

Akses Keluarga Pra Sejahtera dalam Memenuhi Kebutuhan Dasar Kesehatan: Studi di Dusun Kedung Dendeng Jipurapah Jombang

Ahmad Faqih¹, Sugeng Harianto²

Ilmu Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Negeri Surabaya

ARTICLE INFO

Article history:

Received 20 June 2026

Revised 20 June 2026

Accepted 25 June 2026

Available online 03 July 2026

Keywords akses kesehatan, keluarga prasejahtera, teori strukturasi giddens

Keywords : access to healthcare, low-income families, giddens theory of structuration



This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

Copyright © 2025 by Author. Published by Yayasan Daarul Huda

ABSTRACT

This study examines the socio-economic conditions of underprivileged families and the barriers to accessing healthcare services in Kedungdendeng Hamlet, Jipurapah Village, Plandaan District, Jombang Regency. This study employed a qualitative research method with a descriptive-analytical approach. Data were collected through in-depth interviews with twelve informants, field observations, and documentation studies. Data analysis was conducted using the interactive model developed by Miles and Huberman (1994), while the analytical framework was based on Anthony Giddens' Structuration Theory, particularly the concepts of the duality of structure, agency, practical consciousness, and unintended consequences of action. The findings reveal that poverty in Kedungdendeng Hamlet is multidimensional and structural in nature. Residents rely primarily on seasonal agriculture and profit-sharing livestock farming, characterized by unstable incomes and weak bargaining positions due to the dominance of middlemen. The hilly geographical conditions and limited road infrastructure constitute major barriers to accessing healthcare services. No healthcare facilities are available in Jipurapah Village, visits from community health center personnel are limited, and the National Health Insurance (JKN/KIS) program has not functioned optimally due to administrative constraints and transportation costs. Cultural barriers, including a curative-oriented perspective on health, reliance on traditional medicine, and low levels of health literacy, further exacerbate the situation. In response, residents have developed adaptive strategies based on social capital, such as mutual cooperation emergency stretcher systems, medicine-sharing networks, and traditional treatment practices. Giddens' analysis demonstrates the duality of structure between structural constraints and social solidarity as an enabling force. However, these informal adaptation strategies simultaneously reproduce the absence of formal support systems. This study confirms that poverty is a product of structural conditions that require systemic and comprehensive interventions.

ABSTRAK

Penelitian ini mengkaji kondisi sosial ekonomi keluarga prasejahtera dan hambatan akses layanan kesehatan di Dusun Kedungdendeng, Desa Jipurapah, Kecamatan Plandaan, Kabupaten Jombang. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitis. Data diperoleh melalui wawancara mendalam terhadap dua belas informan, observasi lapangan, dan studi dokumentasi. Analisis data menggunakan model interaktif Miles dan Huberman (1994), sedangkan kerangka analitis mengacu pada Teori Strukturasi Anthony Giddens, khususnya konsep dualitas struktur, agency, kesadaran praktis dan konsekuensi tindakan tidak disengaja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemiskinan di Dusun Kedungdendeng bersifat multidimensi dan struktural. Warga bergantung pada pertanian musiman dan peternakan bagi hasil dengan pendapatan tidak menentu serta posisi tawar lemah akibat dominasi tengkulak. Kondisi geografis berbukit dan akses jalan terbatas menjadi hambatan utama terhadap layanan kesehatan. Tidak terdapat fasilitas kesehatan di Desa Jipurapah, kunjungan petugas puskesmas terbatas, dan program JKN/KIS belum optimal akibat kendala prosedural serta biaya transportasi. Hambatan kultural berupa orientasi kuratif, kepercayaan pada pengobatan tradisional, dan rendahnya literasi kesehatan memperburuk situasi. Warga mengembangkan strategi adaptif berbasis modal sosial, seperti tandu darurat gotong royong, jaringan titip obat, dan pengobatan tradisional. Analisis Giddens menunjukkan adanya dualitas struktur antara hambatan struktural dan solidaritas sosial sebagai sisi enabling. Namun adaptasi informal turut mereproduksi ketiadaan sistem formal. Penelitian ini menegaskan bahwa kemiskinan tidak hanya disebabkan oleh faktor individu, tetapi juga oleh berbagai kondisi sosial dan ekonomi yang saling berkaitan, sehingga diperlukan upaya penanganan yang menyeluruh dan berkelanjutan.

*Corresponding Author

Email: ahmadfaqih.22051@mhs.unesa.ac.id

INTRODUCTION

Kesehatan merupakan salah satu nilai paling mendasar dalam kehidupan manusia. Konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan kesehatan bukan sekadar ketiadaan penyakit, melainkan kondisi sejahtera yang utuh secara fisik, psikis, dan sosial (World Health Organization, 2025). Definisi ini menegaskan bahwa pemenuhan kesehatan melibatkan berbagai dimensi yang saling terkait, mulai dari kondisi fisik hingga faktor ekonomi dan lingkungan sosial. Di Indonesia, keragaman kondisi geografis mulai dari kawasan perkotaan padat hingga pedesaan terpencil menciptakan kesenjangan akses layanan kesehatan yang nyata. Data Badan Pusat Statistik mencatat bahwa persentase penduduk miskin Indonesia pada September 2024 mencapai 8,57 persen, atau sekitar 24,06 juta jiwa (Badan Pusat Statistik, 2024), dengan kesenjangan akses kesehatan yang mencolok di antara kelompok ekonomi yang berbeda.

Akses kesehatan secara konseptual dipahami sebagai kemampuan individu maupun kelompok masyarakat memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa hambatan berarti. Penchansky dan Thomas (1981) merumuskan empat dimensi utama akses kesehatan, yakni availability (ketersediaan), accessibility (keterjangkauan fisik), acceptability (penerimaan sosial budaya), dan affordability (keterjangkauan biaya) sebuah kerangka yang kemudian banyak dipakai untuk menilai sejauh mana sistem kesehatan mampu menjangkau kelompok rentan. Salah satu kelompok yang paling rentan menghadapi hambatan tersebut adalah keluarga prasejahtera, yakni kelompok masyarakat yang menurut klasifikasi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional belum mampu memenuhi kebutuhan pokok berupa pangan bergizi, sandang layak, tempat tinggal yang nyaman, akses kesehatan, dan pendidikan dasar (Ariska et al., 2023). Kondisi ini bertentangan dengan amanat konstitusional yang menjamin hak kesehatan bagi seluruh warga negara sebagaimana diatur dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pemerintah Indonesia telah meluncurkan berbagai program perlindungan sosial untuk mendukung keluarga berpenghasilan rendah, di antaranya Program Keluarga Harapan (PKH) dan Kartu Indonesia Sehat/Jaminan Kesehatan Nasional (KIS/JKN). Namun berbagai kajian menunjukkan bahwa program-program ini belum sepenuhnya menjawab kebutuhan riil rumah tangga miskin, terutama yang bermukim di wilayah terisolasi (Sugeng Harianto et al., 2025; Sulistiawati et al., 2022). Penelitian Sulistiawati dkk. (2022) misalnya menemukan adanya persoalan ketidaktepatan sasaran penyaluran bantuan, sementara Darmawan dkk. (2020) menekankan pentingnya pendekatan pemberdayaan berbasis partisipasi warga untuk mengatasi keterbatasan struktural. Kajian-kajian lain di wilayah berbeda, seperti akses layanan kesehatan bagi pemegang KIS di Boyolali (Suhita et al., 2021), diskriminasi harga layanan rumah sakit terhadap pasien miskin di Jakarta (RS Aminda et al., 2024), serta kepuasan peserta BPJS Ketenagakerjaan di Medan (Siagian, 2016), secara konsisten memperlihatkan bahwa kesenjangan akses kesehatan bagi kelompok miskin adalah persoalan yang berulang di berbagai konteks geografis, meski dengan karakteristik lokal yang berbeda-beda.

Kabupaten Jombang, dengan luas wilayah 1.159,50 kilometer persegi dan populasi sekitar 1,37 juta jiwa, memiliki rasio fasilitas kesehatan yang jauh dari memadai, yakni hanya 34 unit puskesmas dan 15 rumah sakit untuk melayani seluruh kabupaten (Badan Pusat Statistik Kabupaten Jombang, 2025). Kondisi ini semakin berat di Dusun Kedungdendeng, Desa Jipurapah, Kecamatan Plandaan, sebuah dusun yang terletak di perbatasan tiga kabupaten (Nganjuk, Lamongan, dan Bojonegoro) dan sekaligus menjadi kawasan terluar Kabupaten Jombang. Topografi berbukit dengan akses jalan berbatu dan berlumpur menciptakan isolasi fisik yang parah, hanya dapat dilalui kendaraan bermodifikasi khusus. Berdasarkan data Kecamatan Plandaan Dalam Angka 2025, tidak terdapat satu pun fasilitas kesehatan di Desa Jipurapah,

sementara sekitar 70 persen dari 739 kepala keluarga di desa tersebut tergolong keluarga miskin. Kondisi keterisolasian ini menjadikan Dusun Kedungdendeng lokasi yang relevan untuk mengkaji secara mendalam bagaimana keluarga prasejahtera menghadapi dan merespons keterbatasan akses kesehatan dalam kehidupan sehari-hari mereka.

Berbeda dari sebagian besar kajian akses kesehatan di Indonesia yang cenderung menggunakan pendekatan epidemiologi atau ekonomi kesehatan yang bersifat kuantitatif, penelitian ini menempatkan persoalan akses kesehatan dalam kerangka sosiologis, yakni Teori Strukturasi Anthony Giddens. Kerangka ini dipilih karena mampu menjelaskan bagaimana tindakan individu (*agency*) dan struktur sosial saling membentuk secara dialektis, sehingga perilaku kesehatan warga tidak dapat dilepaskan dari konteks struktural yang melingkupinya sebuah dimensi yang sulit ditangkap oleh pendekatan kuantitatif semata. Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini dirumuskan untuk menjawab pertanyaan bagaimana akses keluarga prasejahtera di Dusun Kedungdendeng dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan? Secara spesifik, penelitian ini bertujuan untuk (1) menganalisis kondisi objektif sosial ekonomi keluarga prasejahtera, (2) menganalisis layanan kesehatan yang tersedia dan dapat diakses warga, dan (3) menganalisis hambatan struktural dan kultural yang dihadapi keluarga prasejahtera dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan mereka.

RESEARCH METHOD

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus untuk menggali secara mendalam pengalaman sosial keluarga prasejahtera dalam memperoleh layanan kesehatan dasar. Pendekatan studi kasus dipilih karena kemampuannya mengungkap makna subjektif, dinamika kehidupan sosial, dan pengalaman keseharian masyarakat secara holistik pada konteks yang spesifik dan terbatas, yaitu Dusun Kedungdendeng, Desa Jipurapah, Kecamatan Plandaan, Kabupaten Jombang, Jawa Timur. Lokasi ini dipilih berdasarkan observasi awal yang menunjukkan tingginya hambatan infrastruktur transportasi dan minimnya fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Proses pengumpulan data hingga analisis berlangsung selama kurang lebih lima bulan, mencakup tahap pra-lapangan, pengumpulan data, dan analisis awal secara berkelanjutan.

Subjek penelitian dipilih melalui teknik *purposive sampling* dengan mempertimbangkan pengalaman langsung dalam mengakses atau berupaya mengakses layanan kesehatan, baik formal (puskesmas, klinik, rumah sakit) maupun nonformal (pengobatan tradisional). Subjek utama terdiri dari dua belas warga keluarga prasejahtera dengan kriteria tergolong dalam klasifikasi prasejahtera BKKBN, memiliki pengalaman kebutuhan layanan kesehatan dalam satu hingga dua tahun terakhir, dan bersedia berbagi informasi secara terbuka. Penelitian ini juga melibatkan subjek pendukung, yakni kepala dusun, petugas Puskesmas Jipurapah, dan pendamping Program Keluarga Harapan, guna memberikan perspektif dan konteks yang lebih luas terhadap fenomena yang dikaji.

Data dikumpulkan melalui tiga teknik utama. Pertama, wawancara mendalam semi-terstruktur untuk menggali pengalaman, persepsi, dan strategi keluarga prasejahtera dalam memenuhi kebutuhan kesehatan, mencakup tema pengalaman akses layanan, kendala ekonomi-geografis-sosial, pemanfaatan program pemerintah, dan peran lingkungan sosial. Kedua, observasi langsung terhadap kondisi tempat tinggal, jarak tempuh menuju fasilitas kesehatan, dan interaksi sosial warga dalam konteks kesehatan, termasuk partisipasi dalam kegiatan komunitas seperti posyandu. Ketiga, dokumentasi berupa catatan pendamping PKH, data perangkat desa, peta wilayah, dan dokumen program kesehatan yang relevan, yang digunakan untuk triangulasi data dan meningkatkan validitas temuan.

Analisis data mengikuti model interaktif Miles dan Huberman (1994) yang terdiri atas tiga komponen yang berlangsung dan saling berinteraksi selama proses penelitian reduksi data (penyortiran, pemilihan, dan pengelompokan data mentah berdasarkan tema seperti hambatan geografis, ketidakmerataan layanan, dan biaya transportasi), penyajian data (dalam bentuk narasi deskriptif, kutipan subjek, dan matriks perbandingan), serta penarikan kesimpulan dan verifikasi (melalui identifikasi pola bermakna, triangulasi, dan diskusi dengan pembimbing). Kerangka interpretatif yang digunakan untuk memaknai temuan adalah Teori Strukturasi Anthony Giddens, dengan penekanan pada konsep dualitas struktur, agency, kesadaran praktis (practical consciousness), dan konsekuensi tindakan yang tidak disengaja (unintended consequences of action).

RESULT AND DISCUSSION

Dusun Kedungdendeng terbagi menjadi empat blok wilayah, blok bawah, sedang, tengah, dan atas, yang dibedakan berdasarkan ketinggian dan tingkat keterpencilan. Blok bawah menjadi satu-satunya lokasi yang relatif mudah dijangkau, sementara blok sedang, tengah, dan atas hanya dapat ditempuh dengan kendaraan roda dua jenis trail atau Jeep offroad 4x4, dan kondisinya memburuk drastis pada musim hujan. Seluruh fasilitas umum, termasuk posyandu, terpusat di blok bawah, sehingga warga di blok-blok lain menanggung beban ganda hambatan geografis untuk mencapai fasilitas dalam dusun sekaligus hambatan akses ke layanan kesehatan formal di luar dusun. Temuan penelitian disajikan dalam empat dimensi analitis sesuai rumusan masalah, yakni kondisi sosial ekonomi, layanan kesehatan yang tersedia, hambatan struktural dan kultural, serta strategi adaptif keluarga prasejahtera, yang kemudian diintegrasikan dalam kerangka Teori Strukturasi Giddens.

Kondisi Sosial Ekonomi Keluarga Prasejahtera

Kondisi sosial warga Dusun Kedungdendeng dibentuk kuat oleh empat faktor yang saling terkait geografi, kondisi fisik hunian, pemenuhan kebutuhan dasar, dan modal sosial. Topografi berbukit dengan jalan berbatu bukan sekadar latar fisik, melainkan struktur yang secara konsisten membatasi mobilitas warga lintas generasi. Kondisi fisik rumah warga umumnya sederhana, berdinding kayu atau bambu dengan lantai tanah dan atap yang telah lama bocor, sebuah kondisi yang bukan lahir dari kelalaian melainkan dari keterbatasan ekonomi yang membuat perbaikan rumah selalu kalah prioritas dari kebutuhan hidup yang lebih mendesak. Kondisi hunian yang tidak layak ini secara langsung berkontribusi pada masalah kesehatan pernapasan dan kulit, menciptakan siklus tertutup hasil pertanian yang minim menunda perbaikan rumah, rumah yang lembap menciptakan risiko kesehatan, dan kondisi kesehatan yang buruk menurunkan produktivitas kerja.

Dalam pemenuhan kebutuhan dasar, sandang relatif terpenuhi secara minimal, sementara pangan bergantung penuh pada hasil pertanian sendiri dan bantuan pangan pemerintah, dengan pola konsumsi yang menurun tajam pada masa paceklik. Pendidikan menunjukkan kesenjangan antargenerasi yang tajam generasi lansia umumnya tidak menamatkan sekolah dasar, sementara generasi muda telah mencapai jenjang SMP-SMA, namun ijazah yang dimiliki tidak membuka alternatif pekerjaan karena struktur ekonomi dusun tidak menyediakan sektor selain pertanian. Kebutuhan kesehatan menempati posisi paradoks secara konseptual merupakan prasyarat pemenuhan kebutuhan lain, namun dalam praktiknya kerap dikorbankan demi kebutuhan pangan yang dirasakan lebih mendesak, sebuah kondisi yang oleh kajian kemiskinan disebut sebagai jebakan kemiskinan (poverty trap).

Di tengah keterbatasan tersebut, modal sosial berkembang kuat sebagai respons kolektif. Sistem tandu darurat gotong royong berfungsi sebagai pengganti ambulans, jaringan titip obat

antartetangga menggantikan fungsi apotek yang tidak tersedia, dan sekitar 70 persen kepala keluarga menerima manfaat PKH dan BPNT meski mekanisme pendataan yang pasif menyebabkan sebagian warga yang kondisinya setara justru luput terdaftar (*exclusion error*). Literasi kesehatan warga, khususnya lansia, tergolong rendah dengan orientasi kuratif yang dominan, namun kondisi ini perlu dibaca sebagai adaptasi rasional terhadap pengalaman panjang bahwa berobat selalu berarti pengorbanan besar, bukan sebagai ketidakpedulian terhadap kesehatan.

Perekonomian warga bertumpu sepenuhnya pada pertanian musiman (padi, jagung, cabai) dan peternakan bagi hasil, tanpa sektor alternatif. Keterisolasian geografis menghalangi masuknya modal dan investasi dari luar, sebuah kondisi yang dalam sosiologi ekonomi disebut *market exclusion*. Hasil panen dijual kepada tengkulak dengan harga 20 hingga 35 persen di bawah harga pasar acuan akibat ketiadaan koperasi tani atau jalur pemasaran alternatif, sejalan dengan temuan Sumaryanto (2020) mengenai sistem pemasaran hasil pertanian di daerah terpencil Jawa. Homogenitas pekerjaan bahkan menyerap warga berpendidikan lebih tinggi seperti generasi muda lulusan SMA/SMK ke sektor pertanian yang sama, sebuah kondisi *disguised unemployment* (Lewis, 1954) yang mencerminkan *capability deprivation* dalam pengertian Sen (1999) warga memiliki kapasitas intelektual namun struktur dusun tidak menyediakan pintu untuk mewujudkannya. Ketidadaan aset produktif dan tabungan menjadikan setiap pengeluaran tak terduga, termasuk biaya kesehatan, sebagai ancaman serius bagi aset *vulnerability* keluarga (Moser, 1998), sekaligus memicu *health-poverty spiral* ketika biaya berobat menguras simpanan dan menurunkan konsumsi pangan pada bulan-bulan berikutnya.

Tabel 1 kondisi sosial ekonomi dalam kerangka dualitas struktur Giddens.

Dimensi	Temuan Utama	Sisi Constraining	Sisi Enabling
Geografis	Empat blok wilayah, medan berbukit, hanya dapat dilalui trail/Jeep 4x4, memburuk saat hujan	Isolasi fisik membatasi akses kesehatan, pendidikan, dan pasar	Mendorong lahirnya sistem tandu darurat dan solidaritas dusun
Kondisi Rumah	Dinding kayu/bambu, lantai tanah, atap bocor, tidak ada dana renovasi	Risiko ISPA dan penyakit kulit, memperberat beban kesehatan	Kedekatan dengan alam menyediakan bahan bangunan alternatif
Ekonomi	100% bertani/beternak, harga jual 20-35% di bawah pasar, <i>disguised unemployment</i>	Reproduksi kemiskinan lintas generasi, tanpa cadangan dana darurat	Sistem bagi hasil ternak memungkinkan penghasilan tanpa modal besar
Modal Sosial	Gotong royong, tandu darurat, jaringan titip obat, $\pm 70\%$ KK penerima PKH/BPNT	Ketergantungan berlebih mereproduksi absennya sistem formal	Enabling structure organik pengganti ambulans dan apotek

Dimensi	Temuan Utama	Sisi Constraining	Sisi Enabling
Literasi Kesehatan	Orientasi kuratif dominan, kunjungan hanya saat kondisi kritis	Penanganan terlambat memperparah kondisi kesehatan	Pengetahuan tanaman obat lokal sebagai sumber daya pengganti

Layanan Kesehatan bagi Keluarga Prasejahtera

Jaminan konstitusional atas layanan kesehatan yang tertuang dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 dan diturunkan melalui berbagai regulasi, termasuk Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, menunjukkan kesenjangan nyata (implementation gap) ketika dihadapkan pada realitas Dusun Kedungdendeng. Seluruh Kecamatan Plandaan yang terdiri atas tiga belas desa hanya memiliki satu unit puskesmas rawat inap, lima puskesmas pembantu, dan satu apotek, dan tidak satu pun berlokasi di Desa Jipurapah. Warga harus menempuh 12 hingga 15 kilometer melalui jalan berbatu untuk mencapai puskesmas terdekat, sebuah jarak yang secara waktu tempuh jauh lebih berat dibandingkan jarak serupa di wilayah perkotaan. Dalam kerangka Levesque dkk. (2013), hampir seluruh dimensi aksesibilitas approachability, acceptability, availability, affordability, dan appropriateness bermasalah secara bersamaan di dusun ini.

Satu-satunya layanan formal yang rutin hadir adalah kunjungan petugas Puskesmas Jipurapah setiap hari Kamis, namun kunjungan ini hanya menjangkau blok bawah karena kondisi jalan tidak memungkinkan perjalanan lebih jauh. Warga blok sedang, tengah, dan atas yang secara struktural paling rentan justru tidak pernah tersentuh layanan rutin ini sebuah kondisi yang membalik prinsip ekuitas layanan kesehatan publik. Kekosongan ini sebagian diisi oleh mantri tidak resmi yang berkunjung setiap Rabu, namun dengan tarif yang justru lebih mahal dibandingkan biaya berobat ke luar dusun karena seluruh risiko dan biaya perjalanan dibebankan ke dalam tarif layanan. Temuan ini secara empiris membantah asumsi umum bahwa kedekatan geografis berbanding lurus dengan keterjangkauan biaya (Penchansky & Thomas, 1981), memperlihatkan bahwa di wilayah dengan infrastruktur ekstrem, hubungan jarak dan biaya dapat berbalik arah, sejalan dengan pola monopsoni informal yang juga ditemukan Suryawati (2019) pada layanan kesehatan informal di daerah terpencil.

Secara administratif, sebagian besar warga telah terdaftar sebagai peserta KIS atau otomatis terlindungi JKN melalui kepesertaan PKH. Namun pemanfaatan kartu tersebut sangat rendah. Persoalan utamanya terletak pada sistem rujukan berjenjang yang mengharuskan peserta mendatangi puskesmas sebelum dirujuk ke rumah sakit sebuah prosedur yang logis dalam kondisi infrastruktur normal namun berubah menjadi hambatan serius bagi warga yang harus menempuh perjalanan berjam-jam dalam kondisi sakit. Banyak warga akhirnya memilih membayar mandiri ke rumah sakit tanpa melalui prosedur JKN, bukan karena tidak memahami program, melainkan karena kondisi fisik mereka tidak memungkinkan menjalani prosedur berlapis tersebut. Temuan ini memperkuat hasil kajian Afifah dkk. (2022) bahwa hambatan utama pelaksanaan JKN bukan sekadar ketersediaan fasilitas, melainkan ketidaksesuaian desain prosedur dengan kondisi riil peserta di lapangan. Lebih jauh, biaya transportasi yang tidak ditanggung program JKN maupun bantuan sosial lainnya menjadi beban tersembunyi yang, sebagaimana ditemukan Rahmayanti (2019), sering kali jauh lebih besar dari biaya layanan kesehatan itu sendiri sehingga secara efektif mereduksi manfaat program yang secara nominal gratis.

Aspek Layanan	Kondisi Formal	Realita Lapangan
Fasilitas Kesehatan	1 puskesmas rawat inap, 5 pustu, 1 apotek se-Kecamatan Plandaan	Tidak ada satu pun berlokasi di Desa Jipurapah, jarak 12-15 km jalan berbatu
Kunjungan Petugas	Kunjungan rutin dijadwalkan mingguan	Hanya menjangkau blok bawah setiap Kamis, blok atas tidak pernah diperiksa
Kepesertaan JKN/KIS	±70% KK terdaftar KIS/PKH	Kartu jarang digunakan, warga memilih bayar mandiri karena prosedur rujukan tidak kompatibel
Biaya	Konsultasi dan obat ditanggung program	Biaya transportasi (Rp200.000-500.000/perjalanan) tidak ditanggung, menjadi beban terbesar

Hambatan Struktural dan Kultural

Analisis hambatan dikonstruksi dalam dua lapisan yang saling memperkuat. Pada lapisan struktural, empat hambatan dominan teridentifikasi secara konsisten dari seluruh subjek. Pertama, hambatan geografis dan infrastruktur jalan yang hanya dapat dilalui kendaraan khusus menutup akses kendaraan darurat sepenuhnya, sehingga proses evakuasi kondisi darurat memerlukan tahapan tandu manual sebelum mencapai titik kendaraan sebuah rangkaian yang bisa memakan waktu tiga jam atau lebih, durasi yang secara medis kritis untuk kondisi seperti stroke atau perdarahan (bandingkan dengan temuan Atobatele et al., 2022). Kedua, hambatan birokrasi sistem rujukan JKN yang secara desain mengasumsikan kondisi infrastruktur memadai, namun pada praktiknya memaksa warga memilih antara mengorbankan fisik dua kali mengikuti prosedur berjenjang atau membayar mandiri demi kecepatan penanganan.

Ketiga, hambatan finansial yang bersumber bukan dari biaya pengobatan melainkan dari biaya transportasi yang tidak tertanggung skema jaminan apa pun, memaksa dana bantuan pangan (PKH) dialihkan untuk ongkos berobat. Keempat, hambatan distribusi layanan yang tidak merata di dalam dusun itu sendiri, di mana posyandu dan kunjungan petugas terpusat di satu blok saja, menciptakan risiko stunting yang tidak terdeteksi pada anak-anak di blok lain, sejalan dengan temuan Riskesdas (2018) bahwa cakupan posyandu yang rendah berkorelasi dengan prevalensi stunting yang lebih tinggi.

Pada lapisan kultural, tiga pola dominan teridentifikasi orientasi kuratif (berobat hanya ketika kondisi benar-benar tidak tertahankan), kepercayaan kuat pada pengobatan tradisional (jamu, pijat, dan tanaman obat lokal sebagai pilihan pertama yang praktis dan tanpa biaya kesempatan besar), serta rendahnya literasi kesehatan khususnya pada generasi lansia yang tidak mengenyam pendidikan formal. Ketiga pola ini penting untuk tidak dibaca sebagai kegagalan moral atau ketidakpedulian individu, melainkan sebagai kalkulasi rasional yang terbentuk dari pengalaman berulang menghadapi sistem yang secara struktural tidak berpihak pada mereka.

Dimensi Hambatan	Temuan	Konsekuensi Utama
Geografis-Infrastruktur	Ambulans tak dapat masuk, evakuasi darurat via tandu ≥ 3 jam	Keterlambatan penanganan darurat, risiko kematian meningkat
Birokrasi JKN	Rujukan berjenjang tidak kompatibel kondisi darurat	Utilisasi JKN rendah, warga membayar mandiri
Finansial	Biaya transportasi Rp200-500 ribu/perjalanan tidak ditanggung	Dana PKH teralihkan, health-poverty spiral
Distribusi Layanan	Posyandu & kunjungan petugas hanya di blok bawah	Tumbuh kembang anak blok atas tidak terpantau
Orientasi Kuratif	Berobat hanya saat kondisi kritis	Penyakit ringan berkembang menjadi kompleks
Pengobatan Tradisional	Jamu dan pijat sebagai pilihan pertama	Mengurangi ketergantungan pada layanan formal yang sulit dijangkau
Literasi Kesehatan Rendah	Kesulitan memahami prosedur JKN dan formulir	Hak formal tidak dapat ditunaikan secara mandiri

Strategi Adaptif Keluarga Prasejahtera

Menghadapi hambatan berlapis yang tidak dapat diubah secara individual, warga Dusun Kedungdendeng menunjukkan agency yang aktif melalui empat strategi adaptif yang telah menjadi pengetahuan komunal. Pertama, penundaan berobat sebagai keputusan terkalkulasi, bukan kelalaian pasif, warga mempertimbangkan tingkat keparahan, ketersediaan pendamping, biaya, dan kondisi cuaca sebelum memutuskan berobat. Kedua, substitusi layanan informal melalui pengobatan tradisional dan mantri tidak resmi yang mengisi celah antara sistem tradisional dan sistem medis formal. Ketiga, jaringan titip obat yang memanfaatkan tetangga yang kebetulan bepergian ke luar dusun untuk membeli obat, sebuah bentuk trust-based social capital dalam pengertian Putnam (2000). Keempat, dan yang paling menonjol, gotong royong dan sistem tandu darurat sebagai mekanisme evakuasi kolektif yang telah terstandardisasi secara informal dalam praktik sosial warga.

Keseluruhan strategi ini adalah bukti nyata kapasitas dan kreativitas komunitas dalam bertahan hidup di tengah keterbatasan struktural yang berat. Namun keberhasilan strategi adaptif ini juga membawa dimensi kritis yang penting setiap kali gotong royong berhasil menyelamatkan nyawa tetangga tanpa keterlibatan sistem formal, keberhasilan itu secara tidak sengaja mengurangi tekanan bagi perbaikan sistem formal itu sendiri sebuah unintended consequence yang menjadi salah satu temuan paling penting dalam penelitian ini.

Analisis Teori Struktural Giddens

Keempat konsep utama Teori Struktural Giddens dualitas struktur, agency, practical consciousness, dan reproduksi struktur beserta unintended consequences memberikan kerangka interpretatif yang koheren atas keseluruhan temuan. Dualitas struktur tampak jelas dalam cara kondisi yang sama, isolasi geografis dan absennya layanan formal, sekaligus membatasi ruang tindakan warga (constraining) dan mendorong lahirnya solidaritas sosial yang kuat (enabling).

Kedua sisi ini bukan berlawanan, melainkan dua wajah dari satu realitas struktural yang sama justru karena sistem formal begitu terbatas, gotong royong berkembang sedemikian kuat sebagai pengganti fungsional.

Agency warga tampak dalam berbagai keputusan individual dan kolektif memilih membayar mandiri demi kecepatan penanganan, memilih pengobatan tradisional demi efisiensi biaya dan waktu, atau membangun mekanisme tandu darurat secara kolektif. Namun agency ini beroperasi dalam ruang yang sangat disempitkan oleh kondisi struktural, sejalan dengan konsep *capability deprivation* Sen (1999) hak formal untuk mengakses layanan kesehatan ada, namun kemampuan substantif untuk mewujudkannya tidak. *Practical consciousness* warga, yakni pengetahuan praktis tentang kapan harus menunda berobat, siapa yang dapat dimintai bantuan, dan pilihan mana yang paling rasional secara ekonomi, terbentuk dari pengalaman berulang menghadapi hambatan, bukan dari kemudahan akses. Selama kondisi struktural yang membentuknya tidak berubah, pengetahuan praktis ini pun tidak akan berubah meski disertai sosialisasi atau edukasi kesehatan yang intensif.

Konsep reproduksi struktur dan *unintended consequences* menjelaskan mengapa kondisi ini begitu persisten. Ketika warga membayar mandiri karena prosedur JKN terlalu berat, angka utilisasi JKN yang rendah dapat dibaca keliru oleh pengelola program sebagai indikasi rendahnya kebutuhan, padahal sesungguhnya mencerminkan kegagalan desain program menjangkau konteks lokal. Demikian pula keberhasilan gotong royong dalam menangani kondisi darurat, tanpa disengaja, memperkuat persepsi bahwa sistem informal telah cukup memadai, sehingga mengurangi urgensi perbaikan sistem formal. Inilah paradoks terdalam yang diungkap penelitian ini solidaritas yang paling murni sekalipun dapat, secara tidak sengaja, turut melanggengkan kondisi yang memerlukannya.

Dibandingkan dengan kajian terdahulu, temuan ini sejalan dengan Mazenda dan Lubinga (2024) mengenai peran sentral keterbatasan ekonomi dan geografi dalam kegagalan akses kesehatan rumah tangga miskin, sekaligus memperdalamnya dengan menelusuri mekanisme konkret bagaimana hambatan geografis bertransformasi menjadi hambatan finansial melalui biaya transportasi tersembunyi. Temuan ini juga memperluas hasil Rahmayanti (2019) dengan mengungkap paradoks tarif layanan yang lebih dekat justru dapat lebih mahal serta interaksi negatif antara program PKH dan JKN yang saling melemahkan efektivitasnya di wilayah dengan hambatan geografis ekstrem. Sementara itu, temuan mengenai gotong royong melengkapi kajian Putnam (2000) dan Coleman (1988) tentang modal sosial dengan menambahkan dimensi kritis bahwa modal sosial yang kuat, alih-alih menjadi indikator keberhasilan, dapat menjadi tanda kegagalan negara memenuhi tanggung jawab konstitusionalnya. Terakhir, temuan ini melengkapi kajian Widodo dkk. (2022) mengenai efektivitas PKH di Kabupaten Jombang dengan menunjukkan bahwa persyaratan kesehatan program tersebut sulit dipenuhi oleh penerima manfaat di wilayah dengan hambatan geografis ekstrem, sehingga desain kewajiban PKH perlu mempertimbangkan variasi kondisi aksesibilitas wilayah penerima secara eksplisit.

CONCLUSION

Penelitian ini menyimpulkan bahwa kemiskinan dan hambatan akses kesehatan yang dialami keluarga prasejahtera di Dusun Kedungdendeng bersifat multidimensi, berlapis, dan mereproduksi dirinya sendiri lintas generasi. Kondisi sosial ekonomi warga ditandai oleh ketergantungan penuh pada pertanian musiman dengan posisi tawar lemah, hunian yang tidak layak yang sekaligus menjadi produsen masalah kesehatan, serta isolasi geografis yang menghalangi masuknya modal, peluang kerja, dan layanan dasar. Layanan kesehatan formal terbukti belum menjangkau warga secara merata dan substantif tidak ada fasilitas kesehatan permanen di desa, kunjungan petugas hanya menjangkau satu blok wilayah, dan tingginya kepesertaan JKN/KIS secara administratif tidak diiringi pemanfaatan yang optimal akibat ketidaksesuaian prosedur rujukan dengan kondisi geografis serta biaya transportasi yang tidak terjangkau.

Dalam kerangka Teori Strukturasi Giddens, kondisi tersebut sebagai manifestasi dualitas struktur hambatan geografis, birokratis, dan finansial mewujudkan *constraining properties of structure* yang mempersempit ruang pilihan warga, sementara strategi adaptif berbasis modal sosial, tandu darurat, jaringan titip obat, dan pengobatan tradisional, mewujudkan *enabling structure* yang diproduksi dari dalam komunitas sebagai respons terhadap keterbatasan tersebut. Namun keberhasilan adaptasi informal ini, melalui mekanisme *unintended consequences of action*, secara tidak disengaja turut mereproduksi persistensi ketiadaan sistem formal itu sendiri. Solidaritas warga adalah kekuatan nyata yang patut dihargai, namun bukan alasan bagi negara untuk absen dari tanggung jawab konstitusionalnya dalam menjamin akses kesehatan yang merata.

RECOMMENDATION

Bagi Pemerintah yang perlu segera diwujudkan oleh pemerintah daerah adalah membenahi dan memperluas jaringan infrastruktur jalan yang menghubungkan Dusun seperti Kedungdendeng dengan wilayah sekitarnya. Kondisi akses jalan yang memadai bukan sekadar persoalan mobilitas fisik semata, melainkan menyentuh aspek yang jauh lebih luas, mulai dari kemudahan warga dalam menjangkau layanan kesehatan dan pendidikan, kelancaran distribusi program bantuan sosial pemerintah, hingga kemampuan petani lokal dalam memasarkan hasil panen mereka secara lebih menguntungkan.

Bagi Penelitian Selanjutnya, yang tertarik mendalami isu-isu serupa didorong untuk mengeksplorasi tema-tema yang belum tuntas dijawab dalam penelitian ini. Beberapa arah kajian yang relevan untuk dikembangkan agar benar-benar responsif terhadap karakteristik dan kebutuhan spesifik kawasan yang secara geografis terisolasi dari pusat layanan.

ACKNOWLEDGMENT

Penulis mengucapkan terimakasih kepada seluruh pihak yang telah ikut berkontribusi dalam penelitian ini. Apresiasi disampaikan kepada para Warga Dusun kedungdendeng Jipurapah Jombang serta bapak kepala dusun, bapak pendamping pkh dan Petugas kesehatan dusun kedungdendeng jipurapah jombang atas ketersediaanya dalam berpartisipasi dan berbagi pengalaman pada penelitian ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada dosen pembimbing serta institusi atas arahan dan dukungan selama proses penelitian berlangsung.

REFERENCES

Acquah-Hagan, G., Boateng, D., Appiah-Brempong, E., Twum, P., Atta, J. A., & Agyei-Baffour, P. (2021). Access differentials in primary healthcare among vulnerable populations in a

- health insurance setting in Kumasi Metropolis, Ghana: A cross-sectional study. *Journal Article*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/9911436>
- Afifah, T. N., Yusrani, K. G., Shabrina, R. S. N., & Ismail, N. (2022). Studi literatur: Analisis implementasi kebijakan program BPJS Kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. *2*(3), 113–121.
- Ariska, N., Wahyuni, S., & Ronaldi, R. (2023). Analisis tingkat kesejahteraan masyarakat di Desa Tebing Batu Kecamatan Sebawi Kabupaten Sambas Kalimantan Barat. *Jurnal Global Futuristik*, *1*(1), 27–35. <https://doi.org/10.59996/globalistik.v1i1.23>
- Atobatele, S., Omeje, O., Ayodeji, O., Oisagbai, F., & Sampson, S. (2022). Situational analysis of access to essential healthcare services in Nigeria: Implication for trans-sectorial policy considerations in addressing health inequities. 553–575. <https://doi.org/10.4236/health.2022.145041>
- Badan Pusat Statistik. (2024). Persentase penduduk miskin September 2024 turun menjadi 8,57 persen. <https://www.bps.go.id/id/pressrelease/2025/01/15/2401/>
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Jombang. (2025). Kecamatan Plandaan dalam angka 2025. BPS Kabupaten Jombang.
- Chambers, R. (1983). *Rural development: Putting the last first*. Longman.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, *94*, S95–S120.
- Darmawan, D., Alamsyah, T., & Rosmilawati, I. (2020). Participatory learning and action untuk menumbuhkan quality of life pada kelompok keluarga harapan di Kota Serang. *Journal of Nonformal Education and Community Empowerment*, *4*(2), 160–169. <https://doi.org/10.15294/pls.v4i2.41400>
- Hariato, S., & Si, M. (2015). Relasi orang miskin dan kebijakan penanggulangan kemiskinan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil kesehatan Indonesia 2022*. Kementerian Kesehatan RI.
- Lewis, W. A. (1954). Economic development with unlimited supplies of labour. *The Manchester School*, *22*(2), 139–191.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(18).
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper & Row.
- Mazenda, A., & Lubinga, M. (2024). Healthcare access and deprivation in low-income urban households. *Discover Social Science and Health*. <https://doi.org/10.1007/s44155-024-00108-x>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Moser, C. O. N. (1998). The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies. *World Development*, *26*(1), 1–19.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, *19*(2), 127–140.
- Powers, C. H., & Giddens, A. (1988). The constitution of society. *Social Forces*, *66*(4), 1124. <https://doi.org/10.2307/2579442>
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.

- Rahmayanti, V. (2019). Akses pelayanan kesehatan kepala keluarga perempuan di keluarga miskin: Studi kasus pelayanan kesehatan bagi peserta JKN di Indonesia.
- RS Aminda, Asri, N., Damanik, M. A., Mawarti, C., Fahriza, D., Hanifah, F. N., & Z, H. (2024). Pengaruh diskriminasi harga rumah sakit Jakarta terhadap pelayanan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga miskin. 2, 72–87.
- Salad, M. (2020). Pelayanan pihak rumah sakit swasta terhadap pasien miskin di Kota Lhokseumawe. *Asia-Pacific Journal of Public Policy*, 6(1), 59–78.
- Sari, N. I. (2020). Analisis implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) untuk pemerataan dan peningkatan kesejahteraan masyarakat miskin di Kecamatan Silih Nara Kabupaten Aceh Tengah.
- Sen, A. (1999). Development as freedom. Alfred A. Knopf.
- Siagian, M. (2016). Satisfaction level of participants in Workers Social Security Agency (BPJS) employment services in health care in Indonesia. 7(2).
- Sugeng Harianto, Muttaqin, A., & Prasetyo, D. (2025). Strategi bertahan hidup rumah tangga miskin di pedesaan Jawa Timur.
- Suhita, D., Haryanto, A. T., Siswanta, S., & Nagari, N. R. (2021). Akses pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin di Kecamatan Mojosonga Kabupaten Boyolali. *Research Fair Unisri*, 5(1), 105–120.
- Sulistiawati, A., RS, S., & Rahman, E. T. (2022). Pemberdayaan keluarga prasejahtera melalui Program Keluarga Harapan. *Tamkin: Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam*, 7(4), 397–418. <https://doi.org/10.15575/tamkin.v7i4.20395>
- Sumaryanto. (2020). Sistem pemasaran hasil pertanian di daerah terpencil Jawa. *Jurnal Penelitian Pertanian Terapan*.
- Survei Kesehatan Indonesia. (2023). Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023. Kementerian Kesehatan RI.
- Suryawati, C. (2019). Layanan kesehatan informal di daerah terpencil: Analisis monopsoni penyedia layanan.
- Widodo, M. H., Jatmiko, A. R., Asparita, & Rohman, M. F. (2022). Analisis Program Keluarga Harapan (PKH) untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga penerima manfaat (KPM) di Kabupaten Jombang. 9(11).
- World Health Organization. (2025). WHO (1948) – Definisi klasik kesehatan. <https://www.who.int/about/governance/constitution>