nah sini yang kena ... yang kena getahnya di sini. Akhirnya, kader-kader kita itu yang di-*rendang-rendeng* ngga penyuluhan atau apa. Padahal, melahirkannya bukan di sini ....”

Terobosan yang sudah dilakukan pihak Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk lebih mengoptimalkan pelayanan kesehatan ibu dan anak, antara lain dengan cara pihak puskesmas memantau kondisi kehamilan ibu dengan menggunakan kartu skor Kartu Skor Puji Rohyati (KSPR). Dengan kartu skor tersebut, kondisi ibu sudah dapat terpantau: semakin tinggi skornya, tindakan harus

segera dilakukan terhadap kehamilan ibu yang bersangkutan. Kalau dalam pemeriksaan kehamilan berjalan normal, artinya ibu cukup pemeriksaan dengan bidan. Pihak bidan juga melakukan penapisan. Namun, apabila kartu skornya menunjukkan warna merah, itu berarti langsung ke rumah sakit. Di puskesmas tidak ada fasilitas USG sehingga perlu dirujuk ke rumah sakit yang fasilitasnya lebih lengkap. Jadi, melalui penggunaan kartu skor ini, Dinas Kesehatan Kota Surabaya sudah membuat suatu terobosan. Demikian penurunan Kepala Puskesmas Simolawang pada 7 Mei 2016.

“... jadi rujukannya itu ada bermacam-macam kertas. Apabila ibu hamil, kita kasih kertas pink, nanti kita kasih stiker di situ dan skor di situ, jadi nanti rumah sakit yang menerima sudah langsung lihat skornya tinggi. Kalau misalnya skornya udah sampai 20, kan berarti udah harus cepet tindakannya ....”

Pemerintah Kota Surabaya juga sudah melakukan MOU dengan rumah sakit di Surabaya bahwa pihak rumah sakit tidak boleh menolak pasien dengan kasus perdarahan. Hal tersebut sudah merupakan kebijakan pihak kesehatan untuk mengurangi angka kematian ibu, kasus perdarahan itu wajib ditangani. Sampai kondisi pasien stabil, baru kemudian bisa dirujuk ke layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Apabila migran dari Madura punya BPJS, bisa berobat di Surabaya dan mendapat rujukan kalau gawat, bahkan disarankan langsung ke rumah sakit saja tidak perlu merujuk ke puskesmas. Untuk masalah pasien BPJS dari luar kota, seperti ada ibu hamil dari Papua, yang bersangkutan sementara ikut faskes di sini (untuk BPJS sementara didaftarkan di Surabaya). Setelah kembali ke Papua, dia bisa mengurus administrasi lagi di sana. Dengan pengurusan administrasi secara daring, peserta BPJS tidak menemui kesulitan lagi.

## e. Penerimaan (*Acceptability*) terhadap Layanan Kesehatan Ibu dan Anak

Terkait dengan aspek penerimaan ini, dikaji bagaimana informasi atau pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak penyedia kesehatan (*provider*) sesuai dengan konsep sakit atau dapat diterima oleh masyarakat; apakah ada keberatan dari pihak pasien dengan layanan yang diberikan pihak *provider* kesehatan. Berdasarkan hasil studi di Surabaya ini, masih ada beberapa kendala terkait dengan penerimaan *user* atau klien terhadap layanan kesehatan. Salah satunya adalah kasus orang tua yang tidak mau mengimunisasi anak karena melihat anak lain menjadi panas setelah diimunisasi.

Namun, dibandingkan dulu, saat ini sudah banyak orang tua yang membawa anaknya untuk diimunisasi. Dengan kata lain, saat ini kesadaran orang tua atau masyarakat akan manfaat imunisasi sudah semakin meningkat. Untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, dokter puskesmas sendiri sering turun ke daerah-daerah di mana masih banyak anak belum diimunisasi. Jadi, saat ini dapat dikatakan hampir tidak ada yang belum diimunisasi anaknya. Meskipun sebagian besar orang tua sudah sadar untuk mengimunisasi anaknya, di wilayah Simolawang masih ada ganjalan karena pernah ada kasus anak meninggal setelah diimunisasi. Adanya kasus kegagalan sangat berpengaruh terhadap kebersediaan orang tua atau masyarakat mengikuti program kesehatan, seperti yang disampaikan para kader kesehatan berikut ini pada 6 Mei 2016.

“... di wilayah saya itu masalah imunisasi yang jadi momok karena pernah ada kejadian, waktu itu anaknya itu disuntik BCG, ntah kenapa jadi meradang merah gitu ... merah sampai bengkak besar, masuk RS, terus meninggal ... karena kejadian anaknya seperti itu, adiknya kalau dia punya anak lagi itu ngga pernah diimunisasi lagi ... sampai tetangga-tetangganya pun ngga mau imunisasi ....”

“... pokoknya kalau di tempat saya kalau masalah imunisasi terus terang lari, lari. Waktunya posyandu tanya ‘ono ...’ ‘ono’ ... mereka cuma sampai pintu rumah saya aja, terus balik.

Alasannya anakku *туру*, Mbak. Kalau ndak datang, kan kita kunjungi. Alasannya anaknya tidur lah, anaknya ikut neneknya lah, seperti itu jawabannya. Sini suntik memang agak rawan ....”

Kasus lain yang masih ditemui adalah sebagian suami masih ada yang melarang istrinya ber-KB. Keikutsertaan istri dalam KB juga bergantung pada keputusan suami. Seperti yang dituturkan oleh petugas medis dari Puskesmas Simolawang, pernah ada kasus ibu yang tidak ikut KB, sedangkan anaknya banyak. Bahkan, di antara anaknya tersebut ada yang menderita gizi buruk dan akhirnya meninggal (anak ke-5). Masalahnya, ibu ini hamil lagi anak ke-6 dan tetap dilarang ber-KB oleh suaminya. Ketika diajak ikut KB, si ibu menjawab, “*Ndak* boleh sama bapaknya.” Alasan suami melarang istri KB karena menurut suami tidak boleh membatasi anak, sedangkan dengan ber-KB artinya membatasi jumlah kelahiran. Demikian penurutan Kepala Puskesmas Simolawang pada 7 Mei 2016.

“... orang belum paham itu ndak bisa diamuk ya. Ternyata bapaknya datang ke sini. Kita beri tau ‘apa sih, Pak, masalahnya’. Katanya, bapak itu ngga boleh (ikut KB), itu kan membatasi anak ....”

Permasalahan ini diatasi dengan mengambil kebijakan untuk melakukan penyuluhan kepada kaum bapak agar mereka memperoleh pemahaman yang benar tentang fungsi dan manfaat KB. Ketidakhahaman bisa juga muncul karena dalam memberikan penyuluhan itu penjelasannya terlalu medis atau sukar dipahami. Oleh karena itu, informasi tentang KB tersebut tidak sampai ke suami. Sehubungan dengan hal tersebut, pihak Puskesmas Simolawang membuat kebijakan setiap petugas minimal satu kali dalam satu tahun turun memberikan sosialisasi KB kepada bapak-bapak. Jadi, harus ada penyuluhan kepada kaum bapak karena setiap penyuluhan materi tersebut, kebanyakan yang hadir ibu-ibu. Sekarang,

sudah banyak suami yang sadar akan manfaat KB dan mengizinkan istri mereka ikut KB, bahkan suaminya sendiri juga ikut KB (vasektomi).

Dalam menghadapi kendala dari sisi masyarakat, keberadaan tokoh juga dirasakan sangat membantu petugas kesehatan. Berdasarkan pengalaman kepala puskesmas yang pernah tinggal dan bertugas di Madura, keberadaan tokoh agama, seperti bapak kiai atau ibu nyai, sangat berpengaruh. Dalam hal persalinan, misalnya, sering kali bapak kiai itu sendiri yang membantu memfasilitasi menyiapkan transportasi ke rumah sakit. Namun, kondisi ini ternyata berbeda untuk daerah perkotaan. Keberadaan tokoh agama, menurut beberapa narasumber, tidak lagi memiliki pengaruh yang mendalam/besar ke masyarakat. Seperti yang disampaikan oleh kepala puskesmas, di wilayah perkotaan, pengaruh bapak kiai tidak begitu “mempengaruhi” (dalam memengaruhi perilaku masyarakat). Sementara itu, ibu nyai masih dianggap sebagai tokoh masyarakat yang dapat dipercaya.

Selain persoalan imunisasi dan KB, ada isu lainnya yang sangat terkait dengan dimensi *acceptability* ini, yaitu proses persalinan di rumah sakit. Seperti yang sudah disinggung sebelumnya, ada kasus seorang ibu migran yang memiliki BPJS lebih memilih melahirkan dengan bidan swasta dengan alasan selama proses persalinan, keluarganya termasuk suami dapat menemani dirinya. Dengan demikian, dapat dikatakan SOP persalinan di rumah sakit yang tidak memperbolehkan keluarga berada di dekat ibu selama persalinan dirasakan “memberatkan” ibu hamil. Kasus yang kurang lebih sama juga ditemui pada sebagian ibu hamil migran yang lebih memilih melahirkan dengan dukun beranak daripada ditolong bidan atau petugas medis lain karena dengan dukun tidak dijahit setelah persalinan. Jadi, pemanfaatan ketersediaan fasilitas layanan kesehatan menjadi tidak optimal dengan adanya perilaku *user* atau klien yang tidak dapat menerima SOP layanan kesehatan.

Untuk mendapatkan gambaran lebih jelas mengenai persoalan yang dihadapi oleh keluarga migran miskin ini, dapat lihat skema

“pohon masalah” (Lampiran 1) dan matriks aksesibilitas terhadap *continuum of care* (Lampiran 2).

### **C. KETAHANAN SOSIAL DAN HUBUNGANNYA DENGAN PEMANFAATAN LAYANAN KIA**

Untuk memahami lebih jauh hubungan antara ketahanan sosial dan pemanfaatan terhadap layanan kesehatan oleh migran pekerja sektor informal, harus juga diketahui tentang kapasitas yang dalam penelitian ini dilihat dari keberadaan tiga jenis modal, yaitu 1) modal ekonomi (pendapatan dan kekayaan atau aset); 2) modal manusia (pengetahuan, pendidikan, dan keterampilan); 3) modal sosial (jalanan kekerabatan dengan keluarga dan teman dan dukungan/bantuan sosial). Kapasitas ini ada pada tataran individu/keluarga, masyarakat, dan bahkan organisasi/institusi.

Pemahaman tentang kapasitas pada keluarga miskin sangat penting karena mereka sering kali berada dalam kondisi kurang tahan bahkan *extreme insecurity* menurut Obrist dkk. (2010). Kemiskinan yang diderita keluarga miskin di perkotaan bukan sekadar persoalan tekanan ekonomi, melainkan merupakan hal yang kompleks. Bukan hanya tecermin dari kondisi seseorang atau keluarga tidak memiliki pendapatan dan tabungan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup, kemiskinan juga berkaitan dengan rendahnya kemampuan atau kapasitas untuk memproduksi, tidak memiliki akses yang memadai terhadap fasilitas pendidikan, layanan kesehatan, rumah yang layak, fasilitas kredit, dan berbagai fasilitas lain serta tidak memiliki jaringan sosial yang menyebabkan penduduk miskin tidak dapat memengaruhi proses pengambilan keputusan bagi kehidupan mereka (Suyanto, 2016).

Hasil penelitian tahun 2015 di Kota Surabaya (Purwaningsih dkk., 2015) secara umum menunjukkan bahwa modal sosial, finansial, dan modal manusia yang dimiliki oleh rumah tangga migran miskin perkotaan lemah. Hasil perhitungan menunjukkan indeks

modal sosial tergolong sangat rendah, yakni 0,053.<sup>3</sup> Pengukuran modal sosial dilakukan berdasarkan keikutsertaan responden dalam kelembagaan yang terdapat di masyarakat serta kemudahan untuk memperoleh bantuan dari lembaga tersebut pada saat mengalami kesulitan. Adapun modal manusia dan modal finansial masing-masing 0,282. Modal finansial dihitung dari pendapatan per kapita, akses terhadap kredit, dan kepemilikan aset. Sementara, modal manusia diukur dari tingkat pendidikan, keikutsertaan dalam pelatihan usaha rumah tangga, dan mengikuti kelas ibu hamil serta penyuluhan gizi. Rendahnya kapasitas keluarga pekerja sektor informal ini ditengarai berpengaruh pada kemampuan mereka untuk mengakses layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal.

Mengacu pada hal tersebut, dalam bagian ini pembahasan lebih difokuskan pada keterkaitan antara rendahnya kapasitas yang dimiliki oleh individu/rumah tangga migran pekerja sektor informal terhadap pemanfaatan layanan KIA. Pemahaman yang mendalam akan permasalahan ini sangat dibutuhkan dalam penyusunan model penguatan konsep dan strategi penguatan ketahanan sosial, supaya masukan untuk penguatan ketahanan sosial lebih terfokus dan tepat sasaran. Ketahanan sosial keluarga yang kuat dalam sebuah

---

<sup>3</sup> Indeks ketahanan sosial dalam penelitian ini merupakan gabungan dari lima indeks, yaitu indeks modal manusia, indeks modal fisik, indeks modal alam (natural), indeks modal finansial, dan indeks modal sosial. Perhitungan indeks tiap-tiap indikator melibatkan beberapa variabel yang kemudian dibakukan dengan menggunakan rumus  $(x - \min) / (\max - \min)$ . Modal manusia melibatkan variabel tingkat pendidikan ibu, keikutsertaan dalam kelas hamil dan mengikuti pelatihan. Modal fisik termasuk variabel sumber air minum, tempat buang air besar, kepemilikan alat transportasi, dan sumber penerangan. Modal alam terdiri atas kepemilikan lahan dan aset produktif. Modal finansial meliputi akses untuk mendapatkan kredit UKM, kepemilikan alat transportasi dan kepemilikan barang-barang seperti kulkas, HP, video/CD/radio player, mesin cuci, dan tabung gas 12 kg. Modal sosial mencakup keikutsertaan kelembagaan sosial yang ada di lingkungan tempat tinggal. Indeks kelima modal tersebut berkisar antara 0 dan 1. Nilai indeks tersebut dihitung dari survei terhadap 200 ibu hamil/menyusui/punya balita, Hasil perhitungan menunjukkan nilai indeks manusia 0,282, indeks modal fisik 0,741, indeks modal alam 0,172, indeks modal finansial 0,282, dan indeks modal sosial 0,052.

masyarakat akan menjadi benteng yang tangguh bagi keluarga tersebut sehingga akan mudah bagi keluarga mengatasi guncangan/*shock* yang dihadapinya, yang dalam hal ini terkait dengan kesehatan ibu dan anak. Kesehatan ibu dan anak yang berkualitas akan terwujud apabila kapasitas keluarga yang bersangkutan juga memadai sehingga mampu menjangkau pelayanan yang ada.

## 1. Modal Manusia

Modal manusia yang bermutu merupakan investasi keluarga yang berpengaruh terhadap peningkatan akses terhadap layanan kesehatan ibu dan anak. Aspek modal manusia seperti yang sudah dipaparkan sebelumnya, dikaji dari tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan yang dimiliki. Berdasarkan perhitungan hasil indeks modal manusia masyarakat migran perkotaan (miskin) di Kota Surabaya ini tergolong sangat rendah (0,282). Hal ini disumbang dari tingkat pendidikan ibu-ibu migran yang kebanyakan di bawah tingkat sekolah menengah pertama. Hasil survei juga menunjukkan tidak banyak ibu migran tersebut yang pernah mengikuti kegiatan keterampilan untuk bekal membuka sebuah usaha rumah tangga atau keterampilan untuk meningkatkan pengetahuan terkait kehamilan, persalinan atau kesehatan bayi dan anak balita (Purwaningsih dkk., 2015).

Modal manusia yang relatif rendah ini berdampak pada beragam hal. Salah satunya adalah rendahnya kesadaran untuk pemeriksaan kehamilan. Kebanyakan migran, terutama dari Madura, memeriksakan kehamilan saat mendekati persalinan saja. Selain alasan tidak tahu kalau dirinya hamil, sebagian ibu migran hamil beranggapan kehamilannya tidak bermasalah dan merasa diri sehat. Oleh karena itu, pemeriksaan kehamilannya cenderung hanya dilakukan saat mendekati persalinan. Pada dasarnya, pihak medis sudah berupaya menjangkau ibu-ibu hamil yang belum melakukan pemeriksaan kehamilan secara berkala dengan cara mendatangi rumah-rumah ibu hamil yang berstatus risiko tinggi atau “bumil risti”. Jadi, bidan dan pendamping bidan melakukan pemeriksaan “bumil risti” dari pintu ke pintu. Program pelayanan pintu ke pintu ini sejatinya

dapat mendeteksi ibu hamil risiko tinggi. Namun, permasalahannya, sebagian ibu hamil masih ada yang tidak menginformasikan rencana persalinan di kampung halaman kepada kader kesehatan atau pendamping bidan; yang sering terjadi, mereka pergi begitu saja sehingga terjadi keterputusan dalam rentang layanan kesehatan ibu dan anak karena persalinan di kampung halaman umumnya ditolong oleh dukun bukan tenaga kesehatan. Umumnya, ibu migran memutuskan untuk balik ke Surabaya setelah tiga bulan atau enam bulan di kampung. Kadang-kadang, bayinya dibawa dengan kondisi gizi buruk sehingga kasus ini menjadi “pekerjaan rumah” bagi pihak puskesmas dan petugas kesehatan lain di Surabaya.

Rendahnya modal manusia juga berdampak pada rendahnya pemahaman akan pentingnya mempersiapkan proses persalinan sebaik-baiknya, termasuk menabung untuk biaya persalinan. Seperti kasus yang terjadi pada seorang kader kesehatan, ketika akan melahirkan, kader tersebut merasa tidak perlu mengurus BPJS untuk bayinya karena merasa diri maupun bayinya baik-baik saja sehingga tidak perlu dirujuk ke Rumah Sakit dr. Suwandhi. Namun, ternyata ada permasalahan dengan bayinya sehingga membutuhkan perawatan lanjutan dan harus dirawat inap di Rumah Sakit dr. Suwandhi. Hal ini tentu saja di luar dugaan kader yang bersangkutan dan menurut pengakuannya, dia tidak menyiapkan biaya untuk perawatan bayinya.

Sebagian besar ibu migran informan yang ditemui menyatakan untuk biaya persalinan diperoleh dari pinjaman atau berutang (kepada orang tua, saudara, atau tetangga). Persoalan biasanya semakin berat dihadapi pihak keluarga ketika ada permasalahan dengan kesehatan ibu atau bayinya sehingga membutuhkan perawatan lanjutan. Umumnya, pihak keluarga tidak mengantisipasi akan adanya tambahan biaya yang harus dikeluarkan untuk perawatan lanjutan.

Selain berdampak pada pemeriksaan kehamilan, modal manusia yang rendah, yang diukur dengan pendidikan dan pengetahuan, juga berdampak pada rendahnya pengetahuan dalam memberikan asupan makanan yang bergizi kepada anak. Menurut kepala pus-

kesmas, masih banyak ditemui anak migran yang kurang gizi. Pola asuh anak yang kurang tepat cukup berpengaruh terhadap tingginya kasus gizi buruk di kalangan anak migran. Menurut pengamatan kepala puskesmas, apabila berbicara faktor ekonomi, sebenarnya banyak penduduk pendatang yang cukup mampu, tetapi sering kali kualitas konsumsi anak tidak begitu diperhatikan. Kadang, ibunya berjualan tahu, tetapi anaknya hanya diberi makan nasi dengan kerupuk.

Menghadapi permasalahan anak gizi buruk, Pemerintah Kota Surabaya memiliki kebijakan untuk menangani kasus ini tanpa memandang status kependudukan (penduduk lokal atau musiman). Jadi, siapa pun yang mengalami gizi buruk akan mendapatkan penanganan melalui pelayanan kesehatan sesuai penanganan gizi buruk standar, sampai tuntas. Selain pemerintah, LSM Wahana Visi juga menjalin kerja sama dengan pihak posyandu untuk memonitor kesehatan, pendidikan, dan keberadaan anak usia 0–10 tahun yang terdaftar. Kerja sama dengan pihak LSM merupakan potensi yang dapat dikembangkan atau diarahkan oleh pihak pemerintah untuk mendorong pemanfaatan layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal.

Kegiatan pelayanan kesehatan di posyandu sejatinya sangat potensial untuk mendukung kesehatan ibu dan anak karena pelayanan di tingkat posyandu didukung oleh kegiatan sosial yang dilakukan oleh ibu-ibu anggota kelompok pembinaan kesejahteraan keluarga (PKK) dan dasawisma dari desa-desa setempat. Informasi yang diperoleh juga menyebutkan bahwa kegiatan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh posyandu, baik di daerah perkotaan maupun perdesaan, didukung juga oleh program-program yang terkait dengan Proyek Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan (P2KP) dan Program Pengembangan Kecamatan (PPK). Kegiatan mereka terutama terkait dengan penyuluhan kesehatan dan pemberian makanan tambahan untuk meningkatkan gizi ibu hamil dan anak-anak di bawah usia 5 tahun. Kelembagaan di tingkat masyarakat ini sejatinya sangat potensial untuk dimanfaatkan dalam mendorong

perilaku hidup sehat, termasuk peningkatan pengetahuan akan kesehatan warga masyarakat, termasuk kelompok migran. Oleh karena itu, kasus gizi buruk di kalangan anak-anak migran juga dapat tertangani secara optimal. Keterlibatan migran dalam kegiatan di tingkat masyarakat yang digagas oleh posyandu, PKK, dan program-program lain menjadi sangat penting karena diharapkan dapat mendorong peningkatan kapasitas SDM juga sosial.

## 2. Modal Sosial

Pfeiffer dkk. (2013) menjelaskan bahwa modal sosial berarti adanya hubungan dengan keluarga atau teman-teman, termasuk tersedianya dukungan sosial. Kajian Story (2014) dari berbagai kasus di negara berkembang dan miskin menunjukkan bahwa modal sosial memiliki pengaruh positif dalam mendorong pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak, melalui komponen dari modal sosial, yaitu partisipasi masyarakat, jaringan sosial termasuk juga kepercayaan (*trust*), dan hubungan timbal balik. Peran jejaring dan pranata serta lembaga sosial di tingkat komunitas yang fungsional mendukung kelangsungan hidup dan upaya pengembangan kegiatan ekonomi masyarakat miskin (Suyanto, 2016).

Apabila merujuk pada hasil perhitungan indeks modal sosial migran miskin Kota Surabaya, hasilnya tergolong sangat rendah, yakni 0,053. Ini menunjukkan bahwa para responden tidak atau kurang terlibat dengan perkumpulan sosial, baik di lingkungan tempat tinggal maupun pekerjaan dan keluarga. Di kalangan migran Madura, sebenarnya ada perkumpulan masyarakat yang disebut “oto-oto”, tetapi perkumpulan ini lebih terkait dengan kegiatan finansial dengan sistem arisan. Menurut sebagian besar informan Madura, ikut “oto-oto” justru memberatkan karena harus senantiasa menyiapkan dana yang relatif cukup besar untuk arisan tersebut. Bahkan, menurut cerita narasumber, sedemikian besarnya iuran yang harus disiapkan, seseorang sampai mencuri untuk mendapatkan uang iuran. Oleh karena itu, di kalangan migran yang memiliki penghasilan terbatas, kebanyakan tidak ikut “oto-oto”.

Di beberapa lokasi penelitian, kelembagaan sosial di lingkup lokal yang memiliki fungsi membantu warga saat kesusahan masih sangat terbatas. Di masyarakat, ada kelompok pengajian bapak-bapak, tetapi kegiatannya terbatas pada urusan dakwah saja. Pihak RT/RW sebenarnya sering kali menggelar kegiatan gotong royong yang melibatkan seluruh anggota masyarakat migran maupun nonmigran untuk membantu perbaikan tempat tinggal warga, atau menjaga kebersihan lingkungan. Namun, kegiatan yang sifatnya gotong royong dalam hal keuangan dapat dikatakan tidak ada. Apabila ada anggota masyarakat yang membutuhkan bantuan (misalnya, biaya untuk persalinan atau anak sakit), tidak ada simpanan untuk kebutuhan sosial atau kas yang dikelola masyarakat untuk membantu. Sifatnya bantuan lebih kepada sumbangan sukarela saja. Apabila ada kebutuhan biaya yang mendesak, seperti biaya persalinan, biasanya yang bersangkutan mengandalkan pada keluarga terdekat untuk pinjaman. Demikian penuturan informan dalam wawancara mendalam yang dilakukan pada 17 September 2015.

“... kalau masalah ngga kompak di sini, sendiri-sendiri, kalau ada yang opname minta carikan dana, cari sendiri. Ngga ada yang bantu. Kalau di Jakarta kompak, di sini ngga ada. Ngga ada yang kompak di sini kalau masalah dana itu, soalnya orangnya itu ya kayak gini semua, Buk. Sendiri-sendirian orangnya ....”

Kondisi semacam ini juga ditemukan dari hasil penelitian Suyanto (2016) di wilayah Semampir maupun Simokerto bahwa pinjam-meminjam di antara keluarga atau kerabat merupakan hal yang lazim di kalangan masyarakat miskin. Keberadaan kerabat akan berfungsi sebagai jaring pengaman atau asuransi sosial yang dapat dijadikan tempat meminta bantuan tatkala keluarga miskin membutuhkannya. Namun, permasalahan muncul apabila di antara sesama kerabat keluarga miskin itu tidak dapat dimintai bantuan karena sama-sama menderita kemiskinan. Apabila sudah terdesak, berutang kepada rentenir yang mensyaratkan pembayaran beban bunga tinggi, yang mencekik leher sekalipun, adalah pilihan terakhir yang terpaksa harus ditempuh keluarga miskin untuk menyambung

kelangsungan hidupnya. Di satu sisi, cara kerja rentenir yang fleksibel dengan uang tunai yang selalu tersedia sangat sesuai dengan karakteristik sosial penduduk miskin yang lebih menyukai cara-cara dan hubungan sosial yang sifatnya informal. Namun, lantaran bunga yang dibebankan sangat tinggi, sekali keluarga miskin berutang pada rentenir, dimulailah awal kemungkinan mereka terjatuh dalam perangkap utang yang tak berkesudahan.

Kajian tahun 2015 juga menunjukkan kelompok migran cenderung sulit untuk terlibat dalam kelompok atau perkumpulan sosial. Ada beberapa kemungkinan mengapa hal tersebut terjadi, antara lain kesibukan bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga, adanya anggapan perkumpulan tidak menguntungkan secara ekonomi, keikutsertaan dalam perkumpulan sosial justru mendorong pengeluaran lebih besar (Purwaningsih dkk., 2015). Berikut ini penuturan beberapa informan dalam wawancara mendalam pada 18 September 2015.

“... mereka ya susah, Buk. Paling-paling ngomong gini, Buk, ‘Wong buat makan aja aku ndak punya, ngapain aku bantu kamu?’ Mereka seperti itu ....”

“... jangan kan ngomong itu, Buk, mau minjam mobilnya aja ngga dikasih sampai-sampai aku gini, ‘Seandainya aku kaya ....’”

Kegiatan di masyarakat yang lebih bersifat sosial dalam kaitannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, dapat dikatakan sangat terbatas. Misalnya, kegiatan “bapak/suami siaga” yang siap membantu ibu-ibu hamil yang membutuhkan transportasi untuk diantarkan ke tempat persalinan. Kegiatan sosial ini hanya berjalan di satu RT, selebihnya para ibu hamil harus mengupayakan sendiri transportasi untuk mengantarkan mereka bersalin. Dapat dikatakan hubungan kekerabatan yang terjalin di kalangan migran cenderung berfungsi sebagai tempat berutang saja. Hubungan atau dukungan sosial di kalangan migran dalam kaitannya dengan pemanfaatan layanan kesehatan, seperti dukungan untuk pemeriksaan kehamilan, persalinan dengan tenaga kesehatan, imunisasi bayi, atau

mengikuti pelayanan KB, menurut beberapa informan pada saat ini ada pergeseran. Apabila dulu keberadaan tokoh agama seperti kiai sangat berpengaruh dalam memengaruhi nilai dan perilaku warga atau individu, sekarang peran tokoh istri kiai atau nyai justru lebih menonjol di masyarakat. Keberadaan tokoh nyai ini menjadi sangat potensial untuk mendorong warga migran memanfaatkan pelayanan KIA secara optimal.

Selain itu, beragam kegiatan sosial di masyarakat yang pernah ada seperti *jimpitan* atau *rereongan sarumpi, pereleg* (di Jawa Barat) atau Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) yang memiliki sifat kegotongroyongan dan tolong-menolong yang sangat tinggi di antara warga masyarakat, perlu dihidupkan kembali. Kegiatan Tabulin ini sebenarnya sudah dilaksanakan sebelum ada program Desa Siaga. Tabulin ini adalah uang yang dikumpulkan oleh ibu hamil, bersifat sukarela berdasarkan rukun warga atau posyandu. Kegiatan ini dikoordinasi oleh tokoh masyarakat atau petugas kesehatan. Namun, menurut informan di Kelurahan Simolawang, kegiatan Tabulin sudah tidak berjalan lagi karena banyak warga yang menolak. Sekarang ini, kebanyakan bantuan dari masyarakat sifatnya insidental saja, yaitu pinjam ke kerabat, orang tua, atau tetangga dekat. Sebagian warga merasa mudah meminjam kepada tetangga dekat. Contohnya, kasus kader posyandu yang mengaku pernah pinjam uang kepada tetangganya untuk kebutuhan mendesak, mengaku tidak menemui kesulitan. Adanya saling percaya yang terbangun dari pertemanan mereka dan kemungkinan juga karena perannya sebagai kader posyandu, dia lebih mudah mendapatkan kepercayaan dari masyarakat. Wawancara mendalam dengan seorang kader posyandu pada 3 Mei 2016 adalah sebagai berikut.

"Tanya: Apakah saling tolong-menolong meminjamkan uang antartetangga biasa atau mudah di sini?"

"Jawab: Kembali kepada orangnya sendiri-sendiri. Kalau saya merasa mudah saja meminjam dengan tetangga. Seperti saya dengan tetangga orang Pasuruan ini, saya mudah saja meminjam darinya saat harus bayar uang ujian anak ...."

Namun, secara umum dapat dikatakan bahwa ada kecenderungan masyarakat lebih mengharapkan bantuan dari pihak pemerintah saja. Hal ini tentu saja cukup memprihatinkan karena tidak ada lagi model kegiatan sosial secara sukarela, seperti *jimpitan*, *rereongan sarumpi* atau Tabulin di tingkat komunitas dengan model iuran bulanannya yang disesuaikan dengan kondisi masyarakat. Padahal, kegiatan sosial tersebut merupakan modal sosial yang cocok untuk semua kelompok masyarakat, baik migran maupun nonmigran. Agar mereka memiliki kemandirian atau kemampuan untuk bertahan ketika menghadapi guncangan atau tekanan (meningkatkan mekanisme *self-help*).

### **3. Modal Finansial**

Modal finansial adalah konsep yang berkaitan dengan kondisi ekonomi penduduk seperti pendapatan, kesempatan memperoleh modal usaha, dan kepemilikan aset yang bernilai ekonomi. Hasil kajian sebelumnya memperlihatkan bahwa indeks modal ekonomi kelompok migran masih tergolong rendah, yakni 0,282. Sebagai migran yang bekerja di sektor informal, hal ini dapat dipahami karena memiliki penghasilan yang tidak menentu dan relatif terbatas. Dengan modal finansial yang relatif rendah, seperti yang sudah diuraikan sebelumnya, penduduk migran menghadapi kendala ketika mengakses pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Beberapa kasus yang sudah diungkapkan sebelumnya menunjukkan ketika ada bayi yang harus dirawat di rumah sakit atau ibu yang bersalin dengan bidan swasta, keluarga migran terpaksa meminjam untuk biaya perawatan/pengobatan. Permasalahannya, sebagian besar keluarga migran pekerja informal ini tidak memiliki BPJS atau jaminan kesehatan lain. Oleh karena itu, dapat dipahami apabila sampai terjadi kasus "sadikin" atau sakit menjadi miskin (kasus Kota Bandung) atau penghentian pengobatan karena tidak mampu membiayai perawatan lanjutan (kasus Kota Bandung dan Makassar) (Purwaningsih dkk., 2014). Sulitnya melakukan intervensi ter-

hadap penduduk migran menyebabkan informan di Kelurahan Simolawang menyebut penduduk migran sebagai “anak tiri”.

Keterbatasan ekonomi di kalangan migran sangat jelas terlihat kaitannya dengan pemanfaatan layanan kesehatan, terutama tingkat lanjutan, yang menjadi kurang optimal. Pada dasarnya, untuk membantu kebutuhan finansial di kalangan penduduk migran, terutama untuk keperluan pengobatan, pihak kelurahan dapat memberikan “surat keterangan” kepada migran yang bersangkutan untuk dirujuk ke rumah sakit. Surat keterangan yang dikeluarkan pihak kelurahan juga harus dilengkapi dengan keterangan dari pihak RT/RW yang menerangkan bahwa migran tersebut tidak mampu dan sangat membutuhkan bantuan biaya untuk pengobatan. Pemberian surat keterangan diberikan atas dasar kemanusiaan semata atau “taruhannya nyawa”. Sebagai migran, mereka dianggap tidak berhak untuk mendapatkan Surat Keterangan Miskin (SKM) karena SKM tersebut menurut Lurah Simolawang hanya diperuntukkan bagi warga lokal atau Surabaya.

Adanya peraturan kedinasan di tingkat kelurahan menurut informan yang sering kali membuat “benturan” dengan komunitas di tingkat RT/RW. Pihak RT/RW sebagai “kelembagaan sosial” lebih fleksibel dalam mengeluarkan surat keterangan yang intinya membantu migran. Namun, tidak demikian halnya di tingkat kelurahan karena terikat dengan aturan kedinasan, sulit untuk mengintervensi pemberian bantuan (dalam konteks ini mengeluarkan surat keterangan atau rekomendasi) kepada kelompok migran. Misalnya, memberikan surat keterangan kepada migran untuk kebutuhan peminjaman kredit di bank. Dalam hal ini, pihak kelurahan tidak dapat menolong migran karena mempertimbangkan kehidupan migran yang sangat mobil dan tidak ada jaminan migran yang bersangkutan akan melaporkan keberadaannya. Pengecualian hanya diberikan pihak kelurahan untuk kebutuhan kesehatan dan pendidikan dan itu pun perlu keterangan dari pihak RT/RW.

Kepemilikan status sebagai migran telah menyebabkan kelompok migran tidak bisa diikuti sebagai penerima bantuan dari

program-program pemerintah dengan anggaran APBD, kecuali untuk program nasional, seperti Program Keluarga Harapan (PKH) dari Kementerian Sosial<sup>4</sup>. Mengenai program PKH ini, meskipun banyak membantu kelompok migran, dalam implementasinya, menurut informasi yang disampaikan oleh para kader, justru menimbulkan kecemburuan di antara warga lokal. Hal tersebut disebabkan di wilayah Simolawang yang mendapatkan PKH justru lebih banyak migran. Sementara itu, penduduk Surabaya yang miskin memiliki Kartu Susunan Keluarga (KSK), dan memiliki anak sekolah, tetapi tidak tercatat sebagai penerima PKH. Persoalannya menurut kader tersebut, anak migran yang mendapat uang PKH tersebut tidak pernah ikut orang tuanya di Surabaya, dengan kata lain anak tersebut tinggal di Madura. Bahkan, ada yang tidak pernah atau jarang membawa anaknya periksa ke posyandu. Dikatakan juga ada anak migran yang tergolong mampu, tetapi mendapat PKH (“ada yang dapat lebih dari 1,3 juta rupiah”). Oleh karena itu, ada usulan untuk melakukan pendataan ulang terkait kepesertaan program PKH. Menurut para kader, mereka sama sekali tidak mengetahui atau paham tentang program PKH tersebut, misalnya dari mana dan siapa yang seharusnya dapat. Demikian penuturan para kader tentang program PKH pada 6 Mei 2016.

“... mereka yang punya anak lebih dari 2, katakanlah 4 atau 5 itu terhitung semua bisa 1 juta lebih. Misalkan yang dapat anak 2 sekolah satu dapatnya 300, 600 seperti itu. Trus maksud saya

---

<sup>4</sup> Kasus di Simokerto, tidak semua migran miskin mendapat bantuan dari program PKH. Menurut kader, untuk mendapatkan program PKH harus sudah memiliki KK Surabaya dan anaknya harus yang bersekolah di Simokerto (karena persyaratan untuk menerima PKH adalah anak sekolah SD-SMP). Namun, di kelurahan lainnya yang masuk Kecamatan Simokerto, tidak ada persyaratan ini, artinya migran juga menjadi target penerima bantuan PKH. Artinya adalah meskipun PKH merupakan program nasional, ada keterbatasan dalam implementasinya. Cara penentuan target, manfaat dari program PKH sering kali tidak dipahami oleh penduduk setempat dan ketidaktahuan ini memicu kecemburuan terhadap migran yang menerima program PKH ini.

itu kan juga ngga paham ‘ini apa sih, Mbak, dapat dari mana’ ... ‘aku ndak ngerti’ ... aku jawab begitu. Saya ngga ngerti, PKH ya ngga ngerti .... Saya ngertinya ya karena banyak orang yang minta stampelnya posyandu itu. Lembarannya saya liat, trus saya ngomong, ‘Kamu ndak pernah ikut posyandu, kamu jarang ke sini, ngapain saya ngasih stampel? Tolong, Bunda nanti saya tiap bulan kalau memang orangnya suruh ke sini...’ Akhirnya dia ngikutin posyandu sampai sekarang. Malah di rumah saya itu ada yang KK asli sini sekolah di sini ndak dapat sama sekali. Justru yang sekolah di Madura ngga pernah ikut orang tuanya di sini, dia di Madura malah dapat uang dari PKH itu ....”

“... uang (bantuan) PKH juga gitu. Mereka yang musiman dapat semua, malah yang anaknya yang sudah ngga sekolah, katakanlah SMP lulus langsung kawin, trus yang sudah lulus ini malah masih dapat sampai sekarang, padahal dia sudah punya anak dua ... anaknya yang dapat bantuan PKH sekolahnya di Madura, bukan di Surabaya sehingga sukar dipantau apa masih sekolah atau tidak ....”

Dengan segala keterbatasan tersebut, program PKH dari Kementerian Sosial ini dapat dikatakan membantu kelompok migran untuk menjalani kehidupan yang lebih baik, baik dari aspek pendidikan anak-anaknya maupun untuk kesehatan ibu hamil dan balitanya. Keberhasilan pelaksanaan program ini perlu didukung baik oleh kelompok masyarakat maupun pemangku kepentingan lainnya, seperti pihak Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Berencana (Bapemas & KB), Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan agar pemanfaatan atau penggunaan bantuan keuangan yang diberikan sesuai dengan peruntukannya. Ada kasus uang PHK justru digunakan keluarga untuk menomboki utang-utang, bukan untuk membiayai kebutuhan anak sekolah atau kesehatan ibu hamil.

Bentuk lembaga keuangan yang difasilitasi pemerintah ataupun yang ada di tingkat kelurahan sebenarnya sangat potensial untuk memberdayakan kelompok migran, seperti kegiatan simpan pinjam

maupun kegiatan pemberdayaan ekonomi. Namun, keberhasilan dari kegiatan ini kembali pada individu tiap-tiap migran untuk memotivasi diri selalu maju dan tidak bergantung pada bantuan dari pemerintah atau pihak lainnya. Misalnya, di tingkat kelurahan ada Badan Keswadayaan Masyarakat (BKM) untuk membantu warga lewat simpan pinjam dan untuk membantu kebutuhan masyarakat yang bersifat mendesak, termasuk keperluan kesehatan (seperti biaya persalinan). Maksimal peminjaman 1 juta rupiah. Namun, saat darurat dan ada dananya, bisa dibantu sesuai dengan kebutuhan.

Keberadaan BKM ini pada dasarnya tidak ditujukan untuk penduduk lokal saja, tetapi juga untuk membantu warga musiman. Syaratnya untuk migran ikut dalam keanggotaan BKM adalah sekurang-kurangnya sudah enam bulan tinggal di lokasi dan berperilaku baik, ikut kegiatan gotong royong, tidak menyusahkan warga dan yang terpenting mendapatkan rekomendasi dari pihak RT/RW. BKM memberikan bunga atas pinjaman warga, namun tidak besar tarifnya sehingga tidak memberatkan peminjam. Syarat meminjam harus menjadi anggota BKM dan syarat menjadi anggota harus mendapat rekomendasi dari RT/RW dulu. Namun, simpan pinjam dengan sistem tanggung renteng ini ternyata sering tidak berjalan atau macet karena anggota tidak membayar utangnya sehingga menjadi beban bagi anggota lainnya. Bahkan, sampai menyebabkan ketua RT-nya mengundurkan diri karena kasus tanggung renteng ini. Padahal, lembaga seperti BKM ini potensial dikembangkan untuk membantu kelompok migran juga.

Untuk meningkatkan modal finansial, migran dapat mengikuti pelatihan peningkatan keterampilan yang diadakan oleh pihak Bapemas dan KB Kota Surabaya.<sup>5</sup> Pihak pemerintah melalui

---

<sup>5</sup> Pelaksanaan pemberdayaan ekonomi berupa Pelatihan Penambahan Keterampilan mengacu kepada Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. Kelompok program penanggulangan kemiskinan berbasis pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk mengembangkan potensi

Bapemas dan KB juga memiliki kegiatan pemberdayaan ekonomi sebagai upaya memberikan tambahan kemampuan teknis dasar produksi bagi warga Kota Surabaya dalam Kelompok Swadaya Masyarakat (KSM)<sup>6</sup> atau Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) sebagai bekal pemberdayaan bagi warga kota dalam bentuk wirausaha untuk menambah pendapatan ekonomi keluarga. Perkembangan KSM di Surabaya cukup pesat, tetapi belum semuanya bisa mendapatkan bantuan karena belum bisa memenuhi persyaratan yang ditetapkan. Meskipun kegiatan ini ditujukan untuk warga Kota Surabaya, warga migran tetap berkesempatan untuk ikut pelatihan yang ada. Pelatihan yang pernah diberikan, misalnya, menjahit taplak, seprei, pembuatan kerupuk, minuman sari kedelai. Pelatihan yang pernah diberikan lainnya, seperti usaha sabun (RW 2 dan 5), menjahit (RW 5), kemudian pelatihan bandeng presto (RW 8), dan kecantikan (RW18).

Setelah pelatihan pihak Badan Keswadayaan Masyarakat (BKM) di tingkat kelurahan membantu warga (dalam kelompok) untuk mengembangkan usahanya dengan memberikan sarana usaha, misalnya, mesin jahit. Namun, sebagian kegiatan pelatihan ini tidak berlanjut. Jumlah peserta dalam kegiatan tersebut semakin lama semakin menurun. Ditengarai permasalahan ini muncul karena selain jenis pelatihan yang kadang kurang sesuai dengan kebutuhan warga, kebanyakan usaha ekonomi yang dijalankan hanya “hidup” saat pameran, tidak ada keberlanjutannya lagi setelah

---

dan memperkuat kapasitas kelompok masyarakat miskin untuk terlibat dalam pembangunan yang didasarkan pada prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat (Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Berencana [Bapemas & KB] Kota Surabaya, t.t.)

<sup>6</sup> Surabaya sendiri memiliki jumlah Kelompok Swadaya Masyarakat yang cukup besar sebanyak 1.560 kelompok. Mereka sudah memproduksi aneka macam kerajinan dan jajanan. Ada yang membuat kue basah-kering, cendera mata, tas, batik hingga usaha salon dan pijat refleksi. Adapun dari total jumlah yang cukup besar, Kecamatan Sawahan yang berada di Surabaya Selatan memiliki jumlah paling besar, yaitu 9,9% atau 155 kelompok/kader. Sementara itu, jumlah kelompok paling sedikit berada di Kecamatan Gunung Anyar, yaitu hanya ada 23 kelompok.

pameran. Menurut kader, kegiatan seperti ini tidak langgeng karena kebanyakan orang atau migran prinsipnya mendapatkan pekerjaan hari ini dan langsung mendapat uang atau upah. Kalau ada pekerjaan seperti melipat sarung, mengelem kertas rokok yang langsung dibayar (dapat uang tunai), migran akan berbondong-bondong mencari pekerjaan tersebut. Pelatihan keterampilan seperti yang digagas oleh Bapemas dan KB Kota Surabaya ini sejatinya dapat dimanfaatkan untuk penguatan kapasitas SDM termasuk keuangan yang relatif rendah di kalangan migran.

Kelompok-kelompok swadaya masyarakat yang tersebar di berbagai wilayah di Kota Surabaya lewat Program Pengembangan Kelompok Swadaya Masyarakat membutuhkan pengalaman atau proses belajar bersama masyarakat dalam upaya peningkatan ekonomi keluarga. Sementara itu, kelompok-kelompok ini masih belum mampu mengembangkan usahanya dalam aspek penyediaan modal/pinjaman bagi anggotanya, dan masih cukup bergantung pada dukungan program lembaga swadaya masyarakat, proyek dinas/instansi, dan perbankan bahkan rentenir.

Permasalahan modal sering menjadi kendala utama bagi warga migran untuk menjalankan usahanya. Peserta pelatihan juga tidak memiliki jaringan usaha untuk memasarkan dagangan sehingga mereka hanya berusaha ketika ada pameran. Menurut narasumber, relatif rendahnya kepesertaan dalam pelatihan tentang keterampilan (seperti jahit, sulam, dan membuat sabun) karena informasi terkait hal ini terkadang tidak sampai kepada masyarakat luas. Dengan kata lain, hanya sebagian kecil masyarakat yang mendapatkan informasi. Hal lain yang menyebabkan kegiatan pelatihan tidak berlanjut menjadi usaha adalah perasaan tidak mampu mengembangkan usaha setelah pelatihan. Menurut peserta pelatihan, setelah pelatihan, tidak ada lagi tindak lanjut atau pemantauan dari program, tidak diinformasikan ke mana harus mencari pasar untuk dagangannya tersebut. Sementara itu, sebagian besar peserta masih belum memiliki pengalaman sama sekali. Oleh karena itu, kebanyakan usaha hanya hidup saat pameran.

Menurut laporan dari pihak Bapemas, kelompok swadaya masyarakat yang sudah tutup sebanyak 21%. Hanya sekitar 64% dapat bertahan sampai ke tingkat pemasaran. Oleh karena itu, perlu dipikirkan bentuk-bentuk pelatihan yang mampu memberdayakan pesertanya sehingga tidak lagi bergantung pada pemerintah. Misalnya, menggandeng pihak swasta untuk membantu pemasaran produk-produk yang dibuat oleh peserta pelatihan, memperkuat penyangga ekonomi keluarga dengan memfasilitasi anggota keluarga untuk memiliki beragam atau diversifikasi usaha. Selain itu, peserta harus senantiasa dimotivasi agar terus berupaya untuk meningkatkan posisi tawar.





# BAB III

## MODEL STRATEGI PENGUATAN KETAHANAN SOSIAL TERHADAP AKSESIBILITAS PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA)

Bab ini menguraikan tentang perumusan konsep dan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial, khususnya untuk keluarga migran pekerja sektor informal dalam rangka meningkatkan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan ibu dan anak pada era jaminan kesehatan nasional. Sebelum masuk pada uraian tersebut, lebih dulu dipaparkan tentang pendekatan ketahanan sosial dalam penyusunan alternatif strategi dan permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh kelompok migran pekerja sektor informal dalam konteks *continuum of care*.

## **A. PENGUATAN KETAHANAN SOSIAL SEBAGAI SEBUAH ALTERNATIF STRATEGI**

Telah dipahami berbagai permasalahan yang menjadi penyebab rendahnya kapasitas yang dimiliki oleh individu/rumah tangga migran pekerja sektor informal sehingga berdampak pada pemanfaatan layanan KIA yang tidak optimal. Migran pekerja sektor informal ini tidak saja memiliki kehidupan ekonomi yang terbatas, tetapi juga rentan dalam hal kesehatan ibu dan anak. Faktor keterbatasan finansial, rendahnya jaringan sosial, ditambah lagi dengan tingkat pengetahuan dan pemahaman yang rendah akan pentingnya kesehatan ibu dan anak menyebabkan pemanfaatan terhadap sarana dan prasarana layanan kesehatan ibu dan anak yang sudah disediakan oleh pemerintah menjadi tidak optimal.

Model yang disusun diharapkan dapat menjadi sebuah alternatif bagi pengambil kebijakan untuk merumuskan program atau kegiatan berdasarkan penguatan tiga model, yaitu manusia, sosial, dan finansial sehingga memungkinkan migran pekerja sektor informal, yang sebagian besar termasuk kelompok penduduk miskin, mengakses layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Selain itu, penyusunan model alternatif strategi penguatan ketahanan sosial diharapkan dapat memadukan program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh pemerintah, masyarakat madani, dan upaya yang dilakukan oleh keluarga pekerja sektor informal itu sendiri. Pihak pemerintah pusat bertindak sebagai fasilitator untuk dapat mengerahkan sumber daya yang ada, baik manusia maupun dana. Adapun kelompok masyarakat madani, termasuk di dalamnya lembaga swadaya masyarakat, bekerja untuk membuat perubahan yang berkesinambungan pada kehidupan.

Pendekatan ketahanan sosial melalui penekanan pada aspek kapasitas diharapkan lebih efektif dalam membangun suatu perencanaan/perumusan kebijakan. Pasalnya, masyarakat tidak dilihat sebagai pihak yang tidak berdaya, tetapi masyarakat memiliki potensi yang dapat diberdayakan untuk mengatasi persoalan yang dihadapinya. Penyusunan konsep ini merujuk pada konsep ketahanan sosial

dari Pfeiffer dkk. (2013) yang berfokus pada aspek potensi atau kapasitas individu, keluarga, dan masyarakat untuk meningkatkan akses terhadap layanan KIA secara optimal. Potensi atau kapasitas dilihat dari keberadaan tiga jenis modal, yaitu 1) modal ekonomi (pendapatan dan kekayaan atau aset); 2) modal manusia (pengetahuan, pendidikan dan keterampilan); dan 3) modal sosial (jalanan kekerabatan dengan keluarga dan teman serta dukungan/bantuan sosial). Melalui pendekatan *multilayered*, yaitu tingkat individu/keluarga, masyarakat, dan pemerintah, dipaparkan bagaimana interaksi antara faktor pendukung dan kapasitas dalam berbagai tingkat masyarakat.

Pemahaman tentang kapasitas menjadi penting karena memahami bagaimana aktor sosial tidak saja mampu mengatasi kondisi negatif (reaktif), tetapi juga merespons (proaktif) terhadap permasalahan yang dihadapi. Tabel 2 menjelaskan atribut kapasitas dari tiap-tiap modal berdasarkan tingkat individu/keluarga, masyarakat, dan pemerintah/institusi. Atribut-atribut kapasitas tersebut diasumsikan dapat mendorong peningkatan ketahanan. Dengan demikian, ketahanan dapat diwujudkan apabila tiap-tiap tingkatan memiliki kemampuan atau kapasitas untuk mempertahankan, membangun ulang, atau mengubah sumber daya yang terbatas atau kritis (Abramson dkk., 2015). Upaya penguatan ketahanan sosial diharapkan dapat mengatasi persoalan tingginya angka kematian ibu dan bayi di Indonesia dan berdampak pada peningkatan status kesehatan ibu dan anak. Status kesehatan yang baik dapat meningkatkan produktivitas kerja dan berusaha bagi penduduk sehingga merupakan kunci investasi modal manusia dalam pembangunan.

## **B. PERMASALAHAN KIA DALAM KONTEKS *CONTINUUM OF CARE***

Sebelum masuk pada pemaparan model, disampaikan terlebih dahulu permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh kelompok migran pekerja sektor informal dalam konteks *continuum of care* yang artinya layanan kesehatan terintegrasi selama masa kehamilan,

**Tabel 2.** Atribut Kapasitas Modal Manusia, Sosial, dan Finansial berdasarkan Tingkat Individu, Masyarakat, dan Pemerintah

<b>Atribut Kapasitas</b>	<b>Modal Manusia</b>	<b>Modal Sosial</b>	<b>Modal Finansial</b>
Tingkat individu/ keluarga	Perilaku yang lebih sadar, paham akan pentingnya KIA	Keluarga, teman, kerabat yang menerima dukungan sosial	Pendapatan rumah tangga, tabungan, akses terhadap kredit/ pinjaman
Tingkat Masyarakat	Akses kepada pendidikan, pelatihan dan pemahaman yang komprehensif	Jaringan sosial, kohesi sosial, kepercayaan	Keberagaman mata pencaharian, median pendapatan rumah tangga, pekerjaan
Tingkat Pemerintah	Fasilitasi kegiatan atau program untuk penguatan modal manusia	Fasilitasi kegiatan atau program untuk penguatan modal sosial	Fasilitasi kegiatan atau program untuk penguatan modal finansial

saat melahirkan, masa nifas hingga periode bayi dan balita dan berdasarkan beragam tempat layanan, dimulai dari rumah/komunitas, kemudian fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP, yaitu puskesmas dan jejaringnya), dan terakhir layanan rujukan tingkat lanjutan (rumah sakit) (lihat Tabel 3). Dalam Tabel 3 juga dikemukakan berbagai faktor penyebab dari permasalahan yang ada. Selanjutnya, Tabel 4 memaparkan model alternatif strategi penguatan ketahanan sosial. Sinergitas antar-pemangku kepentingan dalam model ini dilihat sebagai sebuah proses berlapis yang melibatkan berbagai pelaku di tingkat individu dan keluarga, komunitas, dan tingkatan nasional dalam membangun suatu sistem yang adaptif (Obrist dkk., 2010).

Berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat bahwa permasalahan menonjol yang dihadapi penduduk migran pekerja sektor informal terkait dengan masa kehamilan karena rendahnya kesadaran ibu hamil un-

tuk memeriksakan kehamilan kepada tenaga kesehatan secara lengkap (K4 terpenuhi). Secara nasional, cakupan pelayanan ibu hamil K4 ini juga menunjukkan kecenderungan penurunan (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Hal ini menjadi tantangan pemerintah karena pemeriksaan ibu hamil (K4 terpenuhi) memiliki kontribusi besar dalam penurunan angka kematian ibu maupun bayi.

Persoalan yang menonjol dalam masa persalinan adalah terjadinya keterputusan layanan KIA. Artinya, pertolongan persalinan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan, tetapi oleh dukun meskipun pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh tenaga kesehatan (bidan). Keterputusan ini berpotensi menimbulkan permasalahan ketika terjadi kasus komplikasi kelahiran yang tidak bisa ditangani oleh dukun beranak. Menurut informasi yang disampaikan dalam Infodatin (Kementerian Kesehatan, 2014), kematian ibu ketika persalinan terbesar adalah akibat perdarahan dan hipertensi. Persoalan ini di luar kompetensi tenaga non-kesehatan seperti dukun.

Pada masa neonatal, permasalahan menonjol yang dapat diidentifikasi adalah bayi (umur 1–28 hari) yang dilahirkan di daerah asal dengan dukun tidak diperiksa oleh tenaga medis. Dengan kata lain, pemeriksaan neonatus di bawah umur 28 hari ke tenaga kesehatan tidak dilakukan oleh ibu migran yang melahirkan di kampung dengan dukun. Kecenderungannya, bayi baru dibawa ke tenaga kesehatan setelah kembali ke Surabaya dan setelah usia bayi lewat 40 hari. Padahal, semakin lebar jarak kunjungan neonatus dari persalinan, semakin rentan bayi terkena risiko gangguan kesehatan. Bayi umur 0–28 hari merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2015). Adapun persoalan menonjol terkait masa *childhood* adalah masih rendahnya kesadaran orang tua terhadap pentingnya kesehatan anak balita. Menurut informasi, orang tua termasuk penduduk migran kurang memperhatikan asupan gizi untuk anak balitanya. Selain itu, masih ada orang tua yang tidak mau membawa anaknya untuk diimunisasi meskipun fenomena ini menurut sebagian besar narasumber sudah jauh menurun untuk Kota Surabaya.

**Tabel 3.** Permasalahan KIA dalam Konteks *Continuum of Care*

Tahapan KIA	Keluarga/ Masyarakat	Rujukan Awal/First Referral (FKTP) (Lembaga Kesehatan Tingkat Kecamatan)	Rujukan Tingkat Lanjutan (RTL) (Tingkat Kabupaten Provinsi/Nasional)
Pada saat kehamilan	<p>1) Kesadaran ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan lengkap relatif rendah. Pada umumnya hanya menjelang persalinan sehingga K1-K4 tidak terpenuhi.</p> <p>2) Kegiatan pelatihan/penyuluhan tentang kesehatan kehamilan dan persalinan hanya diikuti oleh sebagian kecil ibu hamil.</p>	<p>Puskesmas biasanya dimanfaatkan untuk surat rujukan ketika ada masalah dengan kehamilan.</p>	<p>Catatan: secara normatif, ketika terjadi komplikasi kehamilan, si ibu memerlukan rujukan untuk rumah sakit.</p>
Penyebab	<p>1) Tidak tahu dirinya hamil.</p> <p>2) Merasa kehamilannya tidak bermasalah.</p> <p>3) Kurangnya pengetahuan perlunya memeriksakan kehamilan secara lengkap.</p> <p>4) Kurangnya kesadaran mengikuti kegiatan penyuluhan/sosialisasi.</p>	<p>Informasi jenis layanan kesehatan, termasuk pemeriksaan kehamilan, kurang diketahui dan masyarakat umumnya ditolong dukun dan jarang ke fasilitas kesehatan.</p>	

Tahapan KIA	Keluarga/ Masyarakat	Rujukan Awal/ <i>First Referral</i> /(FKTP) (Lembaga Kesehatan Tingkat Kecamatan)	Rujukan Tingkat Lanjutan (RTL) (Tingkat Kabupaten Provinsi/ Nasional)
<p>Pada saat persalinan (<i>at delivery</i>)</p>	<p>1) Pada umumnya, bersalin di daerah asal dengan pertolongan tenaga non-kesehatan atau dukun meskipun pemeriksaan pada saat kehamilan dilakukan oleh tenaga kesehatan (bidan) berdampak terhadap keterputusan layanan KIA.</p> <p>2) Beberapa kasus menunjukkan bahwa menjelang persalinan, ibu hamil migran (dengan komplikasi datang ke Kota Surabaya dalam kondisi kritis sehingga terjadi kasus kematian ibu.</p> <p>3) Sebagian keluarga terpaksa berutang untuk menutupi biaya persalinan.</p>	<p>1) Ibu yang melahirkan di daerah asal.</p> <p>2) Lemahnya hubungan kerja (<i>networking</i>) antarpusat pelayanan kesehatan, baik di Kota Surabaya maupun di luar Kota Surabaya (daerah asal migran) sehingga rekam medis belum dapat diakses antarpuskesmas. Hal ini berpotensi terjadinya rekam medis ibu hilang (<i>lost data</i>).</p>	<p>1) Tidak semua masyarakat paham tentang sistem rujukan.</p> <p>2) Tidak tersedianya rekam medis ibu melahirkan sehingga ketika terjadi komplikasi dan dirujuk ke rumah sakit tidak dapat mendeteksi permasalahan yang dialami si ibu.</p>

Tahapan KIA	Keluarga/ Masyarakat	Rujukan Awal/ <i>First Referral</i> /(FKTP) (Lembaga Kesehatan Tingkat Kecamatan)	Rujukan Tingkat Lanjutan (RTL) (Tingkat Kabupaten Provinsi/ Nasional)
		<p>4) Terbatasnya jumlah bidan yang bekerja sama dengan BPJS di sekitar lokasi permukiman, sementara biaya melahirkan di bidan swasta mahal.</p>	
Penyebab	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rasa nyaman melahirkan di kampung karena ada keluarga, biaya murah, dll.</li> <li>2) Rendahnya kesadaran ibu hamil untuk memberi tahu kader kesehatan atau pendamping bidan akan rencana persalinan di kampung dan sering pergi begitu saja.</li> <li>3) Tidak ikut program BPJS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tingginya intensitas kegiatan administrasi bidan dan tenaga kesehatan puskesmas berpotensi menurunkan kualitas layanan medis yang berdampak terhadap keengganan masyarakat untuk menggunakan layanan FKTP.</li> <li>2) Belum berjalannya hubungan antar-pelayanan kesehatan, baik pada tingkat pelaporan tertulis maupun IT.</li> </ol>	Masih terbatasnya akses terhadap rekam medis secara daring oleh fasilitas kesehatan di semua tingkat.

Tahapan KIA	Keluarga/ Masyarakat	Rujukan Awal/ <i>First Referral</i> /(FKTP) (Lembaga Kesehatan Tingkat Kecamatan)	Rujukan Tingkat Lanjutan (RTL) (Tingkat Kabupaten Provinsi/ Nasional)
	<p>4) Tidak ada lembaga sosial di tingkat komunitas yang dapat membantu ketika ada kebutuhan biaya yang mendesak, seperti persalinan.</p> <p>5) Pekerja sektor informal memiliki penghasilan tidak menentu dan relatif terbatas.</p>	<p>3) Rendahnya keikutsertaan bidan dalam skema BPJS karena mekanisme untuk menjadi bidan BPJS dianggap berbelit-belit.</p> <p>4) Biaya melahirkan di bidan swasta mahal sehingga memilih pertolongan dukun bayi.</p>	
Pada saat neonatal	<p>1) Pada umumnya, bayi (umur 1–28 hari) yang dilahirkan di daerah asal dengan dukun tidak diperiksa tenaga medis.</p> <p>2) Pada umumnya, bayi ketika dibawa kembali ke Surabaya dalam kondisi di bawah garis merah (BGM).</p>	Petugas kesulitan mendeteksi dini permasalahan bayi karena baru diperiksa setelah umur 3 bulan.	Bayi keluarga migran bermasalah sering terlambat dirujuk ke layanan rumah sakit.

Tahapan KIA	Keluarga/ Masyarakat	Rujukan Awal/ <i>First Referral</i> /(FKTP) (Lembaga Kesehatan Tingkat Kecamatan)	Rujukan Tingkat Lanjutan (RTL) (Tingkat Kabupaten Provinsi/ Nasional)
Penyebab	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Di daerah asal tidak ada kebiasaan memeriksakan bayi baru lahir pada tenaga kesehatan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketidaktersediaan riwayat kesehatan bayi karena lahir di daerah asal</li> <li>2) Lemahnya kerja sama sistem informasi kesehatan daring antara daerah asal dan daerah tujuan migrasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Masih terbatas penjelasan tentang sistem rujukan ke tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, seperti rumah sakit, berkaitan kesehatan bayi bermasalah yang memerlukan rujukan segera.</li> </ol>
Pada saat balita ( <i>childhood</i> )	Masih rendahnya kesadaran keluarga migran terhadap pentingnya kesehatan anak balita (asupan gizi dan imunisasi lengkap)	Keterbatasan data tentang kesehatan anak para migran	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Rendahnya dukungan finansial untuk rujukan rumah sakit.</li> </ol>
			<ol style="list-style-type: none"> <li>Kurangnya perhatian pemerintah kota terhadap kesehatan keluarga migran</li> </ol>

Tahapan KIA	Keluarga/ Masyarakat	Rujukan Awal/ <i>First Referra</i> /(FKTP) (Lembaga Kesehatan Tingkat Kecamatan)	Rujukan Tingkat Lanjutan (RTL) (Tingkat Kabupaten Provinsi/ Nasional)
Penyebab	1) Adanya anggapan imunitasi menyebabkan anak sakit 2) Kesibukan orang tua migran mencari nafkah berdampak terbaikannya perawatan kesehatan anak.	Kurangny jangkauan sosialisasi tentang kesehatan anak pada keluarga migran yang <i>mobile</i>	Tidak adanya dana untuk kelompok migran sektor informal di wilayahnya

**Tabel 4.** Model Strategi Penguatan Ketahanan Sosial Kelompok Migran Pekerja Sektor Informal terhadap Aksesibilitas Pelayanan KIA

**Fase Kehamilan**

**Analisis permasalahan 1**

- 1) Kesadaran pemeriksaan kehamilan lengkap relatif rendah dan biasanya hanya ketika mendekati masa persalinan (K1–K4 tidak terpenuhi).
- 2) Belum semua ibu hamil migran melaporkan keberadaannya kepada kader posyandu tempat tinggalnya sehingga yang bersangkutan luput dari pendataan maupun pemeriksaan kehamilan.
- 3) Puskesmas cenderung dimanfaatkan untuk memperoleh surat rujukan ketika terjadi persoalan pada masa kehamilan, bukan sebagai tempat pemeriksaan kehamilan.

**Kebijakan/program yang sudah ada**

- 1) Bidan dan pendamping bidan melakukan pemeriksaan ibu hamil risti dari pintu ke pintu.
- 2) Puskesmas berkoordinasi dengan bidan tentang aturan untuk penurunan AKI/AKB (usia 0–6 bulan), yakni terdata mulai dari dasawisma/kader/RT/RW.

### Alternatif solusi

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Individu/ keluarga</b>	<b>Jangka pendek</b> 1) Peningkatan pengetahuan dan kesadaran pentingnya memelihara kesehatan pada saat kehamilan 2) Pengoptimalan dukungan keluarga, khususnya suami, agar ibu hamil memeriksa kehamilan secara berkala	1) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) mencakup puskesmas dan jajarannya 2) Kader posyandu/bunda PAUD	<b>FKTP</b> Aktif untuk meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat dalam menghadapi permasalahan kesehatan, khususnya KIA. Misalnya, menyosialisasikan pentingnya memelihara kesehatan pada saat kehamilan pada setiap kegiatan yang dilakukan di masyarakat.	Sistem sosialisasi: 1) Langsung dengan melakukan kunjungan target (ibu-ibu hamil), misalnya melalui kelas ibu hamil. 2) Tidak langsung melalui poster dan <i>leaflet</i> kepada ibu dan masyarakat tentang kesehatan. Kegiatan ini melibatkan kader posyandu dan bunda PAUD untuk menjelaskan pentingnya memelihara kesehatan pada saat kehamilan untuk ibu dan bayi.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Individu/ keluarga</b>	<b>Jangka menengah/panjang</b> K1-K4 dapat terpenuhi, khususnya untuk ibu hamil dari kelompok migran, sehingga ibu hamil risiko tinggi (risti) dapat terdeteksi.	1) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) mencakup puskesmas dan jajarannya 2) Kader posyandu/ bunda PAUD	<b>Kader Posyandu/ Bunda PAUD</b> Memberi dorongan pada keluarga dan masyarakat agar memelihara kesehatan dan menjadi suami siaga pada saat istri akan melahirkan.	Melalui pendekatan penyuluhan ke ibu hamil. Untuk itu, petugas perlu penguatan kapasitas pengetahuan, persepsi positif, komitmen, dan keterampilan dalam memberikan pengetahuan tersebut ke ibu hamil, seperti pentingnya nutrisi bagi ibu hamil dan berat badan ibu sewaktu hamil. Semua ini bertujuan untuk mengubah perilaku kelompok sasaran.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Masyarakat</b>	<b>Jangka pendek</b> 1) Pembentukan sistem kesiagaan masyarakat sebagai upaya peningkatan kesiapsiagaan masyarakat menghadapi masalah KIA, termasuk memandirikan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.	1) RT/PKK 2) Tokoh agama/masyarakat	<b>RT/PKK</b> Bekerja sama dengan tokoh agama/masyarakat untuk meningkatkan kesiagaan masyarakat terhadap KIA, khususnya selama kehamilan.	1) Melalui tokoh masyarakat (ibu nyai) atau tokoh agama (ustazah atau ustaz) untuk memotivasi ibu-ibu agar berperilaku hidup sehat selama kehamilan dan setelahnya, pentingnya melahirkan dengan tenaga kesehatan. Khusus suami, disosialisasikan agar memberi dukungan kepada istri dalam memelihara kesehatan pada saat kehamilan.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p>2) Pengoptimalan peran kader kesehatan dalam penyuluhan kesehatan ibu dan anak.</p>	<p><b>Tokoh Agama/ Masyarakat</b></p>	<p>2) Mengupayakan RT dan PKK untuk revitalisasi.</p> <p>3) Posdaya agar budaya gotong royong sebagai modal sosial yang dapat membantu keluarga tidak mampu dalam mengakses layanan kesehatan sesuai kebutuhan.</p>	
		<p>Mendorong keluarga/ kelompok masyarakat khususnya kelompok migran, untuk meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat</p>	<p>menghadapi masalah-masalah KIA, termasuk memandirikan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.</p>	

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka menengah</b></p> <p>Pemberdayaan masyarakat melalui revitalisasi program Pos Pemberdayaan Keluarga (Posdaya) untuk membantu keluarga kurang mampu dengan pendekatan fungsi keluarga. Melalui Posdaya, keluarga diharapkan mampu memelihara budaya gotong royong sebagai akses modal sosial yang ada di masyarakat.</p>			

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Pemerintah</b>	<p><b>Jangka pendek/ menengah</b></p> <p>1) Peningkatan keterampilan kader dalam pemberian penyuluhan KIA</p> <p>2) Peningkatan insentif bagi kader penyuluh kesehatan</p> <p><b>Jangka panjang</b></p> <p>1) Penguatan lembaga pelayanan kesehatan dasar (FKTP) sehingga semua dimensi akses layanan kesehatan dapat terpenuhi.</p>	<p>1) Dinas Kesehatan</p> <p>2) Dinas Pemberdayaan Perempuan dan KB</p>	<p>1) Dinas Kesehatan dan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan KB</p> <p>2) Dinas Kesehatan bekerja sama dengan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan KB dalam pelaksanaan sosialisasi kesehatan ibu dan anak (bayi-balita), termasuk melibatkan suami dalam kegiatan KIA.</p> <p>3) Membuat MOU kerja sama antar-pemangku kepentingan, yakni Dinas Kesehatan dan Dinas Pemberdayaan</p>	<p>Memberi pelatihan peningkatan kompetensi petugas kesehatan yang beretika, memiliki keahlian, dan profesional.</p> <p>Memberi pelatihan kepada kader kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan tentang kelas ibu hamil dan gizi keluarga.</p>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p>2) Penguatan kerja sama antar-instansi pemerintah dalam menyosialisasikan KIA, termasuk sosialisasi berbagai jenis layanan yang tersedia di tingkat puskesmas dan sistem rujukan.</p>		<p>Perempuan dan KB untuk meningkatkan akses layanan kesehatan bagi ibu hamil dan melahirkan.</p> <p>3) 4) Bekerja sama dengan pihak puskesmas dan jejaringnya, termasuk bunda PAUD, melakukan komunikasi informasi edukasi (KIE) agar terjadi proses perubahan perilaku yang lebih positif sehingga ibu migran dan keluarganya melaksanakan pemeriksaan kehamilan secara sadar dan bertanggung jawab.</p>	<p>Petugas kesehatan memfasilitasi kegiatan sosialisasi pentingnya memelihara kesehatan pada saat hamil kepada masyarakat, baik pihak puskesmas maupun posyandu, melalui penyediaan substansi/materi berkaitan dengan isu tersebut.</p>

## **Analisis permasalahan 2**

Kesadaran ibu-ibu hamil mengikuti kegiatan pelatihan/penyuluhan berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan selama masa kehamilan masih rendah.

## **Kebijakan/program yang sudah ada**

Petugas kesehatan puskesmas mengedepankan paradigma sehat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan fokus pada kegiatan preventif dan promotif.

## **Alternatif solusi**

<b>Tingkat</b>	<b>Strategi</b>	<b>Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab</b>	<b>Peran Pemangku Kepentingan</b>	<b>Mekanisme</b>
<b>Individu/ Keluarga</b>	<b>Jangka pendek-menengah</b> Penguatan modal manusia, khususnya kelompok masyarakat migran, melalui keterlibatan aktif dalam kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan/ kesadaran berkaitan dengan KIA.	Puskesmas dan jejaringnya	<b>Puskesmas dan jejaringnya</b> 1) Membangun kepercayaan (trust) antara kader atau petugas kesehatan dan ibu-ibu. 2) Melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat yang bisa membantu menggerakkan atau memotivasi masyarakat.	1) Menyosialisasikan kegiatan posyandu ke masyarakat, misalnya menggelar "Posyandu Fair" setahun sekali. 2) Membuat acara-acara KIA dan pendidikan kesehatan bekerja sama dengan sponsor yang tertarik masalah ini.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Masyarakat</b>	<b>Jangka pendek</b> 1) Pelibatan kelembagaan masyarakat, tokoh masyarakat, dan tokoh agama untuk memotivasi ibu hamil memeriksakan kehamilannya. 2) Pelibatan masyarakat dalam perencanaan inovasi baru materi penyuluhan yang bisa membangun motivasi masyarakat datang pada kegiatan penyuluhan. Contoh, mengundang tokoh dari luar untuk berbicara, dapat bekerja sama dengan pihak sponsor untuk mendanai kegiatan ini.	1) Tokoh agama/masyarakat 2) LSM	<b>Tokoh Agama</b> Bekerja sama dengan pihak kesehatan dalam memotivasi ibu-ibu, khususnya ibu hamil, untuk berperilaku hidup sehat.	Melibatkan tokoh masyarakat (ibu nyai) dan agama (seperti ustazah) untuk memotivasi ibu-ibu agar berperilaku hidup sehat dan menggunakan fasilitas kesehatan sebagai tempat persalinan.
		3) Mengembangkan kegiatan-kegiatan posyandu secara menarik dan inovatif berdasarkan kebutuhan masyarakat sehingga mereka bisa merasakan manfaatnya.		

## LSM

Memfasilitasi kelompok ibu-ibu migran untuk menyuarkan permasalahan yang dihadapinya.	Menggunakan pendekatan <i>metaplan</i> untuk menggali permasalahan dan kebutuhan ibu dengan melibatkan fasilitator pihak luar atau orang-orang yang ditokohkan, pihak pendidik; fasilitator haruslah orang yang mampu memfasilitasi warga dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami masyarakat.
---	---

## Jangka menengah

Revitalisasi program penyuluhan kesehatan, seperti kegiatan kelas ibu hamil dan gizi, pentingnya partisipasi suami dalam kegiatan kelas ibu hamil, dan penyuluhan gizi.

<p><b>Pemerintah</b></p>	<p><b>Jangka menengah</b></p> <p>Optimalisasi dana operasional yang diberikan ke puskesmas untuk menjalankan kegiatan preventif dan promotif.</p>	<p><b>Jangka panjang</b></p> <p>Meningkatkan taraf pendidikan formal, khususnya bagi remaja perempuan agar mereka sadar akan perlunya kesehatan remaja dan perempuan.</p>	<p>1) Dinas Kesehatan</p> <p>2) Dinas Pendidikan</p>	<p><b>Dinkes</b></p> <p>Memfasilitasi pelatihan komunikasi dan pengetahuan untuk tenaga kesehatan berkaitan dengan kebutuhan kesehatan ibu dan anak.</p>	<p>Menyediakan anggaran untuk mendukung kegiatan preventif dan promotif.</p>
<hr/>					
<p><b>Dinas Pendidikan</b></p>					
<p>Beasiswa pendidikan untuk mengurangi pernikahan dini sekaligus memperluas akses terhadap pekerjaan yang layak nantinya.</p>					

## Fase Persalinan

### Analisis permasalahan 1

- 1) Pada saat kehamilan periksa di bidan, tetapi pada saat persalinan oleh dukun dengan alasan takut dijahit dan tidak ada biaya sehingga terjadi keterputusan dalam *continuum of care*.
- 2) Kematian ibu migran keluarga sektor informal ketika melahirkan di Kota Surabaya terjadi karena datang di Surabaya dengan komplikasi dan kondisi kritis sehingga tidak tertolong. Keterlambatan datang ke fasilitas kesehatan menyebabkan *near-miss obstetric complication* dan tidak bisa ditangani. Kurangnya kerja sama atau kemitraan antara dukun bayi dan fasilitas kesehatan di tempat asal migran merupakan salah satu penyebab mereka kembali ke Surabaya untuk mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan.

### Kebijakan/program yang sudah ada

- 1) Sebagian puskesmas dengan fasilitas persalinan buka 24 jam
- 2) Persalinan normal dapat dilakukan di tingkat puskesmas, pasien risti di rumah sakit.

**Alternatif solusi**

Tingkat Individu/ Keluarga	Strategi Jangka pendek-menengah	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<p>1) Peningkatan pemahaman ibu hamil dan keluarga tentang pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan</p> <p>2) Peningkatan kesadaran ibu dan keluarga tentang bahaya persalinan dengan tenaga nonmedis</p>	<p>FKTP dan jejaringnya</p>	<p>Bekerja sama dengan tenaga fasilitator kelas ibu di kabupaten/kota untuk melaksanakan kelas ibu hamil dan kelas ibu balita dalam rangka menunjang peningkatan pemahaman dan kesadaran ibu serta keluarga.</p> <p>1) Menyiapkan fasilitator di tingkat puskesmas dan desa yang akan melaksanakan kelas ibu hamil dan kelas ibu balita dalam rangka menunjang peningkatan pemahaman dan kesadaran ibu serta keluarga.</p> <p>2) Mengoptimalkan pelayanan kesehatan (klinik) lintas batas agar mampu mendeteksi kesehatan ibu hamil penduduk musiman.</p>		

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
Masyarakat	<b>Jangka menengah-panjang</b>  Pengenalan nilai budaya masyarakat yang dapat mendorong mereka peduli terhadap pelayanan kesehatan.	1) Tokoh masyarakat/ tokoh agama  2) PKK	Melibatkan tokoh masyarakat atau tokoh agama yang disegani masyarakat dalam penyuluhan atau sosialisasi tentang perilaku yang peduli terhadap pelayanan kesehatan maternal.	Revitalisasi program pemberdayaan masyarakat untuk menghidupkan budaya gotong royong sebagai modal sosial keluarga migran sektor informal dalam mengakses layanan kesehatan maternal yang dibutuhkan. Misalnya, revitalisasi pemanfaatan Posdaya.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Pemerintah</b>	<b>Jangka panjang</b> 1) Mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku hidup sehat dan mandiri. 2) Mewujudkan hubungan kerja (jejaring) antarpusat pelayanan kesehatan, baik di Kota Surabaya maupun dengan pelayanan kesehatan di luar Kota Surabaya (daerah asal migran)	1) Dinas kesehatan 2) BPJS Kesehatan	<b>Dinas Kesehatan</b> 1) Pendampingan keluarga migran yang ada ibu hamil, termasuk keluarganya (suami dan orang tua ibu). 2) Memperkuat hubungan ( <i>networking</i> ) di antara pelayanan kesehatan, baik pada tingkat pelaporan tertulis maupun IT.	1) Mengomunikasikan bidan bahwa dia mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan kepada ibu hamil, keluarga ibu hamil, dan komunitas migran. 2) Memberi pelatihan kepada bidan agar mampu: a) menyelia asuhan dan memberi nasihat yang dibutuhkan oleh wanita pada masa hamil, persalinan, dan pasca persalinan ( <i>postpartum period</i> ),

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
3)	Rekam medis antar-puskesmas dapat diakses secara mudah.			b) memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri, dan
4)	Memperluas program kerja sama antara bidang praktik dan BPJS agar semakin banyak bidang yang bisa memberikan pertolongan persalinan dengan skema BPJS.			c) memberi asuhan pada bayi baru lahir dan anak. Memberi penyuluhan dan sosialisasi tentang perilaku peduli kesehatan bersama tokoh masyarakat atau agama. Pembahasan bisa dikaitkan dengan ajaran agama supaya masyarakat lebih termotivasi.

## **Fase Persalinan**

### ***Analisis permasalahan 2***

Keluarga migran pekerja sektor informal sering kesulitan untuk biaya persalinan karena penghasilan yang tidak menentu sehingga terpaksa berutang.

### ***Kebijakan/program***

- 1) Program BPJS Kesehatan, program PKH dari Kemensos, dan pemberdayaan ekonomi keluarga miskin dari Bapemas.
- 2) BKM, koperasi wanita di tingkat kelurahan untuk membantu warga lokal termasuk migran melalui kegiatan simpan pinjam dan kebutuhan mendesak seperti kesehatan.
- 3) LSM Wahana Visi bertujuan untuk meningkatkan ekonomi keluarga, antara lain kegiatan bank sampah, pengelolaan keuangan keluarga di tingkat kelurahan.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Masyarakat</b>	<p><b>Jangka pendek–menengah</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menghidupkan kembali lembaga sosial di tingkat masyarakat yang memiliki fungsi sebagai kegiatan simpan pinjam yang dapat diakses oleh masyarakat golongan ekonomi lemah, seperti kelompok migran sektor informal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) RT/RW</li> <li>2) Kelurahan</li> <li>3) Tokoh masyarakat</li> <li>4) Kader kesehatan</li> <li>5) Pihak swasta</li> </ol>	<p><b>RT/RW dan Kelurahan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Koordinasi dengan tokoh masyarakat serta tokoh kesehatan dalam pengelolaan kegiatan pemberdayaan ekonomi di tingkat masyarakat.</li> <li>2) Memfasilitasi mitra usaha swasta untuk bekerja sama dengan kelompok ekonomi masyarakat/usaha koperasi di tingkat kelurahan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Revitalisasi kegiatan simpan pinjam dalam kelompok dengan pembatasan jumlah peserta (tidak boleh lebih dari 25 orang) melalui kegiatan posyandu yang bertujuan membantu kebutuhan ibu pada saat persalinan atau anak sakit.</li> </ol>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p>2) Menggalang kemitraan dan pendamping-an untuk pemberdayaan usaha ekonomi kelompok.</p>		<p><b>Kader Kesehatan</b></p> <p>Kerja sama dengan pihak RT/RW untuk memberdayakan kelembagaan sosial di tingkat masyarakat yang salah satu tujuannya membantu kebutuhan kesehatan ibu.</p>	<p>2) Revitalisasi Tabulin sehingga dapat dimanfaatkan untuk membantu biaya persalinan bagi yang membutuhkan.</p>
<p><b>Pemerintah Jangka menengah</b></p> <p>Adanya kebijakan perluasan skema PBI untuk keluarga migran tidak mampu/pekerja sektor informal dengan per- syaratan lebih lunak, misalnya KTP.</p>	<p>1) Dinas Kesehatan 2) BPJS 3) Bapemas</p>	<p><b>Dinas Kesehatan</b></p> <p>1) Memfasilitasi pihak BPJS agar secara berkala memberi penyuluhan tentang manfaat program BPJS kepada kelompok ma- syarakat, perangkat kelurahan, tokoh masyarakat; dan tokoh agama.</p>	<p>1) Pemanfaatan kemitraan dan pendampingan dalam memberdayakan usaha ekonomi kelompok</p> <p>2) Menyosialisasikan kepada masyarakat tentang hak dan kewajiban ibu dalam mem- peroleh layanan kesehatan maternal dan mekanisme pembiayaan melalui BPJS.</p>	

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka panjang</b></p> <p>Penciptaan kerja sama pemerintah dan swasta/ pengusaha dalam memfasilitasi kelompok warga agar mudah dalam mengakses perolehan modal dan informasi pasar.</p>	<p>2) Dinas Kesehatan bersama BPJS menyosialisasikan secara berkala kepada kelompok migran di permukiman kumuh, mengevakuasi hambatan yang muncul, dan mencari solusi persoalan yang timbul agar tidak terjadi kesalahpahaman di masyarakat tentang program BPJS.</p>	<p>3) Kegiatan ini dapat dilakukan kader kesehatan/ posyandu, bunda PAUD, ketua PKK, dan orang/ lembaga yang dekat dan dipercaya masyarakat sehingga mereka memahami dengan benar sistem jaminan kesehatan dan sadar membayar iuran secara mandiri.</p> <p>4) Informasi ini dapat disalurkan kembali (<i>getok tular</i>) kepada masyarakat termasuk keluarga melalui berbagai cara, seperti ceramah agama/ pengajian, arisan RT, posyandu, dan sebagainya.</p>	

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
		<p><b>BPJS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mendaftar kepesertaan BPJS mandiri melalui sistem jemput bola.</li> <li>2) Memperbarui data kepesertaan BPJS secara berkala; bekerja sama dengan pihak puskesmas/posyandu yang paham akan situasi dan kondisi masyarakat di kawasan itu.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5) Membentuk kelompok migran berdasar kelompok masyarakat yang telah ada seperti kelompok pengajian (perwiridan).</li> <li>6) Melakukan edukasi cara pengelolaan usaha berikut manajemen usaha (keuangan).</li> <li>7) Melibatkan warga untuk berbagi, baik tenaga, barang, maupun uang.</li> </ol>	

## Alternatif solusi

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
			<b>Bapemas</b> Pihak pemerintah melalui Bapemas memfasilitasi kelurahan dan kecamatan melakukan kegiatan peningkatan ekonomi di tingkat masyarakat dan keluarga.	8) Membantu kelompok masyarakat atau keluarga melakukan proyek kecil atau diversifikasi usaha. Apabila berhasil, proyek tersebut dapat dilanjutkan. Namun, apabila tidak berhasil, proyek dihentikan. Melalui pendekatan ini, mereka diharapkan lebih bisa memotivasi warga untuk saling membantu atau berbagi. 9) Memfasilitasi LSM yang memiliki program peningkatan kesehatan ekonomi untuk masyarakat termasuk kelompok migran.

---

### **Analisis permasalahan 3**

Terbatasnya jumlah bidan mandiri yang berjejaring dengan BPJS berdampak terhadap biaya persalinan yang tinggi jika melahirkan di bidan mandiri yang tidak menerima BPJS.

#### ***Kebijakan/program yang ada***

- 1) Perpres atau Permenkes tentang kebijakan berjejaring antara BPJS dengan fasilitas kesehatan.
  - 2) Pada saat beralih ke BPJS Kesehatan, terjadi perubahan sistem pembiayaan. Untuk bermitra dan BPJS Kesehatan, bidan harus berjejaring terlebih dulu dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang sudah bermitra dengan BPJS Kesehatan. Dalam JKN, bidan praktik mandiri tidak bisa menjalin kerja sama langsung dengan BPJS Kesehatan, tetapi harus membangun jejaring dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama, baik puskesmas maupun klinik dokter bersama.
-

## Alternatif solusi

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Individu/ keluarga</b>	<b>Jangka pendek</b> Mendorong ibu hamil untuk melahirkan dengan tenaga kesehatan, khususnya yang berjejaring dengan BPJS	1) FKTP dan jejaringnya 2) BPJS 3) Bidan	1) FKTP dan jejaringnya 2) Bermitra dengan BPJS Kesehatan 3) BPJS memfasilitasi bidan untuk bekerja sama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama, baik puskesmas maupun klinik dokter bersama.	1) Menyosialisasikan hak dan kewajiban dari peserta BPJS Kesehatan Mandiri sehingga keluarga migran yang belum menjadi peserta BPJS dapat mempertimbangkan manfaat ikut BPJS mandiri, terutama untuk kebutuhan kesehatan maternal. 2) Menyosialisasikan keberadaan bidan yang sudah memiliki jaringan dengan BPJS Kesehatan melalui kader posyandu dan puskesmas.
	<b>Jangka menengah</b> Memfasilitasi keluarga migran miskin yang belum menjadi peserta BPJS PBI sehingga tetap dapat memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal.			

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
Masyarakat	<p><b>Jangka pendek-menengah</b></p> <p>Penguatan kepada kelompok masyarakat untuk membantu menyebarkan informasi tentang hak dan kewajiban ibu dalam memperoleh layanan kesehatan maternal, termasuk mekanisme pembiayaan melalui BPJS Kesehatan.</p>	<p>1) RT/RW dan Kelurahan</p> <p>2) Kader kesehatan/kader posyandu</p>	<p><b>Pihak RT/RW dan kelurahan</b></p> <p>1) Berkoordinasi dengan kader kesehatan/kader posyandu untuk menyampaikan informasi tentang JKN.</p> <p>2) Mendorong pembentukan kelompok pekerja sektor informal sebagai wadah pengelolaan premi JKN.</p>	<p>Memfasilitasi pembentukan kelembagaan kelompok pekerja sektor informal agar dapat digunakan sebagai wadah untuk mengelola premi dari anggota dan menginformasikan tentang JKN.</p>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Pemerintah</b>	<b>Jangka pendek-menengah</b> 1) Pelibatan badan dalam program BPJS. 2) Mendorong badan praktik mandiri yang sudah memiliki kerja sama sangat baik dengan pemerintah melalui program JKN.	1) BPJS 2) Dinas Kesehatan 3) IBI	<b>BPJS</b> Menyederhanakan mekanisme keterlibatan badan dalam program BPJS.	1) Menyosialisasikan mekanisme kepesertaan dalam program BPJS kepada badan mandiri yang ingin berjejaring dengan program BPJS. 2) Sosialisasi tentang JKN melalui BPJS dengan sistem jemput bola.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<b>Jangka panjang</b>	Pengarusutamaan konsep pelayanan kesehatan sebagai suatu tim antar-pemangku kepentingan.	<b>Dinas Kesehatan</b>	3) Menyampaikan panduan terkait keterlibatan badan praktik swasta (BPS) disebarkan ke seluruh klinik.
		1) Memfasilitasi fasilitas kesehatan tingkat pertama swasta, seperti badan praktik mandiri, klinik bersalin, dokter praktik yang berkeinginan ikut serta dalam program jejaring dengan BPJS.		4) Dibuka ruang/forum bagi BPJS untuk berkonsultasi tentang peluang dan kendala yang dihadapi.
		2) Memfasilitasi BPJS Kesehatan bekerja sama dengan asuransi swasta agar mampu memberikan manfaat yang lebih baik.		
		<b>Ikatan Bidan Indonesia (IBI)</b>		
		Turut mendorong badan praktik mandiri bekerja sama dengan jejaring JKN.		

---

#### **Analisis permasalahan 4**

- 1) Tidak ada kelembagaan masyarakat lokal yang berfungsi membantu warga pada saat kesulitan dana mendesak seperti untuk persalinan.
- 2) Kurangnya motivasi masyarakat membangun kelembagaan lokal yang berfungsi sosial karena ada kecenderungan menggandakan bantuan pemerintah, seperti BLT dan PKH. "Dana Sehat" pernah ada dan dikelola warga untuk membantu warga yang sakit (seperti *jimpitan*), tetapi tidak jalan lagi karena keberatan dengan iuran sebesar Rp2.000 per pekan.
- 3) Tidak semua perkumpulan masyarakat daerah asal migran, seperti "oto-oto" di masyarakat Madura, bisa membantu kesulitan migran di perkotaan.
- 4) Menurunnya rasa solidaritas di antara migran (kesetiakawanan sosial). Terutama jika ada warga yang kesulitan keuangan, harus berupaya sendiri sehingga terpaksa meminjam pada keluarga terdekat atau jasa bank "nyicil".

#### **Kebijakan/ program yang ada**

- 1) Kegiatan *jimpitan* sebagai alat untuk saling membantu anggota.
  - 2) Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin), program pemerintah yang pernah disosialisasikan melalui Ikatan Bidan Indonesia (IBI) selaku mitra Depkes dan BKKBN.
-

### Alternatif solusi

Tingkat	Strategi	Pemangku Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Individu</b>	<p><b>Jangka pendek–menengah</b></p> <p>Memperkuat ketahanan keluarga agar lebih berdaya dalam mengatasi permasalahan kehidupan, termasuk kesehatan anggota keluarga.</p>	<p>1) PKK</p> <p>2) Dasawisma</p>	<p><b>PKK</b></p> <p>Melibatkan masyarakat migran dalam kegiatan lingkungan.</p> <p><b>Dasawisma</b></p> <p>Melibatkan masyarakat migran dalam kegiatan Dasawisma.</p>	<p>Pemberdayaan di tingkat keluarga migran, di antaranya membuka akses seluas-luasnya dalam usaha peningkatan ekonomi, yaitu 1) melakukan pelatihan keterampilan, 2) memfasilitasi usaha migran hingga ke tingkat pemasaran. Misalnya, melalui pertemuan dasawisma.</p>
<b>Masyarakat</b>	<p><b>Jangka pendek–menengah</b></p> <p>1) Memperkuat kelembagaan masyarakat dengan melibatkan kawasan tempat tinggalnya yang berfungsi sebagai alat pengontrol berjalannya program-program untuk mereka.</p>	<p>1) Tokoh masyarakat/ agama</p> <p>2) Kader kesehatan/ kader posyandu</p>	<p><b>Tokoh masyarakat/ agama</b></p> <p>Berkoordinasi dengan kader kesehatan untuk memotivasi warga masyarakat menghidupkan. Kelembagaan sosial seperti Tabulin atau Dana Sehat yang melibatkan kelompok masyarakat migran.</p>	<p>1) Menghidupkan program kesehatan seperti Tabulin dan Dana Sehat dengan memberi informasi kepada warga tentang manfaat dan kewajiban peserta.</p>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
2)	Revitalisasi program Tabulin yang dikelola oleh kader kesehatan Desa Siaga dan petugas kesehatan.			2) Menginformasikan pentingnya kebersamaan di masyarakat agar tercipta ketahanan keluarga dan ketahanan sosial sebagai strategi mempertahankan kehidupannya pada saat pertemuan atau ceramah. Kegiatan ini bisa melalui tokoh ibu nyai sebagai panutan penggerakkan masyarakat.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Pemerintah</b>	<p><b>Jangka pendek-menengah</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memperkuat SDM pemerintah untuk mengetahui dan memahami permasalahan di masyarakat. Migran di tingkat keluarga dan masyarakat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dinas Sosial</li> <li>Bapemas</li> </ol>	<p><b>Dinas Sosial:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas SDM yang akan melaksanakan program di masyarakat.</li> <li>Memperluas informasi program ke masyarakat melalui poster, leaflet, dan lain-lain.</li> </ol>	<p>Mempermudah akses terhadap program pemberdayaan masyarakat dan UKM, termasuk akses terhadap program Tabulin, yang merupakan salah satu program pembiayaan kesehatan membantu ibu hamil pada saat menghadapi persalinan. Kegiatan ini diharapkan akan berdampak terhadap kemandirian pembiayaan kesehatan.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li> Mendukung serta mendorong revitalisasi Tabulin sebagai sarana untuk memperkuat modal sosial dan modal ekonomi keluarga. Hal ini dilakukan untuk mengurangi meluasnya praktik bank "nyici" dengan bunga memberatkan keluarga.</li> </ol>		<p><b>Bapemas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas SDM pelaksana program di masyarakat.</li> <li>Melibatkan masyarakat migran dalam program kegiatan yang diterapkan di masyarakat.</li> </ol>	

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p>3) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap program tersebut sehingga munculnya permasalahan operasional dapat diatasi dengan segera.</p> <p>4) Merevitalisasi Desa Siaga untuk membantu keluarga khususnya migran tidak mampu agar dapat mengatasi persoalan akses terhadap layanan persalinan.</p>			

## Fase Neonatal

### Analisis permasalahan 1

Migran yang melahirkan di tempat asal (Madura) dengan pertolongan dukun bayi umumnya tidak mendapatkan layanan neonatal esensial dari dukun bayi, seperti pemberian vitamin K, pemberian salep mata, deteksi dini tanda bahaya, dan pemberian imunisasi.

### Kebijakan/program

Pelayanan kebidanan dan neonatal tersedia mulai dari tingkatan puskesmas hingga rumah sakit, dokter dan bidan praktik/swasta

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
Individu/ Keluarga	<b>Jangka pendek-menengah</b> Memberikan pemahaman kepada ibu dan keluarganya (khususnya kelompok migran) akan pentingnya persalinan dan perawatan neonatal oleh tenaga kesehatan.	1) Puskesmas dan jaringannya 2) Bidan praktik 3) Kader kesehatan	<b>Puskesmas serta bidan praktik</b> 1) Sosialisasi tentang persalinan dan perawatan neonatal. 2) Memfasilitasi terbentuknya program kelas ibu hamil bekerja sama dengan kader kesehatan/posyandu.	Sosialisasi tentang persalinan dan perawatan neonatal dapat dilakukan melalui brosur yang tersedia di masyarakat maupun melalui media; yang terpenting menjangkau kelompok masyarakat migran.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Masyarakat</b>	Melibatkan ibu hamil migran dalam program kelas ibu hamil dan menyosialisasikan pelayanan kebidanan dan neonatal di puskesmas dan jejaringnya.	1) Ketua RT/RW 2) Kader kesehatan	<b>Kader kesehatan</b> 1) Penyuluhan kepada ibu melahirkan akan pentingnya persalinan dan perawatan neonatal oleh tenaga kesehatan secara berkala. 2) Ketua RT/RW 3) Melakukan pemantauan kolaboratif bersama masyarakat migran.	1) Mengaktifkan program kelas ibu hamil agar ibu memahami pentingnya persalinan dan perawatan neonatal oleh tenaga kesehatan. 2) Mengimplementasikan Kartu Laporan/ Kabar dan Laporan dari warga.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka Pendek–Menengah</b></p> <p>Keterlibatan masyarakat migran dalam monitoring pelayanan maternal dan neonatal sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-Undang Pelayanan Publik (UU Nomor 25 Tahun 2009).</p>		<p>3) Terlibat aktif dalam memantau pelayanan maternal dan neonatal bersama kelompok masyarakat migran.</p>	

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Pemerintah</b>	<b>Jangka pendek-menengah</b> 1) Mendukung sumber daya yang cukup untuk pelaksanaan sosialisasi tentang persalinan dan perawatan neonatal oleh petugas kesehatan. 2) Penerapan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan.	1) Dinas Kesehatan 2) Puskemas dan jejaringnya	<b>Dinas Kesehatan dan puskesmas (berserta jejaringnya)</b> 1) Sosialisasi tentang persalinan dan perawatan neonatal 2) Memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia.	1) Pelatihan terhadap petugas kesehatan tentang komunikasi perawatan bagi ibu melahirkan dan neonatal. 2) Pelatihan kepada dukun bayi, terdapat rujukan ke puskesmas untuk kunjungan perawatan neonatal oleh petugas kesehatan.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka panjang</b></p> <p>Peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional.</p>			<p>3) Keikutsertaan dari kader kesehatan dalam kunjungan neonatal yang dilakukan oleh petugas kesehatan.</p> <p>4) Pelatihan neonatal esensial perlu dukungan dari pusat.</p> <p>5) Pelatihan petugas kesehatan untuk memberikan layanan neonatal esensial.</p> <p>6) Digunakannya hasil pemantauan sebagai salah satu alat kontrol atau pengawasan terhadap unit-unit pengelola layanan maternal dan neonatal oleh masyarakat.</p>

## **Fase Childhood**

### **Analisis permasalahan 1**

Kesadaran yang relatif rendah dalam memberikan asupan makanan yang bergizi kepada anak sehingga anak migran yang kurang gizi masih banyak ditemui.

#### **Kebijakan/program**

- 1) Kebijakan Kota Surabaya untuk penanganan gizi buruk dengan melakukan pelayanan sesuai penanganan standar untuk penanganan gizi buruk sampai tuntas.
- 2) Posyandu melaksanakan kegiatan sebagai berikut.
  - a) bimbingan/penyuluhan individu/kelompok
  - b) kader melakukan pemantauan apabila ibu absen sekurang-kurangnya tiga kali berturut-turut.
- 3) Pos PAUD terpadu

<i>Alternatif solusi</i>				
Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Individu/ Keluarga</b>	<b>Jangka pendek- menengah</b>  1) Mendorong individu migran untuk mendaftarkan anak dalam "kelompok anak" yang kondisi kesehatannya dipantau melalui kegiatan pendampingan.	1) Dinkes 2) FKTP dan jejaringnya 3) RT/PKK/PAUD 4) LSM 5) Kader Posyandu	<b>Dinkes</b>  Mendorong peningkatan kelangsungan hidup balita.  <b>FKTP dan jejaringnya</b> Memfasilitasi penyelenggaraan-	1) Kegiatan sosialisasi langsung (kunjungan) dan tidak langsung kepada keluarga migran dengan melibatkan kader posyandu setempat untuk menjelaskan tentang pentingnya gizi anak.  2) Pelatihan tentang modifikasi dan variasi makanan untuk anak dengan bahan lokal.
			<b>Posyandu/PAUD</b> Bekerja sama dengan pihak RT/ PKK/PAUD untuk penyelenggaraan upaya peningkatan kelangsungan hidup balita, termasuk perilaku hidup sehat dengan gizi seimbang.	

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p>2) Internalisasi nilai-nilai pengasuhan anak hingga pemberian asupan makanan yang benar dan bergizi untuk anak.</p>		<p><b>LSM</b></p> <p>Menukung operasional program peningkatan kelangsungan hidup balita, termasuk perilaku hidup sehat dengan gizi seimbang.</p>	<p>3) Sosialisasi pola pengasuhan anak yang baik dan benar.</p>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Masyarakat</b>	<b>Jangka pendek-menengah</b> Menggerakkan masyarakat untuk terlibat secara aktif dalam kegiatan peningkatan keberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan.	1) FKTP dan jejaringnya 2) RT/PKK/PAUD 3) LSM 4) Kader posyandu	<b>FKTP dan jejaringnya</b> 1) Jemput bola ke komunitas migran. 2) Membangun <i>role model</i> akan posyandu terbaik untuk memotivasi keluarga melakukan pengasuhan anak secara benar dan sehat.	1) Mendata keluarga migran yang memiliki anak balita. 2) Melakukan kunjungan secara berkala ke masyarakat untuk memperoleh pemahaman secara mendalam berbagai isu terkait tumbuh kembang anak dan pola asuh yang dapat menjadi hambatan dalam pembangunan kesehatan keluarga.
	<b>Jangka panjang</b> Mengoptimalkan kualitas hidup anak balita.			

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Pemerintah</b>	<p><b>Jangka pendek</b></p> <p>Pihak pemerintah bersinergi dengan akademi gizi atau perguruan tinggi dan puskesmas-posyandu menyusun jadwal kegiatan untuk turun ke masyarakat dalam rangka kegiatan penyuluhan dan monitoring.</p> <p><b>Jangka menengah</b></p> <p>Menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan anak di setiap tingkat pelayanan.</p>	<p>1) Dinkes</p> <p>2) Akademi gizi/ perguruan tinggi</p> <p>3) LSM Wahana Visi</p>	<p><b>Dinkes</b></p> <p>Berjejaring kemitraan dengan lintas sektor atau lintas program termasuk institusi swasta untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak.</p>	<p>Melalui mitra jejaring, melakukan pembinaan posyandu bekerja sama dengan LSM Wahana Visi adalah melakukan inovasi baru "Pos Pintar" dengan melakukan pendataan daring dengan aplikasi sehingga diharapkan bisa memfasilitasi semua kader dengan sistem pengukuran secara akurat untuk mengetahui berat badan anak naik, turun, atau sama saja.</p>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka panjang</b></p> <p>Peningkatan kelangsungan hidup dan mengoptimalkan kualitas hidup anak balita.</p>			<p>Menyosialisasikan kader posyandu/kesehatan untuk secara aktif menginformasikan kepada ibu akan pentingnya mengomunikasikan kondisi kesehatan anak balitanya secara berkala kepada petugas kesehatan.</p>

## **Analisis permasalahan 2**

Rendahnya kesadaran terhadap pentingnya kesehatan balita, terkait dengan perolehan imunisasi lengkap. Masih ada sebagian kecil suami atau orang tua yang tidak setuju; mitos terkait imunisasi.

## **Kebijakan/program**

Program pemberian 5 jenis imunisasi secara gratis di posyandu

## **Alternatif solusi**

<b>Tingkat</b>	<b>Strategi</b>	<b>Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab</b>	<b>Peran Pemangku Kepentingan</b>	<b>Mekanisme</b>
<b>Individu/keluarga</b>	<b>Jangka pendek</b> Peningkatan kesadaran orang tua migran akan risiko kesehatan apabila tidak mengimunisasi bayi/anak secara lengkap.	1) FKTP dan jejaringnya 2) Kader kesehatan/kader posyandu	<b>FKTP dan jejaringnya</b> Bersama dengan kader posyandu dan kader PKK menyosialisasikan kepada individu/keluarga akan pentingnya imunisasi secara berkesinambungan sehingga individu/keluarga mengikuti saran medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.	Sosialisasi tentang pentingnya imunisasi (bahaya akan penyakit yang dapat timbul apabila tidak diimunisasi) dan keamanan vaksin yang diberikan kepada masyarakat dengan melibatkan pihak profesional, para petugas medis, dan tokoh masyarakat.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Masyarakat</b>	<b>Jangka menengah</b> Peningkatan partisipasi masyarakat untuk mengimunisasi anak (bayi balita) sehingga tidak ada lagi kasus bayi balita yang belum diimunisasi.	1) FKTP dan jejaringnya 2) Tokoh masyarakat dan tokoh agama	Keterlibatan masyarakat dalam mendukung pelayanan kesehatan promotif dan preventif, antara lain melalui kegiatan kelompok Bina Keluarga Balita.	
<b>Pemerintah</b>	<b>Jangka menengah</b> Mengalang kemitraan dengan berbagai pihak profesional untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan imunisasi.	1) Dinkes 2) Institusi pendidikan 3) Tokoh agama	<b>Dinkes</b> 1) Bekerja sama dengan pihak profesional maupun petugas medis lainnya dalam hal penyediaan vaksin yang sudah melalui uji klinik dan izin edar dari BPOM.	1) Menggiatkan program promosi kesehatan dalam rangka penyebaran luasan informasi tentang pentingnya imunisasi.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka panjang</b></p> <p>Mewajibkan imunisasi dasar kepada bayi balita.</p>	<p>2) Menggencarkan penyuluhan imunisasi berkolaborasi dengan institusi pendidikan dan kalangan agama.</p>	<p>2) Menggandeng kalangan pesantren dan sekolah-sekolah untuk menyosialisasikan pentingnya imunisasi bagi bayi balita.</p>	

### **Kesehatan Reproduksi**

#### **Analisis permasalahan 1**

- 1) Rendahnya kesadaran suami akan manfaat KB (suami melarang istri)
- 2) Mobilitas pendatang yang sangat tinggi sehingga susah untuk ditangani (kasus pemasangan IUD pasca persalinan yang tidak pernah kontrol sehingga ketika IUD bergeser tidak terdeteksi, akibatnya ibu menjadi hamil).

#### **Kebijakan/program**

Kebijakan pihak puskesmas untuk secara khusus melakukan penyuluhan kepada kaum bapak agar mereka memperoleh pemahaman yang benar tentang fungsi KB. Pihak puskesmas memiliki kebijakan bahwa setiap petugas minimal satu kali dalam satu tahun memberi penyuluhan langsung kepada kaum bapak. Jadi, kelompok bapak tidak hanya paham tentang manfaat KB, tetapi juga bersedia menjadi peserta KB vasktomti.

<i>Alternatif solusi</i>				
<b>Tingkat</b>	<b>Strategi</b>	<b>Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab</b>	<b>Peran Pemangku Kepentingan</b>	<b>Mekanisme</b>
<b>Individu/ Keluarga</b>	<p><b>Jangka pendek</b></p> <p>Melakukan penyuluhan khususnya kepada kelompok bapak-bapak agar memperoleh pemahaman yang benar akan manfaat ikut KB, baik untuk bapak maupun istri.</p> <p><b>Jangka menengah</b></p> <p>Meningkatkan kepesertaan KB pria, khususnya KB metode jangka panjang.</p>	<p>1) FKTP dan jejaringnya</p> <p>2) Kader posyandu/ bunda PAUD</p> <p>3) RT/RW, kelurahan</p>	<p><b>FKTP dan Jejaringnya</b></p> <p>Mendekatkan pelayanan keluarga berencana (KB) pada masyarakat guna menarik minat warga ikut dalam program tersebut.</p> <p><b>RT/RW, Kelurahan</b></p> <p>Ikut berperan aktif melaksanakan program KB dan menjadikan masalah kependudukan dan KB sebagai program primadona.</p>	<p>1) Membuat kegiatan atau acara tertentu bekerja sama dengan pihak sponsor yang dalam kegiatan perayaan ini juga diselipkan materi edukasi terkait dengan KB.</p>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka panjang</b></p> <p>Meningkatkan kualitas SDM individu/keluarga.</p>			<p>2) Tenaga fasilitator bisa melibatkan pihak luar atau orang-orang yang ditokohkan, seperti pihak pendidik; fasilitator haruslah orang yang mampu memfasilitasi warga dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami masyarakat.</p> <p>3) Menyosialisasikan metode KB jangka panjang.</p> <p>4) Melibatkan tokoh agama untuk menyampaikan manfaat KB.</p>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
<b>Masyarakat</b>	<b>Jangka pendek</b> Melibatkan masyarakat untuk memikirkan inovasi baru dalam penyuluhan yang bisa membangun motivasi warga datang ke penyuluhan, misalnya dengan mengundang tokoh dari luar untuk berbicara; bisa bekerja sama dengan pihak sponsor untuk mendanai kegiatan ini.	1) FKTP dan jejaringnya 2) RT/RW, Kelurahan	<b>FKTP dan jejaringnya</b> Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat untuk meningkatkan dan menggalakkan peran serta masyarakat (kepedulian) yang dibina dan dikembangkan secara berkelanjutan. <b>RT/RW, Kelurahan</b> Menggalang kesempatan teknis dan menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan program KB, segera melakukan pembetulan Posdaya mulai dari tingkat kelurahan sampai kecamatan.	1) Menyediakan layanan KB secara gratis dengan sistem jemput bola ke lapangan 2) Melalui kegiatan atau ceramah keagamaan, memotivasi ibu dan bapak untuk ber-KB dengan melibatkan tokoh agama dan tokoh masyarakat.

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka menengah</b></p> <p>Peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya program KB.</p>			<p>3) Mendorong kepesertaan KB mandiri dengan cara mengadakan alat dan obat kontrasepsi dengan harga terjangkau.</p>
	<p><b>Jangka panjang</b></p> <p>Meningkatkan kualitas SDM masyarakat.</p>			<p>4) Mendorong masyarakat untuk berpartisipasi secara aktif membentuk Posdaya di tingkat kelurahan dan kecamatan.</p>
<p><b>Pemerintah</b></p>	<p><b>Jangka pendek dan menengah</b></p> <p>Kebijakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan KB, baik dari segi pemberi pelayanan (<i>provider</i>) maupun penerima pelayanan (klien), sesuai dengan situasi dan kondisi.</p>	<p>1) Dinas Pemberdayaan Perempuan dan KB</p> <p>2) Dinas Kesehatan</p> <p>3) Pelayanan kesehatan swasta</p>	<p><b>Dinas Pemberdayaan Perempuan dan KB</b></p> <p>Memadukan pelaksanaan kegiatan pembangunan agar dapat mendorong dan menggerakkan potensi yang dimiliki oleh berbagai pihak dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat, termasuk peningkatan kepesertaan KB.</p>	<p>1) Menyediakan alat dan obat kontrasepsi dengan harga terjangkau dan mempermudah akses masyarakat dalam mendapatkan alat kontrasepsi (alkon) tersebut.</p>

Tingkat	Strategi	Pemangku Kepentingan yang Bertanggung Jawab	Peran Pemangku Kepentingan	Mekanisme
	<p><b>Jangka panjang</b></p> <p>Peningkatan kualitas SDM dan kesejahteraan masyarakat</p>	<p><b>Dinas Kesehatan</b></p> <p>Bekerja sama dengan layanan kesehatan swasta mempersiapkan petugas kesehatan untuk menjalankan paradigma sehat demi meningkatkan derajat kesehatan di masyarakat, termasuk peningkatan kepesertaan KB.</p>	<p>2) Menyiapkan tenaga medis pemberi layanan kesehatan-KB terpadu, termasuk melakukan pelatihan dan pemasangan IUD dan implan kepada bidan puskesmas; lebih banyak turun ke masyarakat untuk penyuluhan peningkatan derajat kesehatan termasuk penyuluhan untuk KB pria; metode jangka panjang, terus-menerus melakukan sosialisasi program KB melalui kader posyandu dan lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan tokoh agama.</p>	

### **C. STRATEGI PENGUATAN KETAHANAN SOSIAL KELUARGA MIGRAN PEKERJA SEKTOR INFORMAL MELALUI AKSESIBILITAS TERHADAP PELAYANAN KIA**

Berikut ini diuraikan matriks model strategi penguatan ketahanan sosial untuk penduduk migran pekerja sektor informal yang dibedakan atas permasalahan, kebijakan atau program yang sudah ada, dan alternatif solusi (Tabel 4). Permasalahan yang dipaparkan dalam model ini dibedakan menurut tahapan dalam kesehatan ibu dan anak, yaitu dimulai dari fase kehamilan, persalinan, neonatal, dan *childhood* serta permasalahan dalam kesehatan reproduksi. Selanjutnya, merujuk pada tiap-tiap permasalahan yang dapat diidentifikasi, dipaparkan alternatif solusinya yang dibedakan atas lima hal utama, yaitu tingkat, strategi, pemangku kepentingan dan perannya serta mekanisme pelaksanaan kegiatan. Secara terperinci, tingkat dibedakan atas individu atau keluarga, masyarakat, dan pemerintah. Perumusan alternatif strategi penguatan ketahanan sosial menempatkan individu sebagai bagian dari jaringan komunitas sehingga ketahanan seorang individu akan dipengaruhi oleh keluarganya, masyarakat lingkungannya, bahkan dipengaruhi oleh organisasi dan kebijakan pemerintah. Hal ini membawa implikasi bahwa penguatan ketahanan sosial memerlukan intervensi pada berbagai tingkatan, baik pada tingkat individu dan keluarga maupun pada tataran komunitas dan pemerintah. Penguatan ketahanan pada tingkat lebih atas pada umumnya akan memperkuat ketahanan pada tingkat di bawahnya meskipun hal ini tidak selalu terjadi secara linier. Secara umum, semakin banyak modal yang dimiliki atau semakin banyak program intervensi yang diterima untuk memperkuat kapasitas, daya tahan yang bersangkutan dalam menghadapi ancaman semakin kuat.

Selanjutnya, strategi juga dibedakan menurut jangka pendek, menengah, dan panjang. Pembagian strategi menurut jangka waktu sangat penting karena ada kegiatan yang mendesak untuk segera dilakukan, sedangkan beberapa kegiatan lain membutuhkan waktu

yang relatif lebih panjang dalam proses pelaksanaannya. Identifikasi pemangku kepentingan dibuat berdasarkan permasalahan yang ada dan menurut tingkat individu/keluarga, masyarakat, dan pemerintah. Dalam matriks ini juga dipaparkan peran yang dijalankan oleh pemangku kepentingan termasuk mekanisme pelaksanaannya.

Perumusan model alternatif strategi ini juga mempertimbangkan modal manusia, finansial, dan sosial yang dimiliki penduduk migran pekerja sektor informal. Ketiga modal tersebut sama-sama berperan dalam penguatan kapasitas migran pekerja sektor informal. Namun, modal sosial dapat dikatakan memberikan pengaruh lebih kuat dalam memperkuat ketahanan sosial migran. Sebagai penduduk yang sangat mobil atau sering berpindah-pindah, kelompok migran sering luput dari beragam program bantuan. Keberadaan mereka sukar dideteksi karena sangat bergantung pada kesadaran mereka untuk melapor kepada pihak-pihak berwenang di tingkat kelurahan atau RT/RW. Ditambah lagi, ketiadaan kelengkapan dokumen kependudukan menyebabkan mereka luput sebagai penerima bantuan, seperti BPJS Kesehatan atau KIS. Apabila ada permasalahan dalam hal pembiayaan untuk kesehatan ibu atau anak, kelompok migran menjadi lebih bergantung pada jaringan sosial yang ada. Pihak kerabat, orang tua ataupun tetangga, menjadi semacam jaring pengaman buat mereka ketika ada kebutuhan biaya yang mendesak. Faktor kelembagaan sosial di masyarakat seperti *jimpitan* atau *rereongan sarumpi* berfungsi sebagai sarana saling membantu antar warga dan oleh warga, tidak ada. Bentuk kelembagaan di tingkat lokal semacam itu sangat membantu.

Mobilisasi di tingkat komunitas juga dapat mendorong individu/keluarga mengakses layanan kesehatan lebih optimal, seperti penyediaan transportasi secara kooperatif untuk membantu membawa ibu yang akan bersalin ke layanan kesehatan, mempermudah akses komunikasi melalui radio atau telepon seluler sehingga permasalahan kesehatan ibu dan anak cepat terdeteksi. Oleh karena itu, sangat penting, khususnya untuk memperkuat kapasitas sosial melalui revitalisasi kelembagaan sosial di tingkat masyarakat yang

memiliki fungsi sebagai “jaring pengaman” yang untuk keanggotaannya tidak memiliki persyaratan khusus. Artinya, tidak mendasarkan pada kelengkapan dokumen kependudukan seperti yang banyak disyaratkan oleh program-program bantuan dari pemerintah, baik kota maupun pusat. Bentuk kelembagaan sosial seperti ini juga sekaligus dapat memberdayakan masyarakat (meningkatkan mekanisme *self-help*) dan tidak selalu bergantung pada bantuan pemerintah.

Meskipun dikatakan modal sosial berkontribusi lebih besar dalam hal penguatan kapasitas migran untuk mengakses layanan kesehatan ibu dan anak secara optimal, penguatan modal manusia dan finansial juga penting untuk diupayakan. Pasalnya, penguatan di antara modal-modal tersebut dapat saling memengaruhi peningkatan ketahanan sosial migran. Peranan para pemangku kepentingan dari tiap-tiap tingkatan, yaitu individu/keluarga, masyarakat, dan pemerintah, juga penting dalam berkontribusi terhadap penguatan kapasitas migran.

Model ini diharapkan dapat menjembatani kesenjangan dalam hal kepesertaan pekerja sektor informal dalam jaminan kesehatan nasional, yang menurut UU SJSN, iuran kepesertaan tidak dibantu negara atau termasuk skema penerima bantuan iuran atau PBI. Dari hasil kajian, dapat dilihat bahwa pekerja sektor informal kapasitas finansialnya sangat rendah. Artinya, kehidupan mereka sangat rentan. Apabila ada guncangan atau tekanan, seperti kebutuhan biaya untuk perawatan bayi/anak atau ibu hamil/bersalin yang membutuhkan perawatan kesehatan lanjutan, mereka tidak mampu atau kesulitan untuk membiayai sendiri. Oleh karena itu, model penguatan kapasitas yang digagas oleh tim peneliti ini diharapkan dapat memberdayakan kelompok migran pekerja sektor informal sehingga memiliki kemampuan untuk secara mandiri menolong dirinya/keluarganya (*self-help*).



# BAB IV

## TANTANGAN Penguatan Ketahanan Sosial Keluarga Migran Miskin Perkotaan pada Era Pemberlakuan SJSN

Bab terakhir ini memaparkan kesimpulan dari hasil kajian terkait akses penduduk migran pekerja sektor informal terhadap layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dilihat dari perspektif *continuum of care* dan ketahanan sosial. Temuan penting untuk disoroti tidak hanya terkait dengan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang belum secara menyeluruh dan adil dapat dinikmati oleh berbagai pihak, termasuk penduduk migran, tetapi juga terkait dengan beberapa dimensi lain, yaitu penerimaan (*acceptability*), kemampuan (*affordability*), dan kecukupan (*adequacy*). Berangkat dari berbagai permasalahan yang sudah disampaikan tersebut, beberapa saran juga dipaparkan untuk penguatan ketahanan sosial, khususnya bagi penduduk migran pekerja sektor informal.

## A. RENDAHNYA KETAHANAN SOSIAL DAN IMPLIKASINYA

Kajian permasalahan akses terhadap layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dilihat dari perspektif *continuum of care* dan ketahanan sosial belum banyak dijumpai, khususnya di Indonesia. Dari perspektif *continuum of care*, kajian terhadap permasalahan KIA didasarkan atas jenis layanan mulai dari awal kehamilan, persalinan, *postnatal*, dan *childhood*. Selain itu, permasalahan juga dibedakan menurut tempat layanan diberikan, yaitu mulai dari tingkat rumah tangga, kemudian fasilitas kesehatan tingkat pertama atau FKTP (puskesmas dan jejaringnya), dan terakhir tingkat pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit). Sementara itu, kajian dari sisi ketahanan sosial menempatkan individu sebagai bagian dari jaringan komunitas sehingga ketahanan seorang individu akan dipengaruhi oleh keluarga, masyarakat lingkungan, bahkan dipengaruhi oleh organisasi dan kebijakan pemerintah.

Berdasarkan hasil kajian selama dua tahun belakangan ini (2015–2016), dapat disimpulkan beberapa hal penting berikut.

- 1) Ketahanan sosial penduduk migran pekerja informal di lokasi penelitian yang dikonstruksikan melalui modal manusia, modal finansial, dan modal sosial, cenderung rendah. Hasil pengukuran indeks modal sosial tergolong sangat rendah, yakni 0,053; adapun modal manusia dan modal finansial masing-masing 0,282. Keterbatasan modal-modal di tingkat keluarga maupun masyarakat ini berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan kesehatan ibu dan anak yang tidak optimal dan berpotensi sebagai “ancaman” terhadap akses layanan KIA yang diperlukan. Rendahnya modal sosial ini ditengarai, misalnya, oleh lemahnya jalinan sosial atau mekanisme sosial gotong royong dalam upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak, terutama dukungan untuk membantu ibu melahirkan.
- 2) Terdapat keterputusan layanan KIA, yaitu pada saat kehamilan (di Surabaya) cukup banyak ibu hamil yang memeriksakan ke-

hamilannya di fasilitas kesehatan pertama (puskesmas), tetapi pada fase kelahiran umumnya ibu hamil kembali ke daerah asal (Madura) untuk menjalani proses persalinan di rumah yang umumnya dibantu oleh dukun bayi. Adanya *provider disconnection* pada fase kelahiran ini tidak mustahil dapat berisiko sangat serius karena justru kejadian komplikasi kelahiran yang kemungkinan berujung pada kematian ibu atau bayi/neonatal kebanyakan terjadi pada fase kelahiran serta beberapa hari sesudahnya. Keterbatasan finansial dan aspek budaya serta psikologi ibu melahirkan merupakan beberapa faktor yang terkait dengan proses persalinan yang tidak ditangani oleh tenaga kesehatan terlatih.

- 3) Permasalahan KIA cenderung lebih banyak ditemukan pada sisi pemanfaatannya yang belum optimal (*demand side*), baik di tingkat individu/keluarga, FKTP, dan rujukan tingkat lanjutan. Tantangan terbesar adalah pada rendahnya kesadaran akan pentingnya memeriksakan kehamilan, bersalin dengan tenaga kesehatan dan melakukan pemeriksaan neonatal secara teratur. Kegiatan pintu ke pintu yang dilakukan tenaga kesehatan untuk memantau kondisi ibu hamil, sejatinya dapat membantu menurunkan kasus kematian ibu bersalin. Namun, kebiasaan melahirkan di kampung halaman dengan pertolongan dukun menyebabkan rentang layanan kesehatan ibu dan bayi terputus sehingga berpotensi meningkatkan kasus kematian ibu atau bayi dalam proses persalinan. Proses kelahiran di rumah dengan pertolongan dukun bayi tampaknya acap kali dipilih penduduk migran tidak saja untuk mengurangi biaya melahirkan di praktik bidan swasta, tetapi juga untuk mendapatkan dukungan keluarga. Namun, kondisi ini sangat mungkin berdampak negatif pada kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkannya. Sering kali terjadi kasus bayi dengan gizi buruk muncul ke permukaan karena kurangnya perhatian terhadap pentingnya upaya menyusui bayi sejak dini.

- 4) Kader posyandu di lokasi studi (Surabaya) yang berfungsi aktif sebagai tenaga *outreach* juga berpotensi untuk mendukung upaya mengurangi keterputusan dalam rentang layanan *continuum of care*. Sayangnya, potensi ini tidak termanfaatkan ketika ibu hamil melahirkan di kampung halaman.
- 5) Model layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan yang belum mengakomodasi kondisi sosial budaya masyarakat pengguna, termasuk migran miskin perkotaan, kemungkinan akan tetap menjadi salah satu faktor penghalang belum optimalnya pemanfaatan layanan KIA. Adanya dukungan layanan kesehatan KIA melalui skema BPJS juga tidak efektif dalam memecahkan persoalan karena terkendala oleh faktor budaya dan psikologi kelahiran. Belum lagi masih cukup banyak bidan praktik swasta yang belum ikut skema BPJS. Kondisi demikian tidak mustahil juga ikut berperan dalam sulitnya menurunkan angka kematian ibu dan neonatal di Indonesia yang masih cukup tinggi.
- 6) Tidak ada kelembagaan sosial di tingkat komunitas migran yang dapat membantu ketika ada kebutuhan biaya yang mendesak, seperti biaya persalinan. Sementara itu, sebagian migran tidak terlindungi oleh jaminan kesehatan daerah atau BPJS. Akibatnya, mereka harus membiayai sendiri persalinan atau pelayanan medis lainnya. Untuk migran yang memiliki penghasilan pas-pasan dan tidak menentu, pengeluaran tak terduga seperti ini cukup memberatkan. Tidak jarang mereka harus meminjam dari kerabat atau orang tua untuk menutupi pengeluaran tak terduga tersebut.
- 7) Kerja sama antardaerah dalam hal rujukan, termasuk berbagi data kehamilan, masih lemah. Hal ini antara lain menyebabkan ibu melahirkan dengan komplikasi kembali lagi ke Surabaya untuk mendapatkan layanan rujukan dan kemungkinan tidak tertolong karena terlambat mendapatkan pertolongan.

- 8) Secara *by design*, kelompok migran ini seharusnya masuk sebagai PBI karena pekerja sektor informal ini termasuk kelompok penduduk yang tidak memiliki kepastian penghasilan atau memiliki kehidupan yang pas-pasan saja. Mereka tidak miskin sekali, tetapi rentan miskin karena sifat pekerjaan informal yang tidak menentu penghasilannya. Apabila mengacu pada Perpres Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Perpres Nomor 12 tahun 2013 pasal 6A, penduduk yang belum termasuk sebagai Peserta Jaminan Kesehatan dapat diikutsertakan dalam program Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/kota. Artinya, kelompok migran tersebut sesungguhnya dapat menjadi peserta dalam program JKN, baik sebagai PBI yang iurannya bersumber dari APBN maupun sebagai penduduk yang didaftarkan oleh pemda ke BPJS Kesehatan dan iurannya bersumber dari APBD.

## **B. PENGUATAN KETAHANAN SOSIAL**

Berangkat dari berbagai permasalahan yang sudah disampaikan tersebut, alternatif strategi dalam bentuk model penguatan ketahanan sosial diharapkan dapat memberikan kontribusi secara langsung maupun tidak langsung terhadap penguatan kapasitas keluarga migran pekerja sektor informal dan memampukan mereka mengakses pelayanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Tetap dibutuhkan *political will* yang kuat dari pemerintah untuk mendukung penguatan ketahanan sosial untuk pekerja sektor informal agar mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Hal ini juga sejalan dengan UU Nomor 34, khususnya pasal 2, yang menjelaskan bahwa pemerintah mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu. Dengan diberlakukannya SPM bidang Kesehatan tahun 2016 (Permenkes No. 43/2016) yang merupakan acuan bagi pemerintah daerah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga

secara minimal, peran pemerintah kabupaten/kota dalam peningkatan kualitas dan akses layanan kesehatan termasuk KIA menjadi penting. Apalagi, sekitar 7 (tujuh) dari 12 indikator SPM Kesehatan merupakan indikator yang terkait dengan capaian layanan KIA dan yang menjadi tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota.

Melalui pendekatan ketahanan sosial berlapis ini, peran pemerintah dan/atau pemerintah daerah dalam penguatan ketahanan sosial migran pekerja informal dapat dikategorikan sebagai intervensi ketahanan sosial pada tataran organisasi/institusi. Peran pemerintah, misalnya, terkait dengan dukungan kebijakan anggaran serta regulasi yang mendukung upaya penguatan modal finansial, modal manusia serta modal sosial sehingga keluarga migran termasuk masyarakat di lingkungannya akan lebih berdaya tahan ketika persoalan ancaman kesehatan muncul.

Selain penguatan modal manusia dan finansial, penguatan modal sosial sangat diperlukan dalam meningkatkan ketahanan sosial dalam rangka mengatasi masalah akses terhadap layanan KIA, khususnya untuk masyarakat migran pekerja informal. Revitalisasi pentingnya budaya gotong royong, seperti Tabulin, Desa Siaga, serta Posdaya sangat diperlukan sebagai upaya untuk memperkuat ketahanan sosial pada tingkatan komunitas. Dalam hal ini, kerja sama antara pemerintah dan organisasi kemasyarakatan serta tokoh masyarakat sangat diperlukan untuk menghidupkan kembali budaya gotong royong yang mulai memudar.

Dukungan untuk menjembatani keterputusan dalam layanan KIA perlu dilakukan, antara lain dengan mengupayakan layanan kesehatan yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pengguna yang penting untuk mengatasi kendala akses dalam dimensi *acceptability*. Akses warga migran rentan miskin terhadap layanan kesehatan harus terbuka luas. Intensifikasi upaya penyadaran masyarakat tentang perlunya kesehatan promotif dan preventif juga harus dilakukan, termasuk upaya untuk meningkatkan pendidikan remaja putri. Untuk mengatasi kendala finansial, selain peningkatan kemampuan ekonomi keluarga juga perlu dukungan regulasi agar kelompok

masyarakat migran rentan miskin dapat memperoleh manfaat PBI dalam skema BPJS. Selain itu, kerja sama antar-kabupaten/kota dalam penyelenggaraan layanan kesehatan perlu ditingkatkan agar ibu melahirkan dengan masalah komplikasi dapat memperoleh layanan rujukan dengan segera termasuk di daerah asal.

Penguatan intervensi KIA di tingkat keluarga dan masyarakat melalui posyandu juga sangat diperlukan untuk kegiatan promotif, termasuk juga penguatan mekanisme rujukan dari layanan masyarakat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit. Investasi untuk peningkatan kapasitas kader kesehatan, termasuk dukungan insentif bagi kader sangat diperlukan. Penguatan layanan kesehatan yang berbasis keluarga merupakan pendekatan yang sejalan dengan kebijakan yang diutamakan oleh pemerintah saat ini. Pada 2017, pemerintah menargetkan pendekatan keluarga yang dilakukan oleh petugas puskesmas. Para petugas kesehatan diharapkan tidak saja memfokuskan pada pelayanan di dalam gedung, tetapi juga di luar ruangan hingga ke tingkat keluarga. Kebijakan kesehatan ke depannya akan menerapkan Gerakan Masyarakat Sehat (Germas). Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sekaligus dapat memperkuat upaya kesehatan berbasis masyarakat.

Aspek tata kelola atau *governance* dalam penyediaan layanan KIA juga perlu diperhatikan untuk menjamin bahwa masyarakat pengguna dapat juga diikutsertakan dalam pengambilan keputusan, serta menjamin bahwa penyedia layanan KIA akuntabel atas pelaksanaan programnya. Mekanisme monitoring oleh dinas kesehatan kota/kabupaten perlu diperbaiki agar semua pihak terkait dapat terlibat dalam pengawasan atas penyelenggaraan upaya peningkatan akses terhadap layanan KIA yang berkualitas. Lembaga nirlaba peduli KIA serta akademisi juga perlu diikutsertakan dalam tata kelola layanan KIA yang baik. Pihak dinas kesehatan kota/kabupaten tidak bisa bekerja sendiri dalam pembangunan sektor kesehatan, tetapi dibutuhkan koordinasi lintas sektor dalam pembangunan kesehatan.

Semakin banyak keluarga migran miskin mendapatkan akses terhadap semua modal kehidupan (modal sosial, manusia, dan finansial), semakin meningkat kapasitasnya dalam mengakses layanan KIA yang diperlukan secara berkesinambungan sesuai dengan alur rentang *continuum of care*. Dengan kata lain, konsep layanan kesehatan dengan pendekatan *continuum of care* menjadi efektif ketika layanan yang diperlukan dapat diakses oleh pengguna yang membutuhkannya. Intervensi penguatan ketahanan sosial yang dilaksanakan pada berbagai *layer* ketahanan sosial akan memperkuat kapasitas kelompok migran pekerja informal untuk mengakses layanan KIA yang dibutuhkan. Artinya, pendekatan untuk mengatasi kesenjangan dalam akses terhadap layanan KIA bersifat multidimensi, tidak hanya diperlukan perbaikan dari sisi penyedia layanan kesehatan dan jajarannya, tetapi juga dari sisi pengguna layanan beserta lingkungan sosialnya.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abramson, D. M., Grattan, L. M., Mayer, B., Colten, C. E., Arosemena, F. A., Bedimo-Rung, A., & Lichtveld, M. (2015). The resilience activation framework: A conceptual model of how access to social resources promotes adaptation and rapid recovery in post disaster settings. *Journal of Behavioural Health Services & Research*, 42(1), 42–57. doi 10.1007/s11414-014-9410-2.
- Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Berencana. (t.t.). *Rekapitulasi dan evaluasi pelatihan KSM Kota Surabaya*. Surabaya: Bapemas dan KB Kota Surabaya.
- Badan Pusat Statistik Kota Surabaya. (2012). *Surabaya dalam angka tahun 2012*. Surabaya: BPS Kota Surabaya.
- Campbell, J., Cometto, G., Rasanathan, K., Kelley, E., Syed, S. ... Nove, A. (2015). Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. *BMJ*, 351, 4148. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h4148>.
- Carpenter, S., Walker, B., Anderies, J. M., & Abel, N. (2001). From metaphor to measurement: Resilience of what to what? *Ecosystems*, 4(8), 765–781. doi: 10.1007/s10021-001-0045-9.
- Center for Disease Control and Prevention. (2011). Public health preparedness capabilities: National standard for state and local planning. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention.
- Chaudhuri, S. (2015). Urban poor, economic opportunities and sustainable development through traditional knowledge and practices. *Global Bioethics*, 26(2), 86–93. doi: <https://doi.org/10.1080/11287462.2015.1037141>.

- Department for International Development. (2000). *Sustainable livelihoods guidance sheets*. Diakses pada 7 September 2015 dari <https://www.enonline.net/attachments/871/dfid-sustainable-livelihoods-guidance-sheet-section1.pdf>.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. (2012). *Profil kesehatan tahun 2012*. Surabaya: Dinkes Surabaya.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. (2015). *Profil kesehatan tahun 2015*. Surabaya: Dinkes Surabaya.
- Folke, C., Carpenter, S., Elmqvist, T., Gunderson, L., Holling, C. S., & Walker, B. (2002). Resilience and sustainable development: Building adaptive capacity in a world of transformations. *AMBIO: A Journal of the Human Environment*, 31(5), 437–441.
- Hikmat, H. (t.t.). *Indikator ketahanan sosial*. Diakses pada 15 Juli 2019 dari <https://docplayer.info/208140-Indikator-ketahanan-sosial.html>.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starss, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: From slogan to service delivery. *Lancet*, 370(9595), 1358–69. doi:10.1016/S0140-6736(07)61578-5
- Kementerian Kesehatan. (2014). Pusat Data dan Informasi (Infodatin). *Situasi kesehatan ibu*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi (Infodatin) Kemenkes.
- Manning, C., & Effendi, T. N. (1996). *Urbanisasi, pengangguran, dan sektor informal*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Management for Development Foundation. (2005). *MDF tool: Problem tree analysis*. Diakses pada 8 Februari 2015 dari <http://www.toolkitsportdevelopment.org/html/resources/91/910EE48E-350A-47FB-953B-374221B375CE/03%20Problem%20tree%20analysis.pdf>.
- Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan, R., ... Mshinda, H. (2007). Access to health care in contexts of livelihood insecurity: A framework for analysis and action. *PLoS Medicine*, 4(10), e308. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040308>.
- Obrist, B., Pfeiffer, C., & Henley, R. (2010). Multi-layered social resilience: A new approach in mitigation research. *Progress in Development Studies*, 10(4), 283–93. doi: 10.1177/146499340901000402.

- Pfeiffer, C., Obrist, B., Henley, B., & Ahorlu, C. (2013). *Social resilience: A new approach in mitigation research. Evidence for Policy Series, Global Edition*, 14, 1–4. Bern: NCCR North-South.
- Purwaningsih, S. S., Latifa, A., & Fathoni, Z. (2010). *Penduduk migran miskin di perkotaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan*. Jakarta dan Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan LIPI bekerja sama dengan Penerbit Elmatera.
- Purwaningsih, S., S., Latifa, A., Fitranita, Lolong, D. B. (2011). *Penduduk migran miskin dan akses terhadap layanan kesehatan: Kasus Kota Makassar* (Laporan Penelitian). Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Purwaningsih, S., S., Latifa, A., Fitranita, Hartono, D., & Djohan, E. (2014). *Strategi peningkatan kesehatan ibu dan anak keluarga miskin di perkotaan dalam konteks pemberlakuan UU SJSN pada 2014* (Laporan Penelitian). Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Purwaningsih, S., S., Latifa, A., Fitranita, Hartono, D., & Djohan, E. (2015). *Strategi memperkuat ketahanan sosial keluarga migran miskin perkotaan untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak di era pemberlakuan SJSN* (Laporan Penelitian). Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Seftiani, S. (t.t.). *Kontribusi migran terhadap pertumbuhan sektor informal di perkotaan: Kasus di Jakarta Selatan*. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI).
- Setijaningrum, E. (2017). Program terpadu penanggulangan kemiskinan di Kota Surabaya. *Jurnal Masyarakat, Kebudayaan dan Politik*, 30(1), 13–19.
- Sengupta, A. (2013). Migration, poverty and vulnerability in the informal labour market in India. *Bangladesh Development Studies*, 36(4), 99–116. Diakses dari [http://bids.org.bd/uploads/publication/BDS/36/36-4/4\\_Sengupta.pdf](http://bids.org.bd/uploads/publication/BDS/36/36-4/4_Sengupta.pdf).
- Story, W. T. (2014). Social capital and the utilization of maternal and child health services in India: A multilevel analysis. *Health & Place*, 28, 73–84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.011>.

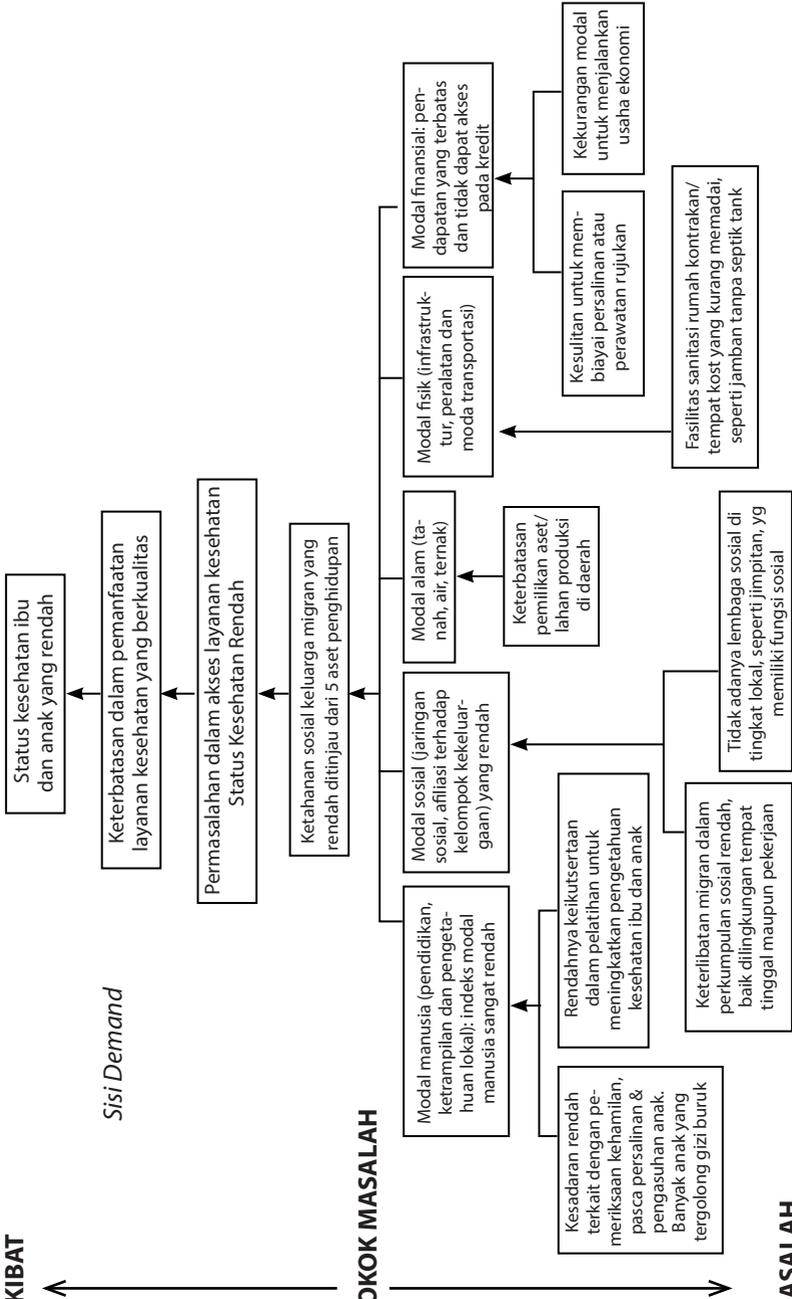
- Suyanto, B. (2016). Kerentanan, ketidakberdayaan, dan strategi kelangsungan hidup keluarga miskin di perkotaan. Makalah dipresentasikan dalam *Workshop Penajaman Model Strategi Penguatan Ketahanan Sosial Keluarga Migran Pekerja Sektor Informal*, 28 Juli 2016, di FISIP Universitas Airlangga, Surabaya.
- World Bank. (2010). *...and then she died: Indonesia maternal health assessment* (English). Washington, DC: World Bank. Diakses dari <http://documents.worldbank.org/curated/en/718951468040488082/pdf/533270ESW0Whit10Box345625B01PUBLIC1.pdf>.



# LAMPIRAN

# Lampiran 1. Pohon Masalah Sisi Demand

## AKIBAT

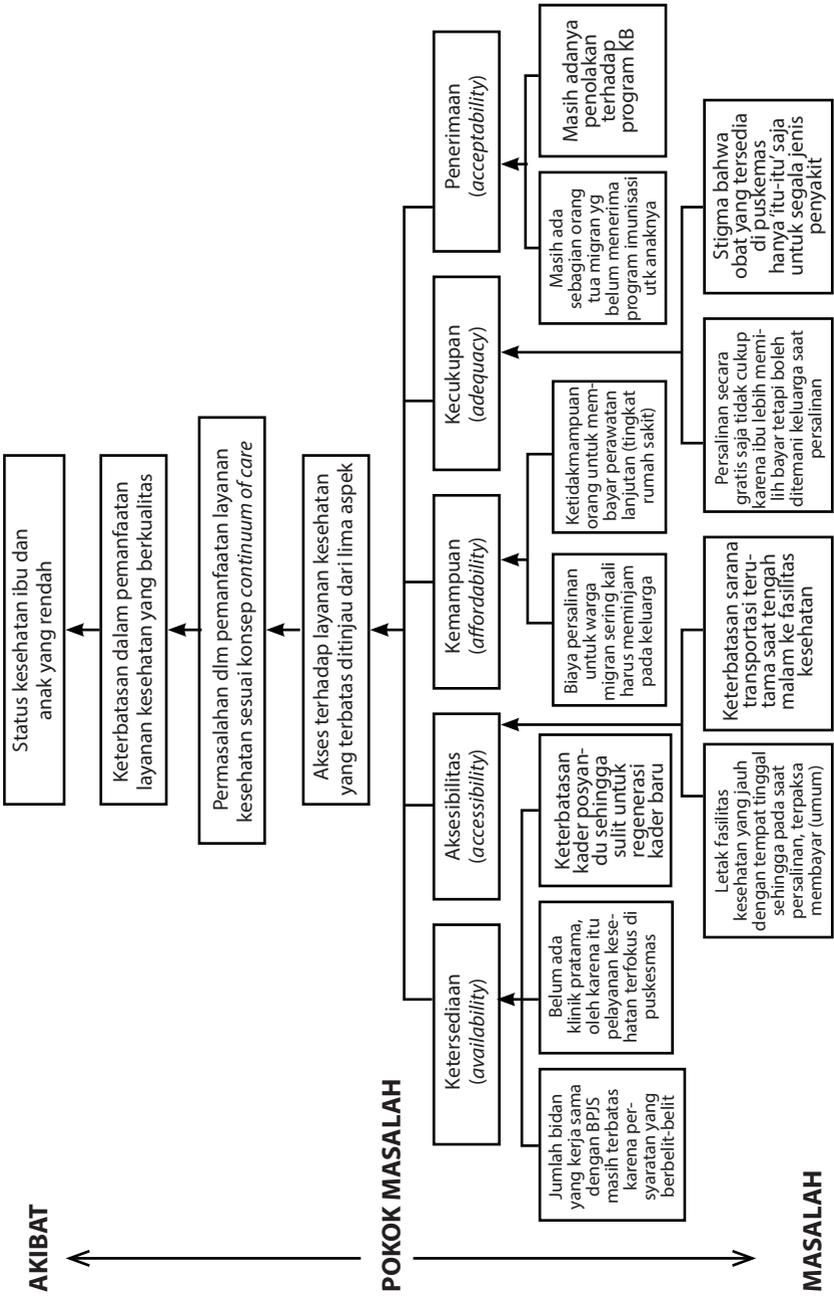


## Sisi Demand

## POKOK MASALAH

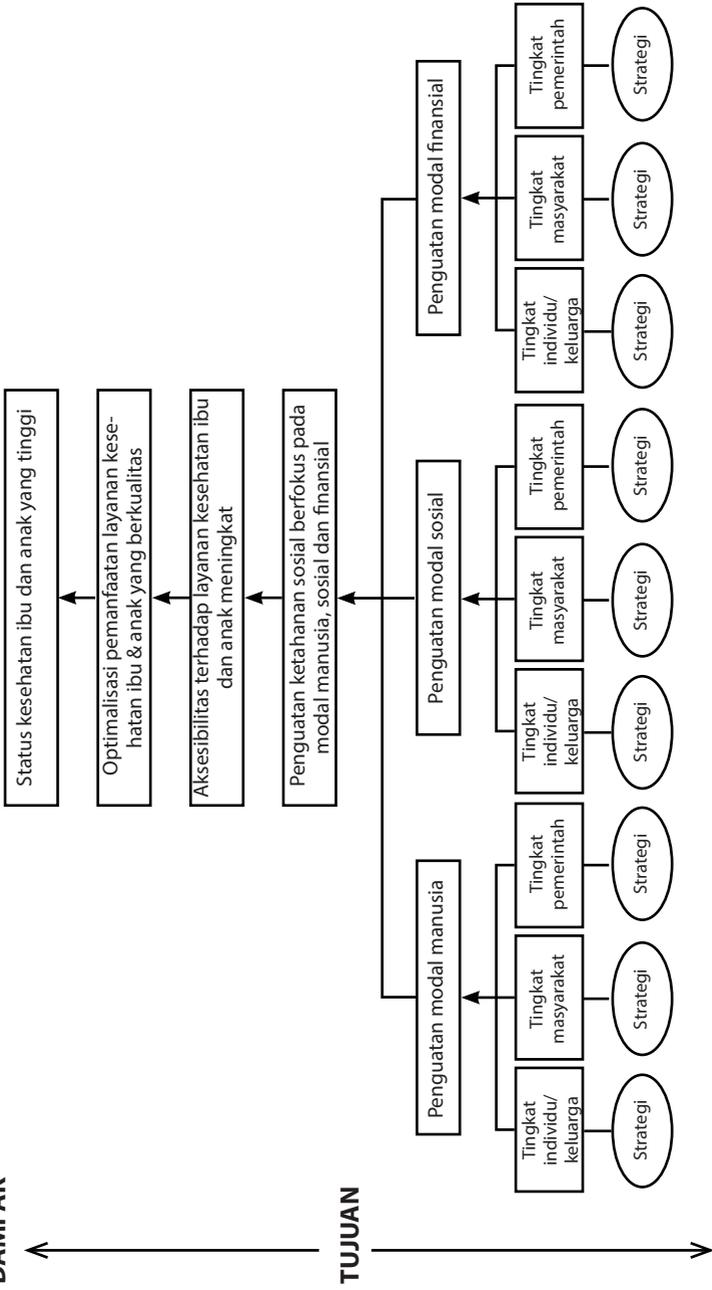
## MASALAH

## Lampiran 2. Pohon Masalah Sisi Supply



Lampiran 3. Pohon Tujuan

**DAMPAK**





# INDEKS

- Acceptability*, 26, 44, 129, 134, 143  
*Accessibility*, 26, 31, 143  
Adaptasi, 12  
*Adequacy*, 26, 38, 129, 143  
*Affordability*, 26, 33, 129, 143  
Agama, 44, 53, 77, 83, 88, 90, 93,  
94, 103, 119, 120, 122, 123  
Akses, 1, 5, 7, 9, 16, 26, 27, 31–33,  
38, 45–47, 65, 66, 70, 79–81,  
85, 103, 105, 106, 119, 124,  
127, 129, 130, 134–136, 142  
Akta, 37  
Anak, 2–4, 6, 12, 14, 16, 17, 19–21,  
25–31, 35, 37, 40, 42, 43,  
46–52, 54–57, 63–65, 67,  
72, 73, 78, 80, 85, 90, 92,  
112–119, 126–128, 130, 133,  
142–144  
Angka, 3, 4, 11, 24, 41, 65, 67, 132  
Arisan, 50, 94  
Aset, 4, 5, 9, 13, 16, 21, 45, 46, 54,  
65, 142  
Asuransi, 33, 51, 101  
*Availability*, 26, 27, 143  
Balita, 5, 19, 24, 27, 31, 46, 47, 66,  
67, 72, 80, 87, 113–115,  
117–120  
Bandung, 6, 22, 54, 55  
Bangkalan, 23  
Bantuan kesehatan, 37  
Bayi, 3–5, 19, 23, 24, 25, 27, 30, 32,  
34–36, 47, 52, 54, 65–67, 71,  
72, 75, 80, 86, 90, 107, 110,  
118–120, 128, 131  
Bayi baru lahir, 5, 25, 72, 90  
Berjenjang, 26  
Bidan, 28  
BPJS, 2, 8, 32–37, 39, 41, 44, 48,  
54, 70, 71, 89–91, 93–95,  
97–101, 127, 132, 133, 135,  
143  
Budaya, 15, 78, 79, 88, 131, 132,  
134  
*Continuum of care*, 3, 5, 6, 9, 19–21,  
25, 26, 45, 63, 65, 86, 129,  
130, 132, 136  
Desa Siaga, 53, 106, 134  
Dimensi akses, 5, 9, 25–27, 38, 80

- Dukun, 6, 22, 23, 29, 30, 35, 40, 44, 48, 67–69, 71, 86, 107, 110, 131
- Ekonomi, 2, 3, 11, 15, 16, 17, 23, 25, 27, 30, 38, 45, 49, 50, 52, 54, 55, 58–61, 64, 65, 91–93, 96, 103, 105, 134, 142
- Fisik, 5, 13, 46, 142
- Gizi, 29, 30, 43, 46, 48, 49, 50, 67, 72, 80, 84, 112–114, 116, 131, 142
- Gotong royong, 51, 58, 78, 79, 88, 130, 134
- Ibu dan anak, 2–4, 6, 16, 17, 19–21, 26, 27, 40, 46–50, 52, 63–65, 78, 80, 85, 116, 126–128, 130, 133, 142–144
- Identitas kependudukan, 2, 4, 38
- Imunisasi, 31, 42, 44, 52, 72, 73, 107, 118–120, 143
- Indeks, 5, 11, 45, 46, 50, 54, 130
- Informal, 2–4, 6–11, 16, 17, 19–23, 27, 33, 35, 45, 46, 52, 54, 63–66, 71, 73, 86, 88, 91–93, 99, 126, 127–130, 133, 134, 136
- Iuran, 6–9, 50, 54, 94, 102, 128
- Jam buka, 38
- Jaminan, 2, 4, 6–9, 22, 25, 33–38, 54, 55, 63, 94, 128, 132, 133
- Jaminan kesehatan, 2, 4, 7–9, 22, 25, 33, 34, 36, 54, 63, 94, 128, 132
- Jamkesmas, 2, 36
- Jaringan sosial, 13, 45, 50, 64, 127, 142
- Jimpitan, 53, 54, 102, 127, 142
- Kabupaten, 23, 31, 87, 133–135
- Kader, 27–31, 34–36, 38, 40, 42, 48, 53, 56, 59, 60, 70, 74, 75, 78, 80, 82, 94, 98, 99, 103, 104, 107, 108, 111–113, 116–118, 125, 135, 143
- Kapasitas, 1–4, 12–17, 19, 21, 26, 45–47, 50, 59, 60, 64–66, 76, 126–128, 133, 135, 136
- Kartu identitas, 2
- Katastropik, 2
- Kecamatan, 10, 96, 123, 124
- Kecukupan, 26, 33, 38
- Kehamilan, 5, 19, 23, 26, 27, 28, 29, 31, 35, 40, 41, 47, 48, 52, 65–69, 74, 75, 77, 81–83, 86, 126, 130–132, 142
- Kelembagaan lokal, 102
- Kelompok, 2–4, 6–8, 13–16, 19–23, 25, 27, 29, 35, 49, 50, 51, 52, 54–61, 63–65, 73, 76, 78, 82, 84, 92–96, 99, 103, 107, 109, 112, 113, 119–121, 127, 128, 133, 136, 142
- Keluarga berencana, 26, 121
- Kelurahan, 32, 39, 53, 55, 92, 99, 121, 123
- Kematian bayi, 24
- Kematian ibu, 3, 4, 23, 24, 28, 35, 41, 65, 67, 69, 131, 132
- Kemiskinan, 1, 45, 49, 59, 152
- Kepesertaan, 6, 7, 9, 35, 36, 56, 60, 95, 98, 100, 121, 124, 125, 128, 153
- Kerentanan, 11–13, 17, 21

- Kesehatan, 1–9, 11, 13–17, 19–23, 25–42, 44–50, 52–55, 57, 58, 63–70, 72, 73, 75–78, 80–94, 96–99, 101, 103–105, 107, 108, 110, 111, 115–119, 124–136, 142–144, 151, 152
- Kesehatan nasional, 2, 4, 9, 63, 128
- Ketahanan sosial, 46
- Keterjangkauan, 26
- Ketersediaan, 2, 9, 26, 27, 31, 33, 44
- Klinik, 31, 39, 87, 97, 98, 101, 119, 143
- Klinik pratama, 39, 143
- Kota, 6, 10, 19, 22–25, 27, 28, 30, 36, 37, 38, 40, 41, 45, 47, 49, 50, 54, 55, 59, 60, 67, 69, 86, 89, 112, 151
- Kumuh, 2, 4, 10, 22, 94
- Kunjungan, 67, 75, 110, 111, 113, 115
- Layanan, 1–5, 9, 14, 16, 17, 19–22, 25–32, 34, 36, 38, 39, 41, 42, 44–49, 52, 55, 63–71, 78, 80, 81, 88, 93, 98, 99, 106, 107, 111, 123, 125, 127–132, 134–136, 142–144, 153
- Madura, 22, 23, 27, 28, 30, 37, 40, 41, 44, 47, 50, 56, 57, 102, 107, 131
- Makassar, 6, 22, 55
- Manusia, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 26, 45, 46, 47, 48, 64–66, 82, 110, 127, 128, 130, 134, 136, 142, 144
- Marginal, 4, 11, 22
- Masyarakat, 1, 3, 7, 8, 9, 11, 12, 13–17, 22, 26, 29, 31, 32, 36–38, 40, 42, 44–47, 49–54, 57–61, 64–66, 68–70, 75–79, 81–84, 88–90, 92–96, 99, 102–105, 107–111, 115, 116, 118, 119, 121–128, 130, 132–135, 144, 153
- Maternal, 2, 25, 88, 93, 98, 99, 109, 111
- Melahirkan, 2, 6, 19, 22, 23, 25, 28, 29, 30, 32–36, 40, 44, 48, 65, 67, 69–71, 76, 77, 81, 86, 97, 98, 107, 108, 110, 130, 131, 132, 135
- Migran, 1–11, 16, 17, 19–23, 25, 27–41, 44–60, 63–67, 69, 71–74, 76, 78, 81, 82, 84, 86, 88, 89, 91–96, 98, 102, 103, 105–109, 112, 113, 115, 118, 126–136, 142, 143
- Miskin, 1–4, 6–11, 25, 32, 33, 35, 37, 38, 44, 45, 47, 50, 51, 52, 54, 56, 59, 64, 91, 98, 132, 133, 134, 135, 136
- Mobilitas penduduk, 151, 152
- Modal, 2, 5, 46, 47, 50, 54, 66, 142
- Model, 4, 14, 20, 21, 26, 46, 54, 64–66, 115, 12–128, 133
- Model, 19
- Neonatal, 24, 32, 67, 71, 107, 108, 109, 110, 111, 126, 131, 132
- Nifas, 2, 19, 25, 28, 66
- “Oto-oto”, 50, 102
- Out of pocket*, 6
- Paramedis, 33
- Pasca-persalinan, 23, 89, 120, 142

- Pekerja sektor, 3, 4, 6–10, 16, 17,  
19–23, 27, 33, 45, 46, 63–66,  
91, 93, 99, 126–129, 133
- Pemberdayaan, 26, 58, 59, 91, 92,  
93, 105
- Pemberian makanan tambahan, 49
- Pembinaan kesejahteraan keluarga  
(PKK), 49
- Pendamping, 40, 47, 48, 70, 74
- Penduduk, 1–3, 7, 8, 11, 15, 16, 21,  
32, 33, 36, 37, 45, 49, 52, 54,  
55, 56, 58, 64–67, 87, 126,  
127, 129–131, 133, 151, 152
- Penerima bantuan iuran (PBI), 2,  
7, 33, 35
- Penguatan ketahanan sosial, 4, 9,  
10, 17, 20, 26, 46, 63–66,  
126, 129, 133, 134, 136
- Peningkatan, 3, 21, 24, 47, 50, 58,  
60, 65, 77, 80, 87, 96, 103,  
113–115, 124, 125, 128, 130,  
134, 135
- Penolong persalinan, 40
- Penyuluhan, 28, 36, 40, 43, 46, 49,  
68, 76, 78, 80, 82, 83, 84, 88,  
90, 93, 108, 112, 116, 120,  
121, 123, 125
- Pereleg, 53
- Periksa, 28, 29, 30, 56, 86
- Perkotaan, 1, 2, 4, 8, 9, 22, 25, 44,  
45, 47, 49, 102, 132
- Permukiman, 4, 10, 22, 39, 70, 94
- Persalinan, 5, 23, 26, 29, 30, 32–34,  
39, 40, 44, 47, 48, 51, 52, 58,  
67–71, 74, 83, 86–93, 97,  
102, 105–108, 110, 120, 126,  
130, 131, 132, 142, 143
- Peserta, 6–8, 35–37, 41, 60, 61, 92,  
98, 103, 120, 133
- Petugas, 30, 38, 43, 44, 48, 53,  
76, 80, 82, 104, 110, 111,  
117–120, 125, 135
- Posyandu, 28, 29, 31, 35, 36, 42, 49,  
50, 53, 56, 57, 74–76, 81–83,  
92, 94, 95, 98, 99, 103, 107,  
113, 115–118, 121, 125, 132,  
135, 143
- Program keluarga harapan (PKH),  
56
- Pulau, 22, 23
- Puskesmas, 24, 27–33, 38–42, 44,  
48, 49, 66, 70, 75, 76, 81, 82,  
85–87, 90, 95, 97, 98, 107,  
108, 110, 120, 125, 130, 131,  
135, 143
- Reproduksi, 126
- Rereongan sarumpi, 53, 54, 127
- Rujukan, 2, 9, 26, 27, 32, 34, 39, 41,  
66, 68, 69, 72, 74, 81, 110,  
130–132, 135, 142
- Rumah sakit, 22, 26, 29, 32, 34,  
39–44, 54, 55, 66, 68, 69, 71,  
72, 86, 107, 130, 135, 143
- Rumusan, 4
- “Sadikin”, 6
- Sanitasi, 4, 142
- Sidodadi, 10
- Simokerto, 10, 24, 25, 37, 51, 56
- Simolawang, 10, 25, 28, 32, 39, 41,  
42, 43, 53, 55, 56
- Sistem, 3, 8, 12, 13, 14, 26, 32, 38,  
39, 50, 58, 66, 69, 72, 77, 81,  
94, 95, 97, 100, 116, 123, 133

- Sosial, 1–5, 8–17, 19–21, 23, 25,  
26, 37, 38, 45, 46, 49–55,  
63–66, 71, 78, 79, 88, 92, 93,  
102–105, 126–130, 132–134,  
136, 142, 144, 152, 153
- Sosialisasi, 36, 43, 68, 73, 75, 80, 81,  
88, 90, 110, 113, 125
- Stigma, 40
- Strategi, 3, 4, 9, 10, 13, 14, 20, 26,  
46, 63, 64, 66, 104, 126, 127,  
133
- Surabaya, 6, 10, 11, 19, 22–25,  
27–30, 36–42, 45, 47–50, 55,  
56, 57, 59, 60, 67, 69, 71, 86,  
89, 112, 130, 132, 151
- Surat keterangan miskin (SKM),  
37, 55
- Sustainable*, 3
- Tabulin, 53, 54, 93, 102–105, 134
- Tambakrejo, 10, 25
- Tempat persalinan, 32, 52, 83
- Tokoh, 44, 53, 77, 82, 83, 88, 90, 92,  
93, 104, 118, 119, 122, 123,  
125, 134
- Wilayah, xiv, 11, 28, 32, 39, 42, 44,  
51, 56, 60





## BIOGRAFI PENULIS

**Ade Latifa.** Tahun 1964 dilahirkan di Kota Surabaya. Pada 1998 mendapatkan Master (S2) dari Kajian Wanita Universitas Indonesia. Saat ini bekerja di Pusat Penelitian Kependudukan (P2K) LIPI sebagai peneliti yang memiliki fokus kajian pada isu kependudukan. Dalam beberapa tahun terakhir, ikut terlibat dalam penelitian yang antara lain mengkaji tentang kesehatan ibu & anak, kemiskinan, mobilitas penduduk, jaminan kesehatan dan perubahan iklim. Beberapa tulisan terkait dengan gender, membahas tentang kekerasan terhadap perempuan, perubahan iklim dan kesehatan ibu.

**Sri Sunarti Purwaningsih.** Lulus dari jurusan Antropologi, Fakultas Sastra Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada 1979 dan lulus pada 1986. Bekerja sebagai peneliti pada Pusat Penelitian Kependudukan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia pada 1987. Pada 1991 mendapatkan gelar Master of Arts bidang Demography Australian National University, Canberra, Australia. Gelar PhD bidang Demography juga diperoleh dari Australian National University pada 1999. Sejak menjadi peneliti pada Pusat Penelitian Kependudukan, LIPI, telah terlibat pada banyak penelitian tentang penduduk dan kesehatan serta menjadi koordinator beberapa penelitian di bidang kependudukan terutama terkait dengan penduduk dan kesehatan selain di Indonesia, juga pernah melakukan penelitian di Kepulauan Amami, Jepang. Sejak 2010–2013, ditunjuk sebagai Pelaksana Tugas Kepala Pusat Penelitian

Kependudukan LIPI dan mulai Oktober 2015 menjadi Kepala Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan, LIPI.

**Fitranita.** Sejak tahun 2001 bergabung dengan Pusat Penelitian Kependudukan (PPK), LIPI. Lulusan S1 dari Departemen Ilmu Alam, Institut Pertanian Bogor pada 1997 dan kemudian mendapatkan master dari Lembaga Demografi Universitas Indonesia tahun 2009. Selama kurang lebih 10 tahun terakhir, terlibat dalam berbagai kegiatan terkait dengan isu kependudukan dan juga migrasi. Sejak 2010–2016 terlibat dalam penelitian dalam skema kompetitif dengan tema Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak Keluarga Migran Miskin Perkotaan untuk mengatasi Kemiskinan dan Memperkuat Ketahanan Sosial. Dalam beberapa penelitian, berperan penting baik dalam penyusunan instrumen penelitian maupun analisis data kuantitatif.

**Eniarti Djohan.** Pada 1980 menamatkan pendidikan sarjana dari jurusan Antropologi, Fakultas Sastra Universitas Indonesia. Pendidikan Magister bidang Sosiologi ditamatkan pada 1988 dari Universitas Ryukoko, Kyoto, Jepang. Pernah memperoleh dana pelatihan dan penelitian dari beberapa lembaga donor, di antaranya AUSAID, WHO, Japan Foundation, JSPS. Selama bekerja di LIPI, terlibat dalam berbagai penelitian yang berkaitan dengan permasalahan kependudukan di Indonesia termasuk mobilitas penduduk, ketenagakerjaan dan kesehatan, khusus di wilayah perdesaan. Telah menghasilkan tulisan yang diterbitkan, baik dalam bentuk artikel pada jurnal ilmiah di Indonesia dan Jepang maupun buku bunga rampai.

**Djoko Hartono.** Adalah lulusan program doktor bidang demografi, the Australian National University. Pernah bekerja sebagai peneliti bidang kependudukan dan pembangunan sosial pada PPK-LIPI (1987–2005), dan tahun 2011–2014 sebagai anggota tim peneliti kesehatan ibu dan anak di PPK-LIPI. Selain sebagai peneliti, juga aktif sebagai konsultan monitoring dan evaluasi pada berbagai program donor dan pemerintah

dalam bidang layanan sosial dasar, pengembangan masyarakat, dan pengentasan kemiskinan.

**Ismiwanto Cahyono.** Dilahirkan di Purworejo pada 1959. Pada 1991 lulus dari STIA-LAN RI (S1) dan kemudian melanjutkan studi (S2) Program Magister Administrasi Rumah Sakit, di Universitas Indonesia, lulus tahun 2004. Bekerja di Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Pada saat ini aktif dalam kegiatan terkait Program Jaminan Kesehatan Nasional, khususnya merumuskan kebijakan pada aspek kepesertaan Penerima Bantuan Iuran dan melakukan analisis pembiayaan.

# KETAHANAN SOSIAL

## KELUARGA MIGRAN MISKIN PERKOTAAN PADA ERA PEMBERLAKUAN SJSN

Daerah perkotaan identik dengan kemajuan teknologi, industri, dan ekonomi. Bertolak belakang dengan hal tersebut, penduduk miskin masih menjadi permasalahan yang kerap ditemukan di daerah perkotaan. Sebagian besar penduduk miskin tersebut berasal dari kaum migran yang bekerja di sektor informal. Kaum ini sangat rentan mengalami proses marginalisasi yang berdampak pada rendahnya ketahanan sosial mereka, termasuk di dalamnya adalah permasalahan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan.

Buku ini hadir sebagai upaya LIPI—melalui Pusat Penelitian Kependudukan—untuk menawarkan suatu model penguatan ketahanan sosial bagi kaum miskin migran di daerah perkotaan. Aksesibilitas terhadap layanan kesehatan menjadi kunci perumusan konsep dan alternatif untuk menghasilkan model yang tepat.

*Selamat membaca!*



Diterbitkan oleh:

LIPI Press, anggota Ikapi  
Gedung PDDI LIPI, Lantai 6  
Jln. Jend. Gatot Subroto 10, Jakarta 12710  
Telp.: (021) 573 3465  
E-mail: [press@mail.lipi.go.id](mailto:press@mail.lipi.go.id)  
Website: [lipipress.lipi.go.id](http://lipipress.lipi.go.id)

ISBN 978-602-496-080-3

