

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemiskinan merupakan masalah yang paling di resahkan oleh masyarakat baik secara absolut maupun secara relatif. Kemiskinan dapat dikategorikan menjadi kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif. Kemiskinan absolut dapat diartikan sebagai sumber-sumber materi, yang di bawahnya tidak ada kemungkinan kehidupan berlanjut, dengan kata lain hal ini adalah tingkat kelaparan, sedangkan kemiskinan relatif adalah perhitungan kemiskinan yang di dasarkan pada proporsi distribusi pendapatan dalam suatu negara (Rejekiingsih, 2011:32).

Tingkat kemiskinan sendiri di Indonesia sangat tinggi dimanajumlah penduduk miskin (penduduk dengan pengeluaran perkapita per bulan dibawah garis kemiskinan) pada bulan September 2017 di Indonesia mencapai 26,58 juta orang (10,12 persen), berkurang sebesar 1,19 juta orang dibandingkan dengan kondisi bulan Maret 2017 sebesar 27,77 juta orang (10,64 persen). Selama periode Maret-September 2017 jumlah penduduk miskin di daerah perkotaan turun sebanyak 401,28 ribu orang (dari 10,67 juta orang pada bulan Maret 2017 menjadi 10,27 juta orang pada bulan september 2017), sementara di daerah perdesaan turun sebanyak 786,95 ribu orang (dari 17,10 juta orang pada bulan Maret 2017 menjadi 16,31 juta orang pada bulan September 2017) (Sumber: Badan Pusat Statistik Tahun 2018).

**Tabel 1.1 Jumlah Penduduk Miskin di Kecamatan Kuranji
Tahun 2018**

No	Kelurahan	Jumlah penduduk miskin (Kepala Keluarga / KK)
1	Ampang	647
2	Anduring	1.642
3	Gunung Sarik	1.358
4	Kalumbuk	550
5	Korong Gadang	1.055
6	Kuranji	1.773
7	Lubuk Lintah	351
8	Pasar Ambacang	697
9	Sungai Sapih	558
	Total	8.631

Sumber: Data sekunder olahan dari kelurahan se kecamatan Kuranji, Tahun 2018

Dari data jumlah penduduk miskin yang berada di kecamatan Kuranji terdapat 8.631 KK, dan dilihat dari perkelurahan di kecamatan kuranji yang paling tertinggi di kelurahan Kuranji yang berjumlah 1.773 KK. Penduduk miskin yang belum sejahtera pemerintah Indonesia memberikan programke masyarakat itu sendiri agar menjadikan masyarakatsejahtera dan makmur. Program yang di berikan oleh pemerintah seperti adanya bantuan jaminan kesehatan, jaminan pendidikan, jaminan tempat tinggal, jaminan mendapatkan air bersih dan lain sebagainya. Kemiskinan merupakan kondisi yang jauh dari keadaan yang disebut sejahtera (*Welfare*). Sejahtera merupakan kondisi dimana seseorang berada pada suatu kondisi telah mampu memenuhi kebutuhan diluar kebutuhan dasar. Konsep *Welfare* ini menggambarkan sistem dimana negara mengambil tanggung jawab penuh terhadap kesejahteraan masyarakatnya. Misalnya penyediaan perlindungan, asuransi kesehatan, tunjangan pensiun, dan akses pelayanan kesehatan. Seperangkat dari program pemerintah yang bertujuan untuk menjamin kesejahteraan untuk menghadapi kemungkinan yang akan dihadapi dalam

modernitas, individualisasi, dan masyarakat yang terindustrialisasi. *Welfare State* sama sekali tidak dapat dipisahkan dengan peran negara yang aktif dalam mengelola dan mengorganisasi perekonomian yang di dalamnya mencakup tanggung jawab negara untuk menjamin ketersediaan pelayanan kesejahteraan dasar dalam tingkat tertentu bagi warganya (Sulistiyani 2004: 27-28).

Welfare state sendiri sangat erat kaitannya dengan kebijakan sosial yang di banyak negara mencakup strategi dan upaya-upaya pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan warganya, terutama melalui perlindungan sosial yang mencakup jaminan sosial (baik bentuk bantuan sosial dan asuransi sosial), maupun jaringan pengaman sosial. Negara Indonesia sering sekali disebut sebagai Negara Kesejahteraan karena pembukaan Undang-undang Republik Indonesia 1945 terdapat salah satu tujuan negara yang mengekspresikan gagasan Negara Kesejahteraan. Andersen (2012:4) mengungkapkan bahwa *welfare state* merupakan institusi negara dimana kekuasaan yang dimilikinya (dalam hal kebijakan ekonomi dan politik) ditujukan untuk:

- a. Memastikan setiap warga negara beserta keluarganya memperoleh pendapatan minimum sesuai dengan standar kelayakan.
- b. Memberikan layanan sosial bagi setiap permasalahan yang dialami warga negara (baik dikarenakan sakit, tua, atau menganggur), serta kondisi lain krisis ekonomi.
- c. Memastikan setiap warga negara mendapatkan hak-haknya tanpa memandang perbedaan status, kelas ekonomi, dan perbedaan lain.

Tanggung jawab negara untuk memberikan pelayanan sosial bagi masyarakat, bahwasannya memberikan pelayanan sosial dan memastikan setiap warga negara mendapatkan hak-hak tanpa memandang perbedaan status (Sumber: Andersen, 2012:4)

Di Indonesia sendiri pemerintah memberikan jaminan kesehatan untuk masyarakatnya agar terjamin kesehatan masyarakatnya. Menurut Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pasal 1 Tentang Jaminan Kesehatan, menyatakan bahwa di Indonesia sendiri pemerintah memberikan jaminan kesehatan untuk perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang di berikan pada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya di bayar oleh pemerintah, sedangkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau disingkat dengan BPJS adalah Intansinya sedangkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah programnya dan KIS adalah identitas peserta untuk berobat (Sumber: www.jkn.kemkes.go.id di akses pada 3 September 2018).

Setiap peserta yang terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak menerima identitas jaminan peserta kesehatan berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS), penerima bantuan kesehatan untuk masyarakat miskin namanya Penerima Bantuan Iuran (PBI). PBI ini di kategorikan menjadi dua yaitu PBI dan Non-PBI. Penerima Bantuan Iuran merupakan golongan masyarakat tidak mampu yang akan di bayarkan oleh negara, sedangkan Non-PBI merupakan golongan masyarakat mampu yang bisa membayar iuran secara mandiri. Iuran jaminan kesehatan bagi peserta PBI yang terdaftar oleh pemerintah daerah sebesar Rp. 23.000,00 (dua

puluh tiga ribu rupiah) perorang per bulan. Ketentuan iuran jaminan kesehatan berlaku pada tanggal 1 januari 2016 (Sumber: www.jkn.kemkes.go.id di akses pada 3 September 2018).

Sumber penerima PBI sendiri yaitu dari Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan Belanja Negara (PBI APBN) dan Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (PBI APBD) di Kota Padang penerima PBI APBN berjumlah 201.165 jiwa dan penerima PBI APBD berjumlah 77.478 jiwa pada bulan Juli 2018 (Sumber: *Data Sekunder dari BPJS Kesehatan, 2018*).

Tabel 1.2 Jumlah Penduduk dan Jumlah Penerima Bantuan Iuran dari Anggaran Pusat Belanja Negara(PBI- APBN)

No	Kelurahan	Jumlah Penduduk (Jiwa)	Jumlah Penerima Bantuan Iuran (PBI- APBN) (Jiwa)
1	Ampang	6.670	3.001
2	Anduring	14.568	3.166
3	Gunung Sarik	17.402	5.442
4	Kalumbuk	10.163	3.689
5	Korong Gadang	19.153	5.223
6	Kuranji	33.517	7.092
7	Lubuk Lintah	10.303	3.346
8	Pasar Ambacang	18.782	3.485
9	Sungai Sapih	13.499	3.385
	Total	144.057	37.829

Sumber: Data Sekunder olahan dari Kantor Kelurahan se-Kecamatan Kuranji 2018, dan Kantor Dinas Kesehatan Kota Padang 2018

Dari data kependudukan diatas menjelaskan bahwa jumlah penduduk tertinggi di Kelurahan Kuranji sebanyak 33.517 jiwa, sedangkan jumlah penerima bantuan iuran APBN di Kelurahan Kuranji sebanyak 7.092 jiwa.

Program jaminan kesehatan masyarakat merupakan jaminan perlindungan untuk memberikan secara menyeluruh yang diberikan secara berjenjang bagi masyarakat atau peserta yang iurannya dibayar oleh pemerintah. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat agar menjamin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Berdasarkan observasi awal yang dilakukan di Kecamatan Kuranji pada dasarnya keluarga miskin mendapatkan program pelayanan dari pemerintah secara gratis, sehingga bisa membantu keluarga miskin untuk mempermudah kehidupannya menjadi masyarakat yang sejahtera, namun sampai saat ini diperkirakan 28% masih ada keluarga miskin yang belum mendapatkan KIS dari pemerintah. Padahal KIS tersebut adalah hak keluarga miskin untuk memperolehnya, namun dengan adanya permasalahan yang terjadi menyebabkan keluarga miskin belum secara merata memperoleh haknya seperti kartu KIS yang belum menyeluruh diberikan kepada keluarga miskin karena pembagian KIS yang tidak tepat sasaran, contoh lainnya kartu KIS yang diberikan dapat diansumsikan karena adanya kedekatan antara orang dalam dengan masyarakat yang sebenarnya tidak berhak untuk mendapatkan. Keluarga miskin harus punya usaha sendiri untuk mendapatkan program tersebut, tidak bisa diam saja walaupun mereka pantas untuk mendapatkan program tersebut, jika tidak ada usaha maka mereka tidak mendapatkan program yang diberikan oleh pemerintah yaitu berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS). Kondisi seperti inilah yang membuat keluarga miskin melakukan strategi-strategi untuk mendapatkan KIS dengan secara langsung untuk merekomendasikan diri agar bisa memperoleh jaminan kesehatan

1.2 Rumusan Masalah

Sejak tahun 2014 disaat pemerintahan presiden Jokowi meluncurkan program Kartu Indonesia Sehat (KIS), dalam hal ini BPJS Kesehatan adalah badan yang menyelenggarakan, sedangkan KIS adalah programnya. Berdasarkan pengamatan yang peneliti lakukan, peneliti menemukan ada beberapa permasalahan menyangkut bahwasannya kartu KIS yang ditanggung oleh pemerintah belum sepenuhnya tepat sasaran untuk keluarga miskin. Sejalan dengan permasalahan tersebut masyarakat yang terdaftar sebagai keluarga miskin belum sepenuhnya dapat merasakan program bantuan dari pemerintah tersebut, seharusnya keluarga miskin yang lebih membutuhkan telah menerima jaminan kesehatan secara gratis, namun kenyataannya keluarga miskin masih ada yang tidak memperoleh KIS sehingga adanya inisiatif dari keluarga miskin untuk menciptakan strategi yang dianggap sebagai alat untuk mencapai tujuan demi memperoleh program kesehatan yang berguna untuk meringankan beban keluarga miskin. Berdasarkan uraian tersebut, maka permasalahan penelitian ini untuk mengetahui bagaimana *Strategi Keluarga Miskin untuk Memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS) dalam Program Welfare State Bidang Kesehatan di Kota Padang?*

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah diuraikan diatas, maka tujuan dari penelitian ini adalah:

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui “*Strategi Keluarga Miskin untuk Memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS) dalam Program Welfare State Bidang Kesehatan di Kota Padang*”

1.3.2 Tujuan Khusus

Mendeskripsikan strategi keluarga miskin untuk memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS) dari Pemerintah.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Aspek akademis

Memberikan kontribusi ilmu terhadap perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya yang berhubungan dengan disiplin ilmu sosial, terutama bagi studi masalah kemiskinan dan kebijakan publik.

1.4.2 Bagi Aspek Praktis

Memberikan bahan masukan bagi instansi-instansi pemerintah dan pihak-pihak terkait dalam memahami persoalan cara masyarakat miskin untuk mendapatkan program pelayanan dari pemerintah dan bahan masukan bagi peneliti lain khususnya bagi pihak-pihak yang tertarik untuk meneliti permasalahan ini lebih lanjut.

1.5 Tinjauan Pustaka

1.5.1 Konsep Strategi

Banyak konsep dari strategi dengan strategi lainnya seperti dilihat dari segi strategi pemberdayaan bahwa proses pemberdayaan umumnya dilakukan secara kolektif (kelompok-kelompok sosial) bahwa proses pemberdayaan terjadi dalam relasi satu lawan satu antara pekerja sosial dan klien dalam pertolongan seseorang (Namawi 1994:122).

Strategi dapat diartikan sebagai rencana atau siasat yang digunakan untuk mencapai maksud dan tujuan tertentu. Strategi juga diartikan sebagai upaya-upaya atau tindakan-tindakan penyesuaian untuk mengadakan reaksi terhadap situasi lingkungan tertentu dimana tindakan tersebut dilakukan secara sadar berdasarkan pertimbangan yang wajar (Badudu, 1994:407).

Dari sekian banyak definisi strategi di atas maka yang dirujuk dalam penelitian ini adalah strategi menurut Badudu, karena lebih relevan dengan penelitian ini.

1.5.2 Konsep Keluarga Miskin

Berdasarkan kamus bahasa Indonesia (2002) kemiskinan berasal dari kata miskin yang berarti suatu kondisi dimana seseorang tidak berharta benda, serba kekurangan dan berpenghasilan sangat rendah. Sedangkan pemikiran agama Islam, kata miskin diiringi dengan kata fakir, yang berarti orang yang sangat berkekurangan atau sangat miskin.

Menurut Yusuf Qardhawi, kemiskinan adalah lemahnya sumber penghasilan yang mampu diciptakan individu dalam masyarakat yang juga

mengimplikasikan akan lembar sumber penghasilan yang ada dalam masyarakat itu sendiri dalam memenuhi segala kebutuhan perekonomian dan kehidupan (Qardhawi, 2005:21).

Sedangkan masyarakat miskin adalah ketidak mampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar minimal untuk hidup layak, yang dimaksud dalam kebutuhan pokok yang meliputi kebutuhan akan makanan, pakaian, perumahan, perawatan kesehatan, pendidikan.

Badan Pusat Statistik dan Departemen Sosial mendefinisikan kemiskinan sebagai ketidak mampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar minimal untuk hidup layak, atau suatu kondisi yang berada di bawah garis standar kebutuhan minimum baik untuk makanan maupun non makanan yang disebut dengan garis kemiskinan, ada 14 indikator atau kriteria dari rumah tangga miskin :

1. Luas lantai tempat tinggal yang tertutup atap kurang dari 8 M² per kepala.
2. Jenis lantai tempat tinggal tersebut terbuat dari tanah/ bambu/ kayu murahan.
3. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/ rumbio/ kayu berkualitas rendah.
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar atau bersama-sama dengan tetangga lain.
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
6. Sumber air minum berasal dari sumur/ mata air tidak terlindung/ sungai/ air hujan.
7. Bahan masak sehari-hari adalah kayu bakar/ arang/ minyak tanah.

8. Hanya mengkonsumsi daging/ susu/ ayam satu kali dalam seminggu.
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
10. Hanya sanggup makan sekali atau dua kali dalam sehari.
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas atau poliklinik.
12. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah petani dengan jumlah lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 600.000,-perbulan
13. Pendidikan tertinggi dari kepala rumah tangga tidak sekolah/ tidak tamat SD/ hanya SMP.
14. Tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp. 500.000,- seperti sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, atau barang modal lainnya(Sumber: data Departemen Sosial, 2005).

1.5.3 Konsep *Welfare State*

Welfare State adalah negara kesejahteraan bertujuan mewujudkan kesejahteraan umum. Negara adalah alat yang dibentuk rakyatnya untuk mencapai tujuan bersama, yaitu kemakmuran dan keadilan sosial. Melihat teori negara dimana negara kesejahteraan bahwa Indonesia, dalam konsep sejahtera merujuk pada konsep pembangunan kesejahteraan sosial, yakni serangkaian aktivitas yang terencana dan melembaga yang ditujukan untuk meningkatkan standar dan kualitas kehidupan manusia. Sebagai sebuah proses untuk meningkatkan kondisi sejahtera (Nurtjahjo, 2004:32).

Di Indonesia sendiri ingin menjadikan negara yang sejahtera, dengan adanya kesejahteraan sosial bagi masyarakat merupakan suatu konsep yang

mempunyai arti yang sangat luas, kesejahteraan sosial dapat diartikan sebagai sesuatu keadaan dimana terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, aman sentosa, terhindar dari suatu bahaya serta sehat wal'afiat. Salah satu konsep dari kesejahteraan sosial tersebut adalah pemenuhan terhadap kebutuhan dasar manusia, dimana kebutuhan dasar tersebut tidak hanya terdiri dari kebutuhan akan sandang, pangan, dan papan, tetapi pendidikan dan kesehatan juga merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi sehingga manusia dapat berada dalam keadaan sejahtera di dalam kehidupannya.

Welfare state yaitu Kesejahteraan Negara (Suharto, 2007:104-105), pengertian kesejahteraan sedikit mengandung empat makna :

1. Sebagai kondisi sejahtera (*well-being*). Pengertian ini biasanya menunjukkan pada istilah kesejahteraan sosial (*social welfare*) sebagai kondisi terpenuhinya kebutuhan material dan non-material. mendefinisikan kesejahteraan sosial terjadi manakala kehidupan manusia aman dan bahagia karena kebutuhan dasar akan gizi, kesehatan, pendidikan, tempat tinggal, dan pendapatan dapat di penuhi, serta manakala manusia memperoleh perlindungan dari resiko utama yang mengancam kehidupannya.
2. Sebagai pelayanan sosial. Pelayanan sosial umumnya mencukupi lima bentuk, yakni jaminan sosial, pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, perumahan, dan pelayanan sosial personal (*personal social services*).

3. Sebagai tunjangan sosial yang di berikan kepada orang miskin. Karena sebagian besar penerima *Welfare* adalah orang-orang miskin, cacat, pengangguran.
4. Sebagai proses atau usaha terencana yang dilakukan oleh perorangan, lembaga-lembaga sosial, masyarakat maupun badan-badan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kehidupan melalui pemberian, pelayanan sosial, dan tujuangan sosial.

Dilihat dari empat makna tujuan kesejahteraan bahwasannya di Negara Indonesia sendiri pemerintah telah memberikan berbagai pelayanan sosial seperti, pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, perumahan, dan tunjangan sosial yang akan diberikan kepada orang miskin, cacat, pengangguran agar menjadi negara yang sejahtera yang dimana bentuk dari pemerintah bertanggung jawab untuk menjamin standar hidup minimum bagi setiap warganya. Salah satu yang diberikan oleh pemerintah yaitu dengan adanya Jaminan Sosial berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS) sebagai identitas penerima jaminan kesehatan yang akan diberikan untuk masyarakat agar mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis.

1.5.4 Konsep Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah program yang resmi oleh Presiden Joko Widodo dan Wakil Presiden Jusuf Kalla pada 3 November 2014 untuk membuat rakyat menjadi sehat dan sejahtera. Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu yang memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis (Sumber: layanansosial.blogspot.co.id).

Menurut Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pasal 1 Tentang Jaminan Kesehatan, menyatakan bahwa di Indonesia sendiri pemerintah memberikan jaminan kesehatan untuk perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan pada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya di bayar oleh pemerintah. Sedangkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau disingkat dengan BPJS adalah Intansinya sedangkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program nya dan KIS adalah identitas peserta untuk berobat (Sumber: www.jkn.kemkes.go.id di akses pada 3 September 2018).

Setiap peserta yang terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak menerima identitas jaminan peserta kesehatan berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS), penerima bantuan kesehatan untuk masyarakat miskin namanya Penerima Bantuan Iuran (PBI). PBI ini di kategorikan menjadi dua yaitu PBI dan Non-PBI. Penerima Bantuan Iuran merupakan golongan masyarakat tidak mampu yang akan di bayarkan oleh negara, sedangkan Non-PBI merupakan golongan masyarakat mampu yang bisa membayar iuran secara mandiri. Iuran jaminan kesehatan bagi peserta PBI yang terdaftar oleh pemerintah daerah sebesar Rp. 23.000,00 (dua puluh tiga ribu rupiah) perorang per bulan. Ketentuan iuran jaminan kesehatan berlaku pada tanggal 1 januari 2016 (Sumber: www.jkn.kemkes.go.id di akses pada 3 September 2018).

1.5.5 Tinjauan Sosiologis

Permasalahan ini dianalisis dengan menggunakan teori strukturasi dari Antony Giddens. Giddens mengatakan bahwa setiap riset dalam ilmu sosial atau sejarah selalu menyangkut penghubungan tindakan (sering kali disinonimkan dengan agen) dengan struktur. Namun dalam hal ini tak berarti bahwa struktur menentukan tindakan atau sebaliknya (Ritzer dan Douglas, 2004 : 507).

Teori strukturasi menolak adanya dualisme teori antara teori interaksionisme simbolik dengan fungsional struktural. Giddens menyatakan bahwa kita harus mulai dari praktik (interaksi) sosial yang berulang, yaitu sebuah teori yang menghubungkan antara agen dan struktur. Menurut Bernstein (dalam Ritzer dan Douglas, 2004:508), "tujuan fundamental dari teori strukturasi adalah untuk menjelaskan hubungan dialektika dan saling pengaruh mempengaruhi antara agen dan struktur.

Menurut Giddens, agen dan struktur tak dapat dipahami dalam keadaan saling terpisah, agen dan struktur ibarat dua sisi mata uang logam. Seluruh tindakan sosial memerlukan struktur dan seluruh struktur memerlukan tindakan sosial. Meskipun titik tolak analisis Giddens adalah praktik atau tindakan sosial, tapi ia berpendirian bahwa aktivitas bukanlah dihasilkan sekali jadi oleh aktor sosial, tetapi secara terus menerus mereka ciptakan ulang melalui suatu cara, dan dengan cara itu menyatakan diri mereka sendiri sebagai aktor.

Hubungan antara pelaku dan struktur berupa relasi dualitas, bukan dualisme. Dualitas itu terjadi pada praktik sosial yang berulang dan terpolada pada

lintas ruang dan waktu. Dualitas terletak dalam fakta bahwa suatu struktur mirip pedoman yang menjadi prinsip praktik-praktik di berbagai tempat dan waktu tersebut merupakan hasil perulangan berbagai tindakan kita. Berbeda dengan Durkhemian tentang struktur, struktur dalam gagasan Giddens bersifat memberdayakan: memungkinkan terjadinya praktik sosial, dari berbagai prinsip struktural. Itulah mengapa Giddens melihat struktur sebagai sarana (medium dan resources) (Priyono dan Herry, 2002:22-23).

Dalam melakukan tindakan, Giddens membedakan tiga dimensi internal pelaku, yaitu motivasi tak sadar (unconscious motives), kesadaran praktis (practical consciousness), dan kesadaran diskursif (discursive consciousness). Motivasi tak sadar menyangkut keinginan atau kebutuhan yang berpotensi mengarahkan tindakan, tapi bukan tindakan itu sendiri (Priyono dan Herry 2002:28). Lain dengan motivasi tak sadar, "kesadaran diskursif" mengacu pada kapasitas kita merefleksikan dan memberikan penjelasan rinci serta eksplisit atas tindakan kita (Priyono dan Herry, 2002:28).

Kesadaran praktis menunjukkan pada gugus pengetahuan praktis yang tidak selalu bisa diurai. Kesadaran praktis ini adalah kunci untuk memahami proses bagaimana tindakan dan praktik sosial kita lambat laun menjadi struktur, dan bagaimana struktur itu mengekang serta memampukan tindakan praktik sosial kita (Priyono dan Herry, 2002:29). Menurut Giddens, tidak ada dinding pemisah antara kesadaran praktis dan kesadaran diskursif, hanya saja ada perbedaan antara apa yang dikatakan dengan apa yang semata-mata telah dilakukan, namun adalah

penghalang terpusat terutama pada represi diantara kesadaran diskursif dan ketidaksadaran (Giddens, 2010:10).

Giddens mengungkapkan komponen-komponen teori strukturasi, pertama agen terus menerus memonitor pemikiran dan aktivitas mereka sendiri serta konteks sosial dan fisik mereka, dalam upaya mencari perasaan aman aktor merasionalisasikan kehidupan mereka, aktor juga mempunyai motivasi untuk bertindak dan motivasi meliputi keinginan dan hasrat yang mendorong tindakan (Ritzer dan Douglas, 2004:509). Untuk bertindak dengan sadar, maka seorang agen harus memiliki kesadaran praktis, dengan menekankan pada kesadaran praktis ini, terjadi transisi halus dari agen ke keagenan (*agency*). Giddens sangat menekankan pada keagenan (*agency*), keagenan berarti peran individu. Apapun yang terjadi, takkan menjadi struktur seandainya individu tak mencampurinya. Agen mampu menciptakan pertentangan dalam kehidupan sosial dan agen takkan berarti apa-apa tanpa kekuasaan.

Giddens mendefinisikan sistem sosial sebagai praktik sosial yang dikembangkan, artinya struktur dapat terlihat dalam bentuk praktik sosial yang direproduksi. Jadi struktur serta muncul dalam sistem sosial dan menjelma dalam ingatan agen yang berpengetahuan banyak. Struktur didefinisikan sebagai properti properti yang berstruktur (aturan dan sumber daya) properti yang memungkinkan praktik sosial serupa yang dapat dijelaskan untuk eksis disepanjang ruang dan waktu, yang membuatnya menjadi bentuk sistemik. Giddens berpendapat bahwa struktur hanya ada di dalam dan melalui aktivitas manusia (Ritzer dan Douglas, 2004:510).

Agensi berkaitan dengan kejadian yang melibatkan individu sebagai pelaku, dalam artian bahwa individu itu bisa bertindak berbeda-beda dalam setiap fase apapun dalam suatu urutan tindakan tertentu. Apapun yang terjadi, tidak akan terjadi tanpa peranan individu tadi. Tindakan merupakan sebuah proses berkesinambungan, sebuah arus yang di dalamnya kemampuan introspeksi dan mawas diri yang dimiliki individu sangat penting bagi pengendalian terhadap tubuh yang biasa dijalankan oleh para aktor dalam kehidupan keseharian mereka (Giddens, 2010:14).

Dari uraian diatas dapat diartikan sebuah pemahan pokok mengenai strukturasi yaitu:

1. Agen dan struktur hanya terwujud dalam praktik sosial, sehingga agen dan struktur dapat dilihat dalam praktik sosial.
2. Hubungan antara agen dan struktur pada dasarnya harus dilihat sebagai relasi “dualitas struktur”, dimana terjadi hubungan koheren didalamnya yakni: struktur bertindak sebagai medium bagi agen untuk melakukan praktik sosial, dan sekaligus sebagai hasil dari peluang praktik sosial yang dilakukan oleh agen.
3. Praktik sosial dalam teori strukturasi, dilihat sebagai praktik sosial yang mengintegrasikan agen-struktur, karena di dalam kenyataannya agen-struktur merupakan kesatuan yang tak dapat dipisahkan.

Penelitian ini menggunakan teori strukturasi Anthony Giddens untuk menganalisis masalah Kartu Indonesia Sehat, hal yang menjadi penekan dalam penelitian ini adalah fenomena kartu KIS seharusnya menjadi hak bagi keluarga miskin tetapi kenyataannya keluarga miskin yang berstrategi untuk mendapatkan kartu KIS tersebut. Keluarga miskin menjadi agen, aturan atau prosedur kartu KIS menjadi struktur dan sistem sosialnya adalah kawasan Kecamatan Kuranji, jadi nanti disini peneliti akan menganalisis bagaimana keluarga miskin memanfaatkan struktur (aturan atau prosedur kartu KIS) untuk berpraktik.

Teori strukturasi dilihat adanya dua litas terletak dalam fakta bahwa suatu struktur mirip pedoman yang menjadi prinsip praktik-praktik diberbagai tempat dan waktu tersebut merupakan hasil pengulangann berbagai tindakan kita. Dari berbagai prinsip strukturan, Giddens terutama melihat tiga gugus besar stuktur.

- 1) Struktur penandaan atau signifikasi (*signification*) yang menyangkut skemata simbolik, pemaknaan, penyebutan, dan wacana.
- 2) Struktur penguasaan atau dominasi (*domination*) yang mencakup skemata penguasaan atas orang (politik) dan barang / hal (ekonomi).
- 3) Struktur pembenaran atau legitimasi (*legitimation*) yang menyangkut skemata peraturan normatif, yang terungkap dalam tata hukum.

Dalam gerak praktik sosial, ketiga gugus prinsip struktural tersebut terkait satu sama lain, struktur signifikasi pada gilirannya juga mencakup struktur dominasi dan legitimasi (Giddens, 2002: 22-25).

1.5.6 Penelitian Relevan

Penelitian yang dirasa relevan dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sumatera Utara. Andro Yobel Sinaga (2016) “Efektifitas Pelaksanaan Program Kartu Indonesia Sehat Dalam Pelayanan Kesehatan Di Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) Kota Medan”. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa efektifitas pelaksanaan kartu indonesia sehat pada puskesmas sudah baik namun belum maksimal didalam pelayanan terutama dalam sistem rawat inap yang belum ada, sarana, dan prasarana yang belum maksimal serta masih ada masyarakat kurang mampu yang belum mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

Penelitian yang dirasa relevan yang berkaitan dengan Kartu Indonesia Sehat adalah peneliti yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Studi Ilmu Pemerintahan Fisip Universitas Sam Ratulangi Sulawesi Utara. Rikal Eben Moniung (2017) “Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan Kabupaten Minahasa”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat dapat dikaji melalui ketersediaan informasi yang lengkap dan akurat dalam pelayanan administrasi Kartu Indonesia Sehat kepada pasien pengguna layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan ditemui masih kurang disosialisasikan dengan baik, dimana masih banyak peserta KIS yang belum mengetahui tentang mekanisme penggunaan layanan KIS, termasuk tentang tanggungan biaya rawat inap maupun pembelian obat-obatan yang tidak keseluruhan yang ditanggung oleh KIS.

Penelitian yang penulis angkat tentang Kartu Indonesia Sehat memiliki fokus tersendiri mengenai strategi keluarga miskin untuk memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS) dalam program *Welfare State* bidang kesehatan di Kota Padang, sedangkan keluarga miskin seharusnya memiliki kartu indonesia sehat itu secara gratis untuk membantu berobat secara gratis agar kesehatannya juga dijaga dan diperhatikan oleh pemerintah itu sendiri. Perbedaan fokus penelitian yang penulis lakukan dengan penelitian terdahulu adalah mengenai strategi keluarga miskin untuk memperoleh KIS dan melihat dari sudut pandang program *Welfare State* dimana pada dasarnya keluarga miskin di Indonesia mendapatkan program pelayanan kesehatan secara gratis, sehingga bisa membantu keluarga miskin untuk berobat secara gratis tetapi permasalahan disini bahwasannya KIS ini seharusnya adalah hak untuk keluarga miskin tetapi kenyataanya masih ada keluarga miskin yang belum diberikan secara merata.

1.6 Metode Penelitian

Penelitian ini mendeskripsikan strategi keluarga miskin untuk memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS) dalam program *Welfare State* bidang kesehatan di Kota Padang dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Sebagaimana yang disampaikan oleh Afrizal (2014: 11) bahwa pendekatan mengacu pada perspektif teoritis yang dipakai oleh para peneliti dalam melakukan penelitian. Menurut Afrizal, (2014:13) pendekatan kualitatif merupakan metode penelitian ilmu-ilmu sosial yang mengumpulkan data berupa kata-kata (lisan maupun tulisan) dan

perbuatan manusia serta peneliti tidak berusaha menghitung atau mengkuantifikasikan data kualitatif kedalam bentuk angka-angka.

Metode ini dipilih dengan tujuan untuk mengupayakan suatu penelitian dengan menggambarkan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta dari suatu peristiwa atau sifat-sifat tertentu. Pertama, Bogdan dan Taylor mendefinisikan metode kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Pendekatan ini diarahkan pada latar dan individu tersebut secara holistic (utuh). Jadi, dalam hal ini tidak boleh mengisolasi individu atau organisasi kedalam variabel atau hipotesis, tetapi perlu memandangnya sebagai bagian dari sesuatu keutuhan. (Moleong, 2006: 4).

Untuk tipe penelitian yang dipakai dalam rencana penelitian ini adalah tipe penelitian deskriptif yakni penelitian yang bermaksud memberi gambaran mendalam, sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta serta hubungan antara fenomena yang diselidiki. Menurut Sugiyono (2005: 21) menyatakan bahwa metode deskriptif adalah suatu metode yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis suatu hasil penelitian tetapi tidak digunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas. Penelitian yang bersifat deskriptif ini berusaha menggambarkan dan menjelaskan secara rinci mengenai strategi keluarga miskin memperoleh kartu indonesia sehat dalam program *Welfare State* bidang kesehatan di Kota Padang.

1.6.1 Pendekatan Penelitian

Konsep tentang pendekatan penelitian tidaklah sama dengan konsep metode penelitian. Pendekatan penelitian lebih mengacu kepada perspektif teoritis yang dipakai oleh para peneliti dalam melakukan penelitian. Mengacu kepada perspektif teoritis tertentu, biasanya adalah perspektif-perspektif yang berada di dalam paradigma post-positivis, seperti teori Strukturasi. Pendekatan penelitian dipahami sebagai sudut pandang yang dipakai untuk menjawab permasalahan penelitian.

Untuk tipe penelitian yang dipakai dalam rencana penelitian ini adalah tipe penelitian deskriptif yakni penelitian yang bermaksud memberi gambaran mendalam, sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta serta hubungan antara fenomena yang diselidiki. Penelitian yang bersifat deskriptif ini berusaha menggambarkan dan menjelaskan secara rinci mengenai strategi keluarga miskin untuk memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS).

1.6.2 Informan Penelitian

Informan adalah orang-orang yang memberikan informasi baik tentang dirinya maupun orang lain atau suatu kejadian, sedangkan responden adalah orang-orang yang hanya menjawab pertanyaan-pertanyaan pewawancara tentang dirinya dengan hanya merespon pertanyaan-pertanyaan pewawancara bukan memberikan informasi atau keterangan. Karena dalam penelitian kualitatif peneliti harus menempatkan orang atau sekelompok orang yang diwawancarai sebagai sumber informasi. Maka selayaknya mereka disebut informan bukan responden (Afrizal 2014: 139).

Sedangkan untuk mendapatkan data awal dari penelitian ini digunakan teknik mekanisme disengaja (*purposive sampling*). Arti mekanisme disengaja adalah sebelum melakukan penelitian para peneliti menetapkan kriteria yang harus dipenuhi oleh orang yang dijadikan sumber informasi. Berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan, peneliti telah mengetahui identitas orang-orang yang dijadikan informan penelitiannya sebelum penelitian dilakukan (Afrizal,2014:140).

Adapun teknik pemilihan informan di atas, maka keluarga miskin menjadi informan harus memiliki kriteria sebagai berikut:

1. Keluarga miskin
2. Keluarga miskin yang bertempat tinggal asli daerah Keluhan Kuranji
3. Penerima Kartu Indonesia Sehat (KIS) 2 tahun yang lalu (periode 2016-2018)
4. Penerima yang tidak sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan oleh pemerintah

Menurut Afrizal (2014: 139) ada dua kategori informan yaitu sebagai berikut:

1. Informan pelaku adalah informan yang memberikan keterangan dirinya tentang perbuatannya, tentang pemikirannya, tentang interpretasinya (maknanya) atau tentang pengetahuannya. Mereka adalah subjek dari penelitian itu sendiri. Yang menjadi informan pelaku adalah keluarga miskin yang mendapatka kartu indonesia sehat.

Adapun keluarga miskin yang menjadi informan pelaku dalam penelitian ini berjumlah 6 orang. Alasan pengambilan informan yang berjumlah 6 orang ini sudah menjawab tujuan dari penelitian dengan variasi jawaban. Penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga miskin memiliki strategi masing-masing untuk memperoleh KIS dan kendala mendapatkan KIS juga bervariasi sehingga peneliti dapat menghentikan proses penelitian. informan pelaku dalam penelitian ini yakni sebagai berikut:

Tabel 1.3
Informan Pelaku

No	Informan	Umur (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan	Strategi	Periode (tahun)
1	Ernawati	48	SD	Buruh tani	<ul style="list-style-type: none"> • Kedekatan dengan perangkat Rukun Tetangga (RT) 	2017
2	Abdul	87	SD	Kuli bangunan	<ul style="list-style-type: none"> • Kedekatan dengan perangkat Rukun Tetangga (RT) 	2016
3	Nopi	32	SD	Buruh tani	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan berkala ke Kantor Lurah mengenai peluang untuk mendapatkan KIS • Melihat prosedur KIS melalui <i>online</i> 	2016
4	Nurtini	55	Tidak bersekolah	Tidak bekerja	<ul style="list-style-type: none"> • Klarifikasi berkas secara langsung melalui Kantor Lurah • Klarifikasi berkas secara langsung melalui Kantor Lurah 	2016
5	Elsa	27	SMK	Berdagang	<ul style="list-style-type: none"> • Kedekatan dengan perangkat Rukun Tetangga (RT) 	2017
6	Samsidar	69	Tidak bersekolah	Jual lontong	<ul style="list-style-type: none"> • Klarifikasi berkas secara langsung melalui Kantor Lurah 	2016

Sumber : Data primer 2018

Ket : Keluarga Miskin yang Mendapatkan KIS

2. Informan pengamat adalah informan yang memberikan informasi tentang orang lain atau suatu kejadian atau suatu hal kepada peneliti. Informan kategori ini dapat orang yang tidak diteliti dengan kata lain orang yang mengetahui orang yang kita teliti atau pelaku kejadian yang diteliti. Mereka disebut sebagai saksi suatu kejadian atau pengamat lokal. Dalam berbagai literatur mereka ini disebut pula sebagai informan kunci. Informan pengamat dalam penelitian ini adalah tetangga atau keluarga miskin yang tidak mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS), dan tokoh masyarakat.

Tabel 1.4
Informan Pengamat (tetangga atau keluarga miskin yang tidak mendapatkan KIS.)

No	Informan	Umur (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan
1	Murniyati	49	SD	Ibu Rumah Tangga
2	Yusmiani	42	SMP	Ibu Rumah Tangga

Sumber: Data Primer, 2018

Ket: tetangga atau keluarga miskin yang tidak mendapatkan KIS

Tabel 1.5
Informan Pengamat

No	Nama	Jenis kelamin	Umur (tahun)	Jabatan
1	Syamsimar S.Pd	Perempuan	46	Kasi Kesos Pemberdayaan Masyarakat (Kantor Lurah)
2	Kisman	Laki-laki	50	Ketua RT
3	Karman	Laki-laki	64	Ketua RW

Sumber: Data Primer, 2018

Ket: Tokoh Masyarakat

1.6.3 Sumber Data Diambil

Menurut Lofland sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain (Moleong 2006: 157). Dalam penelitian ini, data didapat melalui dua sumber, yaitu :

1. Data primer

Data primer atau data utama merupakan data atau informasi yang didapatkan langsung dari informan penelitian dilapangan. Data primer didapatkan dengan menggunakan teknik observasi dan wawancara mendalam (Moleong, 2006: 157). Data primer yang diambil adalah data yang menyangkut tentang strategi keluarga miskin untuk memperoleh KIS, yang dimana data yang didapatkan adalah jumlah penghasilan kepala keluarga, pekerjaan, pendidikan, jumlah anak, dan menanyakan hal-hal penting yang bersangkutan dengan KIS. Data primer didapatkan oleh informan baik penerima KIS dan yang tidak penerima KIS.

2. Data sekunder

Data sekunder yaitu data tambahan yang diperoleh melalui penelitian pustaka yakni pengumpulan data yang bersifat teori yang berupa pembahasan tentang bahan tertulis, literature hasil penelitian (Moleong, 2004:159). Data sekunder diperoleh melalui studi kepustakaan, yakni dengan cara mempelajari bahan-bahan tertulis, literatur-literatur yang berkaitan, dan hasil penelitian. Dalam penelitian ini data yang dikumpulkan dari lapangan di dapatkan dari Badan Pusat Statistik Kota Padang, Dinas Sosial, Kantor Lurah, Kantor Kecamatan tentang data

jumlah masyarakat miskin yang ada di Kota Padang, data jumlah Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang diberikan atau disebar oleh pemerintah untuk masyarakat yang membutuhkan dengan mendapatkan pelayanan kesehatan agar warga Indonesia menjadi sejahtera dan mempermudah berobat dengan menggunakan KIS.

1.6.4 Teknik dan Proses Penelitian

1.6.4.1 Teknik pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara yang digunakan untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam penelitian. Sedangkan alat adalah benda yang digunakan untuk mengumpulkan data. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan alat berupa:

1. Pedoman wawancara, berisi daftar pertanyaan untuk informan
2. Buku catatan dan pena, mencatat hal penting yang didapat saat penelitian mengenai informan serta apa saja yang telah di observasi
3. *Handphone*, digunakan sebagai alat perekam pada saat wawancara
4. Kamera, digunakan untuk mendokumentasikan setiap peristiwa ketika dalam penelitian.

Menurut Afrizal (2014:21) Teknik pengumpulan data dapat dilakukan dengan dua cara sebagai berikut :

1. Observasi

Observasi merupakan suatu aktivitas peneliti dalam rangka mengumpulkan data yang berkaitan dengan masalah penelitian melalui proses pengamatan langsung dilapangan. Metode observasi dipilih karena dapat memahami realitas

sosial dan interaksi sosial, dapat menyimpulkan hal-hal yang bersifat intra-subyektif dan inter-subyektif yang timbul dari tindakan aktor yang diamati. Pada penelitian ini peneliti memberikan maksud penelitian kepada kelompok yang diteliti, cara observasi yang disebut dengan *participant as observer*.

Untuk melakukan observasi, peneliti terjun kelapangan, mengamati setiap tingkah laku informan, aktifitas kegiatan yang di lakukan oleh informan keluarga miskin. Observasi sudah dilakukan awal perencanaan penelitian ini. Adapun yang diobservasi selama penelitian ini adalah lokasi keadaan tempat tinggal keluarga miskin, kegiatan keseharian keluarga miskin. Selanjutnya observasi yang dilakukan dirumahnya karena melihat kondisi keluarga miskin itu sendiri, memperhatikan setiap sudut rumah seperti aset apa yang mereka miliki. Observasi ini sudah dilakukan semenjak bulan April 2018.

2. Wawancara mendalam

Seorang peneliti tidak melakukan wawancara berdasarkan sejumlah pertanyaan yang telah disusun dengan mendetail dengan alternatif jawaban yang telah dibuat sebelum melakukan wawancara, melainkan berdasarkan pertanyaan yang umum kemudian didetailkan dan dikembangkan ketika melakukan wawancara atau setelah melakukan wawancara untuk melakukan wawancara berikutnya. Pertanyaan yang telah dipersiapkan sebelum melakukan wawancara (disebut pedoman wawancara), tetapi pertanyaan-pertanyaan tidak terperinci dan berbentuk pertanyaan terbuka (tidak ada alternatif jawaban).

Proses wawancara dilakukan disaat kondisi sekitar tidak terlalu ramai. Meskipun proses wawancara berlangsung di Kelurahan Kuranji tidak menjadikan

hambatan bagi peneliti untuk melakukannya. Informan yang diwawancarai terlihat dalam kondisi tidak terlalu sibuk. Pertanyaan-pertanyaan yang dilontarkan dimulai dari pertanyaan dasar seperti identitas informan, selanjutnya pertanyaan mengenai kegiatan informan sehari-hari seperti pukul berapa pergi bekerja, menanyakan tempat bekerja, lalu pertanyaan mengenai pola makan hingga berakhir dengan pertanyaan mengenai strategi keluarga miskin memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS). Ketika wawancara berlangsung, hasil wawancara dicatat dalam bentuk catatan ringkas dan direkam menggunakan *handphone*. Setelah dilakukannya wawancara peneliti mendengarkan kembali hasil rekaman, membaca kembali point penting dilapangan hingga diperluas menjadi catatan lapangan.

Dalam penelitian ini informan yang diwawancarai adalah keluarga miskin, tetangga yang tidak mendapatkan Kartu Indonesia Sehat, serta tokoh masyarakat seperti ketua RT, ketua RW dan Lurah yang mengetahui tentang adanya program KIS. Wawancara ini dilakukan di rumah keluarga miskin tersebut wawancara dimulai dengan mendekati informan dan mengajaknya berbincang sehingga percakapan bisa dilakukan dengan santai dan informan tidak merasa terganggu. Wawancara mendalam ini sudah terlaksana selama bulan April 2018.

1.6.4.2 Proses Pengumpulan Data

Penelitian dilakukan dengan dimulainya observasi awal pada bulan Mei 2018. Observasi awal dilakukan untuk melihat bagaimana permasalahan yang ada dilapangan. Proses penelitian juga dibantu dengan mencari referensi baik melalui buku, jurnal, penelitian terdahulu, internet, dan lain sebagainya. Pencarian

referensi berguna untuk membantu peneliti menemukan masalah yang sudah ada sebelumnya, dan melihat apakah fokus masalah ini sudah pernah dikaji sebelumnya.

Sebelum peneliti melakukan ke lapangan, peneliti terlebih dahulu mencari informasi mengenai jumlah penduduk miskin yang ada di Kecamatan Kuranji untuk mengetahui tingginya jumlah penduduk miskin yang tertinggi di Kecamatan Kuranji, jumlah penduduk yang tertinggi terdapat di Kelurahan Kuranji. Peneliti langsung menanyakan informasi mengenai program Kartu Indonesia Sehat di Kelurahan Kuranji. Peneliti juga meminta data tambahan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada bulan Agustus 2018, namun data yang di dapatkan saat itu tidak terlalu terperinci hanya berupa data jumlah penerima Kartu Indonesia Sehat se Kota Padang, tidak ada jumlah penerima Kartu Indonesia Sehat per Kecamatan Kuranji. Dilanjutkan untuk meminta data yang lebih terperinci ke Dinas Kesehatan Kota Padang, sebelum meminta data peneliti terlebih dahulu mengurus surat rekomendasi untuk penelitian ke Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik yang berada dikawasan Kantor Wali Kota Padang. Pengajuan surat rekomendasi langsung dikeluarkan pada hari yang sama, peneliti langsung masukan surat izin penelitian ke Kantor Dinas Kesehatan Kota Padang, Kantor Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan Kota Padang, Kantor Kecamatan Kuranji dan Kantor Lurah Kuranji. Setelah menanyakan informasi mengenai program Kartu Indonesia Sehat, peneliti langsung terjun ke lapangan untuk menanyakan strategi keluarga miskin untuk memperoleh Kartu Indonesia Sehat secara individu, sebelum melakukan wawancara mendalam peneliti

menanyakan terlebih dahulu oleh ketua RT, dan ketua RW tentang program kartu KIS tersebut, dan menanyakan siapa saja yang mendapatkan kartu KIS dan siapa saja yang tidak mendapatkan kartu KIS di Kelurahan Kuranji.

Proses peneliti masing-masing informan pelaku dan informan pengamat, dan sumber triangulasi memiliki waktu yang berbede-beda. Untuk informan 1, yakni Ibu Ernawati dilakukan wawancara pada hari Selasa tanggal 18 September 2018 pukul 11.52 WIB di depan rumah ibu Ernawati, wawancara dilakukan selama 12 menit. Setelah itu peneliti menanyakan selain ibu Ernawati siapa lagi yang mendapatkan Kartu Indonesia Sehat, dan ibu Ernawati memberitahu bahwasannya tetangganya ada juga yang mendapatkan kartu KIS, setelah selesai melakukan wawancara oleh ibu Ernawati peneliti langsung menemui informan kedua.

Informan kedua yakni bapak Abdul yang ditemui di salah satu rumah yang bedekatan dengan tempat tinggal ibu Ernawati. Wawancara dilakukan pada hari Selasa tanggal 18 September 2018 pukul 12.30 WIB wawancara dilakukan selama 21 menit. Peneliti mewawancarai informan tepatnya di depan rumah bapak Abdul. Peneliti juga menanyakan kepada informan yang mendapatkan kartu KIS selain bapak Abdul, setelah mendengar pernyataan dari bapak Abdul peneliti pun langsung menemui informan ketiga.

Informan ketiga yakni Ibu Nopi, wawancara dilakukan di rumah ibu Nopi, pada tanggal 19 September 2018 hari Rabu, pukul 11.05 WIB. Wawancara dilakukan selama 15 menit. Selesai melakukan wawancara bersama ibu Nopi juga memberi informasi kepada peneliti siapa saja yang mendapat kartu KIS tersebut

secara individu, peneliti langsung menemui informan selanjutnya atas rekomendasi dari informan ibu Nopi.

Informan keempat yakni Amak Nutini, wawancara dilakukan pada tanggal 19 September 2018 hari Rabu di rumah anak amak Nurtini. Wawancara dilakukan selama 13 menit. Setelah itu peneliti langsung menemui informan selanjutnya yang berada disekitar rumah amak Nurtini.

Informan kelima yakni Elsa, wawancara dilakukan pada tanggal 20 September 2018 hari Kamis, pukul 12.12 WIB, wawancara dilakukan selama 19 menit. Wawancara dilakukan didepan warung milik Elsa, dan informan selanjutnya oleh orang tua Elsa sendiri. Informan keenam yakni amak Syamsidar, wawancara dilakukan bersamaan dengan informan kelima pada tanggal 20 September 2018, pukul 12.35 WIB, wawancara dilakukan selama 20 menit di rumah amak Syamsidar sendiri.

1.6.5 Unit Analisis

Dalam riset ilmu sosial, hal yang penting adalah menentukan suatu yang berkaitan dengan apa atau siapa yang dipelajari. Persoalan tersebut bukan menyangkut topik riset, tetapi apa yang disebut dengan unit analisis. Dari unit analisis itulah data diperoleh, dalam arti kepada siapa atau apa, tentang apa, proses pengumpulan data diarahkan. Unit analisis dalam suatu penelitian berguna untuk memfokuskan kajian dalam penelitian yang dilakukan atau dengan pengertian lain objek yang diteliti ditentukan dengan kriterianya sesuai dengan permasalahan dan tujuan penelitian. Unit analisis juga berguna untuk memfokuskan kajian dalam penelitian yang dilakukan atau menentukan kriteria dari objek yang diteliti dari

permasalahan dan tujuan penelitian. Unit analisis dapat berupa individu, masyarakat, lembaga (keluarga, perusahaan, organisasi, negara dan komunitas).

Unit analisis dalam suatu penelitian berguna untuk memfokuskan kajian dalam penelitian yang akan dilakukan atau dengan pengertian lain objek yang diteliti ditentukan dengan kriteria sesuai dengan permasalahan dan tujuan penelitian. Unit analisis dalam penelitian ini adalah keluarga miskin.

1.6.6 Analisis Data

Analisis data adalah aktifitas yang terus-menerus dalam melakukan penelitian kualitatif. Analisa data dilakukan bersama-sama dengan mengumpulkan data sehingga pengumpulan data analisa berlangsung dari awal sampai akhir penelitian. Data tersebut sudah dikumpulkan dalam beraneka ragam cara seperti observasi, wawancara dan dokumen. (Afrizal, 2014: 178)

Dalam hal ini, analisis data yang dilakukan adalah analisis data Miles dan Huberman. Secara garis besar, Miles dan Huberman membagi analisis data dalam penelitian kualitatif ke dalam tiga tahap yaitu, kodifikasi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Berikut akan disajikan secara mendetail ketiga tahap tersebut dan akan dijelaskan pula cara-cara melakukan setiap tahapannya (Miles, 1992:15).

Tahap kodifikasi data merupakan tahap pengkodean terhadap data. Hal ini mereka maksud dengan pengkodean data adalah peneliti memberikan nama atau penamaan terhadap hasil penelitian. Hasil kegiatan tahap pertama adalah diperolehnya tema-tema atau klasifikasi dari hasil penelitian. Tema-tema atau klasifikasi itu telah mengalami penamaan oleh peneliti. Cara melakukannya

adalah peneliti harus menulis ulang catatan-catatan lapangan yang mereka buat, setelah itu peneliti memilih informasi yang penting dan tidak penting tentunya dengan memberikan tanda-tanda.

Tahap penyajian data adalah sebuah tahap lanjutan analisis dimana peneliti menyajikan temuan peneliti berupa kategori atau pengelompokan. Miles dan Huberman menganjurkan menggunakan matrik dan diagram untuk menyajikan hasil penelitian lebih efektif.

Tahap penarikan kesimpulan atau verifikasi adalah suatu tahap lanjutan dimana pada tahap ini peneliti menarik kesimpulan dari temuan data. Ini adalah interpretasi peneliti atas temuan suatu wawancara atau sebuah dokumen. Setelah kesimpulan diambil, peneliti kemudian mengecek lagi kesalahan interpretasi dengan cara mengecek ulang proses coding dan penyajian data untuk memastikan tidak ada kesalahan yang telah dilakukan (Afrizal, 2014 : 178-180).

Data yang dianalisis berupa 6 kasus keluarga miskin yang memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS) berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam yang telah dielaborasi kedalam catatan lapangan sebagai bahan mentah untuk melakukan analisis. Analisis dilakukan mulai dari melakukan penamaan terhadap bagian yang diklasifikasikan. Setelah itu, penamaan tersebut dijelaskan dan disajikan secara rinci. Untuk yang terakhir, peneliti kemudian menarik kesimpulan berdasarkan data yang telah disajikan.

1.6.7 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dapat diartikan sebagai *setting* atau konteks sebuah penelitian. Tempat tersebut tidak selalu mengacu pada wilayah, tetapi juga kepada organisasi dan sejenisnya (Afrizal, 2014:128). Dalam penelitian ini lokasi penelitiannya di Kelurahan Kuranji Kota Padang. Peneliti memilih sebagai lokasi penelitian di Kelurahan Kuranji Kota Padang karena peneliti melihat di beberapa Kelurahan yang ada di Kecamatan Kuranji Kota Padang yang sangat tinggi dari jumlah penduduk sebanyak 33.517 Jiwa, jumlah penduduk miskin sebanyak 1.773 Kepala Keluarga (KK), dan jumlah penerima Kartu Indonesia Sehat (KIS) sebanyak 7.092 Jiwa.

1.6.8 Definisi Konsep

- a) **Strategi** adalah rencana atau siasat yang digunakan untuk mencapai maksud dan tujuan tertentu. Strategi dapat diartikan sebagai tindakan atau upaya untuk mengadakan reaksi terhadap situasi lingkungan tertentu dimana tindakan tersebut dilakukan secara sadar berdasarkan pertimbangan yang wajar.
- b) **Keluarga miskin** adalah kemiskinan sebagai ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar minimal untuk hidup layak, atau suatu kondisi yang di bawah garis standar kebutuhan minimum baik untuk makanan maupun non makanan yang disebut dengan garis kemiskinan.

- c) **Program *welfare state*** adalah negara kesejahteraan yang dimana bentuk pemerintah dianggap bertanggung jawab untuk menjamin standar hidup minimum bagi setiap warga negaranya.
- d) **Kartu Indonesia Sehat (KIS)** adalah kartu yang memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis.

1.6.9 Jadwal Penelitian

Pelaksanaan penelitian mengenai keluarga miskin yang memperoleh Kartu Indonesia Sehat (KIS) ini dilakukan semenjak bulan Agustus tahun 2018 dengan mengumpulkan data melalui observasi. Lalu *Term of reference* ditulis dan disahkan oleh dosen Pembimbing Akademik (PA). Penulisan Proposal dimulai sejak Surat Keputusan (SK) penetapan Pembimbing I dan II ditetapkan pada bulan Januari 2018. Seminar proposal pada bulan April 2018 dilanjutkan dengan terjun ke lapangan serta mencari data pada bulan Juli 2018. Tahap penulisan skripsi dan analisis data dilakukan pada bulan Agustus 2018. Ujian skripsi direncanakan pada bulan Desember 2018. Jadwal penelitian ini dibuat sebagai pedoman pelaksanaan dalam menulis karya ilmiah (skripsi) sesuai dengan tabel dibawah ini.

Tabel 1.6
Jadwal Penelitian

No	Nama Kegiatan	Kegiatan Tahun 2018				
		Agu	Sep	Okt	Nov	Des
1	Pengurusan Surat Izin					
2	Penelitian Lapangan					
3	Analisis Data					
4	Bimbingan Skripsi					
5	Ujian Skripsi					

Sumber: Data Primer, 2018

