

**TESIS**

**PENGARUH AKSESIBILITAS TERHADAP PREFERENSI  
PELAYANAN KESEHATAN PELAKU SEKTOR INFORMAL  
DI ERA PANDEMI COVID-19 DI KOTA MAKASSAR**

***EFFECT OF ACCESSIBILITY ON PREFERENCES HEALTH  
SERVICES FOR INFORMAL SECTORS IN THE ERA OF  
COVID-19 PANDEMIC IN MAKASSAR CITY***

**RIO ARISTO BIRAWA**

**K012191001**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

**TESIS**

**PENGARUH AKSESIBILITAS TERHADAP PREFERENSI  
PELAYANAN KESEHATAN PELAKU SEKTOR INFORMAL DI  
ERA PANDEMI COVID-19 DI KOTA MAKASSAR**

**Disusun dan diajukan oleh**

**RIO ARISTO BIRAWA**

**K012191001**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

PENGARUH AKSESIBILITAS TERHADAP PREFERENSI PELAYANAN  
KESEHATAN PELAKU SEKTOR INFORMAL DI ERA PANDEMI  
COVID-19 DI KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

RIO ARISTO BIRAWA  
K012191001

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 26 Agustus 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

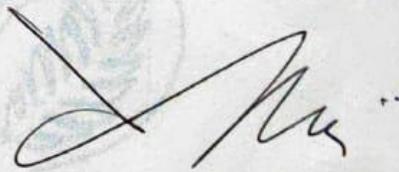
Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes  
NIP.19640708 199103 1 002

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. Amran Razak, SE., MSc.  
NIP. 19490323 197703 1 002



Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed  
NIP. 19670617 199903 1 001



Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.  
NIP. 19590605 198601 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Rio Aristo Birawa  
NIM : K012191001  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul :

### **PENGARUH AKSESIBILITAS TERHADAP PREFERENSI PELAYANAN KESEHATAN PELAKU SEKTOR INFORMAL DI ERA PANDEMI COVID-19 DI KOTA MAKASSAR**

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 04 Oktober 2021.

Yang menyatakan

A 1000 Rupiah postage stamp is placed over the signature. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'REPUBLIK INDONESIA', '1000', 'TEL. 25', 'METERAI TEMPEL', and the serial number '4F 19FAJX314639064'.

Rio Aristo Birawa

## PRAKATA



Puji Syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga proses belajar mengajar pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Kebijakan dan Kesehatan Sekolah Pascasarjana Unhas sampai dengan penulisan tesis dengan judul “Pengaruh Aksesibilitas Terhadap Preferensi Pelayanan Kesehatan Pelaku Sektor Informal Di Era Pandemi Covid-19 di Kota Makassar” dapat diselesaikan dengan baik.

Upaya maksimal telah penulis tempuh dengan sebaik-baiknya untuk menyempurnakan penyelesaian tesis ini, namun penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih banyak memiliki kekurangan dan kekeliruan, baik dari segi isi maupun dari segi penulisan. Oleh karena itu dengan ikhlas dan terbuka penulis mengharapkan saran, masukan dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan tesis ini.

Penghargaan yang penulis persembahkan setinggi-tingginya untuk orang tua tercinta, Ayahanda **Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MSi** , Ibunda **Andi Muhartina, SE., MM**, Istri tercinta **Chaerunnisa AR** dan Saudara-saudaraku **Sujiwo Darma Putra Pradana & Muh. Faiz Rizqillah** yang dengan ikhlas, sabar dan penuh kasih sayang serta selalu mendoakan penulis hingga sampai pada tahap ini.

Keberhasilan penulis dalam menyelesaikan tesis ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik berupa dukungan, bimbingan, nasehat serta motivasi sejak awal penyusunan proposal hingga proses penyelesaian tesis ini. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sangat mendalam dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada **Dr. Muhammad Alwy** selaku Ketua Komisi Penasehat **Prof. Dr. Amran Razak, SE, M.Sc** selaku anggota Komisi Penasehat atas kesediaan waktu, segala kesabaran, bantuan, bimbingan, nasihat, arahan, dan juga saran yang diberikan selama ini kepada penulis. Rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula kepada **Prof. Sukri Palutturi, S.KM.,M.Kes.,M.Sc.PH,Ph.D**, **Prof. Dr. Rahmatiah, MA** dan **Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS** selaku penguji yang telah memberikan arahan, saran dan masukan untuk perbaikan tesis ini.

Dalam kesempatan ini pula secara khusus penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Rektor Universitas Hasanuddin, Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, serta Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dengan segenap birokrat institusi yang memberikan kesempatan bagi penulis untuk menimba ilmu di bagian konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

2. Dr. Masni, Apt, MSPH selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Seluruh dosen pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat terutama dosen Pascasarjana Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
4. Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas segala arahan, dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan terkhusus kepada staf jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Pak Salim dan Kak Hadriyani atas segala bantuannya.
5. Jajaran pengelola Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas bantuannya selama ini.
6. Dinas PTSP, Litbang Kota Makassar, Kecamatan Biringkanaya dan Kelurahan Daya.
7. Teman-teman Program Pascasarjana Unhas Angkatan 2019, Kelas C serta teman-teman Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu. Semoga kebersamaan kita menjadi kenangan dan pelajaran yang tidak terlupakan.
8. Muhammad Al Fajrin dan staff jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
9. Serta semua pihak yang telah membantu penulis selama ini.

Penulis sadar bahwa tesis ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya berupa saran dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan tesis ini. Akhir kata, semoga segala bantuan dan amal ibadah dari pihak yang membantu penulis mendapat pahala setimpal dari Allah SWT. dan semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak.

Maakassar, 27 Agustus 2021

Rio Aristo Birawa

## ABSTRAK

**RIO ARISTO BIRAWA.** *Pengaruh Aksesibilitas Terhadap Preferensi Pelayanan Kesehatan Pelaku Sektor Informal di Era Pandemi Covid-19 di Kota Makassar (dibimbing oleh **Muhammad Alwy Arifin** dan **Amran Razak**).*

Dampak COVID-19 membuat pelaku usaha terutama pelaku usaha sector informal sampai merumahkan bahkan melakukan pemutusan hubungan kerja (PHK). Kondisi ini menyebabkan akses pelaku usaha sector informal, termasuk ke pelayanan kesehatan, mengalami kendala. Tujuan penelitian untuk menemukenali dampak dimensi aksesibilitas pelayanan kesehatan dan kebijakan pemerintah terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Prosedur pemilihan informan dalam penelitian ini dilakukan secara purposif. Informan dalam penelitian ini adalah masyarakat yang bekerja di sector informal/ pelaku usaha dan Masyarakat yang sedang dan atau pernah mengalami/menderita sakit. Analisis data melibatkan pengumpul data yang terbuka, yang didasarkan pada pertanyaan-pertanyaan umum, dan analisis informasi dari para partisipan.

Hasil penelitian menunjukkan Dimensi aksesibilitas berdasarkan kedekatan, Dimensi aksesibilitas berdasarkan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, Dimensi aksesibilitas berdasarkan keterjangkauan dari aspek geografis dan ekonomis, Dimensi aksesibilitas berdasarkan penerimaan berupa persepsi terhadap pelayanan kesehatan dan Dimensi aksesibilitas berdasarkan ketepatan yang berkaitan dengan persepsi pelayanan kesehatan di era Pandemi Covid-19 tidak mempengaruhi preferensi pelaku sektor informal untuk tetap mengutamakan pengobatan sendiri di rumah. Kebijakan pemerintah berupa berbagai peraturan Physical atau Sosial Distancing dan PSBB untuk mencegah dan mengendalikan Pandemi Covid-19 tidak mempengaruhi preferensi pelaku sektor informal untuk mengutamakan pengobatan sendiri di rumah.. Hal ini disebabkan oleh adanya ketakutan masyarakat untuk pergi ke pelayanan kesehatan modern. Disarankan agar pihak pemerintah aktif melakukan komunikasi ke masyarakat agar setiap warga masyarakat memiliki perspektif yang benar tentang bagaimana bersikap dan bertindak dalam menghadapi pandemic covid 19, khususnya terkait perlindungan masyarakat miskin dan pelaku sektor informal secara maksimal.

**Kata Kunci:** Pandemi, Covid-19, Aksesibilitas, Sektor Informal



## ABSTRACT

**RIO ARISTO BIRAWA.** *The Effect of Accessibility on Health Service Preferences of Informal Sector Actors in the Era of the Covid-19 Pandemic in Makassar City* (Supervised by **Muhammad Alwy Arifin** and **Amran Razak**)

The impact of COVID-19 has made business actors, especially informal sector business actors, lay off and even terminate employment (PHK). This condition causes the access of informal sector business actors, including to health services, to experience problems. The purpose of the study was to identify the impact of the dimensions of accessibility of health services and government policies on the health service preferences of informal sector actors in Makassar City in the era of the COVID-19 pandemic.

This research is qualitative research with a case study approach. The procedure for selecting informants in this study was carried out purposively. Informants in this study are people who work in the informal sector/business actors and people who are currently and/or have experienced/suffered sick. Data analysis involves collecting open data, which is based on general questions, and analyzing information from the participants.

The results show that the dimension of accessibility is based on proximity, the dimension of accessibility is based on the availability of health care facilities, the dimension of accessibility is based on affordability from geographical and economic aspects, the dimension of accessibility is based on acceptance in the form of perceptions of health services and the dimension of accessibility is based on accuracy related to perceptions of health services in the era of the Covid Pandemic. -19 does not affect the preference of informal sector actors to continue to prioritize self-medication at home. Government policies in the form of various Physical or Social Distancing regulations and PSBB to prevent and control the Covid-19 pandemic do not affect the preferences of informal sector actors to prioritize self-medication at home. This is due to people's fear of going to modern health services. It is recommended that the government actively communicates to the community so that every citizen has the right perspective on how to behave and act in the face of the COVID-19 pandemic, especially regarding the protection of the poor and informal sector actors to the fullest.

**Keywords :** Pandemic, Covid-19, Accessibility, Informal Sector



## DAFTAR ISI

<b>PRAKATA</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>B. Rumusan Masalah.....</b>	<b>8</b>
<b>C. Tujuan Penelitian .....</b>	<b>9</b>
<b>D. Manfaat Penelitian.....</b>	<b>10</b>
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>12</b>
<b>A. Corona Virus Deases 19 (COVID 19) .....</b>	<b>12</b>
<b>B. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan .....</b>	<b>16</b>
<b>C. Preferensi Konsumen .....</b>	<b>24</b>
<b>D. Tinjauan Sektor Informal .....</b>	<b>34</b>
<b>E. Kerangka Teori .....</b>	<b>40</b>
<b>F. Kerangka Konsep .....</b>	<b>41</b>
<b>G. Definisi Konseptual .....</b>	<b>42</b>
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	<b>44</b>
<b>A. Jenis Penelitian .....</b>	<b>44</b>
<b>B. Pengelola Peran Peneliti.....</b>	<b>44</b>
<b>C. Lokasi Penelitian.....</b>	<b>45</b>
<b>D. Penentuan Informan .....</b>	<b>46</b>
<b>E. Sumber Data .....</b>	<b>46</b>

F. Teknik Pengumpulan Data.....	48
G. Teknik Analisis Data .....	49
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	<b>55</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	55
B. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan.....	57
C. Pekerja Sektor Informal .....	59
D. Analisis Tema .....	60
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>94</b>
A. Kesimpulan.....	94
B. Saran .....	96
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>97</b>
<b>LAMPIRAN</b>	<b>103</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pandemi COVID-19 di Indonesia merupakan bagian dari pandemi penyakit koronavirus 2019 (COVID-19) yang sedang berlangsung di seluruh dunia. Penyakit ini disebabkan oleh corona virus sindrom pernapasan akut berat 2 (SARS-CoV-2). Kasus positif COVID-19 di Indonesia pertama kali dideteksi pada tanggal 2 Maret 2020 dan sampai tanggal 30 September 2020, Indonesia telah melaporkan 287.008 kasus positif, menempati peringkat kedua terbanyak di Asia Tenggara setelah Filipina. Dalam hal angka kematian, Indonesia menempati peringkat ketiga terbanyak di Asia dengan 10.740 kematian. Namun, angka kematian diperkirakan jauh lebih tinggi dari data yang dilaporkan lantaran tidak dihitungnya kasus kematian dengan gejala COVID-19 akut yang belum dikonfirmasi atau dites. Sementara itu, diumumkan 214.947 orang telah sembuh, menyisakan 61.321 kasus yang sedang dirawat. Sampai saat ini, pemerintah Indonesia telah menguji 1.993.694 orang dari total 269 juta penduduk, yang berarti hanya sekitar 7.395 orang per satu juta penduduk.

Sangat sulit memperkirakan kapan pandemic covid 19 akan berakhir. Pandemi Covid 19 bahkan berdampak pada terjadinya penurunan pertumbuhan ekonomi secara signifikan; Terganggunya ekonomi

masyarakat akibat pembatasan pergerakan orang/tenaga kerja; Terganggunya distribusi ekonomi karena akibat penerapan PSBB dan penutupan wilayah secara terbatas; terjadi penurunan pendapatan sebagian besar masyarakat sehingga Daya Beli Masyarakat Menurun; Terjadinya PHK. Di Sulsel, terdapat 25 ribu pekerja di PHK atau dirumahkan diantaranya 61 % pekerja sector informal.

IMF (2020) menyebutkan pandemi Covid 19 juga menyebabkan pertumbuhan angka ekonomi global menyentuh angka minus 4,9 %. Adapun pertumbuhan ekonomi Indonesia Kuartal 2 adalah minus 5,32 %. Demikian pula, berdasarkan rilis BPS per September 2020, terjadi lonjakan penduduk miskin Sebesar 1,63 juta orang. Lonjakan tersebut terjadi karena banyaknya masyarakat rentan miskin yang jatuh miskin karena pandemic covid 19.

Di Sulawesi Selatan kuartal I 2020, konsumsi masyarakat turun atau minus 12,5 % dan hal ini salah satu yg jadi penentu penurunan ekonomi Sulawesi Selatan dari 6,5 % menjadi 3,1 %. (BPS, 2020) Mengingat bahwa kasus covid 19 di Indonesia dan Sulawesi Selatan khususnya, terus meningkat maka perlu upaya ekstra untuk menghentikan laju percepatan COVID 19, karena kesehatan merupakan kunci untuk memulihkan ekonomi yang terlanjur porak poranda.

Di Indonesia jumlah pekerja sektor informal masih lebih dominan dibanding sektor formal. Badan Pusat Statistik (BPS, 2020) mencatat, sektor informal mendominasi pekerjaan di Indonesia dimana tercatat

penduduk yang berusia 15 tahun ke atas yang bekerja di sektor informal sebanyak 74 juta jiwa. Sementara penduduk yang bekerja di sektor formal hanya 55,3 juta jiwa. Sekitar 40% angkatan kerja kita bekerja di sektor formal, artinya 60% angkatan kerja kita bekerja di informal. COVID-19 memukul dunia usaha. Dampak virus ini membuat pelaku usaha terutama pelaku usaha sector informal sampai merumahkan bahkan melakukan pemutusan hubungan kerja (PHK). Total jumlah perusahaan yang merumahkan pekerja dan PHK sebanyak 74.430 perusahaan dengan jumlah pekerja/buruh/tenaga kerja sebanyak 1.200.031 orang (Menaker, 2020) Penduduk Sulawesi Selatan yang bekerja di sektor informal mencapai 2,3 juta atau 60,13 persen. Itu berarti lebih banyak orang yang bekerja di sektor informal dibanding pekerja sektor formal.

Angka kemiskinan di Makassar meningkat signifikan sejak tiga bulan terakhir seiring pandemi virus Corona atau Covid-19. Adanya imbauan untuk pembatasan aktivitas (PSBB) mengakibatkan terpuruknya berbagai sektor perekonomian dan berdampak pada kesejahteraan pekerja. Tak tanggung-tanggung, jumlahnya mencapai ribuan. Di saat bersamaan banyak masyarakat kehilangan mata pencaharian. Jumlah kasus kemiskinan di Makassar sendiri mengalami peningkatan hingga 7 persen dari jumlah sebelumnya, sekitar 4,4 persen. (Dinas Sosial Makassar, 2020)

Dampak COVID-19 ini membuat pelaku usaha terutama pelaku usaha sector informal sampai merumahkan bahkan melakukan

pemutusan hubungan kerja (PHK). Kondisi ini menyebabkan akses pelaku usaha sector informal , termasuk ke pelayanan kesehatan, mengalami kendala.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan di era pandemic Covid 19 sangat dipengaruhi oleh aksesibilitas masyarakat pelaku sector informal di daerah perkotaan. Akses bukan hanya jarak, namun juga ketersediaan sumber daya yaitu sarana (Tumanggor, 2010), prasarana, dan sumber daya manusia serta penganggaran (Roy G.A. Massie & Grace D. Kandou, 2012) dalam Ramadani (2020)

Di Sulawesi Selatan, akses fasilitas kesehatan semakin terjangkau, namun pada saat pandemi Covid 19, akses terasa sulit bagi kelompok masyarakat berpendapatan rendah, termasuk pekerja sector informal . Semakin rendah pendapatan akan semakin rendah pula akses ke pelayanan medis modern. Meskipun pelayanan kesehatan sudah gratis, tetapi untuk mengakses layanan kesehatan masyarakat masih membutuhkan biaya untuk transportasi (Efransyah, dkk., 2010; Sari, Ambarita, & Sitorus, 2013) dan biaya biaya lainnya. Penelitian yang juga dilakukan oleh Sitorus and Ambarita (2007) menyatakan bahwa jarak, waktu tempuh, tersedianya sarana kesehatan dan sumber daya manusia (tenaga kesehatan) berpengaruh terhadap preferensi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk melihat aksesibilitas masyarakat ke pelayanan kesehatan diantaranya, penelitian yang

dilakukan di Indonesia (Azwary, 2013; Nara, 2014a; Sari et al., 2013; Tris Eryando, 2007). Dimensi yang dikaji dalam penelitian tersebut yaitu akses masyarakat ke pelayan kesehatan berdasarkan waktu, jarak, sumber daya manusia (tenaga kesehatan), kondisi ekonomi dan pendidikan. Demikian pula Studi kualitatif terhadap akses layanan kesehatan pada masyarakat gugus pulau dilakukan oleh Razak, dkk. (2017) di Kepulauan Barrang Caddi, Kabupaten Takalar. (Ramadani, 2020)

Dimensi yang digunakan untuk mengukur aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah tersedia dan berkesinambungan (Available), Dapat diterima (Acceptable) dan Wajar (Appropriate), Bermutu (Quality), Mudah dijangkau (affordable), Mudah dicapai (accessible). (Azwar, 2010).

Selama ini, penelitian-penelitian sebelumnya berkaitan dengan dimensi aksesibilitas lebih banyak dilakukan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, namun belum banyak penelitian menggunakan pendekatan kualitatif. Dari berbagai dimensi aksesibilitas yang ada, peneliti tertarik menggunakan konsep Levesque et.al (2013) yang merupakan penyatuan berbagai teori tentang aksesibilitas pelayanan kesehatan.

Ada 5 dimensi aksesibilitas berdasarkan konsep Levesque et.al. meliputi aksesibilitas kedekatan (approachability), menerima (acceptability), ketersediaan (availability dan accomodation), kesanggupan pengguna (affordability), kesesuaian (appropriateness) memengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan masyarakat.

Menyadari bahwa pelayanan kesehatan menjadi kebutuhan setiap warga negara maka pemerintah berupaya dari waktu ke waktu untuk menghasilkan program-program yang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (Rumengan et al., 2015).

Secara teoritis dalam aspek pemanfaatan, yang dianalisis adalah pola konsumsi jasa layanan kesehatan oleh masyarakat serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Pengkajian aspek pemanfaatan ini ditujukan untuk melihat pola penggunaan pelayanan kesehatan saat pandemi Covid 19 dan sekaligus melakukan intervensi tertentu jika ingin merubah pola penggunaan pelayanan kesehatan, melalui penerapan model dan strategi yang tepat. Menurut teori permintaan, jumlah barang atau jasa tertentu yang diminta oleh konsumen dipengaruhi oleh perilaku konsumen terhadap pilihan alternatif dari berbagai preferensi yang menguntungkan.

Aday et.al (1980) menggambarkan dua sisi faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan yaitu : indikator struktural (provider) dan indikator proses (konsumer) yang lebih lanjut mempengaruhi indikator obyektif yaitu utilisasi pelayanan kesehatan, serta indikator subyektif yaitu kepuasan pasien dan kualitas pelayanan. Kedua sisi tersebut dipengaruhi oleh pola kebijakan kesehatan yang ada dan sistem pembiayaan serta pengorganisasiannya.

Kebutuhan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi secara langsung oleh variabel psikologis yang meliputi: selera, persepsi sehat-sakit, harapan, penilaian terhadap provider; dan

karakteristik individu yang meliputi: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan. Faktor tidak langsung dipengaruhi oleh sosio-ekonomi dan budaya (Damayanti et al., 2017).

Di dalam pelayanan kesehatan, tidak selalu kebutuhan yang dirasakan tersebut berupa menjadi (*demand*) walaupun terdapat kemampuan konsumen untuk membeli. Masalah *availabilitas*, *aseptabilitas*, *aksesibilitas* merupakan faktor yang harus lebih dipertimbangkan dari pertimbangan ekonomi (Damayanti et al., 2017).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari preferensi pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau, serta bermutu (Tasya and Andriany, 2016).

Kasus positif Covid 19 di Kota Makassar per September 2020 sebanyak 8287 kasus. Kecamatan Biringkanaya termasuk ke dalam tiga kecamatan dengan kasus Covid-19 tertinggi di Kota Makassar yaitu sebanyak 718 suspek dan 1.182 terkonfirmasi. Hal ini tentunya juga sangat berpengaruh pada aspek social ekonomi pelaku sector informal yang secara tidak langsung berdampak pada kemampuan mengakses pelayanan kesehatan dan preferensi permintaan pelaku sector informal.

Di Kecamatan Biringkanayya, khususnya di Kelurahan Daya, dengan pertimbangan terbanyak pedagang sector informalnya: Tempat Pemasaran/ Pasar tradisional; Rumah Makan/ warung; Fasilitas Kesehatan; pengobatan alternative; penjual jamu.

Pada penelitian ini, peneliti ingin menemukenali dampak dimensi aksesibilitas dan kebijakan pemerintah terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sector informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang dan ruang lingkup , maka rumusan masalah penelitian ini dapat di susun sebagai berikut:

1. Bagaimanakah dampak dimensi aksesibilitas berdasarkan Kedekatan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sector informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19?
2. Bagaimanakah dampak Dimensi aksesibilitas berdasarkan penerimaan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sector informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19?
3. Bagaimanakah dampak Dimensi aksesibilitas berdasarkan ketersediaan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sector informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19?
4. Bagaimanakah dampak Dimensi aksesibilitas berdasarkan keterjangkauan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sector informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19?

5. Bagaimanakah dampak Dimensi aksesibilitas berdasarkan Ketepatan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19?
6. Bagaimanakah dampak kebijakan pemerintah terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19?

### **C. Tujuan Penelitian**

Sesuai dengan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini adalah:

#### **1. Tujuan Umum Penelitian adalah :**

Untuk menemukenali dampak dimensi aksesibilitas pelayanan kesehatan dan kebijakan pemerintah terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.

#### **2. Tujuan Khusus Penelitian adalah :**

- a. Untuk menemukenali dampak aksesibilitas berdasarkan Kedekatan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.
- b. Untuk menemukenali dampak aksesibilitas berdasarkan penerimaan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.

- c. Untuk menemukenali dampak aksesibilitas berdasarkan ketersediaan layanan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.
- d. Untuk menemukenali dampak aksesibilitas berdasarkan keterjangkauan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.
- e. Untuk menemukenali dampak aksesibilitas berdasarkan ketepatan terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.
- f. Untuk menemukenali dampak kebijakan pemerintah terhadap preferensi pelayanan kesehatan pelaku sektor informal di Kota Makassar di era pandemi covid 19.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Peneliti**

Dengan pelaksanaan penelitian ini, peneliti dapat mengaplikasikan pengetahuan yang diperoleh selama kuliah, khususnya mengenai ekonomi kesehatan, dan manajemen dan kebijakan kesehatan.

### **2. Bagi Institusi**

Pelaksanaan penelitian ini dapat menjadi acuan untuk melakukan penelitian lanjutan yang sejenis.

### **3. Bagi Masyarakat**

Penelitian ini bermanfaat bagi masyarakat agar mengetahui kondisi aksesibilitas dan preferensi permintaan pelayanan kesehatan pada pelaku sector informal di Kota Makassar.

### **4. Bagi Pemerintah**

Penelitian ini akan memberikan sumbangan informasi dan pemikiran bagi pemerintah dalam menyikapi masalah dampak pandemi Covid 19 terhadap aksesibilitas dan preferensi permintaan jasa pelayanan kesehatan pada pelaku sector informal di Kota Makassar.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Corona Virus Deases 19 (COVID 19)**

Penderita COVID-19 dapat mengalami demam, batuk kering, dan kesulitan bernapas. Sakit tenggorokan, pilek, atau bersin-bersin lebih jarang ditemukan. Pada penderita yang paling rentan, penyakit ini dapat berujung pada pneumonia dan kegagalan multiorgan.

Infeksi menyebar dari satu orang ke orang lain melalui percikan (droplet) dari saluran pernapasan yang sering dihasilkan saat batuk atau bersin. Waktu dari paparan virus hingga timbulnya gejala klinis berkisar antara 1–14 hari dengan rata-rata 5 hari. Metode standar diagnosis adalah uji reaksi berantai polimerase transkripsi-balik (rRT-PCR) dari usap nasofaring atau sampel dahak dengan hasil dalam beberapa jam hingga 2 hari. Pemeriksaan antibodi dari sampel serum darah juga dapat digunakan dengan hasil dalam beberapa hari. Infeksi juga dapat didiagnosis dari kombinasi gejala, faktor risiko, dan pemindaian tomografi terkomputasi pada dada yang menunjukkan gejala pneumonia.

Mencuci tangan dengan sabun, menjaga jarak dari orang yang batuk, dan tidak menyentuh wajah dengan tangan yang tidak bersih adalah langkah yang disarankan untuk mencegah penyakit ini. Disarankan untuk menutup hidung dan mulut dengan tisu atau siku yang tertekuk ketika batuk. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan Pusat

Pengendalian dan Pencegahan Penyakit AS (CDC) merekomendasikan kepada orang-orang yang menduga bahwa mereka telah terinfeksi untuk memakai masker bedah dan mencari nasihat medis dengan memanggil dokter dan tidak langsung mengunjungi klinik. Masker juga direkomendasikan bagi mereka yang merawat seseorang yang diduga terinfeksi tetapi tidak untuk digunakan masyarakat umum. Belum ada vaksin atau obat antivirus khusus untuk COVID-19; tata laksana yang diberikan meliputi pengobatan terhadap gejala, perawatan suportif, dan tindakan eksperimental. Angka fatalitas kasus diperkirakan antara 1–3%.

Orang-orang yang terinfeksi mungkin memiliki gejala ringan, seperti demam, batuk, dan kesulitan bernapas. Pada beberapa kejadian juga ditemukan penderita Covid 19 bersifat asimtomatik. Gejala diare atau infeksi saluran napas atas (misalnya bersin, pilek, dan sakit tenggorokan) lebih jarang ditemukan. Kasus dapat berkembang menjadi pneumonia berat, kegagalan multiorgan, dan kematian.

Masa inkubasi diperkirakan antara 1–14 hari oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan 2–14 hari oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Amerika Serikat (CDC). Tinjauan WHO terhadap 55.924 kasus terkonfirmasi di Tiongkok mengindikasikan tanda dan gejala klinis berikut :

1. Ada tiga jalur utama yang mungkin ditempuh penyakit ini. Pertama, penyakit mungkin berbentuk ringan yang menyerupai penyakit

pernapasan atas umum lainnya. Jalur kedua mengarah ke pneumonia, yaitu infeksi pada sistem pernapasan bawah. Jalur ketiga, yang paling parah, adalah perkembangan cepat ke sindrom gangguan pernapasan akut (acute respiratory distress syndrome atau ARDS).

2. Penyakit ini disebabkan oleh koronavirus sindrom pernapasan akut berat 2 (SARS-CoV-2 atau severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Virus ini menyebar melalui percikan (droplets) dari saluran pernapasan yang dikeluarkan saat sedang batuk atau bersin. Sebuah penelitian di Jepang sedang mempelajari kemungkinan penularan dapat terjadi melalui microdroplets yang melayang-layang di udara.
3. Tindakan pencegahan untuk mengurangi kemungkinan infeksi antara lain tetap berada di rumah, menghindari bepergian dan beraktivitas di tempat umum, sering mencuci tangan dengan sabun dan air selama minimum 20 detik, tidak menyentuh mata, hidung, atau mulut dengan tangan yang tidak dicuci, serta mempraktikkan higiene pernapasan yang baik. CDC merekomendasikan untuk menutup mulut dan hidung dengan tisu saat batuk atau bersin dan menggunakan bagian dalam siku jika tidak tersedia tisu. Mereka juga merekomendasikan higiene tangan yang tepat setelah batuk atau bersin. Strategi pembatasan fisik diperlukan untuk mengurangi kontak antara orang yang terinfeksi dengan kerumunan besar seperti dengan menutup sekolah dan kantor, membatasi perjalanan, dan membatalkan pertemuan massa

dalam jumlah besar. Perilaku pembatasan fisik juga meliputi menjaga jarak dengan orang lain sejauh 6 kaki (sekitar 1,8 meter).

4. Berdasarkan WHO, penggunaan masker hanya direkomendasikan untuk orang yang sedang batuk atau bersin atau yang sedang menangani pasien terduga. Di sisi lain, beberapa negara merekomendasikan individu sehat untuk memakai masker, terutama Tiongkok, Hong Kong, dan Thailand.
5. Untuk mencegah penyebaran virus, CDC merekomendasikan untuk pasien agar tetap berada di dalam rumah, kecuali untuk mendapatkan perawatan di rumah sakit. Sebelum ingin mendapatkan perawatan, pasien harus menghubungi rumah sakit. Selain itu, CDC merekomendasikan untuk menggunakan masker ketika berhadapan dengan orang atau berkunjung ke tempat yang diduga terdapat penyakit koronavirus, menutup mulut dengan tisu ketika batuk dan bersin, rutin mencuci tangan dengan sabun dan air, serta menghindari berbagi alat rumah tangga pribadi.[61][62] CDC juga merekomendasikan untuk mencuci tangan minimal selama 20 detik, terutama setelah dari toilet, ketika tangan kotor, sebelum makan, dan setelah batuk atau bersin. Lalu, rekomendasi berikutnya adalah menggunakan penyanitasi tangan dengan kandungan alkohol minimal 60% jika tidak tersedia sabun dan air. WHO menyarankan agar menghindari menyentuh mata, hidung, atau mulut dengan tangan yang belum dicuci. Meludah di sembarang tempat juga harus

dihindari. Belakangan baik WHO, CDC, serta beberapa negara seperti Indonesia merekomendasikan penggunaan masker kain bagi semua orang yang terpaksa berkegiatan di luar rumah, dengan tetap mengutamakan penggunaan masker medis bagi orang-orang yang sangat membutuhkan (seperti pekerja fasilitas kesehatan, dokter, dst).

## **B. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan**

### **Pengertian Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan**

Banyak sekali definisi akses ataupun aksesibilitas pelayanan kesehatan yang diusulkan oleh para ahli, yang memfokuskan kajiannya pada kinerja pelayanan kesehatan. Beberapa definisi yang diusulkan pun dibangun dengan unsur yang mirip, meski juga beberapa yang lain dibangun dengan unsur yang sama sekali berbeda. Menurut Jones pengertian akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya.

Dalam Ramadhani A (2020) dikemukakan beberapa definisi dan Dimensi Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan diuraikan sebagai berikut :

1. Bashsur dkk (1997) mendefinisikan aksesibilitas sebagai hubungan fungsional antara masyarakat, fasilitas medis dan sumber daya yang mencerminkan diferensial salah satu kendala, hambatan dan kesulitan,

atau faktor yang memfasilitasi para penerima manfaat pelayanan kesehatan. Dimensinya adalah Faktor determinan masyarakat untuk memanfaatkan unit pelayanan kesehatan.

2. Donabedian, (1973) menyatakan bahwa aksesibilitas merupakan gabungan konsep tingkat penyesuaian antara sumber daya dan populasi. Dimensinya adalah kesesuaian kebutuhan masyarakat dengan sumber daya pelayanan kesehatan.
3. Salkever, (1976), menyatakan bahwa Aksesibilitas merupakan gabungan atribut dari sumber daya dan atribut dari populasi Dimensinya adalah Aksesibilitas Pembiayaan dan aksesibilitas fisik.
4. Aday & Andersen, (1974) menyatakan bahwa Akses adalah masuk ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Dimensinya adalah Faktor Predisposisi; Faktor Pemungkin; Kebutuhan terhadap Pelayanan Kesehatan.
5. Penchansky & Thomas (1981) mengungkapkan bahwa Dimensi akses adalah Keterjangkauan; Aksesibilitas: Akomodasi; Ketersediaan; Akseptabilitas
6. Thomas, J.W., Penchansky, R., (1984). Penchansky menawarkan alternatif pendekatan untuk memahami akses yang berfokus pada elemen kunci yang mempengaruhi pelayanan dengan dimensi Ketersediaan jumlah tenaga dokter dan pelayanan kesehatan lainnya. Penchansky juga menawarkan konsep —fitll (kesesuaian) antara kebutuhan pasien dan kemampuan sistem dalam memenuhi

kebutuhan tersebut. Dimensinya adalah Aksesibilitas: kaitan secara geografis antara provider pelayanan dengan masyarakat sebagai pengguna; Akomodasi: sistem pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kemudahan pemanfaatan (jam buka, waktu tunggu, dan panjangnya waktu tunggu untuk janji pelayanan); Keterjangkauan: kemampuan finansial masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan.; Akseptabilitas: direpresentasikan dengan sikap pengguna terhadap pelayanan, dan sebaliknya.

7. Dutton (1986), aksesibiliti merupakan Utilisasi yang dipandang sebagai produk dari karakteristik pasien ditambah atribut provider dan atribut sistem. Adapun dimensinya adalah Pembiayaan; Waktu; dan Faktor Organisasi.
8. Frenk (1992), Akses adalah kemampuan masyarakat untuk mencari dan mendapatkan pelayanan. Aksesibilitas pelayanan adalah tingkat penyesuaian antara karakteristik sumber daya kesehatan dan masyarakat dalam proses mencari dan memperoleh pelayanan. Dimensinya adalah Pencarian pengobatan; Kesesuaian sumber daya kesehatan dengan kebutuhan masyarakat.
9. Margolis et al., (1995) menyatakan Akses adalah Waktu yang diperlukan untuk penggunaan pelayanan kesehatan personal untuk mencapai hasil terbaik. Dimensinya adalah Pembiayaan, Personal; structural.

10. Haddad & Mohindra (2002) menyatakan Akses adalah Kesempatan untuk mengkonsumsi barang dan jasa kesehatan. Dimensinya adalah Ketersediaan; Keterjangkauan; Akseptabilitas; Kecukupan.
11. Shengelia et al., (2003), Cakupan: probabilitas menerima intervensi kesehatan yang diperlukan, yang tergantung pada kebutuhan perawatan kesehatan. Utilisasi: kuantitas pelayanan dan prosedur pelayanan kesehatan digunakan. Dimensinya adalah Akses Fisik; Ketersediaan Sumber Daya; Akseptabilitas secara Budaya; Keterjangkauan Pembiayaan; Kualitas Pelayanan.
12. Peters et al. (2008), Memandang akses sebagai aktualisasi pemanfaatan yankes. Penekanan secara jelas diberikan untuk mempertimbangkan karakteristik pengguna dan karakteristik yankes dalam evaluasi akses. Gagasannya adalah identifikasi kesesuaian antara pengguna dan pelayanan kesehatan. Dimensinya Kualitas; Aksesibilitas Geografi; Ketersediaan; Aksesibilitas Pembiayaan; Akseptabilitas Pelayanan.
13. Jones (2012), Akses ke pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Dimensinya Supply (jumlah dokter umum, jumlah spesialis; jumlah instalasi gawat darurat) Demand (jumlah penduduk, pemanfaatan rawat jalan, pemanfaatan gawat darurat); Barrier (fisik, ekonomi dan geografis).

14. Lane, dkk. (2012), Akses pelayanan kesehatan medis dapat diukur dalam ketersediaan sumber daya dan jumlah orang yang memiliki asuransi untuk membayar penggunaan sumber daya. Dimensinya adalah Ketersediaan; Pembiayaan (Kepemilikan Asuransi); Hambatan.
15. Levesque, dkk., (2013). Menurutnya Akses adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, untuk mencari layanan kesehatan, untuk mencapai, untuk mendapatkan atau menggunakan layanan kesehatan, dan untuk benar-benar memiliki kebutuhan untuk layanan kesehatan yang bisa terpenuhi. Dimensinya adalah Kedekatan; Penerimaan; Ketersediaan dan Akomodasi; Keterjangkauan; Ketepatan.

Peningkatan akses dan sekaligus pemerataannya dapat menjadi langkah akselerasi untuk tercapainya *equity* (keadilan) dalam kinerja sistem kesehatan. Harkin menyatakan bahwa tercapainya *equity* pelayanan kesehatan yang merata memiliki sejumlah dimensi. Akses ke pelayanan kesehatan harus ditentukan oleh demand (kebutuhan) sebenarnya terhadap pelayanan kesehatan dari pada sekadar ke mampuan untuk membayar atau lokasi geografis. Hak formal untuk pelayanan kesehatan saja tidak cukup. Masyarakat yang membutuhkan harus memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia dalam jangka waktu yang wajar. Selain itu, mengejar *equity* (keadilan) harus melampaui akses terhadap pengobatan dan perawatan, tetapi juga harus

memeriksa variasi status kesehatan pada kelompok yang berbeda dalam masyarakat.

Beberapa pakar kinerja sistem kesehatan memasukkan hal-hal yang berpotensi menghambat akses ke pelayanan kesehatan sebagai bagian yang terintegrasi dengan indikator akses lainnya. Jones menyatakan bahwa akses ke pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh tiga barrier (hambatan). Pertama, hambatan fisik (transportasi, kemampuan bergerak)(Jacobs, Ir, Bigdeli, Annear, & Van Damme, 2012). Kedua, hambatan ekonomi (kemampuan membayar, kepemilikan asuransi kesehatan). Ketiga, hambatan geografis (lokasi atau kedekatan terhadap fasilitas kesehatan yang tersedia).

Menurut Azwar (2010) syarat pokok pelayanan kesehatan terdiri dari:

1.) Tersedia dan berkesinambungan (Available)

Tersedia dan berkesinambungan (Available) artinya semua jenis pelayan kesehatan yang dibutuhkan tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya di masyarakat ada pada saat yang dibutuhkan.

2.) Dapat diterima (Acceptable) dan Wajar(Appropriate)

Dapat diterima (Acceptable) dan Wajar (Appropriate) artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

3.) Mudah dicapai (accessible)

Mudah dicapai (accessible) yang dimaksud adalah dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

4.) Mudah dijangkau (affordable)

Mudah dijangkau (affordable) artinya mudah terjangkau dari segi biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

5.) Bermutu (Quality)

Bermutu (Quality) yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan.

**Tabel 3 .** Indikator aksesibilitas menurut Penchansky

Konsep	Definisi
--------	----------

<i>Availability</i>	Hubungan volume dan jenis layanan yang ada (dan sumber daya) untuk volume dan jenis kebutuhan pasien. Hal ini mengacu pada kecukupan pasokan dokter, dokter gigi dan penyedia lainnya; fasilitas seperti klinik dan rumah sakit; dan program dan layanan khusus seperti kesehatan mental dan perawatan darurat.
<i>Accessibility</i>	Hubungan antara lokasi penyedia dan lokasi pasien, dengan mempertimbangkan sumber daya transportasi dan waktu perjalanan, jarak dan biaya.
<i>Accommodation</i>	Hubungan antara cara di mana sumber daya diatur untuk menerima pasien (termasuk sistem pengangkatan, jam operasi, <i>walk-in</i> fasilitas, layanan telepon) dan kemampuan klien untuk mengakomodasi faktor-faktor ini dan persepsi mereka tentang kesesuaian mereka .
<i>Affordability</i>	Hubungan harga jasa dan penyedia 'asuransi atau persyaratan pendapatan pasien, kemampuan membayar dan asuransi kesehatan yang ada. Persepsi pasien relatif layak untuk total biaya merupakan masalah di sini, seperti pengetahuan mereka tentang harga, total biaya.
<i>Acceptability</i>	Hubungan sikap pasien tentang karakteristik pribadi dan praktek penyedia dengan karakteristik sebenarnya dari penyedia yang ada, serta sikap penyedia tentang karakteristik pribadi diterima dari pasien. Dalam literatur istilah muncul untuk digunakan paling sering untuk merujuk pada reaksi konsumen khusus untuk atribut penyedia seperti usia, jenis kelamin, etnis, jenis fasilitas, lingkungan fasilitas, atau afiliasi keagamaan fasilitas atau penyedia. Pada gilirannya, penyedia memiliki sikap tentang atribut disukai pasien atau mekanisme pembiayaan mereka. Penyedia baik mungkin tidak mau untuk melayani beberapa jenis klien (mis pasien kesejahteraan) atau, melalui akomodasi, mungkin membuat diri mereka lebih atau kurang tersedia.

**Sumber:** Source: Penchansky R, Thomas JW. 1981; 9(2):127–40, Shrestha, 2010), (Robyn A Clark and Neil Coffee (2011); Ramadhani A. (2020)

## C. Preferensi Konsumen

Preferensi konsumen didefinisikan sebagai selera subjektif (individu), yang diukur dengan utilitas, dari berbagai barang (Indarto, 2011). Berbagai atribut seperti kualitas, harga, promosi dan kemasan yang melekat pada produk dapat mempengaruhi preferensi konsumen terhadap pemilihan produk tersebut.

Preferensi konsumen merupakan suatu sikap konsumen terhadap satu pilihan merek produk yang terbentuk melalui evaluasi atas berbagai macam merek dalam berbagai pilihan yang tersedia (Kotler dan Keller, 2009). Sedangkan menurut Frank (2011), preferensi adalah proses merengking seluruh hal yang dapat dikonsumsi dengan tujuan memperoleh preferensi atas suatu produk maupun jasa. Menurut Kotler dan Keller (2007), ada beberapa tahap yang akan dilalui oleh konsumen sehingga menggambarkan rasa kepuasannya terhadap suatu produk.

Menurut Schiffman dan Kanuk (2000), sifat stimulus konsumen meliputi banyak variabel yang akan mempengaruhi persepsi konsumen, seperti keadaan produk, ciri fisiknya, rancangan kemasan, merk, iklan cetak dan iklan tv. Diskriminasi stimulus adalah kemampuan konsumen untuk melakukan pembedaan diantara stimuli yang serupa merupakan dasar bagi strategi pengaturan posisi yang berusaha mengembangkan citra yang khas produk tertentu kedalam pikiran konsumen. Menurut Schiffman dan Kanuk (2000), pengkondisian berarti seperti respon terhadap situasi yang terjadi melalui pemaparan yang berulang-ulang.

Preferensi konsumen muncul dalam tahap evaluasi alternatif dalam proses keputusan pembelian, dimana dalam tahap tersebut konsumen dihadapkan dengan berbagai macam pilihan produk maupun jasa dengan berbagai macam atribut yang berbeda-beda. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa preferensi adalah suatu pilihan yang diambil dan dipilih konsumen dari berbagai macam pilihan yang tersedia. Di dalam tahap ini dapat dilihat pada saat kapan tahap preferensi tersebut hadir pada konsumen.

Menurut **Kotler dan Keller (2007)** terdapat enam langkah dalam model *hierarchy of effect* yaitu:

1. *Awareness/kesadaran*, tahap ini adalah tahap dimana konsumen menyadari adanya suatu produk baik itu berupa barang atau jasa.
2. *Knowledge/pengetahuan*: di dalam tahap ini konsumen sudah mengenal produk dan mengerti tentang produk yang berupa barang atau jasa tersebut.
3. *Liking/menyukai*: tahap ini adalah tahap dimana konsumen mulai menyukai produk tersebut yang berupa barang atau jasa yang ditawarkan.
4. *Preference/memilih*: tahap ini adalah tahap dimana konsumen mulai lebih memilih produk tersebut dibandingkan produk-produk lainnya.
5. *Conviction/intention to buy/keinginan untuk membeli*: tahap ini konsumen mempunyai keinginan dan memutuskan untuk membeli produk.

6. Purchase/membeli: pada tahap ini adalah tahap dimana konsumen dapat dikatakan sebagai konsumen yang loyal terhadap sebuah produk, sehingga konsumen tersebut tidak ragu lagi untuk membeli produk tersebut tanpa adanya pertimbangan yang banyak (Kotler dan Keller, 2007).

Tahap preferensi yang dimiliki oleh konsumen terhadap sebuah produk, adalah awal dari tahap loyalitas konsumen terhadap produk tersebut. Preferensi juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi segmen preferensi. Menurut Kotler dan Keller (2007), ada tiga pola preferensi yang dapat terbentuk:

- 1) Preferensi Homogen menunjukkan suatu pasar dimana semua pelanggan secara kasar memiliki preferensi yang sama.
- 2) Preferensi Tersebar yang menunjukkan bahwa pelanggan sangat berbeda dalam preferensi mereka.
- 3) Preferensi kelompok-kelompok dimana pasar menunjukkan kelompok-kelompok preferensi yang berbeda-beda.
- 4) Memahami preferensi konsumen, perusahaan dapat merancang strategi yang tepat untuk merespon ekspektasi konsumen dan menjadikan strategi differensiasi sebuah perusahaan tersebut dengan pesaingnya, Menurut Kotler dan Keller (2007), ada beberapa langkah yang harus dilalui sampai konsumen membentuk preferensi:

Andersen dan Newman (2006) mengemukakan bahwa ada 3 komponen yang memengaruhi individu dalam menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Predisposing Component (komponen pemungkin) yang menunjukkan bahwa pada umumnya, masing-masing individu menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda berdasarkan:
  - a. ciri demografi seperti umur, jenis kelamin dan status pernikahan,
  - b. struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan dan kesukuan, ukuran keluarga, etnik, agama dan lingkungan tempat tinggal.
  - c. keyakinan yang dalam, hal ini mengenai kesehatan dan penyakit, sikap terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang penyakit.
2. Enabling Component (komponen pendukung) yang menjelaskan bahwa meskipun ada komponen pemungkin, seseorang tidak akan menggunakan pelayanan kesehatan tanpa adanya sumber daya pendukung. Komponen pendukung yang dimaksud adalah:
  - a. sumber daya keluarag (family resources), yang meliputi pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan dan pihak-pihak yang membiayai individu atau keluarga dalam mengkonsumsi pelayanan kesehatan
  - b. sumber daya masyarakat (community resouces), yang meliputi tersedianya pelayanan kesehatan, keterjangkauan pelayanan dan

sumber-sumber yang ada di dalam masyarakat, berkaitan dengan rasio tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan terhadap populasi serta harga pelayanan kesehatan

3. Illness level (tingkat penyakit), yang menjelaskan bahwa seseorang akan menggunakan pelayanan kesehatan apabila dia sakit dan perlu mendapatkan pelayanan kesehatan. Kondisi sakit dalam hal ini digolongkan menjadi 2 jenis, yaitu:
  - a. Perceived (yang dirasakan), yaitu kondisi sakit yang dirasakan.
  - b. Evaluated, yaitu kondisi sakit yang merupakan penilaian petugas kesehatan.



Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang mampu melihat kebutuhan masyarakat dan menjadikan hal tersebut sebagai ukuran dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Menyadari akan pentingnya pelayanan kesehatan yang berkualitas, maka pemerintah selalu berupaya untuk membuat program-program yang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Rumengan et al., 2015).

Peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan ini dipengaruhi pula oleh faktor moral hazard. Seseorang yang tercakup oleh asuransi kesehatan akan terdorong menggunakan pelayanan kesehatan sebanyak-banyaknya (Malawat, 2018).

Seseorang dengan pendidikan tinggi cenderung mempunyai pemanfaatan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Pendidikan yang lebih tinggi cenderung meningkatkan kesadaran akan status kesehatan, dan konsekuensinya untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Terpenuhinya kebutuhan konsumen dan sesuai dengan harapan maka akan berpengaruh pada kepuasan pelanggan (Malawat, 2018).

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan (Supriyanto and Soesanto, 2012). Sedangkan pelayanan kesehatan sendiri adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara bersama-sama

dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga, dan maupun masyarakat (Wulandari, 2015).

Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang secara langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau yang dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi kesehatannya (Primanita, 2011). Pembinaan dalam pelayanan kesehatan yang dimaksud tentunya adalah upaya pelayanan yang cepat, tepat, murah dan ramah. Upaya pembinaan tersebut penting di mana sebuah negara akan dapat menjalankan pembangunan dengan baik bila didukung oleh masyarakat yang sehat secara jasmani dan rohani. Dalam hal ini, pasien bukan saja mengharapkan pelayanan medik dan keperawatan tetapi juga mengharapkan kenyamanan, akomodasi yang baik dan hubungan harmonis antara staf puskesmas dan pasien (Wulandari, 2015).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan suatu perilaku seseorang yang sehat maupun sakit agar tetap sehat untuk memperoleh penyembuhan bagi pemecahan masalah kesehatannya (Logen dkk., 2015).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan paling erat hubungannya dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh efektifitas pelayanan tersebut. Bila berbicara kapan memerlukan pelayanan kesehatan, umumnya semua dari kita akan

menjawab bila merasa adanya gangguan pada kesehatan kita (sakit). Kita tidak pernah akan tahu akan sakit dan tidak seorang pun dapat menjawab dengan pasti (Wulandari and Saptaputra, 2017).

Pengembangkan suatu model tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh faktor predisposisi (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, ras, agama, dan kepercayaan kesehatan), karakteristik kemampuan (penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan, adanya sarana pelayanan kesehatan serta aksesibilitasnya dan ketersediaan tenaga kesehatan), dan karakteristik kebutuhan (penilaian individu dan penilaian klinik terhadap suatu penyakit), setiap faktor tersebut kemungkinan berpengaruh sehingga dapat untuk memprediksi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Napitupulu et al., 2018).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau, serta bermutu (Trimurthy, 2008). Andersen dkk mendalilkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah fungsi dari karakteristik konsumen, penyedia, dan sistem pelayanan kesehatan (Tasya and Andriany, 2016).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan memiliki beberapa faktor yang mempengaruhinya, yaitu faktor konsumen berupa: pendidikan, mata pencaharian, pengetahuan dan persepsi pasien; faktor organisasi berupa: ketersediaan sumber daya, keterjangkauan lokasi layanan, dan akses sosial; serta faktor pemberi layanan diantaranya: perilaku petugas kesehatan (Abdullah et al., 2017).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan faktor penting dalam penentu kesehatan, yang memiliki relevansi khusus sebagai masalah kesehatan dan pembangunan masyarakat di negara-negara berpenghasilan rendah. Bahkan, pemanfaatan pelayanan kesehatan telah direkomendasikan oleh World Health Organization (WHO) sebagai konsep kesehatan primer dasar bagi populasi yang paling rentan dan kurang mampu. Hal itu membuktikan bahwa kesehatan harus dapat diakses secara universal tanpa hambatan berdasarkan keterjangkauan, aksesibilitas fisik, atau penerimaan jasa. Dengan demikian, peningkatan penggunaan pelayanan kesehatan merupakan target utama di berbagai negara berkembang (Gaol, 2013).

Perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Selain itu, faktor-faktor pelayanan dunia kesehatan dalam hal ketersediaan sarana fasilitas kesehatan, kemudahan akses, dan keterjangkauan masyarakat khususnya masyarakat miskin harus menjadi pertimbangan

dalam meningkatkan mutu pelayanan yang baik untuk memberikan kualitas pelayanan terhadap konsumen. Tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat menunjukkan seberapa baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas pelayanan kesehatan sekaligus menunjukkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Ikhwanudin, 2013).

#### **D. Tinjauan Sektor Informal**

**Sektor informal** adalah sektor ekonomi yang terdiri atas unit usaha berskala kecil, yang memproduksi dan mendistribusikan [barang](#) dan jasa, dengan tujuan utama menciptakan kesempatan kerja dan kesempatan memperoleh pendapatan bagi para pelakunya. (*Ensiklopedi Ekonomi Bisnis dan Managemen, 1992*) Kendala yang sering dihadapi oleh sektor ini adalah keterbatasan [modal](#), fisik atau tenaga kerja, serta keterampilan. Sektor informal di negara-negara sedang berkembang, tumbuh dan berkembang sebagai akibat laju pertumbuhan angkatan kerja yang tinggi, serta ketidakmampuan sektor formal menyerapnya.

Sektor informal memegang peranan penting di Indonesia dan secara nyata menggambarkan taraf ekonomi dan taraf kehidupan sosial sebagian besar rakyat Indonesia.

Ada kesepakatan tidak resmi antara para ilmuwan yang terlibat dalam penelitian masalah-masalah sosial untuk menerima "definisi kerja" sektor informal di Indonesia sebagai berikut:

- 1. Sektor yang tidak menerima bantuan atau proteksi ekonomi dari pemerintah;**
- 2. Sektor yang belum dapat digunakan (karena tidak punya akses) bantuan, meskipun pemerintah telah menyediakannya;**
- 3. Sektor yang telah menerima bantuan pemerintah tetapi bantuan tersebut belum sanggup membuat sektor itu mandiri.**

Berdasarkan hal tersebut, kriteria yang dipakai untuk merumuskan definisi ini bukan ada tidaknya bantuan, melainkan hal mudah dicapai (accessability) dan kuatitas bantuan.

Sektor informal adalah merupakan unit-unit usaha tidak resmi berskala kecil yang menghasilkan dan mendistribusikan barang dan jasa tanpa memiliki izin usaha dan atau izin lokasi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Sektor informal digambarkan suatu kegiatan usaha berskala kecil yang dikelola oleh individu-individu dengan tingkat kebebasan yang tinggi dalam mengatur cara bagaimana dan dimana usaha tersebut dijalankan. Sektor informal juga didefinisikan sebagai sektor yang tidak menerima bantuan dari pemerintah; sektor yang belum menggunakan bantuan ekonomi dari pemerintah meskipun bantuan itu telah tersedia dan sektor yang telah

menerima bantuan ekonomi dari pemerintah namun belum sanggup berdikari (Soetjipto,1985 dalam Reni Pratiwi, 2012).

Saat ini, sektor informal menjadi bagian penting dalam perumusan kebijakan ketenagakerjaan. Sektor informal merupakan salah satu alternatif kesempatan kerja yang mampu menampung tenaga kerja tanpa persyaratan tertentu seperti tingkat pendidikan dan keterampilan kerja. Hal ini merupakan salah satu faktor utama yang memudahkan tenaga kerja memasuki sektor ini dan semakin mengukuhkan kehadirannya sebagai penyangga terhadap kelebihan tenaga kerja. Dalam beberapa hal, sektor informal lebih dapat beradaptasi dan tidak terganggu oleh manajemen operasional yang kaku. Dalam periode krisis perekonomian nasional, sektor informal yang bersifat adaptif dan lentur, masih tetap bertahan bahkan mampu mengembangkan peluang-peluang usaha dibandingkan dengan perusahaan besar. Sektor informal pada umumnya ditandai oleh beberapa karakteristik khas seperti bidang kegiatan produksi barang dan jasa, berskala kecil, unit-unit produksinya dimiliki secara perorangan atau keluarga, banyak menggunakan tenaga kerja, dan teknologi yang dipakai relative sederhana (Todaro, 2000 dalam Dewa Made, 2015).

Bahwa dengan terjadinya peningkatan pendapatan masyarakat golongan bawah maka terjadi peningkatan taraf hidup mereka. Keadaan ini diharapkan memberikan kontribusi peningkatan pendapatan daerah

dan nasional. Oleh karena itu peranan sector informal mempunyai peran penting dalam mewujudkan tujuan pemerataan pembangunan.

Melansir situs Badan Pusat Statistik (BPS), pekerja formal mencakup status berusaha dengan dibantu buruh tetap dan buruh/karyawan/pegawai, sisanya termasuk pekerja informal. Contoh pekerja sektor formal adalah pegawai yang bekerja di administrasi pemerintahan, pertanahan, dan jaminan sosial. Lalu, di jasa pendidikan, jasa kesehatan, transportasi dan pergudangan, serta penyediaan akomodasi dan makanan minuman maupun industri pengolahan.

Sementara pekerja informal artinya yang berstatus berusaha sendiri dan pekerja bebas di sektor pertanian dan non-pertanian. Contoh : pekerja di sektor informal: pedagang kaki lima, sopir angkot, dan tukang becak.

Dijelaskan oleh Subri (2003: 85-87), munculnya dilemma ekonomi informal di Indonesia adalah sebagai dampak dari makin kuatnya proses modernisasi yang bergerak bias menuju sifat-sifat yang dualistis. Bias pembangunan secara makro menghasilkan sistem ekonomi lain, yaitu sektor informal yang sebagian besar terjadi di negara-negara sedang berkembang. Fenomena dualism ekonomi yang melahirkan sektor informal ini menunjukkan bukti adanya keterpisahan secara sistematis-empiris antara sektor formal dengan sektor informal dari sebuah sistem ekonomi nasional. Hal ini sekaligus memberi legitimasi ekonomi dan politik bahwa perekonomian suatu negara mengalami stagnasi dengan tingkat

pengangguran yang sangat tinggi dan ketimpangan social ekonomi yang cukup besar. Kegiatan sektor informal yang menonjol biasanya terjadi dikawasan yang sangat padat penduduknya, dimana pengangguran (unemployment) maupun pengangguran terselubung (disquised unemployment) merupakan masalah yang utama. Dengan kenyataan seperti ini limpahan tenaga kerja tersebut masuk kedalam sektor informal, tetapi masih dipandang sebagai penyelesaian sementara karena di dalam sektor informal sendiri terdapat persoalan yang sangat rumit (Dian Rakhma, 2012).

Menurut Reni Pratiwi (2012), ciri-ciri sektor informal, yaitu:

1. Pola kegiatannya tidak teratur.
2. Skala usaha kecil dan menggunakan teknologi sederhana.
3. Struktur usahanya didasarkan atas struktur unit kerja keluarga.
4. Jam kerja tidak teratur / tidak tetap.
5. Tempat kerja tidak permanen / tidak menetap.
6. Usaha tersebut untuk melayani golongan masyarakat tertentu atau terbatas dan memiliki daya saing yang tinggi.
7. Tidak memerlukan keahlian dan ketrampilan yang berdasarkan pada pendidikan formal khusus.
8. Tidak mampu memanfaatkan keterkaitan dengan usaha lain yang sejenis dan lebih besar.
9. Bersifat inofatif didasarkan pada kebutuhan konsumen terbatas dan mempunyai kekenyalan terhadap perubahan.

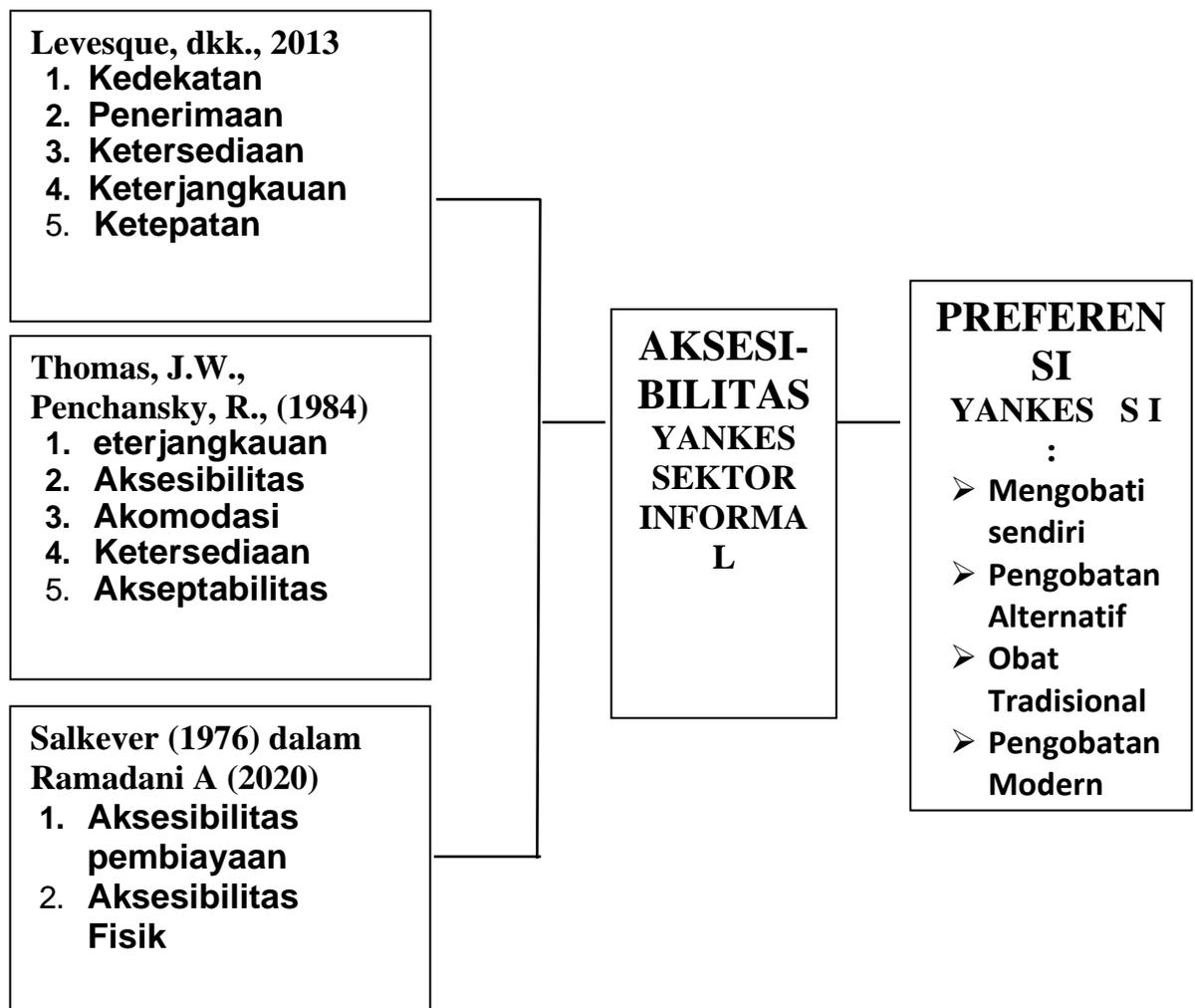
10. Tidak terjangkau sistem pelayanan formal.
11. Dari beberapa ciri yang ada, dapat diambil kesimpulan bahwa kebanyakan dari mereka bermodal kecil, teknologi yang digunakan sederhana, kegiatan usaha tidak terorganisasi dengan baik, serta karyawan sedikit dan merupakan kerabat atau anggota keluarga dari pengusaha.

Sektor informal memiliki peran yang besar di negara-negara sedang berkembang (NSB) termasuk Indonesia. Sektor informal adalah sektor yang tidak terorganisasi (*unorganized*), tidak teratur (*unregulated*), dan kebanyakan legal tetapi tidak terdaftar (*unregistered*).

Sektor informal memiliki karakteristik seperti jumlah unit usaha yang banyak dalam skala kecil; kepemilikan oleh individu atau keluarga, teknologi yang sederhana dan padat tenaga kerja, tingkat pendidikan dan ketrampilan yang rendah, akses ke lembaga keuangan daerah, produktivitas tenaga kerja yang rendah dan tingkat upah yang juga relatif lebih rendah dibandingkan sektor formal bahwa kebanyakan pekerja di sektor informal perkotaan merupakan migran dari desa atau daerah lain. Motivasi pekerja adalah memperoleh pendapatan yang cukup untuk sekedar mempertahankan hidup (*survival*). Mereka biasanya tinggal di pemukiman kumuh, dimana pelayanan publik seperti listrik, air bersih, transportasi, kesehatan, dan pendidikan yang sangat minim. Sektor

informal dapat memperbaiki distribusi hasil-hasil pembangunan kepada penduduk miskin yang biasanya terkait dengan sektor informal.

### E. Kerangka Teori



Sumber : Levesque, dkk., 2013; Thomas, J.W., Penchansky, R., (1984);; Salkever (1976) dalam Ramadani A (2020)

## F. Kerangka Konsep



## G. Definisi Konseptual

1. Sektor informal adalah unit-unit usaha tidak resmi berskala kecil yang menghasilkan dan mendistribusikan barang dan jasa tanpa memiliki izin usaha dan atau izin lokasi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku atau Sektor informal merupakan suatu kegiatan usaha berskala kecil yang dikelola oleh individu-individu dengan tingkat kebebasan yang tinggi dalam mengatur cara bagaimana dan dimana usaha tersebut dijalankan.
2. Pekerja sector informal adalah pekerja yang berstatus berusaha sendiri dan memiliki kebebasan yang tinggi dalam mengatur usahanya. Contoh : pekerja di sektor informal: pedagang kaki lima, sopir angkot, dan tukang becak/ bentor.
3. Aksesibilitas adalah kemampuan setiap individu / pelaku sector Informal untuk mencari atau memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
4. Preferensi Pelayanan Kesehatan adalah suatu pilihan yang diambil dan dipilih konsumen/ pelaku sector informal dari berbagai macam pilihan alternative pelayanan kesehatan yang tersedia.
5. Kedekatan (*approachability*) adalah keberadaaan fasilitas kesehatan diwilayah tempat tinggal pelaku sector informal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berupa jarak tempuh.
6. Penerimaan (*acceptability*) adalah pelayanan yang diberikan kepada pelaku sector informal tidak bertentangan dengan adat istiadat,

dskebutuhan, keyakinan, kepercayaan masyarakat, tidak ada diskriminasi dalam memberikan pelayanan terutama bagi kelompok rentan (tidak mampu) serta bagaimana persepsi masyarakat terhadap kualitas layanan yang mereka terima.

7. Ketersediaan (*availability & accommodation*) adalah semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh pelaku sector informal tidak sulit, serta keberadaannya di masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan (ketersediaan infrastruktur, peralatan kesehatan yang memadai, farmasi (obat-obatan) dan sumber daya manusia kesehatan (dokter, bidan dan perawat).
8. Keterjangkauan (*Affordability*) adalah keterjangkauan atau jarak fisik pelaku sector informal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berupa waktu tempuh, dan biaya tempuh, dan kemampuan finansial..
9. Ketepatan adalah persepsi pelaku sector informal sesuai dengan pelayanan yang diberikan provider (pemberi layanan kesehatan) berdasarkan kebutuhan pelaku sector informal akan pelayanan kesehatan
10. Kebijakan pemerintah adalah aturan tertulis yang mengatur tentang upaya pelayanan kesehatan, baik secara nasional maupun tingkat lokal, khususnya yang berkaitan dengan pelaku sektor informal di masa pandemi covid

19.