

UNIVERSITAS INDONESIA

**POLA SPASIAL PEMILIHAN FASILITAS KESEHATAN
OLEH PENDUDUK BSD CITY**

SKRIPSI

**GITA RISKAYANTI
0806453863**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
DEPARTEMEN GEOGRAFI
DEPOK
2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**POLA SPASIAL PEMILIHAN FASILITAS KESEHATAN
OLEH PENDUDUK BSD CITY**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana sains

**GITA RISKAYANTI
0806453863**

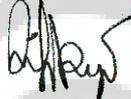
**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
DEPARTEMEN GEOGRAFI
DEPOK
2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Gita Riskayanti

NPM : 0806453863

Tanda Tangan : 

Tanggal : 29 Juni 2012

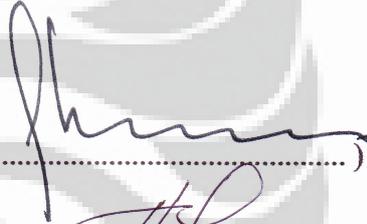
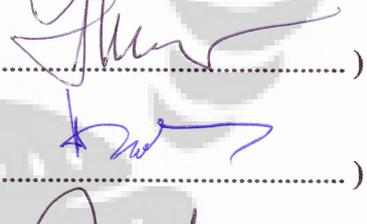
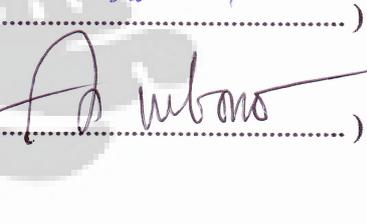
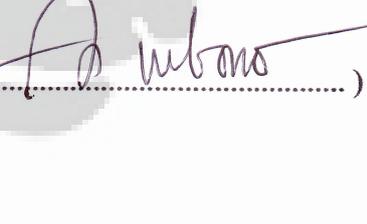
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Gita Riskayanti
NPM : 0806453863
Departemen : Geografi
Judul Skripsi : Pola Spasial Pemilihan Fasilitas Kesehatan
oleh Penduduk BSD City

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Sains pada Program Studi Geografi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Ketua Sidang	: Dr.rer.nat. Eko Kusratmoko, MS	()
Pembimbing I	: Hafid Setiadi, S.Si, MT	()
Pembimbing II	: Dra.M.H.Dewi Susilowati, MS	()
Penguji I	: Dra.Widyawati, MSP	()
Penguji II	: Adi Wibowo, S.Si, M.Si	()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 29 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas pemberian berkah dan manuskrip kehidupan yang luar biasa penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Sains Program Studi Geografi pada Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Indonesia.

Penulis menyadari kekurangannya sebagai manusia biasa, dan tanpa bantuan dan bimbingan dari pelbagai pihak penulis tidak mungkin menyelesaikan skripsi dengan baik. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

- a. Bapak Hafid Setiadi dan Ibu M.H.Dewi Susilowati selaku pembimbing I dan II yang telah membantu dan mengarahkan, serta meluangkan waktu untuk penulis dalam penyusunan skripsi ini;
- b. Ibu Widyawati dan Bapak Adi Wibowo selaku penguji I dan II yang telah memberikan kritik dan saran sehingga skripsi ini menjadi lebih baik dari sebelumnya.
- c. Bapak Triarko Nurlambang, dosen yang telah membuka pikiran penulis tentang tema skripsinya di saat penulis masih memulainya dari nol.
- d. Karyawan Departemen Geografi, Mas Catur dan Mas Damun, yang telah meluangkan waktunya untuk memfasilitasi penulis dalam segala keperluan surat menyurat guna keperluan skripsi;
- e. Ibunda terbaik di dunia, Sri Kurniati, atas doa-doa lirih nan temaram yang selalu disampaikan kepada-Nya dalam setiap sujud beliau. (*This is for you, Mom!*) Ayahanda terhebat di dunia, Noto Subagyo, atas inspirasi dan kepercayaan yang selalu dicurahkan kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi. "*Big*" *lil brother*, Mahesa Kurniawan, dan sepupu penulis yang hebat, kak Ali, atas tenaga dan semangat juangnya membantu penulis dalam survey lapang.
- f. Kakak-kakak Geografi 2006 dan 2007, atas pelbagai ilmu non-buku yang disampaikan kepada penulis, dan dukungan yang selalu diberikan sehingga penulis dapat mengikuti jejak langkah kelulusan kalian.

- g. *The Great Chivalry ever*, Geografi 2008, atas tahun-tahun penuh perjuangan sehingga mendorong penulis untuk menjadi pejuang yang dapat membawa panji-panji lambang kemenangan. Pranda, Utut, Yoga yang bersedia berbagi data guna keperluan skripsi penulis. Bela, Salira, Risha, Ayu “cubung”, Avrie, Tata yang dengan otak briliannya menularkan ilmu-ilmu berharga lewat diskusi dengan penulis. Para Jombati: Riris, Ijom, Yudis, Bagus, Satrio atas gelak tawa yang selalu menumpahkan warna-warna cerah di hari-hari kelabu penulis.
- h. Ahmad Dahlan, Bagus De’a, Abim “bim-bim” atas pengaruh semangat layaknya mentari pagi dan diskusi-diskusi hebat layaknya pemikir handal. *The Order of White Lotus*, Iyus dan Tities, atas dorongan semangat yang tiada habisnya, dan “*chapter-chapter*” yang mewarnai tahun-tahun penulis selama masa kuliah.

Penulis menyadari karyanya masih jauh dari sempurna. Kritik dan saran yang membangun dari segala pihak merupakan hal yang diharapkan dari penulis. Skripsi ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pembaca, Aamiin.

Penulis,
2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Gita Riskayanti
NPM : 0806453963
Departemen : Geografi
Fakultas : Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Jenis karya : Skripsi

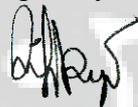
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pola Spasial Pemilihan Fasilitas Kesehatan oleh Penduduk BSD City

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada tanggal : 29 Juni 2012
Yang menyatakan



(Gita Riskayanti)

ABSTRAK

Nama : Gita Riskayanti
Departemen : Geografi
Judul : Pola Spasial Pemilihan Fasilitas Kesehatan oleh Penduduk BSD City

Pelayanan kesehatan sangat diperlukan dalam suatu perumahan, terlebih jika perumahan tersebut berada di daerah yang luas, seperti BSD City. Luasnya yang mencapai 6.000 hektare, menjadikan wilayah terbangun di BSD City tidak merata. Ketidakmerataan wilayah terbangun berkorelasi dengan ketidakmerataan fasilitas kesehatan yang tersedia. Fasilitas kesehatan menjadi penting karena unsur keterdesakan (*urgent*) dalam penanganan pertama saat sakit. Terdapat faktor eksternal (lingkungan) dan internal (pribadi) yang dapat memengaruhi seseorang dalam memilih fasilitas kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pola pemilihan fasilitas kesehatan terkait dengan faktor eksternal dan internal. Analisis perilaku keruangan digunakan untuk menjawab tujuan penelitian tersebut. Faktor lingkungan perumahan dan karakteristik penduduk seperti lama tinggal, pekerjaan, dan subjektivitas merupakan bahan untuk menganalisis perilaku keruangan lebih dalam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin berkembang perumahan maka semakin bervariasi pola yang dihasilkan. Pola yang bervariasi juga dipengaruhi oleh lama tinggal dan ruang aktivitas penduduk. Di perumahan yang semakin berkembang juga ditemukan alasan pemilihan berupa kualitas. Sedangkan di perumahan yang semakin kurang berkembang ditemukan alasan pemilihan *iconic*.

Kata Kunci : pola spasial, fasilitas kesehatan, perilaku, komunitas, *mental map*.
xi+91halaman : 9 tabel; 20 grafik; 20 gambar
Daftar Pustaka : 20 (1939-2012)

ABSTRACT

Name : Gita Riskayanti
Department : Geography
Title : Spatial Pattern of Choosing Health Facility by BSD City's Residents

Health service centre is one of the most important facilities in a residence, further more in a very huge residence such as BSD City. With the 6.000 hectare of wide, makes built-up area in BSD City has a variant pattern. A variant pattern of built-up area was related to distribution of health facilities. Health facilities became important because of the urgent factor of first aid action in illness. There are external (neighborhood) and internal (self) factors that affected someone to choose health facility. Thing that we try to find in this research is how do the spatial pattern of choosing health facility related to the external and internal factors. Spatial behaviour analysis was a method in this research. Residence neighborhood and residents' characteristics such as lived-time period, job, and subjectivity were factors that used to make a deeper analyze about the spatial behaviour. This research found that the choosing pattern in developed residence was more various than developing and underdeveloped one. The various pattern also affected by lived-time period and activity space of residents. There's a fact in developed residence that most of the residents choose the health facility because of the quality. In other hand, most of the residents in developing and underdeveloped residence choose the health facility because of the iconic factor.

Key Words : spatial pattern, health facility, behaviour, community, mental map.
xi+91pages : 9 tables; 20 graphics; 20 pictures
Bibliography : 20 (1939-2012)

DAFTAR ISI

Judul	i
Pernyataan Orisinilitas	ii
Halaman Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Pernyataan Persetujuan Publikasi	vi
Abstak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Grafik	x
Daftar Gambar	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Batasan Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kebutuhan Kesehatan	6
2.2 Fasilitas Kesehatan	6
2.3 Prasarana Kota	7
2.4 Perilaku Memilih	9
2.5 Pergerakan dalam Memilih	10
2.6 Jarak dan Interaksi dalam Memilih	12
2.7 Persepsi Lingkungan dalam Memilih	12
2.8 Informasi Memengaruhi Perilaku Memilih	13
2.9 Desentralisasi Kota dan Perpindahan Penduduk ke Suburban	14
2.10 Permasalahan BSD City sebagai New Towns/Satellite Settlement	15
2.11 Komunitas Lingkungan (Neighborhood Community)	17
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Daerah Penelitian	19
3.2 Alur Pikir Penelitian	19
3.3 Alur Kerja Penelitian	22
3.4 Variabel Penelitian	23
3.5 Pengumpulan Data	24
3.6 Pengolahan Data	25
3.7 Analisis Data	26
BAB IV DESKRIPSI DAERAH BSD CITY	
4.1 Letak	29
4.2 Wilayah Terbangun dan Belum Terbangun	29
4.3 Jaringan Jalan	31
4.4 Penduduk	33
4.5 Tahap Pembangunan dan Ketersediaan Fasilitas	33
4.6 Fasilitas Kesehatan	35

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil	
5.1.1 Lingkungan Perumahan	39
5.1.2 Karakteristik Penduduk	44
5.1.2.1 Lama Tinggal	44
5.1.2.2 Pekerjaan Penduduk	45
5.1.2.3 Subjektivitas	46
5.1.3 Persebaran Fasilitas Kesehatan	47
5.1.3.1 Jarak dengan Fasilitas Kesehatan	49
5.2 Pembahasan	
5.2.1 Pemilihan Fasilitas Kesehatan	50
5.2.2 Pemilihan Fasilitas Kesehatan dan Lingkungan Perumahan	51
5.2.3 Pemilihan Fasilitas Kesehatan dan Lama Tinggal	59
5.2.4 Pemilihan Fasilitas Kesehatan dan Pekerjaan Penduduk	63
5.2.5 Pemilihan Fasilitas Kesehatan dan Subjektivitas	66
BAB VI KESIMPULAN	77
Daftar Pustaka	78
Lampiran	79



Daftar Tabel

Tabel 3.1 Sumber dan jenis data penelitian	24
Tabel 4.1 Kelengkapan Pelayanan Fasilitas Kesehatan	36
Tabel 5.1 Tingkat Perkembangan Perumahan	43
Tabel 5.2 Karakteristik Fasilitas Kesehatan	49
Tabel 5.3 Jarak Perumahan dengan Fasilitas Kesehatan	50
Tabel 5.4 Pemilihan Fasilitas Kesehatan	51
Tabel 5.5 Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal	60
Tabel 5.6 Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan	64
Tabel 5.7 Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas	67

Daftar Grafik

Grafik 4.1 Persentase Penggunaan Tanah BSD City	30
Grafik 5.1 Persentase Lama Tinggal Penduduk BSD City	44
Grafik 5.2 Persentase Pekerjaan Penduduk BSD City	45
Grafik 5.3 Persentase Alasan Pemilihan Fasilitas Kesehatan	47
Grafik 5.4 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan	51
Grafik 5.5 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan di Perumahan Sudah Berkembang	52
Grafik 5.6 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan di Perumahan Berkembang	54
Grafik 5.7 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan di Perumahan Baru Berkembang	57
Grafik 5.8 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal	60
Grafik 5.9 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal di Perumahan Sudah Berkembang	61
Grafik 5.10 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal di Perumahan Berkembang	62
Grafik 5.11 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal di Perumahan Baru Berkembang	63
Grafik 5.12 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan	64
Grafik 5.13 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan di Perumahan Sudah Berkembang	65
Grafik 5.14 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan di Perumahan Berkembang	66
Grafik 5.15 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan di Perumahan Baru Berkembang	66
Grafik 5.16 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas	68
Grafik 5.17 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas di Perumahan Sudah Berkembang	68
Grafik 5.18 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas di Perumahan Berkembang	70
Grafik 5.19 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas di Perumahan Baru Berkembang	71

Daftar Gambar

Gambar 2.1 Jarak Kritisal	12
Gambar 3.1 Alur Pikir Penelitian	20
Gambar 3.2 BSD City	27
Gambar 3.3 Lokasi Penelitian BSD City	28
Gambar 4.1a Jalan Perumahan	32
Gambar 4.1b Jalan Lokal	32
Gambar 4.1c Jalan Arteri (boulevard)	32
Gambar 4.2 Wilayah Terbangun BSD City	37
Gambar 4.3 Persebaran Fasilitas BSD City	38
Gambar 5.1 Ilustrasi Nusa Loka dengan lingkungan sekitar	39
Gambar 5.2 Ilustrasi Latinos dengan lingkungan sekitar	41
Gambar 5.3 Ilustrasi Foresta dengan lingkungan sekitar	42
Gambar 5.4 Akses Nusa Loka (perumahan sudah berkembang) ke fasilitas kesehatan terdekat (gambar tanpa skala)	54
Gambar 5.5 Akses Latinos (perumahan sedang berkembang) ke fasilitas kesehatan (gambar tanpa skala)	57
Gambar 5.6 Akses Foresta (perumahan baru berkembang) ke fasilitas kesehatan terdekat (gambar tanpa skala)	59
Gambar 5.7 Fasilitas Kesehatan BSD City	72
Gambar 5.8 Pola Pemilihan Fasilitas Kesehatan Penduduk BSD City	73
Gambar 5.9 Pola Pemilihan Fasilitas Kesehatan Penduduk BSD City berdasarkan Lama Tinggal	74
Gambar 5.10 Pola Pemilihan Fasilitas Kesehatan Penduduk BSD City berdasarkan Pekerjaan	75
Gambar 5.11 Pola Pemilihan Fasilitas Kesehatan Penduduk BSD City berdasarkan Subjektivitas	76

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

BSD City merupakan salah satu proyek pengembangan perumahan di pinggir luar kota Jakarta. Luasnya yang mencapai 6.000 hektare membuat BSD City berbeda dengan perumahan cluster lainnya, yaitu BSD City merupakan perumahan berskala kota. Suatu proyek perumahan dengan luas hingga mencapai 6.000 hektare menjadikan wilayah terbangun (*built-up area*) di BSD City tidak merata. Di wilayah terbangun sudah terdapat perumahan dengan usia yang sudah cukup lama disertai pelbagai fasilitas di dalamnya, dan sebaliknya di wilayah belum terbangun. Ketidakmerataan wilayah terbangun tentunya berkorelasi dengan ketidakmerataan fasilitas yang tersedia. Tidak meratanya fasilitas tentunya akan menyulitkan penduduk dalam memperoleh pelayanan, khususnya penduduk yang tinggal jauh dari fasilitas-fasilitas.

Pengembang BSD City dapat leluasa merencanakan pembangunan fasilitas-fasilitas, karena lahan kepemilikan BSD City dipegang sepenuhnya oleh pengembang, salah satunya membangun fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang seharusnya disediakan pemerintah, tidak berlaku di BSD City. Pelayanan fasilitas kesehatan yang disediakan pemerintah tidak terlihat peranannya di BSD City karena faktor kepemilikan lahan tersebut. Fasilitas kesehatan yang ada di BSD City merupakan respon dari penduduk dan swasta terhadap kebutuhan akan kesehatan. Swasta dan penduduk perseorangan atau kelompok menyediakan fasilitas kesehatan untuk keuntungannya. Hal ini menyebabkan keberadaan fasilitas kesehatan di BSD City hanya berupa rumah sakit besar milik swasta serta beberapa klinik dan praktek dokter yang dibuka oleh perseorangan atau kelompok. Fasilitas kesehatan yang ada di BSD City seharusnya tersebar di dekat perumahan-perumahan, sehingga penduduk dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan mudah. Faktanya, terdapat perumahan yang belum dilengkapi dengan fasilitas kesehatan. Kurangnya fasilitas di beberapa perumahan tidak lain karena kurangnya respon penduduk serta ketidak-turut-campur-tanggannya pemerintah dalam menyediakan fasilitas kesehatan.

Sebagai perumahan berskala kota, tentunya aspek-aspek kehidupan perkotaan sangat penting diperhatikan. Diperlukan fasilitas-fasilitas memadai untuk menunjang kebutuhan penduduk sehari-hari. Fasilitas yang sangat penting dalam kehidupan ialah fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan menjadi penting karena unsur keterdesakan (*urgent*) dalam penanganan pertama saat sakit. Depnakertrans (2007) juga menyebutkan bahwa sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam suatu perumahan, terlebih perumahan berskala kota, ialah pelayanan jasa kesehatan. Budihardjo dan Sujarto (1998) memaparkan pendapat Ebenezer Howard bahwa suatu daerah yang dikembangkan menjadi perumahan berskala kota harus memiliki fasilitas pelayanan kesehatan memadai. Memadai artinya dapat melayani dengan baik sehingga penduduk tidak perlu keluar dari daerah atau lingkungan perumahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Barton dan Tsourou (2000) menambahkan, dalam suatu proyek pengembangan lahan perkotaan, fasilitas kesehatan merupakan unsur yang penting agar tercipta perkembangan berkelanjutan (*sustainable development*). Fokus perkembangan tidak hanya pada bangunan dan perekonomian tetapi juga lingkungan (*environment*).

Terkait adanya ketidakmerataan wilayah terbangun di BSD City dan kebutuhan akan kesehatan, timbul suatu pertanyaan mengenai pemilihan fasilitas kesehatan bagi penduduk yang tinggal di perumahan miskin fasilitas. Berkaitan dengan hal tersebut, maka penelitian ini merupakan bagian dari penelitian keruangan yang difokuskan pada perilaku keruangan (*spatial behaviour*). Penelitian ini dicirikan dengan melihat hubungan manusia dengan lingkungan sehingga terbentuk keputusan dalam memilih (fasilitas kesehatan). Day (1973) dalam Herbert dan Thomas (1982) berpendapat bahwa dalam memenuhi kebutuhannya, seseorang akan menuju tempat terdekat dari tempat tinggalnya. Whitelegg dalam Pacione (1986) juga berpendapat bahwa dalam memilih fasilitas kesehatan, seseorang akan memerhatikan kualitas, ketersediaan, dan jarak terdekat fasilitas tersebut dengan tempat tinggalnya. Akan tetapi, Pred (1967) dalam Herbert dan Thomas (1982) menjelaskan alasan mengapa seseorang memilih fasilitas kesehatan yang jauh dari tempat tinggalnya, yaitu *multipurpose trip* dan keinginan untuk mendapatkan kepuasan lebih dari optimal. Faktor

eksternal berupa lingkungan (*neighborhood*), termasuk di dalamnya ketersediaan fasilitas kesehatan, seperti yang diungkapkan Valentine (2001), dan faktor internal seperti pencitraan subjektif dan ruang aktivitas (*activity space*) yang dipaparkan Getis et al (1985) turut memengaruhi keputusan memilih.

Penelitian sebelumnya mengenai perilaku keruangan telah dilakukan oleh Zukniarani (2005) tentang pola aktivitas anak jalanan DKI Jakarta. Zukniarani mengidentifikasi tiga lokasi penelitian berbeda yaitu ruas jalan, pasar, dan perdagangan. Karakteristik lokasi penelitian (jarak tempat tinggal dan kelas jalan) dihubungkan dengan karakteristik anak jalanan (waktu kegiatan, jenis kegiatan, dan tingkat pendapatan) untuk mendapatkan pola aktivitasnya. Penelitian lainnya dilakukan oleh Moehammad (2005) tentang pola perjalanan harian warga negara Korea Selatan. Pola perjalanan didapatkan dengan menghubungkan aktivitas bepergian dengan waktu bepergian. Variabel yang digunakan Moehammad antara lain jenis kelamin, status di rumah tangga, tempat tujuan, dan waktu perjalanan.

Berdasarkan fakta-fakta yang telah dijabarkan, peneliti berinisiatif untuk melakukan penelitian. Adanya wilayah terbangun yang tidak merata disertai ketidakmerataan persebaran fasilitas kesehatan, menimbulkan rasa ingin tahu peneliti mengenai pola spasial pemilihan fasilitas kesehatan oleh penduduk BSD City di perumahan yang berbeda yaitu dalam wilayah terbangun dan belum terbangun. Pemilihan fasilitas kesehatan akan dihubungkan dengan faktor eksternal (lingkungan perumahan) dan faktor internal (karakteristik penduduk).

Dalam penelitian ini, pemilihan fasilitas kesehatan difokuskan pada penanganan pertama dan bukan untuk jenis penyakit berat dan kronis. Pelayanan kesehatan (*healer*) di dalam fasilitas kesehatan, menurut Rosenberg dalam Pacione (1986) terdiri dari *physicians, dentist, nurses, psychologist, social workers, medical technologist, paramedics, hospital orderlies*, dan *volunteers*. Penanganan pertama merupakan kebutuhan seseorang akan dokter (*physicians*) untuk tindakan diagnosis dan pengobatan awal guna mencegah memburuknya sakit yang dideritanya. Penanganan pertama berbeda dengan penanganan tingkat lanjut, yaitu dalam penanganan tingkat lanjut seseorang telah mengetahui riwayat penyakitnya dan butuh penanganan atau pelayanan spesialis (*medical technologist*). Penanganan tingkat lanjut lain misalnya seseorang harus dirujuk ke fasilitas

kesehatan berhirarki lebih tinggi karena ketersediaan peralatan medis yang tidak memadai. Penanganan pertama yang dimaksud ditujukan untuk seluruh anggota keluarga. Oleh karena itu, responden dalam penelitian ini ialah rumah tangga yang dalam proses pengambilan informasinya diwakili oleh kepala rumah tangga.

1.2 Rumusan Masalah

Masalah yang dikaji dalam penelitian ini ialah sebagai berikut.
Bagaimana pola pemilihan fasilitas kesehatan oleh penduduk BSD City terkait dengan faktor eksternal dan internal?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk membahas bagaimana pola pemilihan fasilitas kesehatan oleh penduduk BSD City terkait dengan faktor eksternal dan internal. Pemilihan fasilitas kesehatan difokuskan pada penanganan pertama saat sakit. Penanganan pertama dicirikan dengan kebutuhan penduduk akan tenaga dokter (*physician*) untuk tindakan diagnosis dan pengobatan.

1.4 Batasan Penelitian

Batasan yang dibahas dalam penelitian ini antara lain.

1. Pola spasial: arah dan jumlah penduduk dalam memilih fasilitas kesehatan.
2. Pemilihan fasilitas kesehatan: dalam kasus penanganan pertama saat sakit dan bukan untuk jenis penyakit berat dan kronis.
3. Penanganan pertama: pelayanan kesehatan awal berupa diagnosis dan pengobatan.
4. Penyakit tidak berat dan kronis: panas tinggi disertai gejala lemas, muntah dengan frekuensi lebih dari 1 kali dalam sehari, muntah disertai buang air besar dengan frekuensi lebih dari 1 kali dalam sehari.
5. Fasilitas kesehatan: dalam penelitian ini mencakup rumah sakit, klinik, dan praktek dokter.
6. Pelayanan kesehatan: kebutuhan akan tenaga dokter (*physician*).
7. Rumah sakit: organisasi kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan berupa diagnosis, pengobatan, dan rehabilitatif dengan jangkauan

pelayanan tingkat kecamatan (bahkan lebih) dan kelengkapan alat medis yang memadai.

8. Klinik: organisasi kesehatan yang bergerak di dalam penyediaan pelayanan kesehatan kuratif (diagnosis dan pengobatan), dan biasanya dilengkapi dengan apotek kecil, dalam jangkauan pelayanan tingkat kelurahan.
9. Praktek dokter: pelayanan kesehatan berupa diagnosis dan pengobatan yang dilakukan oleh individu atau kelompok individu.
10. Faktor eksternal: pengaruh dari luar yang menjadi pertimbangan untuk memilih, dicirikan dengan lingkungan perumahan.
11. Faktor internal: pengaruh dari dalam yang menjadi pertimbangan untuk memilih, dicirikan dengan karakteristik penduduk.
12. Lingkungan perumahan: dicirikan dengan tahun pembangunan perumahan, jenis jalan, ketersediaan fasilitas, dan jarak dengan fasilitas kesehatan.
13. Karakteristik penduduk: dicirikan dengan pekerjaan, lama tinggal, dan subjektivitas dalam memilih.
14. Tahun pembangunan perumahan: tahun dimulainya cluster dibangun.
15. Jenis jalan: dibagi atas jalan lokal, jalan arteri, dan jalan tol.
16. Ketersediaan fasilitas: fasilitas apa saja yang ada di lingkungan perumahan.
17. Jarak dengan fasilitas kesehatan: jarak perumahan (dihitung dari titik tengah area perumahan) dengan fasilitas kesehatan yang ada (dalam jarak < 1 km, 1 – 2 km, 2 – 4 km, dan > 4 km).
18. Pekerjaan: mencakup pekerjaan penduduk BSD City.
19. Lama tinggal: kurun waktu penduduk menetap di BSD City dalam satuan tahun.
20. Subjektivitas dalam memilih: alasan masing-masing penduduk dalam memilih, mencakup pemilihan berdasarkan sifat fasilitas kesehatan yang *iconic*, kualitas, dan kedekatan sosial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kebutuhan Kesehatan

Pada hakikatnya manusia memerlukan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Kebutuhan primer manusia akan barang (fisik) antara lain berupa sandang, papan, dan pangan. Sedangkan kebutuhan primer manusia akan jasa (nonfisik) salah satunya berupa kesehatan. Kebutuhan akan kesehatan dapat diperoleh dengan membeli jasa penyedia fasilitas kesehatan.

Saat ini banyak penyedia yang menawarkan jasa kesehatan. Tempat pemenuhan kebutuhan kesehatan pun tidak hanya berupa praktek dokter, namun juga klinik dan rumah sakit. Dalam KBBI, klinik didefinisikan sebagai organisasi kesehatan yang bergerak di dalam penyediaan pelayanan kesehatan kuratif (diagnosis dan pengobatan), biasanya terhadap satu macam gangguan kesehatan. Lain halnya dengan rumah sakit, yang umumnya merupakan fasilitas kesehatan untuk penanganan lebih lanjut dan lebih mendalam dalam hal kesehatan. WHO (1957) (dalam publikasi internet “Pengertian dan Fungsi Rumah Sakit” oleh Qauliyah) mendefinisikan rumah sakit sebagai bagian menyeluruh, (integrasi) dari organisasi dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif, dicirikan dengan output layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan, rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan tenaga kesehatan serta untuk penelitian biososial.

Dalam memenuhi kebutuhan hidup, tidak lepas dari faktor daya beli dan selera. Keduanya berpengaruh dalam menentukan pilihan seseorang. Daya beli akan berpengaruh terhadap harga yang akan dipilih. Semakin tinggi daya beli maka semakin tinggi harga yang dapat dibeli. Selera memiliki pengaruh yang lebih subjektif, artinya dalam tingkatan harga tertentu tidak memengaruhi seseorang untuk memilih namun pandangan seseorang yang menentukan pilihan.

2.2 Fasilitas Kesehatan

Rumah sakit, klinik, praktek dokter merupakan bentuk dari fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan sendiri memiliki tingkatan atau hirarki menurut

cara pelayanan dan tempat berdirinya. Hirarki fasilitas kesehatan yang tinggi menurut Herbert dan Thomas (1982), dicirikan dengan bangunan fisik (gedung) yang besar dan mampu menampung banyak konsumen, serta memiliki banyak tenaga medis spesialis. Sedangkan fasilitas kesehatan dengan hirarki rendah dicirikan dengan pelayanan kesehatan oleh individu atau kelompok individu yang berada di daerah perumahan, dan tidak memiliki banyak tenaga medis spesialis.

Hirarki sebuah fasilitas kesehatan merupakan refleksi atau gambaran dari lingkungan perumahan yang ada di sekitarnya. Shannon dan Dever (1974) dalam buku *Urban Geography* yang ditulis oleh Herbert dan Thomas (1982) mengatakan, tinggi rendahnya hirarki fasilitas kesehatan berkorelasi dengan kepadatan penduduk, tingkat mobilitas penduduk, banyaknya tenaga medis spesialis dan frekuensi kebutuhannya, serta kemampuan finansial penduduk untuk mendapatkan pelayanan yang tersedia. Makin tinggi hirarki, maka makin tinggi kepadatan penduduk, tingkat mobilitasnya dan kemampuan finansialnya, serta makin tinggi pula tenaga medis spesialis dan frekuensi kebutuhannya. Rosenberg dalam Pacione (1986) membagi fasilitas kesehatan berdasarkan hirarki, yaitu rumah sakit regional, rumah sakit daerah (*community-based*), klinik, dan praktek dokter (perorangan maupun kelompok).

Sebuah fasilitas kesehatan dicari karena penduduk membutuhkan pelayanan untuk sembuh dari penyakit. Pelayanan dalam fasilitas kesehatan tersebut terdiri dari beberapa macam menurut kepentingan atau keperluan. Rosenberg dalam Pacione (1986) membagi pelayanan kesehatan (*healer*) terdiri dari *physicians* (tenaga dokter), *dentist* (dokter gigi), *nurses* (perawat), *psychologist* (psikologis), *social workers* (pekerja sosial), *medical technologist* (teknologi medis: USG, *rongent*), *paramedics* (*medical personel*), *hospital orderlies* (pelayanan rumah sakit: rawat jalan), dan *volunteers* (relawan). Dalam penanganan pertama pada saat sakit, pelayanan kesehatan yang diperlukan ialah *physicians* (tenaga dokter).

2.3 Prasarana Kota

Pemenuhan kebutuhan tidak hanya terfokus pada barang pokoknya, tapi juga prasarana kota yang mendukung. Dalam kehidupan manusia yang semakin

kompleks, kebutuhan akan prasarana juga meningkat. Prasarana kota yang baik haruslah memadai, artinya dapat menjawab kebutuhan dari segi kuantitas dan kualitas. Sandy (1978) juga berpendapat bahwa ketersediaan fasilitas kota yang lengkap bukan faktor utama berkembangnya suatu kota, karena eksistensi suatu kota ditentukan oleh keberadaan sumberdaya yang mampu menghidupi masyarakat kota.

Prasarana kota yang penting salah satunya ialah jaringan jalan. Adanya jaringan jalan yang baik akan membentuk kelancaran aktivitas penduduk dan perkembangan kota tersebut sekaligus kerangka dasar pembentuk struktur kota. Jaringan jalan yang baik memudahkan penduduk untuk beraktivitas termasuk bepergian ke fasilitas kesehatan. Astriyanti (2005) dalam skripsinya menyebutkan bahwa hal terpenting dari jaringan jalan ialah sebaran wilayah yang dapat dilayani secara langsung. Astriyanti (2005) juga menambahkan bahwa transportasi merupakan sarana untuk pergerakan manusia atau barang dalam usaha pemenuhan kebutuhan.

Jalan menurut Valentine (2001) berfungsi sebagai *public space* dicirikan dengan tempat berkumpulnya segala kegiatan kehidupan masyarakat. Harley dalam Valentine (2001) menambahkan jalan berfungsi sebagai tempat terbuka untuk perdagangan (pasar) dan kegiatan-kegiatan masyarakat lainnya yang ditampilkan dalam ruang terbuka. Oleh karena itu, semakin rapat jaringan jalan dengan jenis jalan lokal (berhirarki rendah) maka kegiatan masyarakatnya sangat berkembang. Sebaliknya semakin kecil kerapatan jaringan jalan dengan jenis jalan arteri (berhirarki tinggi) maka kegiatan masyarakatnya belum berkembang atau bahkan tidak ada kegiatan masyarakat sehari-hari.

UU no.13 tahun 1980 menyebutkan jalan merupakan prasarana perhubungan. Dalam pasal 14 di undang-undang yang sama, jalan dibagi atas:

- Arteri: jalan yang melayani angkutan utama, dicirikan dengan penggunaan untuk perjalanan jarak jauh, kecepatan rata-rata tinggi, dan kerapatan jalan dibatasi secara efisien.
- Kolektor: jalan yang melayani angkutan antara, dicirikan dengan penggunaan untuk perjalanan jarak sedang, kecepatan rata-rata sedang, dan kerapatan jalan dibatasi.

- Lokal: jalan yang melayani angkutan setempat, dicirikan dengan penggunaan untuk perjalanan jarak dekat, kecepatan rata-rata rendah, dan kerapatan jalan tidak dibatasi karena menyesuaikan dengan kebutuhan masyarakat.

2.4 Perilaku Memilih

Pada dasarnya manusia akan memilih tempat yang terdekat dengan tempat tinggal guna memenuhi kebutuhan hidupnya. Asumsi untuk memilih fasilitas terdekat merupakan dalil dasar ilmu perilaku (*behaviour*) dari *central place theory*. Seperti kutipan kata oleh Day (1973) dalam buku *Urban Geography* karya Herbert dan Thomas (1982) dalil dasar ilmu perilaku tersebut merupakan hipotesis pergerakan minimal "*the movement-minimization hypothesis*".

Tentu saja, tidak semua orang akan memilih fasilitas atau pelayanan yang dekat dengan tempat tinggal. Dari suatu masyarakat misalnya, terdapat beberapa orang memilih fasilitas yang jauh dari rumahnya. Pred (1967) dalam Herbert dan Thomas (1982) menjelaskan dua alasan mengapa seseorang memilih fasilitas yang jauh dari lingkungan tempat tinggalnya (*behavioural deviation*) yaitu:

- (1) Pilihan bertujuan (*multipurpose trip*). Misalnya dengan memilih fasilitas kesehatan berhirarki tinggi yang jaraknya lebih jauh dari pada fasilitas berhirarki rendah untuk mendapatkan pelayanan yang baik; atau dengan memilih fasilitas kesehatan berhirarki rendah yang jaraknya lebih jauh dari pada fasilitas berhirarki tinggi untuk menekan biaya pengeluaran.
- (2) Kepuasan lebih berharga dari pada pelayanan yang optimal. Pelayanan yang hanya bersifat optimal, artinya dengan kualitas baik dan harga terjangkau, tidak jarang belum dapat memuaskan konsumen. Pergerakan mencari pelayanan yang jauh lebih memuaskan walaupun dengan jarak lebih jauh dinilai bukan merupakan masalah besar bagi konsumen.

Seperti halnya berbelanja, dalam memilih fasilitas kesehatan pun keputusan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor. Herbert dan Thomas (1982) dalam bukunya memaparkan pendapat McKinlay (1972) dan Veeder (1975) tentang faktor-faktor yang memengaruhi pemilihan fasilitas kesehatan, di

antaranya ekonomi, sosial, psikologi, dan kelebihan yang dimiliki oleh fasilitas kesehatan. Studi yang dilakukan Phillips (1978) dalam Herbert dan Thomas (1982) mengarahkan kesimpulan bahwa status sosial ekonomi, mobilitas personal dalam jarak terdekat, dan karakteristik usia seseorang memengaruhi perilaku spasialnya (*spatial behaviour*).

2.5 Pergerakan dalam Memilih

Keputusan seseorang untuk memilih dan bergerak menuju barang atau jasa yang diinginkan selain dipengaruhi oleh daya beli dan selera, juga dipengaruhi oleh interaksi spasial. Getis et al (1985) mendefinisikan interaksi spasial sebagai pergerakan manusia, ide, dan barang di dalam dan antara area. Salah satu syarat terjadinya interaksi spasial ialah kemampuan berpindah. Dalam pemenuhan kebutuhan bukan hanya ketersediaan dan permintaan barang dan jasa yang menjadi fokus, namun perhitungan mengenai waktu dan ongkos. Jika dalam pemenuhan kebutuhan diharuskan untuk mengeluarkan waktu dan ongkos (dicirikan dengan jauhnya jarak) yang terlalu besar, maka pergerakan tidak akan terjadi.

Pada dasarnya manusia melakukan pergerakan (*trip*) selama hidupnya. Seperti yang dikemukakan oleh Getis et al (1985), pergerakan manusia dapat berupa pergerakan temporal (*daily or temporary use of space*) misalnya untuk bekerja, sekolah, dan memperoleh pelayanan kesehatan; serta pergerakan jangka panjang (*long-term commitment*) misalnya migrasi dan berlibur.

Umumnya pergerakan manusia memenuhi kebutuhan hidup sama, namun ada variabel pembeda sehingga ruang gerak (ruang aktivitas) tiap orang berbeda. Ruang aktivitas menurut Getis et al (1985) ialah ruang yang dicirikan seseorang dapat dengan bebas bergerak untuk aktivitas sehari-hari. Di dalam ruang tersebut memungkinkan seseorang untuk bertemu dengan orang lain karena aktivitas yang sama. Adanya perbedaan budaya/kebiasaan (*culture*) dan ekonomi memengaruhi perbedaan frekuensi, durasi, dan budget/anggaran perjalanan. Jauh tidaknya ruang aktivitas seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

- **Umur**

Faktor umur merupakan faktor yang paling umum, seorang anak yang belum sekolah biasanya berkegiatan sehari-hari di dekat rumahnya. Beranjak ke usia sekolah kegiatan anak tersebut semakin sibuk, dan ruang aktivitasnya pun juga semakin luas tidak hanya sekedar di area kompleks rumahnya. Setelah dewasa dan memasuki usia produktif bekerja, ruang aktivitasnya dapat mencapai seluruh kota bahkan lebih. Kemudian di usia lanjut, kegiatan untuk bekerja tidak lagi menjadi prioritas, ruang aktivitasnya pun hanya berada di sekitar rumah dan taman terdekat.

- **Kemampuan mobilisasi**

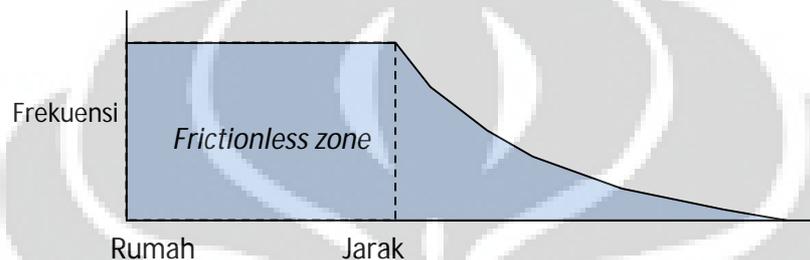
Kemampuan mobilisasi seseorang dipengaruhi oleh jarak friksi (*friction distance*). Jarak friksi merupakan ongkos dan usaha yang dikeluarkan seseorang untuk berpindah dari satu tempat ke tujuan. Seseorang dengan pendapatan tinggi akan mudah membeli sebuah mobil untuk keperluan mobilisasi. Ongkos yang dikeluarkan orang tersebut untuk mobilisasi berupa bahan bakar untuk bensin mobilnya. Ongkos berupa bahan bakar tentunya akan lebih hemat jika ia mengeluarkan ongkos untuk membayar kendaraan umum. Sehingga orang yang bermobilisasi dengan mobil umumnya memiliki tingkat mobilisasi yang tinggi. Tentu saja, mobil bukan merupakan kendaraan (alat) utama untuk mobilisasi. Dalam ruang aktivitas yang lebih kecil, dicirikan dengan kebutuhan yang tidak terlalu mendesak, umumnya orang-orang menggunakan sepeda atau motor atau berjalan kaki. Tinggi rendahnya intensitas keperluan dan kondisi jalan yang dilalui akan memengaruhi keputusan seseorang untuk bergerak (*movement decision*).

- **Ketersediaan fasilitas**

Pada dasarnya kebutuhan sehari-hari manusia dapat terpenuhi di rumah, dorongan untuk bepergian keluar rumah sangat kecil. Jika ketersediaan toko, sekolah, jalan, dan fasilitas lain sangat terbatas, ruang aktivitas seseorang juga akan berkurang. Lain halnya jika toko, sekolah, dan fasilitas lain berjumlah banyak dan beragam, ruang aktivitas seseorang juga akan ikut berkembang.

2.6 Jarak dan Interaksi dalam Memilih

Getis et al (1985) berpendapat umumnya orang-orang akan melakukan perjalanan jarak pendek (sekitar rumah) untuk memenuhi kebutuhan, sedikit sekali orang yang melakukan perjalanan jarak jauh. Seseorang akan berpikir dua kali untuk melakukan perjalanan jauh keluar dari *frictionless zone*-nya dan melampaui jarak kritis (*critical distance*). Lain halnya jika seseorang melakukan perjalanan jarak jauh dengan intensitas yang tinggi, artinya jarak bukan lagi hambatan yang berarti (*distance decay*).



Gambar 2.1 Jarak Kritis
Sumber: Getis et al

Lowe dan Mayordas (1975) mendefinisikan jarak tidak hanya sebagai satuan panjang (fisik), namun juga jarak yang diukur secara persepsional. Pengukuran jarak secara fisik dilakukan dengan menggunakan ukuran satuan panjang (meter, kilometer, *feet*). Di Amerika pengukuran jarak secara fisik dilakukan dengan menggunakan blok yang panjangnya berbeda-beda antara satu kota ke kota lain. Jarak fisik juga dapat diukur dengan ukuran waktu dan biaya perjalanan. Sedangkan jarak persepsional dipengaruhi oleh persepsi spasial seseorang dalam memilih arah dan rute perjalanan. Persepsi merupakan pandangan subjektif seseorang terhadap suatu objek. Persepsi spasial seseorang tidak dapat dipetakan secara rasional, artinya jauh dekat suatu tempat secara fisik bukan lagi alasan untuk memilih. Jarak persepsional ini lebih bersifat subyektif dibanding jarak fisik.

2.7 Persepsi Lingkungan dalam Memilih

Getis et al (1985) mendefinisikan persepsi lingkungan sebagai kepekaan dan pandangan individu akan rumah dan tempat-tempat terjauh dari rumahnya. Persepsi lingkungan termasuk juga rasa empati akan karakteristik budaya yang

ada dalam area tersebut. Pencitraan subjektif individu terhadap lingkungannya jauh menjadi lebih penting dibandingkan dengan pencitraan atau keadaan yang sebenarnya. Persepsi atau pencitraan subjektif ini yang memengaruhi keputusan (*decisions*) individu untuk memilih. Keputusan individu terbentuk bukan dari kebutuhan sebenarnya (*necessarily on reality*) namun dari persepsi akan keadaan sebenarnya (*perception of reality*).

Getis et al (1985) berpendapat bahwa keputusan pemilihan dibuat berdasarkan ketersediaan informasi, motivasi, dan selera individu. Akan tetapi, tidak jarang keputusan dalam memilih didasari oleh informasi yang kurang lengkap atau bias. Hal ini terjadi karena individu tersebut kurang kuat dalam membangun *mental map* lingkungan tempat tinggalnya. Tentu saja, tidak ada seorang pun yang memiliki pencitraan lengkap akan lingkungannya, terlebih lagi jika ia belum lama menetap di lingkungan tersebut. Menurut Getis et al (1985) pula pengumpulan informasi untuk memilih memerlukan waktu yang cukup lama. Informasi dapat diperoleh dari koran, papan reklame, ataupun selebaran, namun informasi yang paling cepat diserap ialah informasi melalui mulut ke mulut. Sedangkan untuk mendapatkan informasi dari mulut ke mulut seringkali tidak dapat atau tidak mau dilakukan oleh orang-orang yang tinggal di perumahan *cluster*.

2.8 Informasi Memengaruhi Perilaku Memilih

Sebelum memutuskan sesuatu, misalnya dalam memilih fasilitas kesehatan, seseorang dibekali dengan informasi. Kumpulan informasi yang seseorang terima akan memengaruhi pilihannya. Menurut Tuan (1977), dalam menerima atau mencari informasi dapat dilakukan dalam tiga cara yaitu, mengalami secara langsung selama bertahun-tahun (pengalaman), mencarinya sendiri, dan memelajarinya secara konseptual.

Seseorang yang memperoleh informasi dengan mengalaminya secara langsung akan mendapatkan informasi mendalam. Informasi mendalam tersebut sering tidak didapatkan oleh orang yang mencari informasi secara konseptual. Pengalaman secara langsung, menurut Tuan (1977), melibatkan pelbagai indera dan rasa (*sense*). Informasi yang diperoleh dengan mengalaminya secara langsung

melibatkan sensasi dan emosi seseorang sehingga memperkaya pengetahuan dan wawasan. Informasi berupa konsep hanya melibatkan pemikiran dan tidak melibatkan emosi, sehingga kurang memberikan informasi yang lebih.

Seseorang yang baru tinggal di suatu lingkungan, tentunya belum mengetahui seluk beluk lingkungan tersebut. Informasi yang didapatkan hanya sebatas informasi mendasar, misalnya letak fasilitas-fasilitas penting yang didapat dari media cetak atau elektronik. Pada kasus nyata di penelitian ini misalnya, seseorang hanya mengetahui fasilitas kesehatan berupa Eka Hospital dari brosur atau iklan BSD City. Keterikatan emosional dengan lingkungan dan tempat-tempat tertentu akan sangat kurang karena informasi yang didapat hanya sebatas konsep (kulit luar).

Lain halnya dengan seseorang yang telah tinggal bertahun-tahun di suatu lingkungan. Ia telah mengetahui, merasakan, dan mengalami sendiri kehidupan di lingkungan tersebut. Keterikatan emosional dengan lingkungannya sangat kuat, sehingga informasi yang terkesan *mainstream* tidak berpengaruh apa-apa terhadap dirinya. Secara perlahan ia telah membentuk informasi untuk dirinya dan tentu akan memengaruhinya dalam memutuskan pilihan akan sesuatu di lingkungan itu.

2.9 Desentralisasi Kota dan Perpindahan Penduduk ke Suburban

Munculnya perumahan *cluster* di luar kota, menurut Budihardjo dan Sujarto (1998), merupakan reaksi dari keadaan kota itu sendiri. Kemajuan teknologi dan komunikasi membuat segala kegiatan perkotaan menjadi serba cepat dan efisien. Perkembangan telepon hingga kendaraan bermotor memengaruhi kegiatan penduduk perkotaan. Pada saat ini, jarak sudah bukan masalah berat bagi penduduk yang melakukan mobilitas dalam kehidupannya sehari-hari. Jika pada mulanya orang-orang bekerja dan bertempat tinggal sekaligus di dalam kota, dengan adanya kemajuan teknologi khususnya di bidang transportasi, orang-orang dapat bekerja di kota dan pulang ke rumah di pinggir kota dengan mudah. Banyaknya orang yang melakukan perjalanan pergi-pulang dari rumah ke tempat kerja merupakan indikasi desentralisasi kota, yaitu sebuah keadaan yang dicirikan suatu kota tidak lagi menjadi pusat segala kegiatan.

Budihardjo dan Sujarto (1998) menambahkan, banyaknya perumahan *cluster* di luar kota juga tidak lepas dari daya tarik kota satelit dan daya dorong kota induk. Orang-orang dengan tingkat penghasilan lebih tinggi cenderung akan memilih tempat tinggal jauh dari keramaian kota. Alasannya sederhana, mereka ingin hidup nyaman jauh dari kebisingan kota dan didukung dengan kemampuan mobilitas tinggi serta kemampuan membeli lahan. Perumahan *cluster*, yang umumnya berada di pinggir luar kota induk, disebutkan oleh Budihardjo dan Sujarto (1998) memiliki tingkat kepadatan lebih rendah dari kota induk. Malo dan Nas dalam Rüländ (1997) menambahkan kegiatan di pinggir luar kota induk pun jauh lebih lenggang dibandingkan kota induk, seperti Kota Jakarta dengan kota-kota di sekitarnya: Bogor, Tangerang, Depok, dan Bekasi.

Di Indonesia, menurut Budihardjo (2005), fenomena perkotaan seperti munculnya perumahan *cluster* di pinggir kota belum direncanakan dengan baik. Padahal isu mengenai perumahan *cluster* pinggir kota merupakan hal yang reaktif dari perkembangan kota, terlebih dalam perkembangan Jakarta. Negara-negara di Eropa barat sudah mengantisipasi keadaan tersebut dengan membuat “perencanaan desentralisasi kota” yang sistematis. Perencanaan desentralisasi kota ini merupakan bentuk pengembangan perumahan satelit (*satellite settlements*) atau kota baru (*new towns*) yang bervariasi.

Budihardjo (2005) menyatakan: Di Perancis, pembangunan kota-kota baru sekitar Paris dibangun dengan komposisi 60 – 70% modal swasta dan 30 – 40% modal pemerintah. Pembagian peran yang proporsional antara pemerintah, swasta, dan masyarakat, harus diperhatikan agar metropolis yang terbentuk tidak menjadi *miseropolis* (kota kesengsaraan) atau *profitopolis* (kota komersial).

2.10 Permasalahan BSD City sebagai New Towns/Satellite Settlement

Kurangnya peran pemerintah dalam menangani permasalahan perkotaan, khususnya perumahan satelit (*satellite settlements*) atau kota baru (*new towns*), membuat pihak swasta dapat mengambil peluang besar, ungkap Budihardjo (2005). Banyak pengembang yang berinisiatif membangun *cluster-cluster* berjumlah besar dengan disugahi pelbagai kelebihan di dalamnya. Contoh yang

berkembang saat ini ialah adanya pembangunan perumahan satelit BSD City di wilayah Serpong. Pembangunan kawasan perumahan di lahan seluas 6.000 hektare menjadikan BSD City sebagai *cluster* perumahan berskala kota sehingga diperlukan fasilitas penunjang yang memadai.

Sangat disayangkan apabila pembangunan kota baru seperti BSD City hanya terfokus pada bagaimana cara mewadahi limbah penduduk dari kota induk (jenis kota baru Mark I). Ciri perumahan yang berderet dengan alasan efisiensi menjadi fokus utama pembangunan kota baru. Jika ditinjau lebih jauh, perumahan berderet dengan jumlah banyak bukan jaminan bahwa di perumahan itu kondisi sosial masyarakatnya *guyub*. Menurut Budihardjo (2005) sosial masyarakat *guyub* sangat diperlukan dalam kehidupan di lingkungan perumahan. Adanya rasa *guyub* tersebut, akan memengaruhi cara penduduk yang tinggal di *cluster* untuk bersosialisasi dengan lingkungan.

Selain itu, untuk alasan efisiensi pula jaringan jalan yang dibangun mengadopsi jenis jalan arteri (*boulevard*). Jenis jalan *boulevard* merupakan jalan yang mampu menampung kendaraan beroda empat atau lebih dengan jumlah 4 – 6 kendaraan. Mobilitas yang cocok untuk jenis jalan besar ialah mobilitas yang mementingkan efisiensi, dicirikan dengan jumlah kendaraan banyak dan kecepatan tinggi. Jenis jalan *boulevard* ini kurang cocok untuk diterapkan pada tiap akses menuju perumahan. Jenis jalan untuk perumahan seharusnya jenis jalan yang “ramah” dengan pejalan kaki maupun pengguna kendaraan kecil seperti motor dan sepeda. Adanya *boulevard* yang mendominasi lingkungan perumahan malah akan membuat penduduk tidak “akrab” dengan lingkungan sekitar alih-alih alasan efisiensi.

Pembangunan perumahan satelit yang terbilang besar seperti BSD City, seharusnya diimbangi dengan pembangunan fasilitas sosial dan fasilitas umum yang memadai. Menurut Budihardjo (2005) peluncuran produk perumahan sering kali tidak diimbangi dengan penyediaan fasilitas sosial dan fasilitas umum. Budihardjo (2005) menambahkan, fasilitas sosial dan fasilitas umum tidak segera dibangun karena masih menunggu sampai jumlah penghuni kota baru cukup banyak. Secara fisik (bangunan) memang disediakan tempat bagi para pengusaha atau wiraswasta untuk membuka toko atau pelayanan lain, namun kenyataannya

tempat tersebut masih belum dipergunakan. Akibatnya suasana perumahan yang ada akan seperti “kota mati”, yang dicirikan dengan banyaknya kompleks rumah tanpa disertai kegiatan-kegiatan umum dalam perumahan seperti warung, *mini market*, praktek dokter, dan lainnya.

Pada hakikatnya, kota baru merupakan kesatuan lingkungan binaan berisi perumahan, fasilitas dan pelayanan sosial, serta lapangan kerja yang beragam. Kunci utama keberhasilan pembangunan kota baru bukan pada kehebatan produk rancangan fisik, namun landasan sosial-ekonomi dalam perencanaan pembangunan. Konsep kota baru harus berlandaskan teori ekonomi perkotaan dengan wawasan sosial (Budihardjo, 2005, p. 88).

2.11 Komunitas Lingkungan (*Neighborhood Community*)

Penduduk yang tinggal di suatu lingkungan akan membentuk komunitas lingkungannya sendiri. Queen dan Thomas (1939) menyebutkan bahwa di Boston, Amerika Serikat, terdapat daerah-daerah dengan nama berdasarkan kejadian di masa lampau yang khusus: North End, Back Bay, Jamaica Plain, dan West Boxbury. Sedikit berbeda dengan penamaan daerah di Boston yang menggunakan kejadian masa lampau sebagai nama, nama BSD City justru terlahir karena suatu unsur kesengajaan. Unsur kesengajaan tersebut ialah BSD City dikembangkan oleh *developer* dari lahan yang masih kosong hingga terisi *cluster* perumahan. Orang-orang yang tinggal di BSD City akan saling mengenal dan berkomunikasi sehingga terbentuklah komunitas BSD City. Dengan luas wilayah 6.000 hektare, memungkinkan munculnya komunitas-komunitas yang lebih kecil di *cluster-cluster* perumahan BSD City. Komunitas yang lebih kecil ini biasanya terdiri dari penduduk yang tinggal dalam satu *cluster*, misalnya Paguyuban Nusa Loka BSD.

Suatu komunitas dilayani oleh satu instansi yang memiliki keberagaman fungsi pelayanan. Menurut Queen dan Thomas (1939), komunitas biasanya memiliki daerah tersendiri, begitu pula dengan jaringan jalan, toko, sekolah, tempat peribadatan, bioskop, pelayanan servis khusus, dan fasilitas lain yang membuat penduduk tidak perlu lagi keluar dari daerahnya untuk mendapatkan pelayanan. Seperti halnya komunitas-komunitas kecil di BSD City yang telah memiliki area jangkauannya sendiri. Adanya suatu tempat yang berfungsi sebagai

pasar, sekolah, maupun fasilitas umum lainnya di dalam wilayah BSD City membuat komunitas di dalamnya secara otomatis memilih tempat tersebut. Keberadaan pasar, sekolah, dan fasilitas umum lain yang tersebar, ditambah banyaknya *cluster* dalam BSD City menjadikan komunitas-komunitas kecil yang terbentuk pun berbeda-beda. Misalnya, pada perumahan Nusa Loka telah terdapat sekolah, pasar, dan fasilitas umum yang berada dekat dengan area *cluster*, orang-orang yang tinggal di Nusa Loka pun terbiasa menggunakan fasilitas umum tersebut. Keterbiasaan menggunakan fasilitas umum yang sama bagi orang-orang Nusa Loka otomatis membuat Nusa Loka menjadi sebuah komunitas tersendiri.

Terbentuknya suatu komunitas lingkungan (*neighborhood community*) tergantung dari interaksi orang-orang di dalamnya. Artinya komunitas lingkungan tidak serta merta terbentuk secara tiba-tiba tanpa ada interaksi. Valentine (2001) mendefinisikan komunitas lingkungan sebagai ruang interaksi sosial yang terbentuk karena dekatnya jarak rumah, sebagian besar penduduk saling mengenal dengan baik, sering berpartisipasi dalam acara-acara (RT/RW), penduduk saling bertukar informasi, dan melekatnya rasa memiliki bersama yang tinggi. Dengan begitu komunitas lingkungan dapat terbentuk jika penduduknya berinteraksi satu sama lain dalam intensitas yang tinggi baik dalam jangka waktu singkat atau lama.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

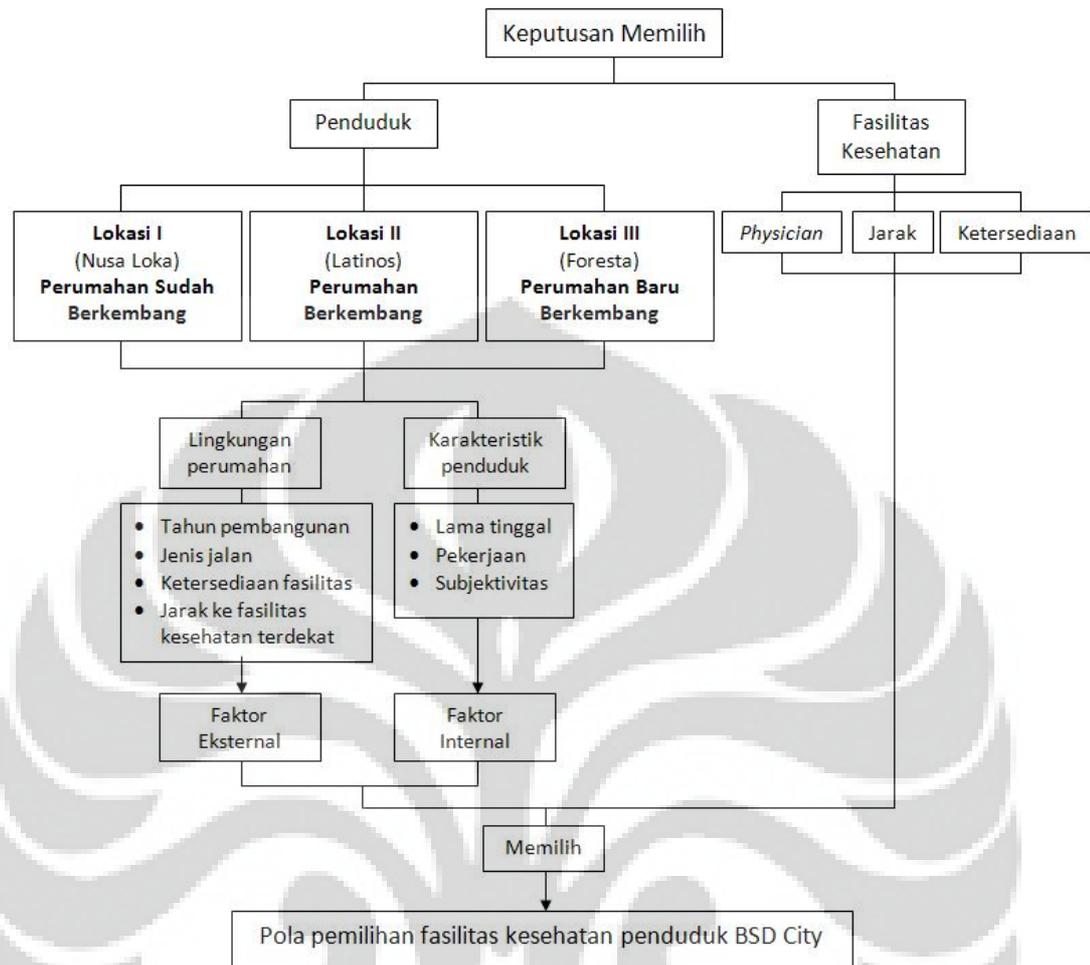
Penelitian ini bersifat kualitatif, yang dicirikan dengan hasil akhir bukan merupakan representatif dari daerah kajian namun pengumpulan informasi yang akan dibandingkan dengan teori.

3.1 Daerah Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah BSD City (Bumi Serpong Damai) yang terletak di selatan Kabupaten Tangerang dan sebagian Kota Tangerang Selatan. BSD City merupakan buah tangan pengembang Sinar Mas Land. Luas BSD mencapai 6.000 hektare dengan pembagian fungsi-fungsi di dalamnya. Terdapat enam fungsi dalam BSD, antara lain industri, perkantoran, perdagangan, pendidikan, wisata, serta perumahan. BSD City mencakup Kecamatan Serpong, Setu, Cisauk, Pagedangan, dan sebagian kecil Legok. Bentuk BSD City tidak mengikuti wilayah administratif kecamatan yang ada di Kabupaten Tangerang maupun Kota Tangerang Selatan (lihat Gambar 3.2 di halaman 27).

3.2 Alur Pikir Penelitian

Dilihat dari wilayah terbangun BSD City, dapat diidentifikasi tiga lokasi berbeda. Lokasi I (Nusa Loka) merupakan perumahan sudah berkembang, lokasi II (Latinos) merupakan perumahan berkembang, dan lokasi III (Foresta) merupakan perumahan baru berkembang (lihat Gambar 3.3 di halaman 28). Perbedaan lokasi tersebut (dijelaskan lebih lanjut dalam bab 5) dicirikan dengan tahun pembangunan perumahan, jenis jalan, ketersediaan fasilitas, dan jarak ke fasilitas kesehatan terdekat. Kerangka alur pikir penelitian dapat dilihat pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1 Alur pikir penelitian

Secara keseluruhan terdapat banyak fasilitas kesehatan di dalam BSD City, di antaranya berupa rumah sakit, klinik, dan praktek dokter. Persebaran fasilitas kesehatan yang tidak merata menjadikan beberapa penduduk di perumahan BSD City tidak dapat menjangkau fasilitas kesehatan tersebut dengan mudah. Berkembang tidaknya perumahan berkorelasi dengan ketersediaan fasilitas. Semakin berkembang suatu perumahan maka semakin memadai fasilitas-fasilitas yang ada. Di perumahan sudah berkembang tentu saja penduduknya dapat memilih fasilitas dengan mudah. Sebaliknya, di perumahan berkembang maupun baru berkembang, penduduknya mengalami kesulitan dalam memilih fasilitas.

Dalam penelitian ini, pemilihan fasilitas kesehatan difokuskan pada penanganan pertama dan bukan untuk jenis penyakit berat dan kronis. Pelayanan kesehatan (*healer*) di dalam fasilitas kesehatan, menurut Rosenberg dalam

Pacione (1986) terdiri dari *physicians, dentist, nurses, psychologist, social workers, medical technologist, paramedics, hospital orderlies*, dan *volunteers*. Penanganan pertama merupakan kebutuhan seseorang akan dokter (*physicians*) untuk tindakan diagnosis dan pengobatan awal guna mencegah memburuknya sakit yang dideritanya. Penanganan pertama berbeda dengan penanganan tingkat lanjut, yaitu dalam penanganan tingkat lanjut seseorang telah mengetahui riwayat penyakitnya dan butuh penanganan atau pelayanan spesialis (*medical technologist*). Penanganan tingkat lanjut lain misalnya seseorang harus dirujuk ke fasilitas kesehatan berhirarki lebih tinggi karena ketersediaan peralatan medis yang tidak memadai. Penanganan pertama yang dimaksud ditujukan untuk seluruh anggota keluarga. Oleh karena itu, responden dalam penelitian ini ialah rumah tangga yang dalam proses pengambilan informasinya diwakili oleh kepala rumah tangga.

Dalam memilih fasilitas kesehatan untuk penanganan pertama, menurut Whitelegg dalam Pacione (1986), seseorang akan menempatkan pilihan pada fasilitas terdekat. Akan tetapi, tidak tersedianya fasilitas kesehatan terdekat menjadikan seseorang harus bergerak lebih jauh untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini menjadikan pola pemilihan yang berbeda pada masing-masing lokasi perumahan. Lingkungan perumahan (termasuk di dalamnya ketersediaan fasilitas kesehatan), yang merupakan faktor eksternal, bukan satu-satunya pengaruh terbentuknya pola pemilihan. Terdapat faktor internal berupa lama tinggal, pekerjaan, dan subjektivitas yang dapat memengaruhi penduduk dalam memilih. Faktor internal tidak dapat diabaikan karena juga merupakan faktor penting seseorang untuk menentukan pilihan. Faktor internal seperti kepemilikan polis asuransi juga dapat memengaruhi seseorang untuk memilih fasilitas kesehatan. Polis asuransi berguna untuk mendapatkan biaya pertanggung jawaban atau biaya pengobatan pengganti karena pemegang polis menderita penyakit berat atau kritis yang membutuhkan penanganan lanjut. Penelitian ini difokuskan pada pemilihan fasilitas kesehatan untuk penanganan pertama, serta bukan untuk penyakit berat dan kronis. Oleh karena itu, kepemilikan asuransi tidak digunakan dalam analisis.

Perbedaan ciri di ketiga lokasi penelitian diasumsikan menghasilkan pola pemilihan yang berbeda. Hipotesa yang dapat diambil yaitu, di perumahan sudah

berkembang terbentuk pola pemilihan fasilitas kesehatan di sekitar cluster dengan pemilihan bervariasi. Pada perumahan berkembang dan baru berkembang pola pemilihan fasilitas kesehatan cenderung berfokus pada satu fasilitas.

3.3 Alur Kerja Penelitian

a. Sebelum Survey

Sebelum melakukan penelitian, dilakukan kegiatan-kegiatan berikut guna kelancaran survey.

1) Survey awal

Informasi yang dapat diambil dari survey awal ialah gambaran umum mengenai BSD City serta perumahan-perumahan dan fasilitas-fasilitas yang tersedia. Survey awal dilakukan dengan mewawancarai salah seorang penduduk BSD City secara acak. Setelah itu peneliti dapat menentukan langkah selanjutnya dalam penelitian.

2) Menentukan daerah penelitian

Untuk mendapatkan daerah penelitian, terlebih dahulu dilakukan *overlay* citra GeoEye Google Earth dan masterplan BSD City. Dari informasi hasil survey awal, peneliti dapat menentukan lokasi penelitian yaitu Nusa Loka, Latinos, dan Foresta.

3) Menyusun kuestioner

Peneliti menentukan informasi apa yang akan diambil dari penduduk.

b. Survey

1) Mengisi kuestioner

Kuestioner yang telah disiapkan kemudian disebar ke lokasi-lokasi penelitian. Masing-masing lokasi akan diambil sampelnya. Sampel tersebut merupakan informan dari penelitian ini. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *accidental sampling*.

2) Inventarisasi data

Sebelum inventarisasi data, peneliti telah melakukan observasi lapang. Informasi dikumpulkan dari data citra GeoEye Google

Earth guna memperoleh data letak (*plotting*) dan jarak fasilitas kesehatan dengan lokasi perumahan. Peneliti juga mengumpulkan informasi mengenai tahun pembangunan perumahan yang dijadikan lokasi penelitian dari publikasi resmi BSD City (lihat lampiran). Selain itu, melalui citra GeoEye Google Earth, peneliti dapat menentukan wilayah terbangun dan jaringan jalan.

c. Setelah Survey

1) Pengolahan data

Informasi yang telah dikumpulkan kemudian dirangkum dalam bentuk tabel, gambar, dan peta yang disajikan dalam hasil dan pembahasan penelitian (dijelaskan lebih lanjut pada subbab 3.6).

2) Analisis data

Data yang telah diolah kemudian dianalisis dengan menggunakan pendekatan perilaku keruangan (dijelaskan lebih lanjut pada subbab 3.7).

3.4 Variabel Penelitian

Perbedaan lingkungan perumahan dicirikan dengan variabel berikut.

- Tahun pembangunan: tahun dimulainya perumahan dibangun. Dengan mengetahui tahun pembangunan, dapat diketahui pula berkembang tidaknya komunitas lingkungan dalam perumahan tersebut.
- Jenis jalan: dibagi atas jalan lokal, jalan arteri, dan jalan tol.
- Ketersediaan fasilitas: fasilitas apa saja yang ada di lingkungan perumahan.
- Jarak ke fasilitas kesehatan terdekat: jarak perumahan (dihitung dari titik tengah area perumahan) dengan fasilitas kesehatan yang ada (dalam jarak < 1 km, 1 – 2 km, 2 – 4 km, dan > 4 km).

Sedangkan karakteristik penduduk dicirikan dengan variabel berikut.

- Lama tinggal: dibagi atas empat yaitu baru (≤ 2 tahun), agak lama (3 – 5 tahun), cukup lama (6 – 10 tahun), dan lama (> 10 tahun).

- Pekerjaan: jenis pekerjaan dalam penelitian ini merupakan jawaban terbuka, artinya peneliti tidak membatasi jawaban penduduk yang dijadikan sampel.
- Subjektivitas dalam memilih: variabel bersifat informasi apakah penduduk lebih memilih fasilitas kesehatan yang *iconic*, atau fasilitas kesehatan dengan kualitas mencukupi, atau kedekatan sosial.

3.5 Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini diperoleh dari pelbagai sumber. Cara perolehan dan jenis data dalam penelitian terdapat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Sumber dan jenis data penelitian

Variabel	Jenis data	Sumber data
Tahun pembangunan	Sekunder	Masper plan BSD City
Jenis Jalan	Sekunder	RBI Bakosurtanal
Ketersediaan Fasilitas	Sekunder	Master plan BSD City
Jarak fasilitas kesehatan	Sekunder	Citra GeoEye Google Earth
Pekerjaan	Primer	Survey lapang
Lama tinggal	Primer	Survey lapang
Subjektivitas	Primer	Survey lapang

3.5.1 Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dengan cara survey langsung ke daerah kajian. Pengambilan data dilakukan dengan metode *accidental sampling* sebanyak 34 responden (16 di lokasi I, 14 di lokasi II, dan 4 di lokasi III). Metode *accidental sampling* dilakukan dengan pertimbangan bahwa peneliti sulit menemui anggota populasi yang dapat dipilih menjadi anggota sampel. Sampel menurut Hasan (1999) harus dapat mewakili karakteristik populasi yang ada, dan jika karakteristik dalam satu populasi seragam maka pengambilan sampel dapat dilakukan secara bebas. Pertimbangan lain dari metode ini ialah seluruh anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk dijadikan sampel karena memiliki karakteristik seragam. Yunus (2010) berpendapat dalam metode

accidental sampling, siapa saja dapat menjadi anggota sampel dengan syarat memenuhi kriteria yang telah ditetapkan peneliti. Kriteria sampel dalam penelitian ini ialah penduduk yang bertempat tinggal di ketiga lokasi perumahan. Hal ini memungkinkan siapa saja penduduk yang ditemui peneliti dapat dijadikan sampel.

Pengambilan sampel berjumlah 34 didasari atas metode *sampling* yang digunakan. *Accidental sampling* berarti peneliti mengambil sampel dari siapa saja penduduk yang dapat ditemui. Hal ini memungkinkan sampel yang direncanakan peneliti dapat berubah karena hambatan di lapangan. Pengambilan sampel direncanakan berjumlah 55 dengan proporsi 25 di lokasi I, 20 di lokasi II, dan 10 di lokasi III. Akan tetapi, fakta di lapangan banyak penduduk yang sulit ditemui untuk dijadikan sampel. Oleh karena itu, sampel akhir penelitian berjumlah 34.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini berupa informasi tahun pembangunan perumahan, jenis jalan, dan ketersediaan fasilitas di sekitar perumahan. Informasi tersebut didapat dari masterplan pembangunan BSD City dan peta RBI dari Bakosurtanal. Data sekunder juga diperoleh dari citra GeoEye Google Earth guna mengetahui jarak fasilitas kesehatan dengan tempat tinggal penduduk. Perolehan jarak tersebut didapatkan dengan menggunakan fasilitas pengukuran jarak dalam aplikasi Google Earth.

3.6 Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara sebagai berikut.

a. Tabulasi kasus

Setelah dilakukan wawancara terhadap sampel penduduk BSD City, dilakukan tabulasi kasus (pola memilih) pada tiap-tiap area.

b. Membuat peta sebaran fasilitas kesehatan

Data sebaran fasilitas kesehatan dapat diperoleh dengan mengplot fasilitas kesehatan pada citra GeoEye Google Earth, kemudian memindahkannya ke ArcMap untuk dilakukan pembuatan peta.

c. Membuat bagan pola pemilihan fasilitas kesehatan

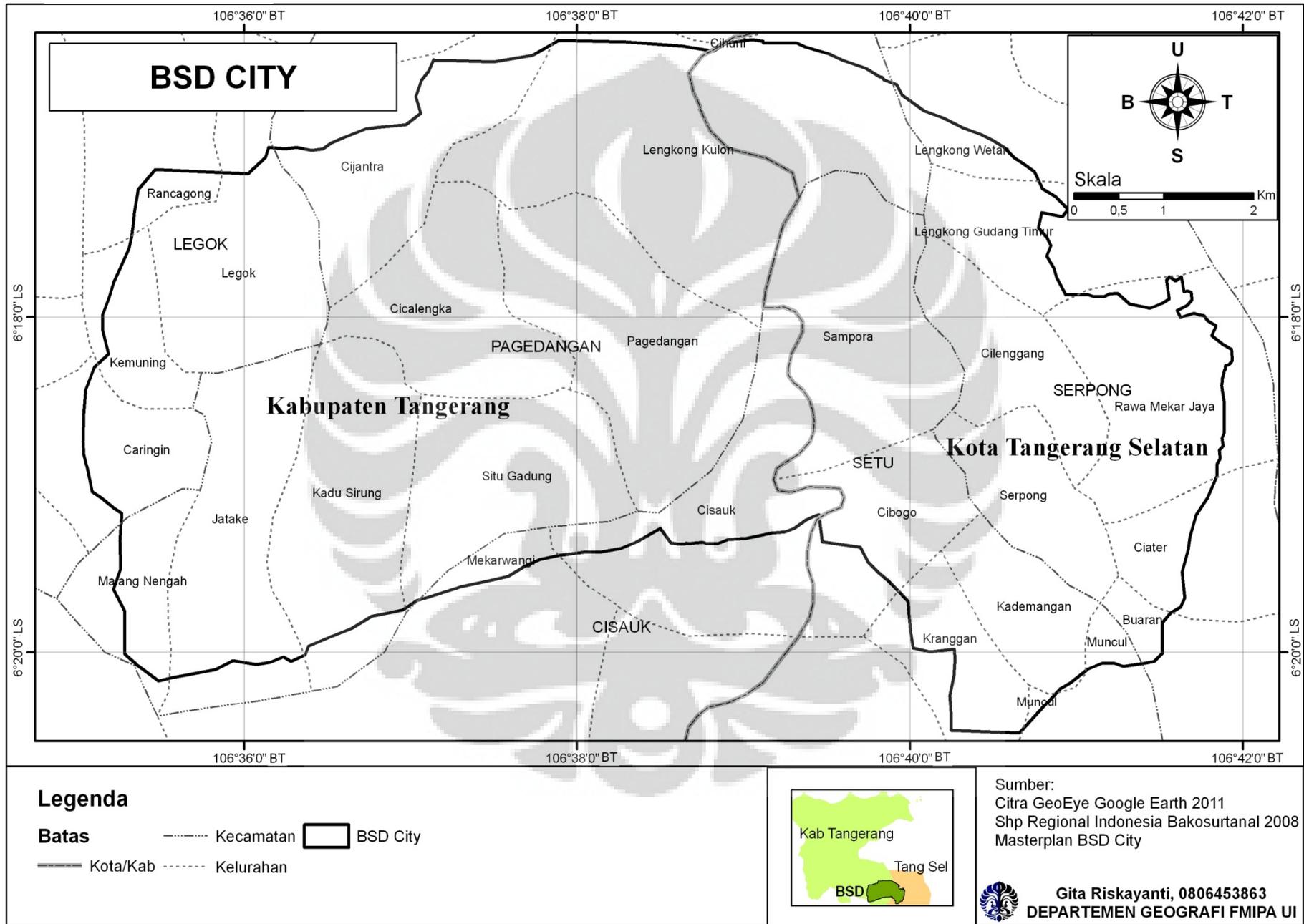
Setelah tabulasi kasus dan peta sebaran rumah sakit, maka pembuatan bagan pola pemilihan rumah sakit dapat dilakukan. Bagan tersebut terdiri dari pola pemilihan fasilitas kesehatan berdasarkan lama tinggal, pekerjaan, dan subjektivitas.

3.7 Analisis Data

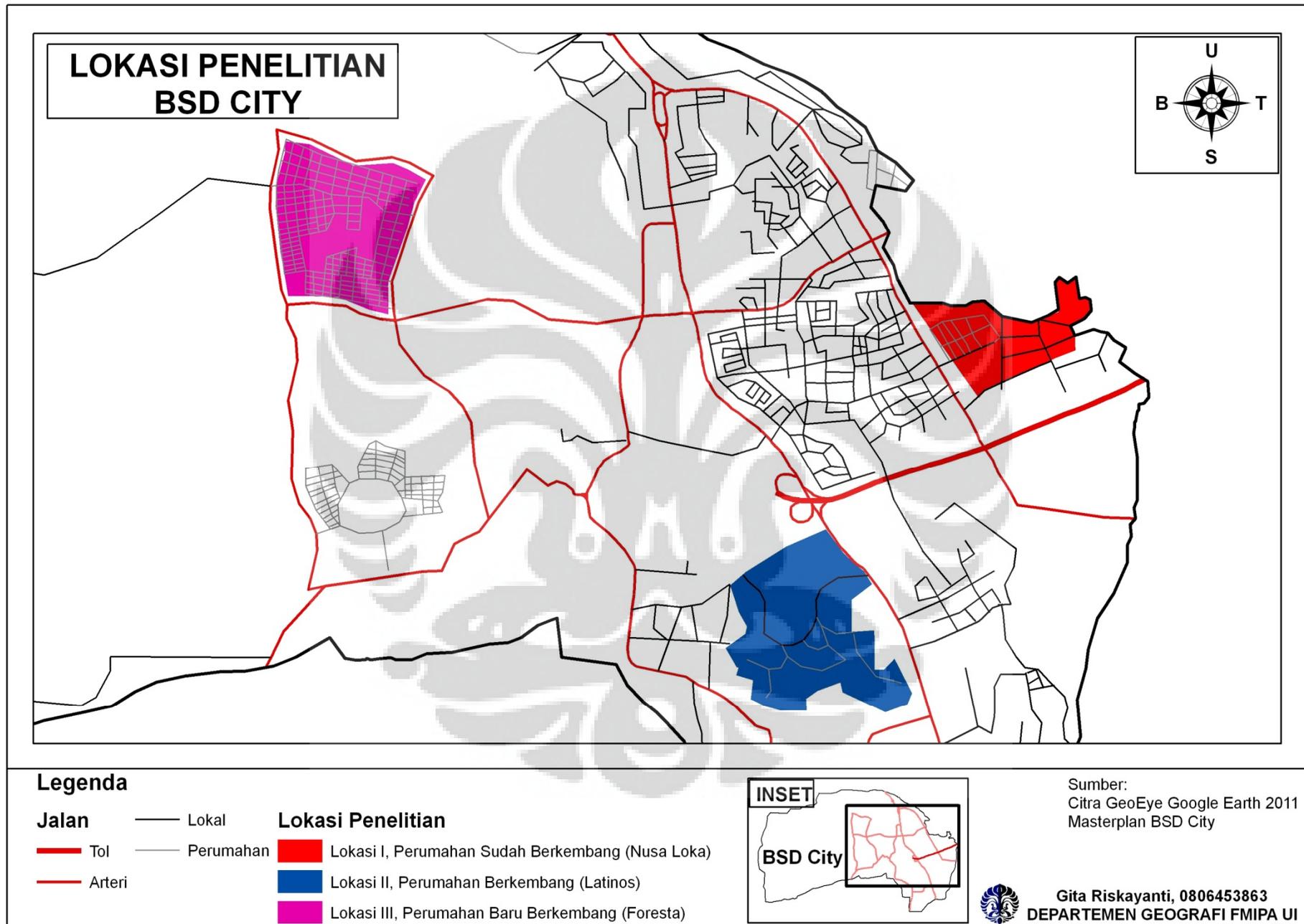
Analisis dalam penelitian ini menggunakan pendekatan keruangan, dicirikan dengan membandingkan ketiga lokasi perumahan. Adanya perbedaan situasi atau keadaan lingkungan perumahan di ketiga lokasi tersebut tentunya akan berpengaruh dengan pemilihan fasilitas kesehatan. Dalam melakukan pendekatan ini, data yang telah diperoleh juga akan dibuat dalam tabel. Tabel-tabel data kemudian disilangkan (*crosstab*) satu sama lain untuk dibuat perbandingannya. Tabel yang akan dihasilkan dari perolehan data di antaranya tabel pemilihan fasilitas kesehatan, pekerjaan penduduk, lama tinggal, jarak fasilitas kesehatan dengan perumahan, dan subjektivitas pemilihan.

Data-data yang diperoleh juga akan dianalisis menggunakan pendekatan perilaku (*behavioural approach*). Pemilihan akan dikaitkan dengan lingkungan tempat tinggalnya, selera memilih, dan hal-hal lain yang telah dijelaskan dalam bab 2. Dengan menggunakan pendekatan ini, pembahasan akan bersifat kausal (sebab-akibat) yang menghubungkan pemilihan dengan lingkungan perumahan dan karakteristik penduduk.

Gambar 3.2



Gambar 3.3



BAB IV

DESKRIPSI DAERAH BSD CITY

4.1 Letak

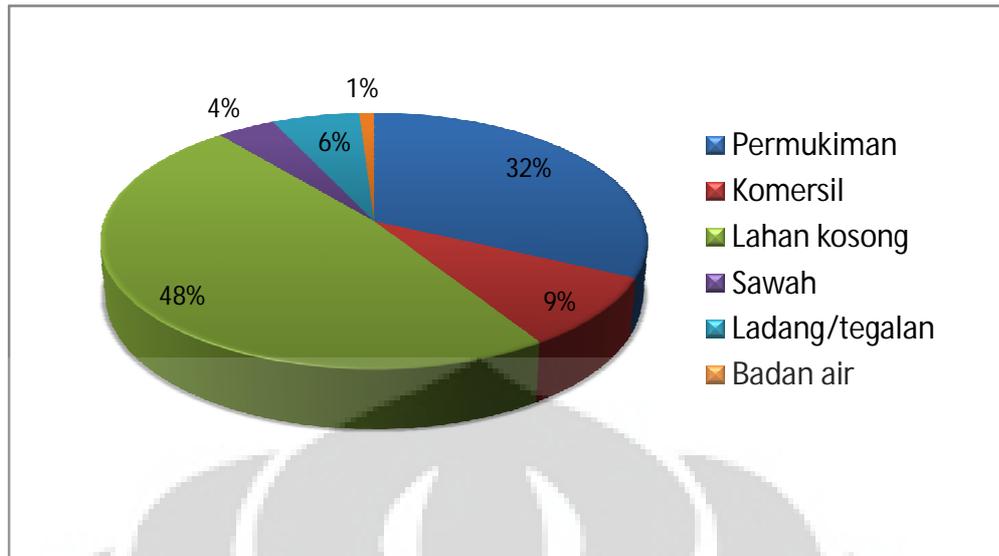
BSD City terletak di Kota Tangerang Selatan dan Kabupaten Tangerang, Provinsi Banten. Letaknya yang tidak berdasarkan batas administrasi membuat BSD City berada di 5 kecamatan berbeda, yaitu Kecamatan Serpong, Setu, Cisauk, Pagedangan, dan Legok (lihat Gambar 3.2 di halaman 27). Daerah BSD City yang terletak di Kecamatan Serpong sudah banyak penghuni dan padat kegiatan. Sedangkan daerah di seberang Ci Sadane masih sepi penghuni dan belum banyak kegiatan.

Secara geografis BSD City terletak di $6^{\circ}16'15''$ LS – $6^{\circ}20'30''$ LS, dan $106^{\circ}35'3''$ BT – $106^{\circ}20'30''$ BT. BSD City terletak 22 km dari Jakarta (diukur dari pusat Kota Jakarta yaitu Monas, ke CBD BSD City). Batas-batas BSD City ialah sebagai berikut :

Utara : perumahan Alam Sutera, Kelurahan Paku Alam, dan lapangan golf Gading Raya
Selatan: Kelurahan Mekar Wangi, dan Kelurahan Kranggan
Timur : Kecamatan Pamulang, Ciputat, dan Pondok Aren
Barat : Kelurahan Rancagong (di Kecamatan Legok)

4.2 Wilayah Terbangun dan Belum Terbangun

Penggunaan tanah di BSD City terdiri dari lahan kosong, permukiman, bangunan komersil, badan air, tegalan/ladang, dan sawah tadah hujan. Dengan luas lahan 6.000 ha, sebesar 48% dari keseluruhan luas BSD City masih berupa lahan kosong. Lahan kosong ini nantinya akan digunakan untuk pembangunan perumahan lain di masa mendatang. Permukiman menempati peringkat kedua dalam penggunaan lahan di BSD City, mencakup 32%. Penggunaan tanah untuk bangunan komersil mencakup 9% dari keseluruhan luas BSD City. (lihat grafik 4.1)



Grafik 4.1 Persentase Penggunaan Tanah BSD City

Dari data penggunaan tanah tersebut, dapat diketahui wilayah terbangun dan belum terbangun di BSD City. Wilayah terbangun memiliki persentase 41%, sedangkan wilayah belum terbangunnya memiliki persentase lebih besar yaitu 59%. Wilayah terbangun di BSD City terdiri dari permukiman dan bangunan komersil berupa ruko, restoran, tempat hiburan, gudang, dan gedung kantor. Sedangkan wilayah belum terbangun BSD City terdiri dari penggunaan tanah selain permukiman dan bangunan komersil (lihat Gambar 4.2 di halaman 37).

Bagian timur BSD City merupakan daerah yang telah banyak mengalami pembangunan. Terdapat perumahan-perumahan yang disertai banyak fasilitas pendukung kehidupan seperti pendidikan, kesehatan, dan perdagangan. Akan tetapi semakin ke arah barat BSD City, semakin jarang ditemukan gedung-gedung atau perumahan yang telah terbangun. Belum adanya pembangunan ke arah barat tentunya berkorelasi dengan belum tersedianya fasilitas-fasilitas seperti di bagian timur BSD City (lihat Gambar 4.3 di halaman 38).

Sebagian besar permukiman terletak di bagian timur BSD City, yaitu Kecamatan Serpong (sebelah timur Ci Sadane). Permukiman yang ada merupakan perumahan *cluster* hasil pengembangan BSD City yang berbaur dengan permukiman penduduk setempat. Perumahan *cluster* yang berbaur dengan permukiman penduduk sekitar ini terjadi di pinggiran wilayah BSD City dan sebagian jalan-jalan kecil perumahan lama. Di dalam wilayah permukiman ini

juga terdapat sekolah-sekolah mulai dari jenjang pendidikan pra-TK hingga Perguruan Tinggi.

Selain perumahan, di bagian timur BSD City juga tersebar bangunan komersil seperti ruko, restoran, tempat hiburan, gudang, dan gedung kantor. Penggunaan tanah sebagai pergudangan diberi nama Taman Tekno BSD, terletak di selatan wilayah BSD City. Taman Tekno digunakan oleh beberapa perusahaan guna menyimpan barang (gudang) dan industri non-polusi. Ruko-ruko terletak di sepanjang jalan raya BSD City, di antaranya Jalan Pahlawan Seribu, dan Jalan Letnan Sutopo. Ruko diisi oleh pelbagai kegiatan usaha diantaranya rumah makan, toko perabotan rumah tangga, toko hewan (*pet shop*), apotek, tempat hiburan, hingga praktek dokter.

4.3 Jaringan Jalan

Jaringan jalan di BSD City terdiri dari jalan tol, jalan arteri (*boulevard*), jalan lokal, dan jalan perumahan (lihat Gambar 4.2 di halaman 37). Jaringan jalan di bagian timur BSD City (sebelah timur Ci Sadane) lebih rapat dari pada bagian barat. Di bagian timur yang merupakan wilayah pembangunan pertama BSD City, tentu saja jaringan jalan merupakan unsur penting pertama. Jaringan jalan di bagian timur sudah tertata disesuaikan dengan kebutuhan. Sedangkan di bagian barat yang masih dalam proses pembangunan, sebagian besar jaringan jalannya masih berupa jalan raya dan jalan setapak.

Jalan perumahan merupakan jalan yang berada di dalam kompleks perumahan BSD City. Jalan ini langsung berbatasan dengan rumah-rumah penduduk maupun halaman rumah penduduk (lihat Gambar 4.1a). Di jalan perumahan ini tidak terdapat fasilitas-fasilitas, karena termasuk area non-publik atau area pribadi (*private*) bagi penduduk perumahan.

Jalan lokal di BSD City merupakan jalan yang berada di dalam dan penghubung kompleks perumahan. Jalan raya mampu menampung 1 – 2 mobil dalam satu jalur (lihat Gambar 4.1b). Mengingat banyaknya perumahan di BSD City, keberadaan jalan rayanya pun sebanding dengan perumahan.

Jalan arteri (*boulevard*) merupakan akses utama untuk memasuki wilayah BSD City. Mulai dari gerbang utara BSD City (bundaran BSD City) hingga ke

selatan dilalui oleh *boulevard*. *Boulevard* ini juga menghubungkan BSD City bagian timur dan barat yang dipisahkan oleh Ci Sadane. *Boulevard* mampu menampung 4 – 6 mobil dalam satu jalur (lihat Gambar 4.1c). *Boulevard* yang membentang dari utara ke selatan BSD City bagian timur ialah Jalan Pahlawan Seribu dan Jalan Letnan Sutopo. Sedangkan *boulevard* yang menghubungkan BSD City bagian timur dan barat ialah Jalan Boulevard Barat BSD City.



Jalan tol yang ada di wilayah BSD City terletak pada simpul tengah Jalan Pahlawan Seribu. Jalan tol ini merupakan jalan tol yang menghubungkan BSD City dan Pondok Indah. Pada pembangunan selanjutnya jalan tol ini akan dilanjutkan hingga mampu menghubungkan BSD City dan Tiga Raksa. Perencanaan pembangunan tol ini ialah perencanaan tol Balaraja Jagakarsa Serpong.

Hal mendasar yang dapat dilihat pada Gambar 4.2 ialah jaringan jalan pada wilayah terbangun memiliki kerapatan yang lebih tinggi dibanding dengan wilayah belum terbangun. Pada wilayah terbangun, tentunya disertai kegiatan-

kegiatan penduduk sehari-hari seperti perdagangan, perkantoran, dan pendidikan, sehingga jaringan jalan memegang peran penting sebagai media kegiatan berlangsung. Lain halnya pada wilayah belum terbangun, kegiatan sehari-hari penduduk belum banyak frekuensinya dibanding wilayah terbangun, sehingga jaringan jalan yang ada tidak memiliki kerapatan yang sama dengan wilayah terbangun.

4.4 Penduduk

Jumlah penduduk BSD City yang telah mencapai lebih dari 100.000 jiwa berasal dari pelbagai daerah (lihat lampiran publikasi dari BSD City). Mayoritas penduduk yang menempati perumahan *cluster* berasal dari Jakarta. Mereka yang melakukan migrasi ke BSD City berpendapat bahwa suasana di Jakarta (CBD) tidak nyaman di BSD. Terdapat pula penduduk yang berasal dari luar Jawa, seperti Padang dan Ambon (lihat lampiran Tabel 4). Mereka yang berasal dari luar Jawa dan menetap di BSD City berpendapat bahwa di Jakarta sudah sulit mencari perumahan yang nyaman. Ada sebagian kecil warga negara asing yang menetap untuk sementara waktu di BSD City.

Penduduk BSD City umumnya bekerja sebagai pegawai swasta, pengusaha, wiraswasta, dan pegawai negeri dengan penghasilan rata-rata perbulan Rp5.000.000 – Rp100.000.000. Penduduk yang bekerja sebagai pegawai swasta dan pegawai negeri berkantor di Jakarta. Sedangkan penduduk yang bekerja sebagai wiraswasta dan pengusaha umumnya berkantor di BSD City sendiri (lihat lampiran Tabel 4).

Sebagian besar penduduk BSD City memiliki pendidikan terakhir sarjana strata 1 dari pelbagai prodi. Terdapat sedikitnya 5% yang telah menempuh pendidikan hingga tingkat sarjana strata 2. Penduduk dengan tingkat pendidikan SMA hanya mengambil porsi sedikitnya 1% dari jumlah keseluruhan penduduk BSD City (lihat lampiran Tabel 4).

4.5 Tahap Pembangunan dan Ketersediaan Fasilitas

Secara garis besar, pembangunan BSD City dibagi menjadi tiga tahap. Pembangunan pertama telah selesai dilakukan, yaitu di BSD City bagian timur.

Pembangunan kedua sedang dalam pengerjaan, yaitu BSD City bagian tengah, di seberang barat Ci Sadane. Pembangunan terakhir di bagian paling barat BSD City, yang baru akan dimulai pembangunannya direncanakan pada tahun 2015.

Pembangunan pertama yang telah selesai mencakup luas 1.500 ha. Pembangunan ini meliputi pembangunan perumahan, ruko, ruang kantor (*office space*), rumah sakit, sekolah, dan taman kota. Perumahan yang telah selesai dibangun mencapai 18 *cluster* dengan rata-rata 1.500 – 2.000 unit rumah per*clusternya*. *Cluster-cluster* yang telah dibangun pada tahap I di antaranya Giri Loka, Nusa Loka, Puspita Loka, Fortuna, Taman Tekno, Pavillion, De Latinos, Sevilla, Castilla, Versailles, The Green, Green Cove, Virginia Lagoon, Vermont Parkland, Provence Parkland, Taman Tirta Golf, dan Victoria Riverpark. Tingkat hunian di tiap *cluster* dapat mencapai 70 – 90%. Ruko, tempat perbelanjaan dan tempat hiburan yang dibangun pada tahap I pembangunan meliputi BSD Plaza, BSD Junction, ITC BSD, Ruko CBD, Blitz Megaplex, Ruko Tol Boulevard, Pasar Modern, Ruko Madrid, Ruko Auto Parts, *Ocean Park Water Adventure*, dan ruko-ruko di dalam *cluster* perumahan seperti Ruko Centro Havana. Pembangunan ruang kantor di BSD City menganut perencanaan “*green office*” di antaranya Wisma BCA, Sunburst, German Centre, Teras Kota, dan Smart Telkom. Terdapat dua rumah sakit di BSD City yaitu Medika BSD dan Eka Hospital yang pembangunannya baru selesai tahun 2009 lalu. Dalam menyediakan sarana pendidikan, di BSD City terdapat 42 sekolah mulai dari pra-TK hingga Perguruan Tinggi. Banyak di antaranya sekolah-sekolah ternama yang sudah dikenal masyarakat seperti Institut Teknologi Nasional (ITI), *Swiss-Germany University* (SGU), Al-Azhar, Cikal Harapan, Santa Ursula, Internasional Jerman, Ora Et Labora, Stella Maris dan sekolah magnet (*magnet school*) Insan Cendekia. Pada pembangunan tahap I ini juga telah dibangun taman kota I di utara BSD City dekat RS Medika BSD dan taman kota II di selatan BSD City dekat Taman Tekno.

Beranjak pada pembangunan tahap II, meliputi 2.000 ha luas BSD City di sebelah barat Ci Sadane. Pada tahap ini baru sedikit *cluster* yang terbangun yaitu Foresta dan The Icon. Tingkat hunian di *cluster* ini baru mencapai 10 – 15%. Belum banyak fasilitas pada pembangunan tahap ini, salah satunya yang telah selesai dibangun ialah Prasetya Mulya (*business school*) dan *Swiss-Germany*

University (SGU). Pada pembangunan tahap II ini akan dibangun beberapa *cluster* perumahan dan taman kota serta area khusus pendidikan (*education township*).

Daerah pembangunan tahap pertama BSD City merupakan wilayah terbangun yang hampir seluruhnya sudah dilengkapi dengan fasilitas-fasilitas, termasuk fasilitas kesehatan. Penduduk yang menetap di perumahan-perumahan tahap pertama pembangunan, dapat menjangkau fasilitas kesehatan dengan mudah dan cepat. Akan tetapi, seperti yang telah dijabarkan sebelumnya, semakin ke arah barat pembangunan BSD City belum dapat dikatakan sebagai perumahan dengan fasilitas memadai. Semakin sedikit fasilitas yang tersedia tentunya menyulitkan penduduk untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, salah satunya kesehatan.

4.6 Fasilitas Kesehatan

Eka Hospital merupakan rumah sakit yang terletak di persinggungan Jalan Pahlawan Seribu dengan Jalan Boulevard Timur BSD City. Eka Hospital berada di daerah komersil bersamaan dengan gedung-gedung kantor, pasar swalayan, restoran cepat saji, dan gedung bioskop. Eka Hospital memiliki bangunan fisik yang besar sehingga dapat terlihat dengan mudah. Keberadaannya juga dapat diingat dengan baik karena terletak di jalan yang sering dilalui oleh banyak orang.

Klinik Selaras terletak di utara dekat gerbang masuk BSD City. Klinik ini masih berada di Jalan Pahlawan Seribu, letaknya berdekatan dengan persimpangan Jalan Letnan Sutopo. Sekitar Klinik Selaras merupakan daerah komersil, termasuk di dalamnya BSD Junction, ITC BSD, dan Rumah Sakit Medika BSD. Klinik Selaras merupakan klinik yang telah lama berdiri, jauh sebelum BSD City dikembangkan. Pada mulanya, Klinik Selaras merupakan apotek yang kemudian berkembang menjadi sebuah klinik. Selaras memiliki bangunan fisik yang tidak besar dan menonjol karena tergabung dalam kompleks BSD Plaza.

Nurnajmia Husada merupakan klinik yang berada di dalam *cluster* Latinos (perumahan berkembang). Letaknya di jalan utama *cluster* Latinos, dan dapat dijangkau dengan jarak < 2 km dari lokasi 2 tersebut. Terdapat pula apotek yang mendukung keberadaan klinik ini. Nurnajmia Husada memiliki bangunan fisik berupa ruko dengan dua lantai dan tergabung dalam deretan fasilitas lainnya. Jika

hanya dilihat sekilas, keberadaan Nurnajmia Husada tidak akan mudah terlihat karena bangunan fisiknya tersebut.

PMC (Pamulang Medical Center) terletak di Kecamatan Pamulang. PMC berada di daerah komersil, bersamaan dengan klinik-klinik lain, toko-toko, dan restoran cepat saji. Dihitung dari lokasi 2, PMC berjarak > 6 km. PMC memiliki bangunan fisik sederhana dilengkapi dengan *billboard* PMC yang tidak terlalu besar, namun dapat terlihat dengan jelas oleh orang yang sedang berkendara.

Klinik Amira dan praktek dr.Yohana merupakan fasilitas kesehatan terdekat yang dapat dijangkau penduduk di Nusa Loka (perumahan sudah berkembang). Keduanya berada di kompleks pertokoan, Klinik Amira di Ruko Madrid, dan praktek dr. Yohana di Pasar Modern. Ruko Madrid dan Pasar Modern terletak berseberangan namun masih dalam satu jalan, yaitu Jalan Letnan Sutopo. Letak Klinik Amira dan praktek dokter Yohana yang masing-masing berada di dalam kompleks Ruko Madrid dan Pasar Modern, menjadikan fasilitas kesehatan ini tidak terlihat menonjol. Keduanya memiliki bangunan fisik seperti petak-petak toko lainnya.

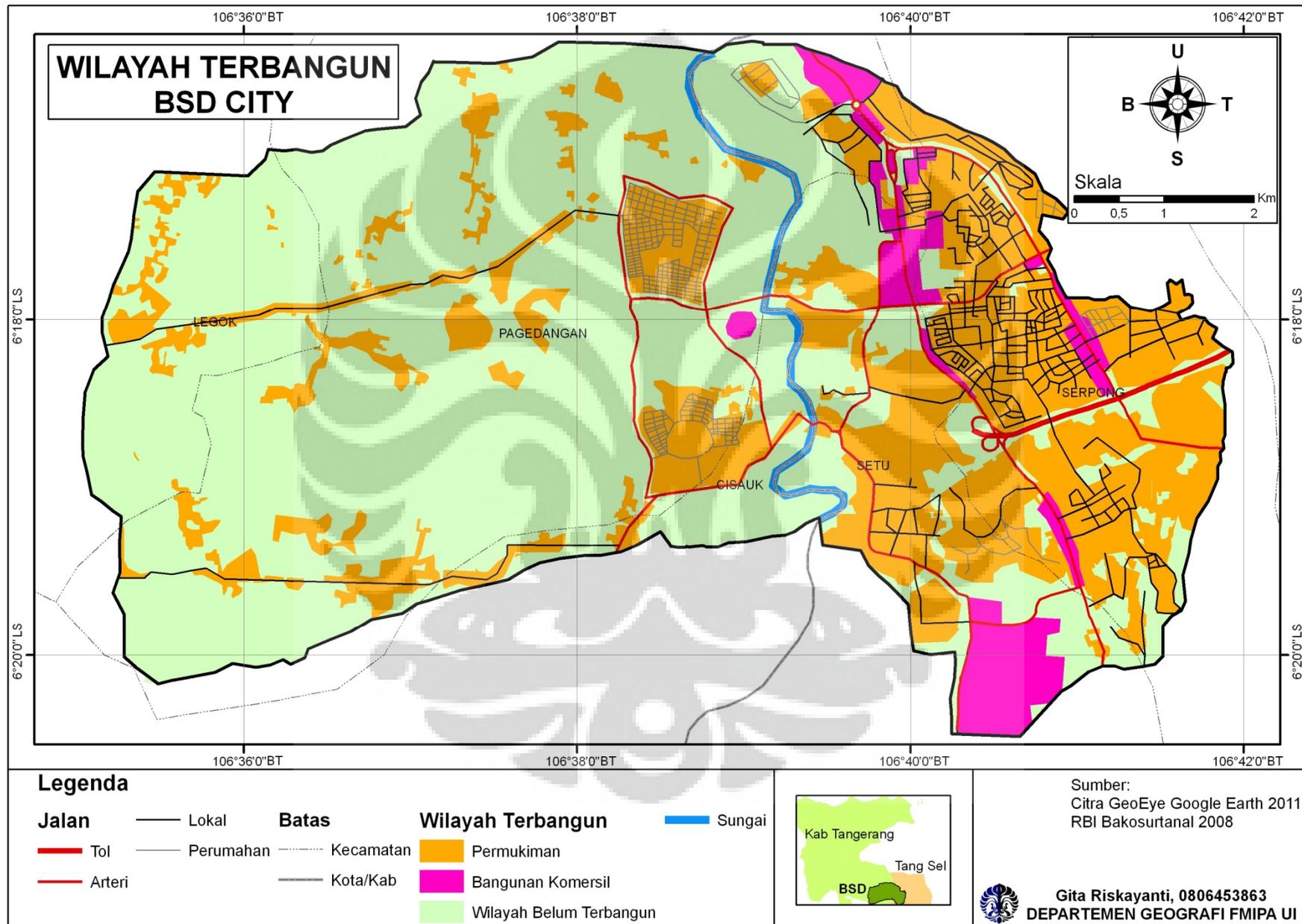
Fasilitas-fasilitas kesehatan tersebut memiliki waktu buka, pelayanan, ketersediaan apotek, dan harga pelayanan masing-masing yang dirangkum dalam Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Kelengkapan Pelayanan Fasilitas Kesehatan

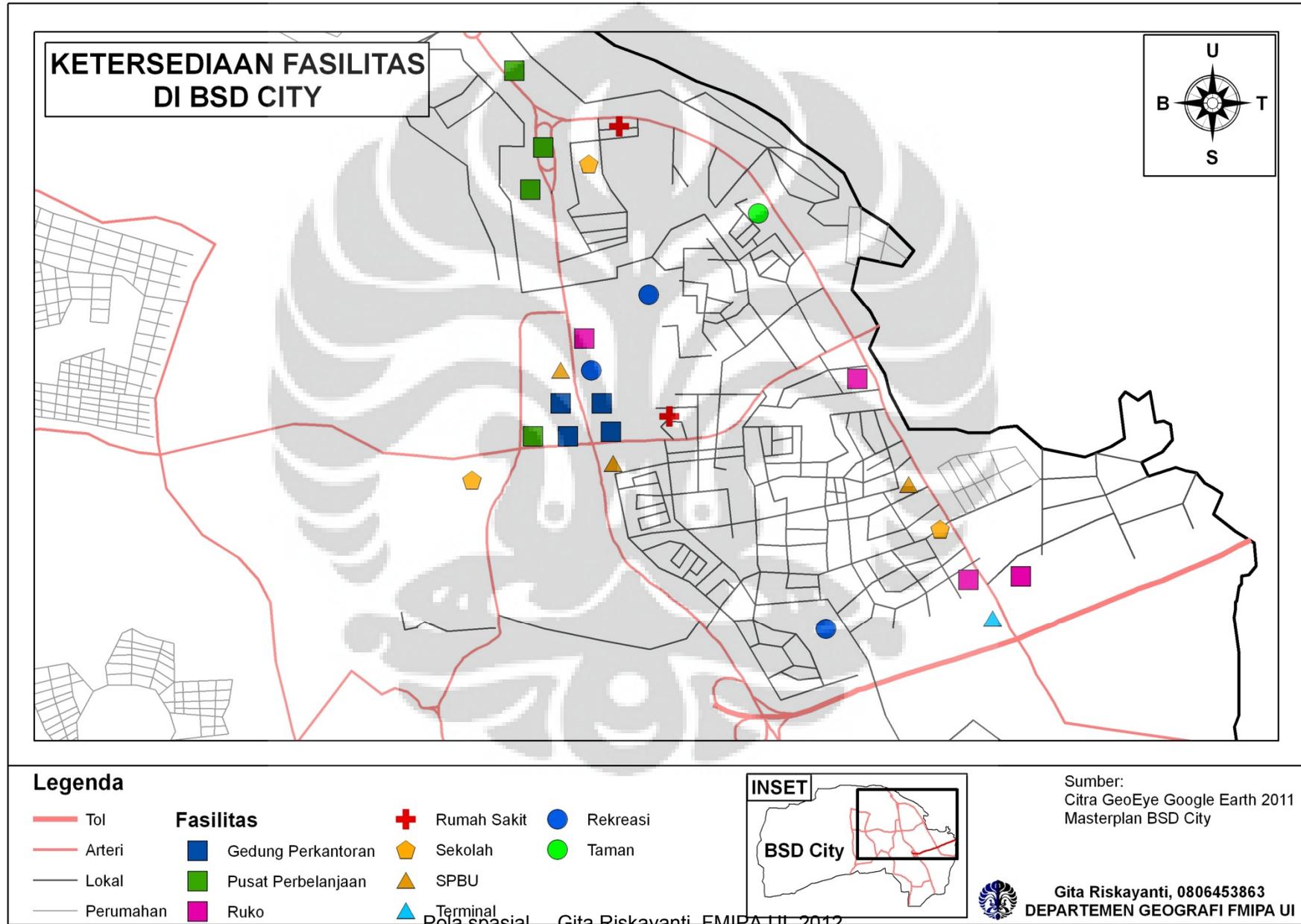
Fasilitas Kesehatan	Buka 24 jam	Pelayanan	Apotek	Harga Jasa
Eka Hospital	√	Physicians, medical technologist, dentist, nurses	√	≥Rp50.000
Selaras	√	Physicians	√	Rp40.000
Nurnajmia Husada	x	Physicians, dentist	√	Rp40.000
PMC	√	Physicians, medical technologist	x	Rp35.000
Amira	√	Physicians, medical technologist	√	Rp40.000
dr.Yohana	x	Physicians	x	Rp30.000

[Sumber: Hasil olahan data survey lapangan, 2012]

Gambar 4.2



Gambar 4.3



BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

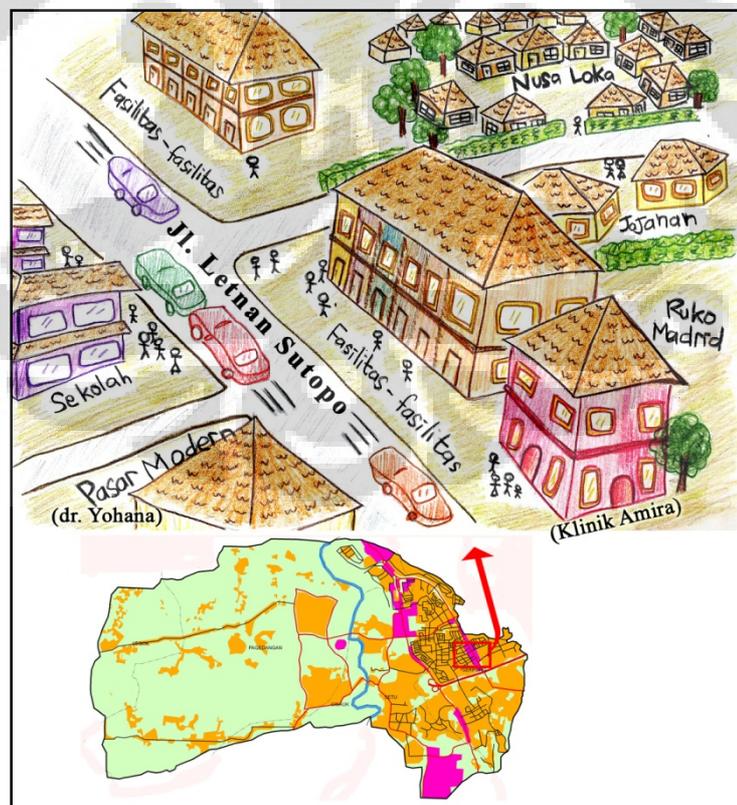
5.1 Hasil

5.1.1 Lingkungan Perumahan

a. Nusa Loka (lokasi I)

Perumahan Nusa Loka dikembangkan sejak tahun 1988, yaitu awal tahun BSD City mengembangkan proyek perumahan *cluster*. Di Nusa Loka peneliti mengambil sampel di blok F Nusa Loka sebanyak 16 responden. Lahan di Nusa Loka seluruhnya telah menjadi perumahan yang sebagian besar telah berpenghuni.

Di Nusa Loka terdapat pelbagai fasilitas seperti fasilitas kesehatan (praktek dokter, klinik, apotek), pendidikan (Santa Ursula), pasar, dan hiburan. Penduduk yang tinggal di Nusa Loka sering menggunakan fasilitas-fasilitas tersebut. Fasilitas kesehatan terdekat dapat dicapai dengan menempuh 5 menit perjalanan bahkan kurang, dengan kendaraan beroda dua ataupun berjalan kaki. Misalnya praktek dr.Yohana di Pasar Modern, dan Klinik Amira di Ruko Madrid (lihat Gambar 5.1).



Gambar 5.1 Ilustrasi Nusa Loka dengan lingkungan sekitar

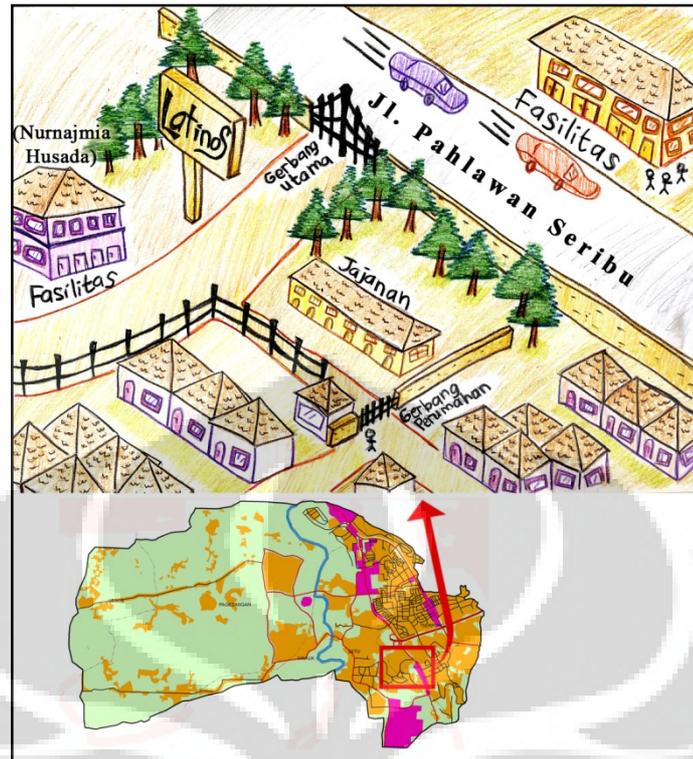
Penduduk di Nusa Loka sudah saling mengenal dengan baik. Terlihat dari cara penduduk Nusa Loka yang sudah terbiasa bertegursapa. Di Nusa Loka juga sudah terbentuk pembagian RT dan RW. Kegiatan sehari-hari masyarakat sudah selayaknya kegiatan sehari-hari masyarakat pada umumnya. Sudah terdapat kegiatan seperti arisan RT dan kerja bakti membersihkan lingkungan perumahan. Hal ini mengindikasikan bahwa sosial kemasyarakatan telah terbentuk dengan *guyub*.

Nusa Loka berada pada wilayah terbangun dicirikan dengan banyaknya fasilitas yang tersedia dan rapatnya jaringan jalan. Banyaknya fasilitas mengindikasikan besarnya respon masyarakat terhadap kebutuhan penduduk BSD akan fasilitas-fasilitas pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Jika pemenuhan kebutuhan sehari-hari sudah tersedia artinya sosial ekonomi masyarakat sudah terbangun dan terstruktur dengan baik. Jalan menurut Valentine (2001) merupakan media masyarakat untuk berbaur dan melakukan kegiatan sehari-hari. Jaringan jalan yang rapat mengindikasikan banyaknya kegiatan yang telah berlangsung seperti perdagangan, pendidikan dan pelayanan kesehatan. Banyaknya kegiatan yang telah dilakukan masyarakat artinya unsur-unsur kehidupan sudah berlangsung. Oleh karena itu, dalam penelitian ini Nusa Loka digolongkan dalam perumahan sudah berkembang.

b. Latinos (lokasi II)

Perumahan Latinos dikembangkan pada tahun 1996. Di *cluster* Latinos ini peneliti mengambil sampel di *subcluster* Caribbean Island blok L sebanyak 14 responden. Sebagian besar lahan di Latinos telah terbangun perumahan, namun tingkat huninya masih 70%.

Di dalam *cluster* Latinos terdapat fasilitas kesehatan, rekreasi, dan toko yang menyediakan jajanan sehari-hari, namun fasilitas-fasilitas tersebut kurang diminati oleh penduduk Latinos sendiri. Fasilitas kesehatan terdekat (klinik Nurnajmia Husada) terletak di tengah-tengah *cluster*, dapat ditempuh dengan 5 menit perjalanan, atau kurang lebih 0,8 km dengan kendaraan beroda dua (lihat Gambar 5.2).



Gambar 5.2 Ilustrasi Latinos dengan lingkungan sekitar

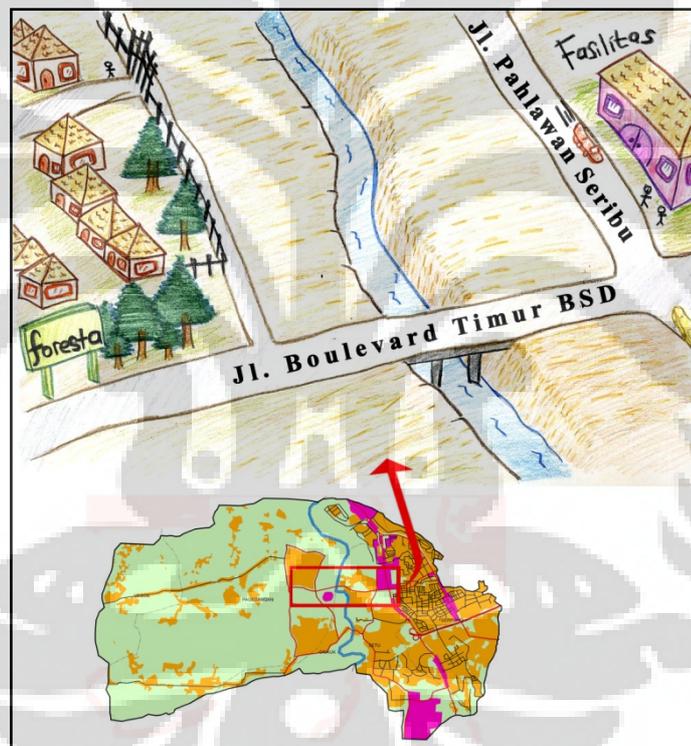
Penduduk Latinos masih belum saling mengenal dengan baik. Interaksi antarpenduduk belum terjalin, dicirikan dengan sedikitnya komunikasi penduduk di dalam perumahan. Terlihat dari caa penduduk Latinos yang tidak berbiasa bertegursapa. Belum adanya pembagian RT dan RW dalam *cluster* Latinos mengindikasikan struktur masyarakat yang belum terbentuk dengan *guyub*. Di Latinos juga tidak terdapat kegiatan-kegiatan sosial masyarakat seperti arisan RT dan kerja bakti. Semakin jelas terlihat bahwa penduduk di Latinos belum *guyub*.

Latinos berada di wilayah terbangun namun terdapat sedikit fasilitas dan jaringan jalan dengan kerapatan sedang. Sedikitnya fasilitas mengindikasikan masih sedikitnya respon masyarakat terhadap kebutuhan sehari-hari penduduk Latinos. Masih sedikitnya respon masyarakat artinya sosial ekonomi belum terbangun dan terstruktur dengan baik. Sedangkan jaringan jalan dengan kerapatan sedang mengindikasikan kebutuhan akan media kegiatan masyarakat belum terlalu dibutuhkan. Hal ini sejalan dengan masih sedikitnya kegiatan sehari-hari masyarakat seperti perdagangan, pendidikan, dan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, dalam penelitian ini Latinos digolongkan dalam perumahan sedang berkembang.

c. Foresta (lokasi III)

Perumahan Foresta baru dikembangkan pada tahun 2008. Pada *cluster* Foresta, peneliti mengambil sampel di sub*cluster* Fiore blok B sebanyak 4 responden. Pembangunan perumahan di foresta masih berjalan, dan hingga saat ini pembangunan baru sekitar 80% dengan tingkat huni masih 10%.

Foresta berada jauh dari fasilitas-fasilitas pendukung sehari-hari seperti klinik, toko jajanan, dan SMP/SMA, hanya terdapat fasilitas pendidikan seperti SGU. Fasilitas kesehatan terdekat pun (Eka Hospital) harus ditempuh dengan jarak 2,8 km, minimal dengan kendaraan beroda dua. Fasilitas kesehatan sederhana lainnya seperti klinik dan praktek dokter harus ditempuh dengan jarak 3 km bahkan lebih (lihat Gambar 5.3).



Gambar 5.3 Ilustrasi Foresta dengan lingkungan sekitar

Penduduk Foresta belum saling mengenal dengan baik dikarenakan usia Foresta yang juga masih sangat baru untuk ukuran perumahan. Terlihat dari kurangnya rasa akrab antarpenduduk Foresta dan tidak saling bertegur-sapa. Tentu saja belum ada pembagian RT dan RW dalam *cluster* Foresta, sehingga penduduknya juga belum dapat dikatakan *guyub*. Kegiatan sehari-hari yang menggunakan media jalan hampir tidak ada, hal ini berarti interaksi

antarpenduduk Foresta tidak terjadi selayaknya interaksi penduduk di perumahan lainnya.

Foresta dikelilingi oleh wilayah belum terbangun, dicirikan dengan keberadaannya jauh dari fasilitas-fasilitas dan rendahnya kerapatan jaringan jalan. Fasilitas yang jauh mengindikasikan respon masyarakat terhadap kebutuhan sehari-hari penduduk Foresta masih rendah bahkan belum ada. Hal ini berarti sosial masyarakat di Foresta belum terbangun dan terstruktur dengan baik. Oleh karena itu, dalam penelitian ini Foresta digolongkan dalam perumahan baru berkembang.

Tingkat perkembangan perumahan menjadi dasar pembeda lokasi penelitian. Perbedaan ciri lokasi penelitian inilah yang akan dijadikan analisis mengenai pola pemilihan fasilitas kesehatan pada subbab 5.2. Tingkat perkembangan dicirikan dengan tahun pembangunan, lama berdirinya perumahan, tingkat huni, jenis jalan, kerapatan jalan, ketersediaan fasilitas, jarak dengan fasilitas terdekat, sosial masyarakat, dan asosiasi dengan wilayah terbangun yang dijabarkan dalam Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Tingkat Perkembangan Perumahan

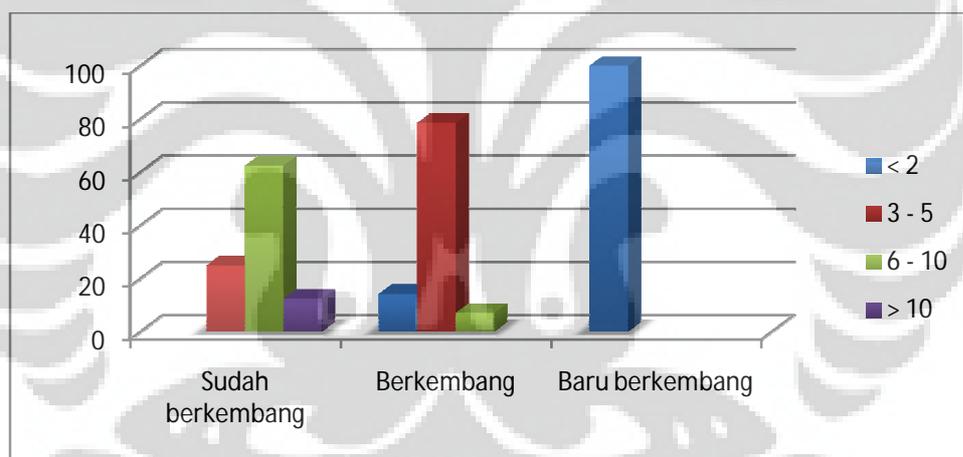
Ciri perumahan	Nusa Loka	Latinos	Foresta
Tahun pembangunan	1988	1996	2008
Lama berdiri	24 tahun	16 tahun	4 tahun
Tingkat huni	99%	70%	10%
Jenis jalan	Lokal	arteri	arteri
Kerapatan jalan	Tinggi	sedang	rendah
Ketersediaan fasilitas	lebih dari 5 jenis fasilitas	3 jenis fasilitas	1 jenis fasilitas
Jarak fasilitas kesehatan terdekat	0,6 km	0,8 km	2,8 km
Sosial masyarakat	sudah saling mengenal dengan baik, telah terbentuk paguyuban, sudah terdapat RT dan RW	saling mengenal namun belum akrab, masih individualis, belum ada rasa guyub, belum ada RT dan RW	belum saling mengenal, masih individualis, belum guyub, belum ada koordinasi RT dan RW
Asosiasi dengan wilayah terbangun	dikelilingi wilayah terbangun	dikelilingi wilayah terbangun	dikelilingi wilayah belum terbangun
Tingkat perkembangan	sudah berkembang	berkembang	baru berkembang

[Sumber: Hasil olahan data survey lapang, 2012]

5.1.2 Karakteristik Penduduk

5.1.2.1 Lama Tinggal

Lama tidaknya penduduk yang menetap di tiap-tiap *cluster* dipengaruhi oleh tahun pembangunan perumahan di BSD City. Kebanyakan penduduk yang tinggal di BSD City kurang lebih baru 3 – 5 tahun. Di perumahan sudah berkembang, umumnya penduduk sudah menetap selama 6 – 10 tahun, bahkan ada yang sudah lebih dari 10 tahun. Hanya sebagian kecil yang baru menetap selama 3 – 5 tahun. Lain halnya dengan perumahan sedang berkembang, kebanyakan penduduk baru menetap selama 3 – 5 tahun, bahkan ada yang baru menetap kurang dari 2 tahun. Tidak banyak penduduk yang telah menetap selama 6 – 10 tahun. Sedangkan di perumahan baru berkembang, keseluruhan penduduk baru menetap selama kurang dari atau sama dengan 2 tahun (lihat Grafik 5.1 dan lampiran Tabel 1).



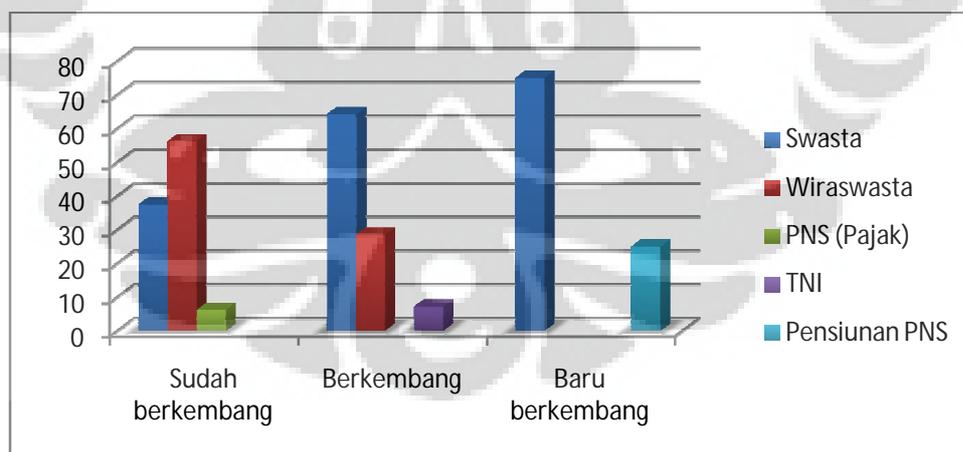
Grafik 5.1 Persentase Lama Tinggal Penduduk BSD City

Lama tidaknya penduduk tinggal di suatu lingkungan perumahan memengaruhi tinggi rendahnya penyerapan informasi dari lingkungan tersebut. Semakin lama seseorang tinggal di lingkungan tertentu, semakin familiar orang tersebut dengan akan lingkungannya. Getis et al (1985) menyebutkan bahwa informasi yang seseorang terima melalui pengalaman langsung akan lebih bermakna ketimbang informasi yang ia peroleh dari media cetak, media elektronik, atau media lainnya. Pengalaman dalam hal ini ialah bagaimana seseorang merasakan lingkungan tempat tinggalnya yang baru sehingga dapat

diterjemahkan menjadi suatu informasi. Untuk mendapatkan informasi melalui pengalaman, seseorang tidak hanya harus tinggal di lingkungan tertentu tetapi juga merasakan elemen-elemen yang ada di dalam lingkungan tersebut.

5.1.2.2 Pekerjaan Penduduk

Pekerjaan penduduk di tiap perumahan memiliki komposisi yang hampir sama, yaitu didominasi oleh jenis pekerjaan swasta dan wiraswasta. Pekerjaan lainnya seperti PNS, TNI, dan pensiunan PNS tidak mendominasi di BSD City. Pada perumahan sudah berkembang, penduduk dengan pekerjaan wiraswasta dan swasta mendominasi, dan memiliki persentase yang tidak terlalu jauh berbeda. Terdapat penduduk dengan pekerjaan PNS di bidang perpajakan di perumahan sudah berkembang dengan persentase kecil. Lain halnya dengan perumahan berkembang, pekerjaan yang mendominasi ialah swasta. Pekerjaan seperti wiraswasta hanya mencakup kurang lebih seperempat, dan pekerjaan seperti TNI hanya memiliki persentase sangat kecil. Di perumahan baru berkembang, dominasi pekerjaan penduduk dipegang oleh swasta. Pada perumahan baru berkembang pula terdapat sebagian kecil penduduk yang telah pensiun (lihat Grafik 5.2 dan lampiran Tabel 2).



Grafik 5.2 Persentase Pekerjaan Penduduk BSD City

Pekerjaan seseorang memengaruhi ruang aktivitasnya (*activity space*). Ruang aktivitas merupakan pergerakan seseorang dalam rutinitas kegiatannya sehari-hari. Kegiatan yang berbeda-beda menurut Getis et al (1985) akan

menghasilkan ruang aktivitas yang berbeda pula. Pekerjaan merupakan salah satu kegiatan dalam kehidupan seseorang. Terdapat pekerjaan yang memengaruhi terbatasnya ruang aktivitas seseorang, begitu sebaliknya. Seseorang yang harus bekerja ke kantor setiap hari akan memperkecil ruang aktivitasnya. Hal ini dikarenakan kegiatan yang ia lakukan hanya berkisar antara rumah dan kantor saja. Lain halnya dengan seseorang yang tidak terikat dengan kantor dalam bekerja. Ruang aktivitas yang mungkin dapat terbentuk tidak hanya berkisar antara rumah dan kantor, namun tempat-tempat lain di luar kantor.

5.1.2.3. Subjektivitas

Subjektivitas seseorang dalam memilih tentunya turut memengaruhi pilihan akhirnya. Subjektivitas merupakan alasan (dan pandangan) pribadi seseorang terhadap suatu objek. Alasan pribadi menurut Getis et al (1985) menjadi penting karena merupakan proses memilih seseorang yang diawali dengan penyerapan informasi dari pelbagai sumber. Subjektivitas dalam penelitian ini terdiri dari fasilitas kesehatan yang *iconic*, fasilitas kesehatan dengan kualitas baik, dan kedekatan sosial dengan fasilitas kesehatan tersebut.

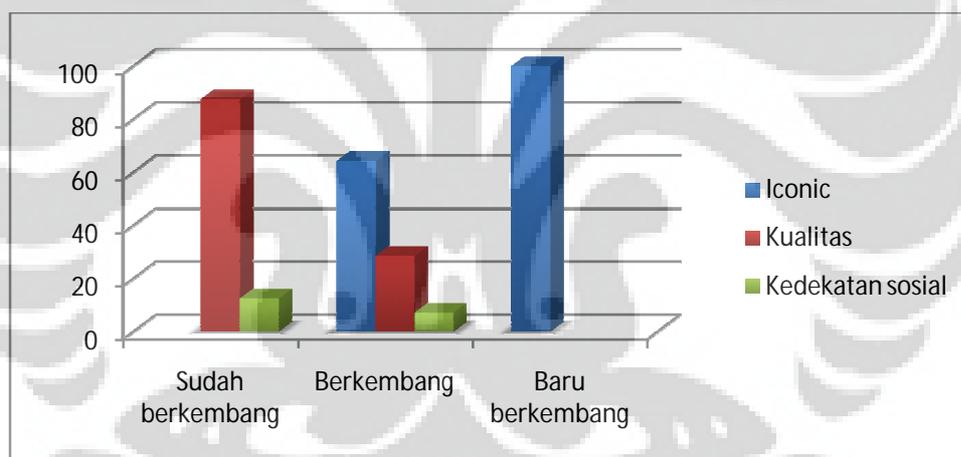
Fasilitas kesehatan yang *iconic* artinya fasilitas kesehatan tersebut mudah dilihat, berada di tepi jalan yang sering dilalui kendaraan, serta dapat mewakili atau menandai suatu daerah dengan keberadaannya. Mewakili atau menandai suatu daerah artinya keberadaan fasilitas tersebut merupakan satu paket khusus yang dikemas untuk melengkapi perumahan. Dalam penelitian ini misalnya, BSD City terkenal dengan adanya Eka Hospital sebagai fasilitas kesehatan unggulan.

Fasilitas kesehatan dengan kualitas baik artinya fasilitas kesehatan tersebut dapat memberikan pelayanan yang dapat memuaskan penduduk. Kualitas dalam penelitian ini juga berarti pelayanan tenaga medis dalam menghadapi pasien, ramah tidaknya, maupun profesional tidaknya. Kualitas yang dimaksud merupakan kualitas berdasarkan cara pandang masing-masing penduduk terhadap fasilitas kesehatan. Kualitas fasilitas kesehatan ada pada lampiran Tabel 5.

Kedekatan sosial dalam penelitian ini ialah bagaimana seseorang memilih fasilitas kesehatan berdasarkan ada tidaknya kenalan tenaga medis di fasilitas tersebut. Kedekatan sosial dengan fasilitas kesehatan artinya seseorang memiliki

keterikatan emosional dengan fasilitas kesehatan tersebut. Tuan (1977) berpendapat seseorang dengan keterikatan emosional tinggi akan menghasilkan perilaku yang berbeda dengan penduduk lainnya dalam memilih sesuatu.

Hasil survey menunjukkan alasan pemilihan di tiap *cluster* menghasilkan modus yang berbeda. Penduduk di perumahan sudah berkembang memilih fasilitas kesehatan didasari oleh alasan kualitas yang baik dan telah dipercaya. Sedikit penduduk yang memilih karena alasan kedekatan sosial, bahkan tidak ada yang memilih karena fasilitas kesehatan bersifat *iconic*. Penduduk di perumahan berkembang memilih fasilitas kesehatan karena alasan *iconic*. Kurang lebih seperempat penduduk yang memilih dengan alasan kualitas, dan sedikit memilih dengan alasan kedekatan sosial. Lain halnya dengan perumahan baru berkembang, dalam memilih fasilitas kesehatan keseluruhan penduduk memilih karena fasilitas kesehatan tersebut bersifat *iconic* (lihat Grafik 5.3 dan lampiran Tabel 3).



Grafik 5.3 Persentase Alasan Pemilihan Fasilitas Kesehatan

5.1.3 Persebaran Fasilitas Kesehatan

Terdapat pelbagai fasilitas kesehatan yang ada di BSD City. Mulai dari fasilitas kesehatan berupa rumah sakit, klinik, hingga praktek dokter. Fasilitas kesehatan tersebut tersebar di bagian timur BSD City, dicirikan dengan daerah yang telah lama dikembangkan. Fasilitas kesehatan yang ada antara lain Klinik Selaras, praktek dokter Indri, RS Medika BSD, Eka Hospital, Klinik Famili Dental Care, praktek dokter Yohana, Klinik Amira, praktek dokter Budi, dan Klinik Nurnajmia Husada (lihat Gambar 5.7 di halaman 72). Terdapat pula

fasilitas kesehatan yang terletak di luar BSD City seperti PMC (Pamulang Medical Center) dan Klinik Satiti di Kecamatan Pamulang. Di Tangerang Selatan pun tersebar fasilitas kesehatan dengan hirarki yang berbeda-beda, mulai dari rumah sakit, puskesmas, posyandu, dan klinik.

Perbedaan letak, jarak dengan perumahan, dan keberadaan fasilitas kesehatan lain, menurut Whitelegg dalam Pacione (1986), memengaruhi peminatan suatu fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang letaknya tidak strategis, artinya tidak dapat dilihat jika tidak diperhatikan dengan baik, peminatannya akan kecil. Begitu pula dengan fasilitas kesehatan yang jaraknya terlalu jauh dari perumahan, tidak akan banyak dipilih oleh penduduk. Adanya fasilitas kesehatan yang lebih unggul dengan jarak tidak terlalu jauh, akan mengurangi peminatan penduduk akan fasilitas kesehatan terdekat yang kualitasnya sudah mencukupi standar.

Fasilitas kesehatan yang dipilih penduduk BSD City antara lain:

- Eka Hospital
- Selaras
- Nurnajmia Husada
- PMC (Pamulang Medical Center)
- Amira
- dr.Yohana

Berdasarkan ketersediaan jenis pelayanan yang dimiliki fasilitas-fasilitas kesehatan tersebut, maka dapat ditentukan karakteristik fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang memiliki 1 jenis pelayanan dan tidak dilengkapi dengan apotek digolongkan ke praktek dokter. Fasilitas kesehatan yang memiliki 2 jenis pelayanan dan/atau dilengkapi dengan apotek digolongkan ke klinik. Fasilitas kesehatan yang memiliki lebih dari 3 jenis pelayanan dan dilengkapi dengan apotek digolongkan ke rumah sakit. Berikut Tabel 5.2 mengenai karakteristik fasilitas kesehatan berdasarkan ketersediaan jenis pelayanan dan kelengkapan apotek.

Tabel 5.2 Karakteristik Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan	Pelayanan	Apotek	Karakteristik FasKes
Eka Hospital	Physicians, medical technologist, dentist, nurses	√	Rumah sakit
Selaras	Physicians	√	Klinik
Nurnajmia Husada	Physicians, dentist	√	Klinik
PMC	Physicians, medical technologist	x	Klinik
Amira	Physicians, medical technologist	√	Klinik
dr.Yohana	Physicians	x	Praktek dokter

[Sumber: Hasil olahan data survey lapang, 2012]

Untuk selanjutnya Eka Hospital disebut dengan rumah sakit; Selaras disebut dengan klinik 1; Nurnajmia Husada disebut dengan klinik 2; PMC disebut dengan klinik 3; Amira disebut dengan klinik 4; dan dr.Yohana disebut dengan praktek dokter. Mengacu pada penjelasan subbab 5.1.2.3, maka Eka Hospital juga dapat disebut dengan rumah sakit yang *iconic*.

5.1.3.1 Jarak dengan Fasilitas Kesehatan

Jarak terdekat dan terjauh masing-masing *cluster* dengan fasilitas kesehatan tentu saja berbeda-beda. Faktor pembedanya tidak lepas dari tahap pembangunan BSD City dan penempatan fasilitas terhadap *cluster-cluster*. Jarak terdekat perumahan sudah berkembang dengan fasilitas kesehatan berupa klinik dan praktek dokter ialah 0,6 km. Pada jarak ini merupakan jarak standar bagi penduduk yang memilih fasilitas kesehatan tersebut. Pada jarak ini pula dapat dikatakan sebagai *frictionless zone* penduduk di perumahan sudah berkembang untuk memilih fasilitas kesehatan. Jarak terdekat perumahan berkembang dengan fasilitas kesehatan berupa klinik juga tidak jauh berbeda dengan perumahan sudah berkembang, yaitu 0,8 km. Pada jarak ini pula umumnya penduduk masih merasa nyaman untuk bergerak memilih fasilitas kesehatan. Lain halnya dengan

perumahan baru berkembang, jarak fasilitas kesehatan terdekat berupa rumah sakit sejauh 2,8 km. Jarak tersebut dinilai sudah tidak kurang nyaman dalam pemilihan fasilitas kesehatan terlebih untuk penanganan pertama saat sakit. Jarak ketiga perumahan dengan fasilitas kesehatan disajikan dalam Tabel 5.3.

Tabel 5.3 Jarak Perumahan dengan Fasilitas Kesehatan

Perumahan	Jarak dengan fasilitas kesehatan (Km)					
	Rumah sakit	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Praktek dokter
Sudah berkembang	2	3,3	2,7	7	0,6	0,6
Berkembang	3,4	5,3	0,8	6	2,3	2,3
Baru berkembang	2,8	2,9	4,3	11,2	4,7	4,6

[Sumber: Hasil olahan data survey lapangan, 2012]

Seseorang memiliki jarak nyaman dan tidak nyaman dalam melakukan pergerakan. Getis et al (1985) berpendapat pada jarak nyaman atau zona bebas hambatan (*frictionless zone*) seseorang dapat dengan bebas bergerak. Sebaliknya, pada jarak yang tidak nyaman (*critical distance*) seseorang akan berpikir lebih untuk bergerak ke titik tersebut. Getis et al (1985) menambahkan, pada dasarnya jarak nyaman dan tidak nyaman seseorang untuk melakukan pergerakan memang berbeda-beda. Tidak ada batasan pasti mengenai nyaman tidaknya melakukan perjalanan, hal ini tergantung masing-masing individu.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pemilihan Fasilitas Kesehatan

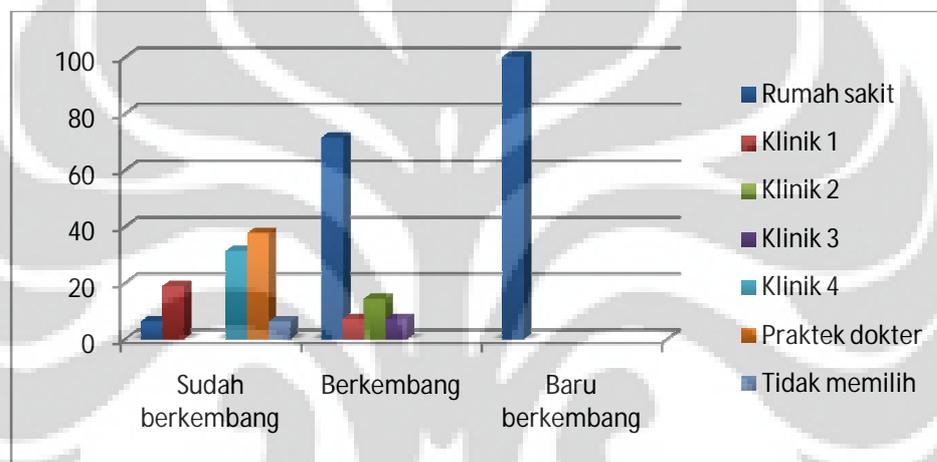
Dalam memilih fasilitas kesehatan, penduduk BSD City di ketiga perumahan menunjukkan pola yang berbeda. Hasil pemilihan yang lebih beragam ditunjukkan pada perumahan sudah berkembang dengan proporsi pemilihan yang hampir merata. Penduduk di perumahan sudah berkembang cenderung memilih klinik dan praktek dokter dalam hal penanganan pertama saat sakit. Sangat sedikit penduduk yang memilih rumah sakit. Mayoritas penduduk di perumahan berkembang lebih memilih rumah sakit dibanding klinik, namun bukan berarti tidak ada yang memilih klinik. Lain halnya hasil pemilihan fasilitas kesehatan di

perumahan baru berkembang, dicirikan keseluruhan penduduk memilih rumah sakit (lihat Tabel 5.4 dan Grafik 5.4).

Tabel 5.4 Pemilihan Fasilitas Kesehatan

Perumahan	Pemilihan							Jumlah
	Rumah sakit	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Praktek dokter	Tidak memilih	
Sudah berkembang	1	3			5	6	1	16
Berkembang	10	1	2	1				14
Baru berkembang	4							4

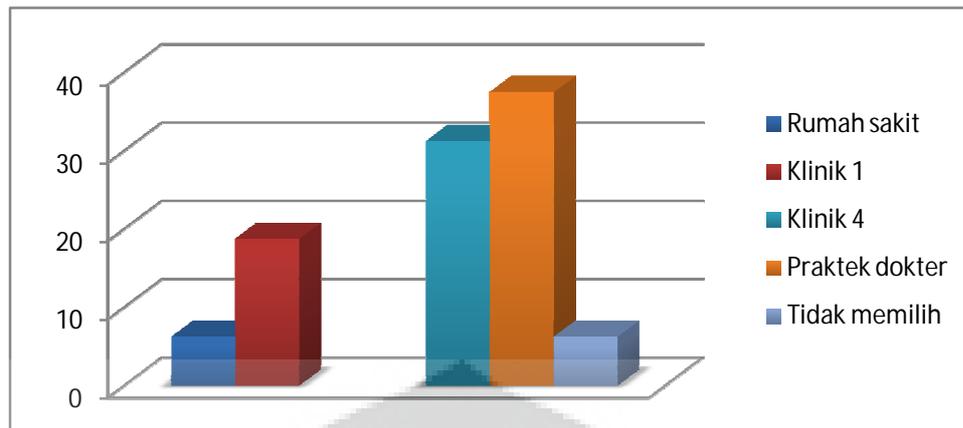
[Sumber: Hasil olahan data survey lapang, 2012]



Grafik 5.4 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan

5.2.2 Pemilihan Fasilitas Kesehatan dan Lingkungan Perumahan

Persentase pemilihan fasilitas kesehatan di perumahan sudah berkembang memiliki distribusi yang tidak terlihat dominansinya (lihat Grafik 5.5). Hal ini menunjukkan bahwa variasi di perumahan sudah berkembang lebih beragam dibanding perumahan lainnya. Variasi tersebut dapat dihubungkan dengan keadaan lingkungan perumahan.



Grafik 5.5 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan di Perumahan Sudah Berkembang

Pembangunan perumahan sudah berkembang yang telah berlangsung sejak lebih dari 20 tahun silam turut memengaruhi pemilihan fasilitas kesehatan bagi penduduk. Perumahan yang telah lama dibangun dan menjadi tempat tinggal penduduk dalam jangka waktu relatif panjang menurut Valentine (2001) otomatis telah membentuk *neighborhood* (lingkungan) dan *community* (komunitas) yang kuat. Kuat artinya interaksi antarpenduduk telah terjalin dengan baik dalam intensitas yang tinggi. Dalam sebuah perumahan dengan *neighborhood community* yang kuat, interaksi antara penduduk dengan lingkungan sekitar telah menjadi hal biasa (*common*). Rasa empati penduduk terhadap lingkungan sekitar sudah lebih besar dibanding penduduk yang baru tinggal di lingkungan itu. Oleh karenanya, rasa mengenal (*knowing*) terhadap lingkungan pun tinggi. Penduduk di perumahan sudah berkembang telah mengenal lingkungannya dengan baik, mulai dari depan pagar rumahnya hingga radius beberapa kilometer. Sehingga dalam memilih fasilitas kesehatan, penduduk di perumahan ini memiliki informasi luas pada jangkauan yang luas. Itulah sebabnya ada penduduk yang memilih fasilitas kesehatan di Klinik 1 yang jaraknya jauh dengan tempat tinggalnya (lihat Gambar 5.8 di halaman 73).

Perumahan sudah berkembang dicirikan dengan letak yang berada di jalan lokal (jalan raya biasa) dengan kerapatan jalan tinggi. Jalan yang difungsikan sebagai *public space* oleh Valentine (2001), dicirikan dengan tempat berkumpulnya segala kegiatan kehidupan masyarakat. Makin rendah kelas jalan

dan makin tinggi kerapatannya maka makin banyak kegiatan masyarakat yang berlangsung. Kegiatan masyarakat seperti pendidikan, perdagangan, dan pelayanan kesehatan dalam hal ini diselenggarakan dalam bentuk fasilitas-fasilitas. Oleh karena itu, di perumahan sudah berkembang ditemukan banyak fasilitas, termasuk fasilitas kesehatan.

Banyaknya ragam fasilitas kesehatan yang ada di perumahan sudah berkembang juga memungkinkan penduduk untuk menghasilkan pilihan beragam pula. Beragamnya pilihan tentunya menurut Getis et al (1985) akan memengaruhi pemikiran penduduk untuk mencari fasilitas kesehatan yang paling memenuhi selera. Semakin banyak pilihan, semakin banyak pula pola pemilihan yang dihasilkan. Begitu pula sebaliknya, semakin sedikit pilihan, semakin sedikit (monoton) pola yang dihasilkan. Selain itu, beragam fasilitas yang didukung dengan jarak fasilitas kesehatan tersebut relatif dekat merupakan sebab lainnya mengapa pemilihan fasilitas kesehatan di perumahan sudah berkembang beragam (lihat Gambar 5.8 di halaman 73).

Seperti pendapat Day dalam Herbert dan Thomas (1982) sebelumnya bahwa dalam memenuhi atau memilih fasilitas, seseorang akan menempatkan pilihan pada fasilitas dengan jarak terdekat dari rumahnya. Hal ini berkaitan dengan jarak nyaman (*frictionless zone*) yang diungkapkan Getis et al (1985). Oleh karena itu, mayoritas penduduk di perumahan sudah berkembang memilih klinik 4 dan praktek dokter yang jaraknya dekat (lihat Grafik 5.5 dan Tabel 5.3).

Akan tetapi dekatnya jarak secara fisik tidak serta merta memengaruhi seseorang untuk memilih fasilitas kesehatan tersebut. Pencitraan lingkungan secara subjektif yang diungkapkan Getis et al (1985) dapat menepis anggapan bahwa fasilitas kesehatan terdekat akan dipilih seseorang. Terdapat penduduk di perumahan sudah berkembang yang justru memilih klinik 1 dan rumah sakit, padahal berjarak > 2 km (lihat Grafik 5.5 dan Tabel 5.3).

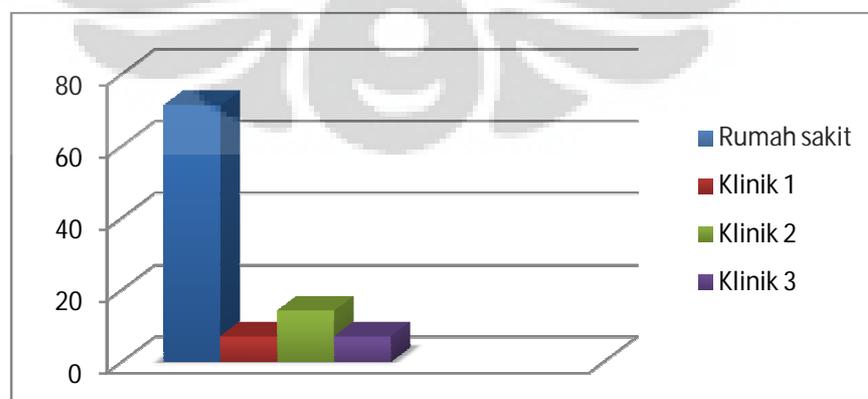
Selain itu akses untuk menuju fasilitas-fasilitas kesehatan sangat mudah, sehingga penduduk dapat menjangkau dengan cepat. Fasilitas kesehatan seperti praktek dokter dan klinik 4 misalnya, terletak pada jalan ruas jalan utama yang sama dengan perumahan sudah berkembang. Mudah akses penduduk ke praktek dokter dan klinik 4 tentunya membentuk *neighborhood* perumahan ini

mencakup kedua tempat tersebut. Untuk mencapai praktek dokter dan klinik 4 tidak perlu menempuh jarak yang jauh. Lain halnya untuk mencapai rumah sakit, harus melewati Jalan Letnan Sutopo dilanjutkan dengan melewati Jalan Boulevard Timur BSD ke arah Jalan Pahlawan Seribu (lihat gambar 5.4).



Gambar 5.4 Akses Nusa Loka (perumahan sudah berkembang) ke fasilitas kesehatan terdekat (gambar tanpa skala)

Hal yang sedikit berbeda ditunjukkan pada pola pemilihan fasilitas kesehatan di perumahan berkembang. Dominasi pilihan fasilitas kesehatan terfokus pada rumah sakit, namun ada beberapa penduduk yang memilih fasilitas kesehatan lain (lihat Grafik 5.6). Pola pemilihan fasilitas kesehatan penduduk di perumahan berkembang juga tidak lepas dari keadaan lingkungan perumahan.



Grafik 5.6 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan di Perumahan Berkembang

Pembangunan perumahan sedang berkembang yang berlangsung kurang lebih 16 tahun silam, memengaruhi penduduk dalam memilih fasilitas kesehatan. Suatu perumahan yang pembangunannya baru berlangsung 16 tahun yang lalu menurut Valentine (2001) belum dapat digolongkan ke dalam perumahan dengan *neighborhood* (lingkungan) dan *community* (komunitas) yang kuat. Interaksi antara penduduk dengan lingkungan sekitar masih belum dapat terjalin dengan akrab. Belum akrab artinya penduduk belum familiar dengan jangkauan lingkungan yang lebih luas dari *clusternya*. Ketidakakraban tersebut membuat penduduk di *cluster* itu tidak mengetahui secara mendetail objek di lingkungan sekitar, termasuk fasilitas kesehatan. Oleh karenanya, dalam memilih fasilitas kesehatan penduduk di perumahan berkembang cenderung meletakkan pilihan pada fasilitas kesehatan yang paling menonjol (*iconic*) yaitu rumah sakit (lihat Gambar 5.8 di halaman 73).

Perumahan sedang berkembang terletak pada jalan arteri, dicirikan dengan adanya jalan arteri (*boulevard*) dan kerapatan jalan lebih kecil dari perumahan sudah berkembang. Mengacu pada penjelasan Valentine (2001) yang mengartikan jalan sebagai *public space*, maka segala kegiatan masyarakat berada di jalan. Adanya jenis jalan arteri yang lebih memfokuskan pada pengangkutan atau perpindahan barang secara efisien, menjadikan jalan arteri kurang cocok untuk diterapkan di lingkungan perumahan. Oleh karena itu, jarang ditemukan kegiatan masyarakat sehari-hari seperti pendidikan, perdagangan, dan pelayanan kesehatan di perumahan berkembang. Hal ini tentu saja berkorelasi dengan ketersediaan fasilitas, termasuk fasilitas kesehatan.

Sedikitnya ragam fasilitas kesehatan di perumahan berkembang menjadikan pilihan penduduk akan fasilitas tersebut terbatas. Ragam fasilitas yang sedikit memengaruhi penduduk sehingga tidak dapat memilih fasilitas lain yang paling memenuhi selera. Ditambah dengan jarak fasilitas kesehatan lain yang relatif jauh, menjadikan penduduk enggan untuk memilih fasilitas tersebut terlebih untuk penanganan pertama saat sakit. Jika dalam suatu perumahan terdapat 10 keluarga dan 5 fasilitas kesehatan yang sama kualitas dan jaraknya, kemungkinan (*probability*) masing-masing keluarga untuk memilih fasilitas kesehatan yang

berbeda akan lebih besar dibandingkan dengan perumahan 10 keluarga dan 2 fasilitas kesehatan.

Kembali pada pendapat Day dalam Herbert dan Thomas (1982) bahwa seseorang akan memilih fasilitas yang terdekat dengan tempat tinggalnya. Akan tetapi ada beberapa faktor yang menyebabkan seseorang justru memilih fasilitas yang agak jauh dari fasilitas terdekat tersebut. Hal ini diungkapkan Pred dalam Herbert dan Thomas (1982) bahwa seseorang akan bergerak sedikit lebih jauh dari tempat tinggalnya untuk mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang lebih baik dari sekedar optimal. Oleh karena itu, terdapat penduduk memilih klinik 1 yang agak jauh dari perumahan berkembang (lihat Grafik 5.6 dan Tabel 5.3).

Selain itu Lowe dan Mayordas (1975) membagi jarak atas jarak fisik dan jarak persepsi. Jarak yang diukur dengan persepsi seseorang tidak dapat dirasionalkan, sehingga tidak selamanya seseorang memilih fasilitas kesehatan dengan jarak dekat secara fisik. Tidak heran terdapat penduduk memilih klinik 3 dengan jarak > 4 km dengan alasan yang akan dijelaskan pada subbab 5.2.5.

Terdapat fasilitas kesehatan berupa klinik yang memiliki akses termudah untuk dijangkau di perumahan berkembang. Terdapat pula fasilitas kesehatan berupa rumah sakit yang mudah dijangkau dari perumahan ini, terletak pada ruas jalan yang sama dengan gerbang utama perumahan. Fasilitas kesehatan seperti klinik 4 dan praktek dokter, tidak dipilih penduduk perumahan berkembang karena terletak di ruas jalan yang bersebrangan sehingga menyulitkan untuk mencapainya. Agak sulitnya akses ke praktek dokter dan klinik 4 bagi penduduk perumahan berkembang membuat *neighborhood* perumahan ini tidak mencakup kedua tempat tersebut, melainkan Eka Hospital. Untuk mencapai klinik 2 tidak perlu menempuh jarak yang jauh. Walaupun rumah sakit terletak agak jauh dari perumahan berkembang, namun tetap diminati penduduknya. Hal ini dikarenakan mudahnya akses ke rumah sakit, hanya perlu melewati Jalan Pahlawan Seribu. Lain hanya dengan akses ke praktek dokter dan klinik 4, harus mengambil arah balik di depan jalan masuk perumahan sudah berkembang (lihat gambar 5.5).



Gambar 5.5 Akses Latinos (perumahan sedang berkembang) ke fasilitas kesehatan (gambar tanpa skala)

Hasil sangat berbeda ditemukan pada perumahan baru berkembang, dicirikan dengan pola pemilihan fasilitas kesehatan yang monoton. Seluruh penduduk di perumahan baru berkembang memilih rumah sakit untuk penanganan pertama saat sakit (lihat Grafik 5.7). Seperti dua perumahan sebelumnya, lingkungan perumahan turut memengaruhi pola pemilihan yang terjadi pada perumahan baru berkembang.



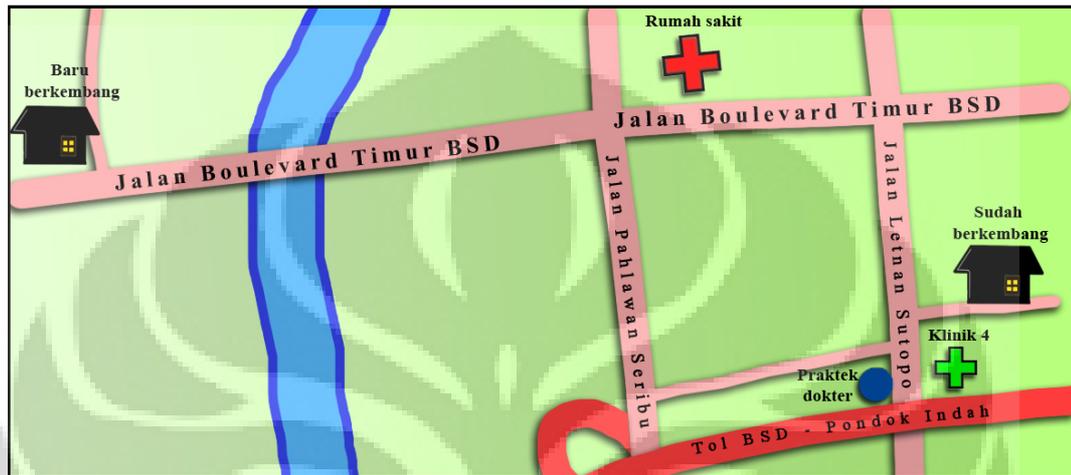
Grafik 5.7 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan di Perumahan Baru Berkembang

Perumahan baru berkembang dibangun sekitar tahun 2008-2009, artinya pembangunannya baru dimulai 3-4 tahun yang lalu dan masih berlangsung hingga saat ini. Pembangunan yang baru dimulai mengindikasikan penduduk di perumahan tersebut tidak ada yang telah tinggal lebih dari 2 tahun. *Neighborhood* dan *community* di perumahan baru berkembang menurut Valentine (2001) sangat belum kuat bahkan dengan tetangga terdekat. Oleh karena itu, interaksi antara penduduk dengan lingkungan belum terjalin dengan baik. Penduduk belum familiar terhadap lingkungan hidupnya, begitu pula dengan fasilitas-fasilitas lain termasuk fasilitas kesehatan. Pengetahuan dan informasi penduduk mengenai lingkungannya sangat kurang, sehingga saat memilih fasilitas kesehatan pun penduduk cenderung memilih fasilitas yang telah ditawarkan pengembang (*developer*) dan fasilitas bersifat *iconic*.

Letak perumahan baru berkembang hampir sama dengan perumahan berkembang, yaitu sama-sama terletak pada jalan arteri. Akan tetapi kerapatan jalan pada perumahan baru berkembang sangat kurang dibanding dengan perumahan berkembang. Berdasarkan penjelasan Valentine (2001) sebelumnya, jenis jalan arteri memfokuskan pada kegiatan pengangkutan atau perpindahan barang secara efisien. Kerapatan jalan yang lebih jarang dari perumahan berkembang mengindikasikan kegiatan-kegiatan masyarakat seperti perdagangan, pendidikan, dan pelayanan kesehatan di perumahan baru berkembang belum terbentuk atau terstruktur dengan baik. Oleh karena itu, fasilitas yang ada di perumahan baru berkembang sangat terbatas keberadaannya.

Ragam fasilitas kesehatan yang lebih sedikit dibanding dengan perumahan berkembang, menurut Getis et al (1985) tentunya sangat membatasi penduduk untuk memilih fasilitas kesehatan. Akibatnya pola pemilihan fasilitas kesehatan penduduk di perumahan baru berkembang hanya tertuju pada satu titik, yaitu rumah sakit (lihat Gambar 5.8 di halaman 73). Jarak fasilitas lain yang lebih jauh dari rumah sakit membuat penduduk enggan untuk memilih fasilitas kesehatan tersebut. Lain halnya jika ragam fasilitas kesehatan di perumahan baru berkembang lebih sedikit bervariasi dengan jarak yang relatif dekat, pola pemilihannya tidak akan hanya terfokus pada satu fasilitas (lihat Grafik 5.7 dan Tabel 5.3).

Akses untuk menuju fasilitas kesehatan terdekat pun sangat terbatas dan berjarak lebih dari 2 km. Untuk mencapainya saja seseorang harus berada pada *critical distance* hanya demi penanganan pertama saat sakit. Sedangkan untuk mencapai fasilitas kesehatan lain seperti praktek dokter dan klinik 4, diperlukan perjalanan yang lebih jauh dan tentunya memakan banyak waktu (lihat gambar 5.6).



Gambar 5.6 Akses Foresta (perumahan baru berkembang) ke fasilitas kesehatan terdekat (gambar tanpa skala)

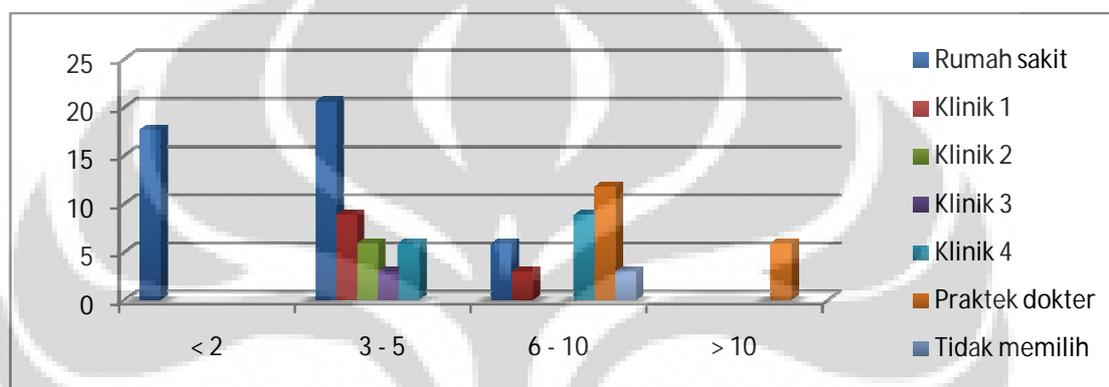
5.2.3 Pemilihan Fasilitas Kesehatan dan Lama Tinggal

Secara keseluruhan penduduk yang telah menetap selama ≤ 2 tahun memiliki kecenderungan untuk memilih rumah sakit dalam penanganan pertama saat sakit. Lain halnya dengan penduduk yang telah menetap selama 3 – 10 tahun, memiliki kecenderungan untuk memilih fasilitas kesehatan yang bervariasi. Sedangkan untuk penduduk yang telah menetap > 10 tahun lebih memilih fasilitas kesehatan berupa praktek dokter (lihat Tabel 5.5 dan Grafik 5.8). Pola pemilihan fasilitas kesehatan berdasarkan lama tinggal dapat dilihat pada Gambar 5.9 di halaman 74.

Tabel 5.5 Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal

Lama tinggal (tahun)	Pemilihan						Jumlah	
	Rumah sakit	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Praktek dokter		Tidak memilih
≤ 2	6						6	
3 - 5	7	3	2	1	2		15	
6 - 10	2	1			3	4	1	11
> 10						2		2

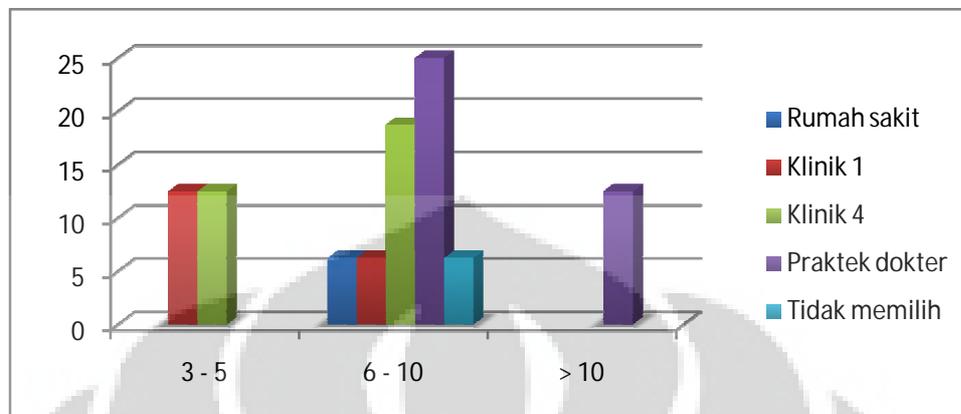
[Sumber: Hasil olahan data survey lapang, 2012]



Grafik 5.8 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal

Perumahan yang telah lama dikembangkan tentunya memiliki penduduk yang telah lama menetap pula. Di perumahan sudah berkembang mayoritas penduduknya telah menetap selama 6 – 10 tahun, bahkan ada yang hingga > 10 tahun. Hanya sedikit penduduk yang baru menetap selama 3 – 5 tahun. Banyaknya penduduk yang telah lama menetap menurut Valentine (2001) tentunya mempermudah untuk membangun *community* (komunitas) di perumahan tersebut. Penduduk lama berbaur dengan penduduk baru sehingga dapat membentuk komunitas yang *guyub* dengan mudah. Valentine (2001) menambahkan, dalam komunitas yang *guyub* pertukaran informasi akan berjalan lancar dan cepat. Pertukaran informasi yang dimaksud salah satunya informasi mengenai fasilitas kesehatan. Penduduk baru dengan mudah mengetahui fasilitas kesehatan yang dekat, murah, dan terjangkau. Oleh karenanya, pola pemilihan fasilitas kesehatan di perumahan sudah berkembang lebih bervariasi dari perumahan lain. Selain itu,

pilihannya cenderung ke fasilitas kesehatan berupa klinik dan praktek dokter dicirikan dengan fasilitas kesehatan yang tidak *iconic* (lihat Grafik 5.9).

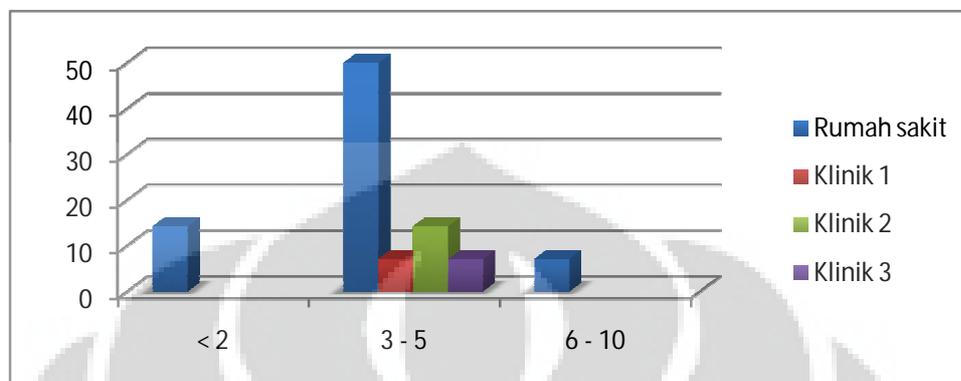


Grafik 5.9 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal di Perumahan Sudah Berkembang

Di tengah banyaknya penduduk memilih fasilitas kesehatan berupa klinik dan praktek dokter, ternyata ada penduduk yang memilih rumah sakit. Dilihat dari lama tinggalnya, responden ini telah tinggal selama 6 – 10 tahun (lihat lampiran Tabel 4, nomor 3). Dengan lama tinggal tersebut seharusnya ia memilih fasilitas kesehatan yang terdekat dan tidak *iconic* karena sudah mengetahui lingkungan perumahannya dengan baik. Akan tetapi faktor seperti jarak persepsi yang diungkapkan Lowe dan Mayordas (1975) berlaku pada responden ini. Penjelasan lebih lanjut akan dijabarkan dalam subbab 5.2.5.

Perumahan yang sedang berkembang dibangun kurang lebih 16 tahun lalu. Penduduk yang tinggal di perumahan ini cenderung menetap dalam waktu yang belum lama. Mayoritas penduduk di perumahan berkembang baru tinggal selama 3 – 5 tahun, hanya sedikit yang sudah tinggal selama ≤ 2 tahun dan 6 – 10 tahun. Adanya komposisi penduduk seperti itu, menurut Valentine (2001) menyebabkan *community* (komunitas) yang terbangun di perumahan berkembang kurang kuat dibanding dengan perumahan sudah berkembang. Penduduk baru (3 – 5 tahun, dan ≤ 2 tahun) cenderung bersifat individual, penduduk lama (6 – 10 tahun) yang persentasenya jauh lebih kecil tidak dapat berbaur dengan baik dengan penduduk baru. Akibatnya komunitas yang *guyub* sulit terbentuk, sehingga jarang terjadi

interaksi dan jarang terjadi pertukaran informasi, khususnya informasi mengenai fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, penduduk di perumahan berkembang cenderung memilih fasilitas kesehatan yang *iconic* (lihat Grafik 5.10).



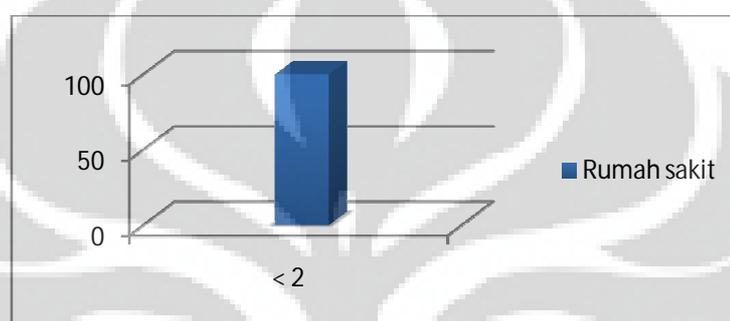
Grafik 5.10 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal di Perumahan Berkembang

Banyaknya penduduk yang memilih fasilitas kesehatan *iconic* mengindikasikan penduduk di perumahan berkembang, menurut Getis et al (1985) belum memiliki *mental map* yang kuat. Kebanyakan dari mereka hanya mengetahui rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan yang berkualitas (lihat lampiran Tabel 5) dan terdekat. Getis et al (1985) menambahkan *mental map* sangat memengaruhi seseorang dalam memilih fasilitas kesehatan.

Di perumahan berkembang terdapat responden yang memilih klinik 3 sebagai penanganan padahal jaraknya > 4 km (lihat lampiran Tabel 4, nomor 19). Responden ini, yang sebelumnya tinggal di Pamulang (Tangerang Selatan), mengatakan bahwa kebiasaan untuk memilih klinik 3 sebagai penanganan pertama saat sakit masih melekat dalam benaknya (*mind/mental*). Oleh karena itu, saat tinggal di BSD ia akan kembali untuk memilih klinik 3 sebagai fasilitas untuk penanganan pertama saat sakit.

Di perumahan baru berkembang, tentu saja memiliki penduduk yang baru menetap selama ≤ 2 tahun. Mayoritas lama tinggal penduduk seperti itu, menurut Valentine (2001), sulit dikatakan apabila *community* di *cluster* tersebut sudah terbangun. Penduduk yang cenderung individualis ditambah tingkat mobilitas tinggi membuat interaksi antarpenduduk sulit terjalin. Jangankan membentuk

komunitas *guyub*, untuk berbincang dengan tetangga menjadi hal yang jarang dilakukan. Penduduk di perumahan baru berkembang tidak mengetahui secara mendetail lingkungan tempat tinggalnya karena keterbatasan penyerapan informasi, termasuk informasi mengenai fasilitas kesehatan. Mereka hanya mengetahui keberadaan rumah sakit *iconic* sebagai fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan tempat tinggal mereka. Hal ini sangat berbeda jauh dengan keadaan di perumahan sudah berkembang. Oleh karena itu, pemilihan fasilitas kesehatan bagi penduduk di perumahan baru berkembang terpusat ke rumah sakit (lihat Grafik 5.11).



Grafik 5.11 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal di Perumahan Baru Berkembang

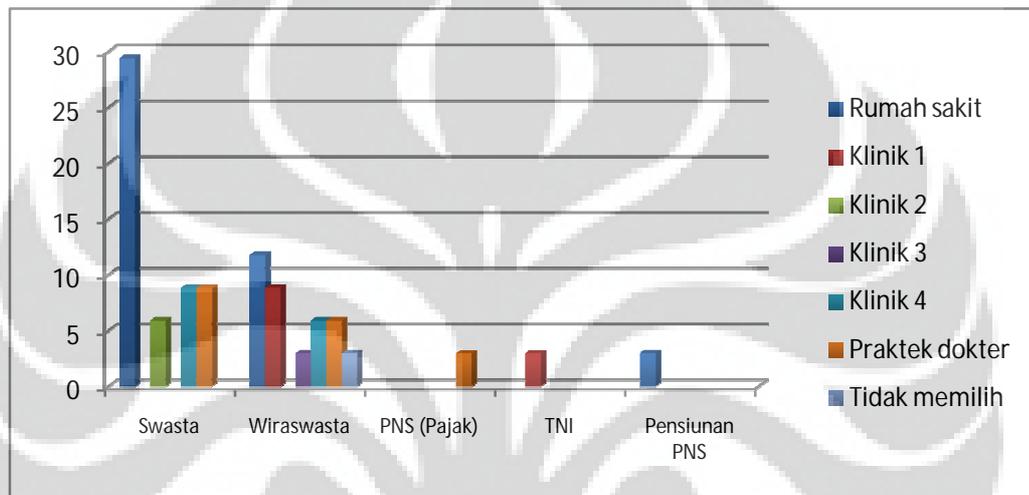
5.2.4 Pemilihan Fasilitas Kesehatan dan Pekerjaan Penduduk

Secara keseluruhan tidak ada pola spesifik dari masing-masing pekerjaan dalam memilih fasilitas kesehatan (lihat Tabel 5.6 dan Grafik 5.12). Tidak seperti lingkungan perumahan dan lama tinggal, faktor pekerjaan tidak terlalu memengaruhi proses pemilihan fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa pekerjaan tidak berhubungan langsung dengan selera dalam memilih. Pekerjaan seperti swasta dan wiraswasta merupakan pekerjaan yang luas, artinya orang-orang dengan pekerjaan tersebut memiliki rentang pendapatan yang berbeda-beda. Hal ini menjadikan pola pemilihan fasilitas kesehatan untuk swasta dan wiraswasta tidak memiliki pola yang spesifik. Pola pemilihan fasilitas kesehatan berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada Gambar 5.10 di halaman 75.

Tabel 5.6 Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan

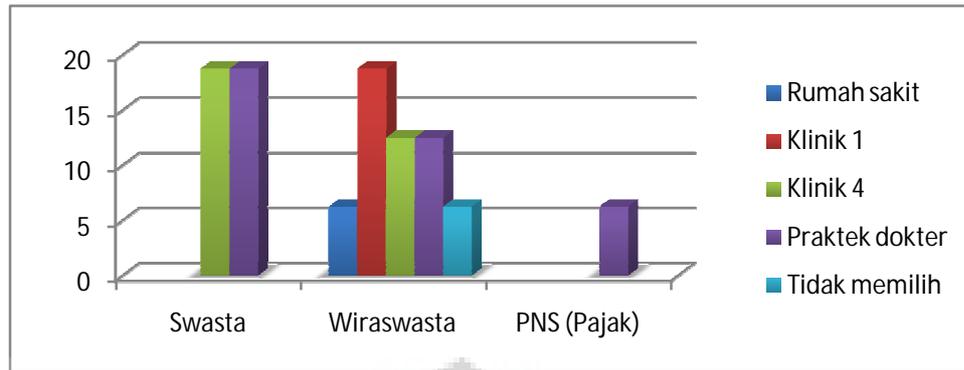
Pekerjaan	Pemilihan							Jumlah
	Rumah sakit	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Praktek dokter	Tidak memilih	
Swasta	10		2		3	3		18
Wiraswasta	4	3		1	2	2	1	13
PNS (Pajak)						1		1
TNI		1						1
Pensiunan PNS	1							1

[Sumber: Hasil olahan data survey lapang, 2012]



Grafik 5.12 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan

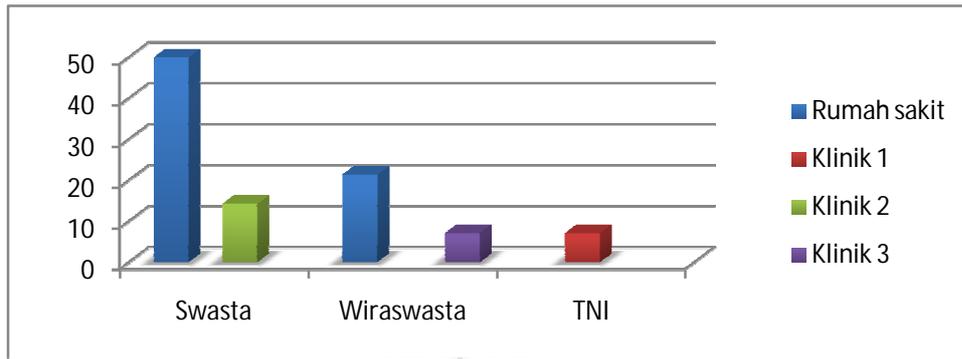
Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa penduduk di perumahan sudah berkembang cenderung memilih klinik dan praktek dokter ketimbang rumah sakit. Jika dilihat pemilihan yang dibagi atas pekerjaan, penduduk dengan pekerjaan swasta dan PNS pajak cenderung memilih klinik 4 dan praktek dokter yang dicirikan dekat dengan perumahan. Sedangkan penduduk dengan pekerjaan wiraswasta cenderung memilih rumah sakit dan klinik 1 yang dicirikan berjarak kurang lebih 3 km (lihat Grafik 5.13).



Grafik 5.13 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan di Perumahan Sudah Berkembang

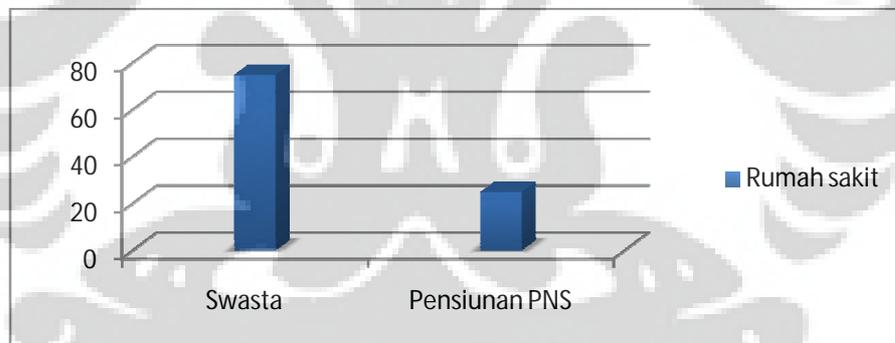
Kegiatan sehari-hari seseorang dengan pekerjaan swasta atau PNS lebih tidak bervariasi dibandingkan dengan seseorang dengan pekerjaan wiraswasta. *Activity space* seorang swasta atau seorang PNS kurang lebih hanya mencakup rumah – kantor, atau pada akhir pekan hanya mencakup rumah – lingkungan dekat rumah. Lain halnya dengan wiraswasta yang dicirikan pekerjaan tidak terikat dengan lingkungan kantor, sehingga kegiatan sehari-harinya pun lebih leluasa. Oleh karena itu, dalam memilih fasilitas kesehatan penduduk dengan pekerjaan wiraswasta memiliki jangkauan yang lebih luas dari penduduk dengan pekerjaan swasta dan PNS.

Pola pemilihan fasilitas kesehatan berdasarkan pekerjaan di perumahan sudah berkembang memiliki sedikit persamaan pada perumahan berkembang, yaitu penduduk dengan pekerjaan swasta lebih memilih fasilitas kesehatan terdekat. Akan tetapi, pola pemilihan di perumahan berkembang tidak begitu berkorelasi dengan pekerjaan. Penduduk dengan pekerjaan wiraswasta maupun swasta sama-sama memilih rumah sakit yang jaraknya mencapai 3,4 km (lihat Grafik 5.14). Tidak terlalu nampaknya korelasi antara pemilihan dengan pekerjaan di perumahan berkembang merupakan indikasi bahwa lingkungan perumahan lebih membawa pengaruh yang kuat untuk menentukan pilihan penduduk akan fasilitas kesehatan.



Grafik 5.14 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan di Perumahan Berkembang

Di perumahan baru berkembang, faktor pekerjaan jelas tidak berpengaruh dalam membentuk pola pemilihan. Letak fasilitas kesehatan jauh dari perumahan dan terbatasnya pilihan yang dapat diambil, membuat lingkungan perumahanlah yang memiliki pengaruh besar terhadap penduduk untuk memilih fasilitas kesehatan. Hasil survey pun menunjukkan penduduk dengan pekerjaan apapun memilih rumah sakit untuk penanganan pertama saat sakit (lihat Grafik 5.15).



Grafik 5.15 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan di Perumahan Baru Berkembang

5.2.5 Pemilihan Fasilitas Kesehatan dan Subjektivitas

Pada penjelasan sebelumnya, diketahui bahwa pemilihan fasilitas kesehatan dapat dipengaruhi oleh lingkungan perumahan, lama tinggal, dan pekerjaan. Akan tetapi ada beberapa penduduk yang memiliki pilihan berbeda dan tidak terpengaruh dengan faktor-faktor tersebut. Perbedaan pilihan ini bukan tanpa alasan. Selain faktor lingkungan perumahan, lama tinggal, dan pekerjaan;

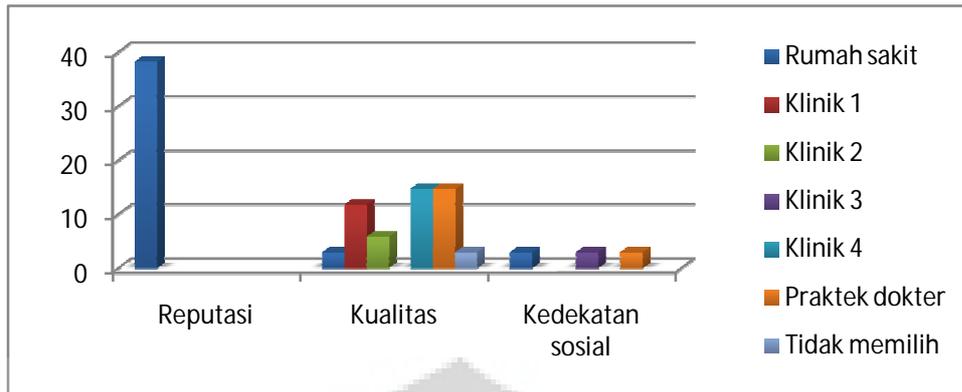
subjektivitas dalam memilih pun turut memengaruhi pilihan (lihat Gambar 5.11 di halaman 76).

Umumnya dalam pemilihan fasilitas kesehatan, seseorang akan memilih fasilitas tersebut karena kualitasnya yang baik. Akan tetapi, alasan seperti kedekatan sosial berupa adanya kenalan dokter di fasilitas tujuan merupakan bahan pertimbangan yang penting dalam memilih. Seseorang yang memilih fasilitas kesehatan karena adanya kenalan dokter, menurut Phillips dalam Pacione (1986), tidak akan memperhitungkan jarak secara fisik yang harus ditempuh. Hal ini memungkinkan, karena persepsi ruang yang ada dalam benaknya bukan lagi mengenai jarak dan ongkos. Lain halnya dengan seseorang yang memilih fasilitas kesehatan karena fasilitas yang *iconic* atau fasilitas kesehatan yang mudah terlihat dan dikenali. Terdapat dua kemungkinan seseorang memilih fasilitas kesehatan karena alasan *iconic*. Pertama, ia merupakan orang dengan tingkat gaya hidup yang tinggi. Kedua, ia belum mengenal dengan baik lingkungan tempat tinggalnya, dan hanya mengetahui fasilitas kesehatan yang keberadaannya mudah dilihat. Dalam penelitian ini, alasan kedua merupakan alasan yang relevan dengan data-data (lihat lampiran Tabel 5, pada perumahan berkembang dan baru berkembang). Tabel 5.7 dan Grafik 5.16 berikut merupakan pemilihan fasilitas kesehatan akumulasi dari ketiga perumahan.

Tabel 5.7 Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas

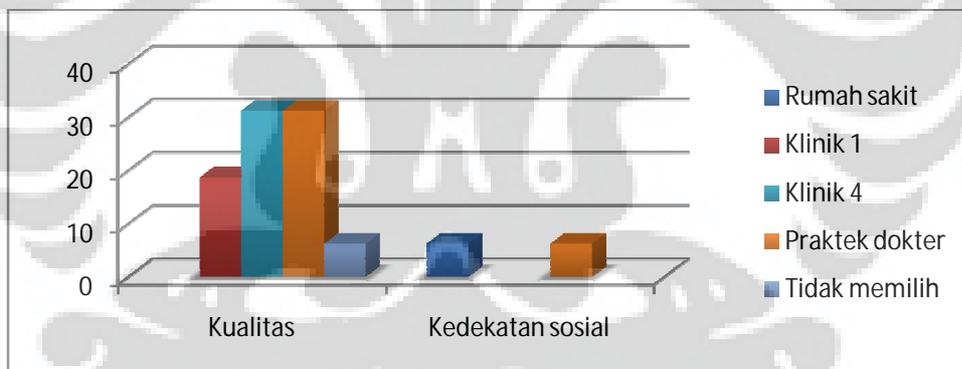
Alasan	Pemilihan							Jumlah
	Rumah sakit	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Praktek dokter	Tidak memilih	
Reputasi	13							13
Kualitas	1	4	2		5	5	1	18
Kedekatan sosial	1			1		1		3

[Sumber: Hasil olahan data survey lapang, 2012]



Grafik 5.16 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas

Jika mayoritas penduduk di perumahan sudah berkembang memilih klinik dan praktek dokter yang terdekat, tidak untuk beberapa penduduk. Terdapat penduduk yang lebih memilih rumah sakit karena memiliki kenalan dokter (lihat lampiran Tabel 4, nomor 3). Terdapat pula penduduk yang memilih klinik 1 (lihat lampiran Tabel 5, nomor 4, 5, dan 10) karena menganggap pelayanan di klinik ini lebih baik dari klinik lain di BSD City dan memiliki tenaga medis yang ramah (lihat Grafik 5.17).



Grafik 5.17 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas di Perumahan Sudah Berkembang

Keterkaitan emosional menurut Tuan (1977), lebih kuat pengaruhnya dari pada faktor-faktor lain dalam memilih fasilitas kesehatan. Hal ini yang menyebabkan responden nomor 3 (lihat lampiran Tabel 4) memilih rumah sakit ketimbang fasilitas kesehatan lain. Adanya kenalan dokter di rumah sakit sebagai teman baik responden sangat memengaruhinya untuk memilih rumah sakit

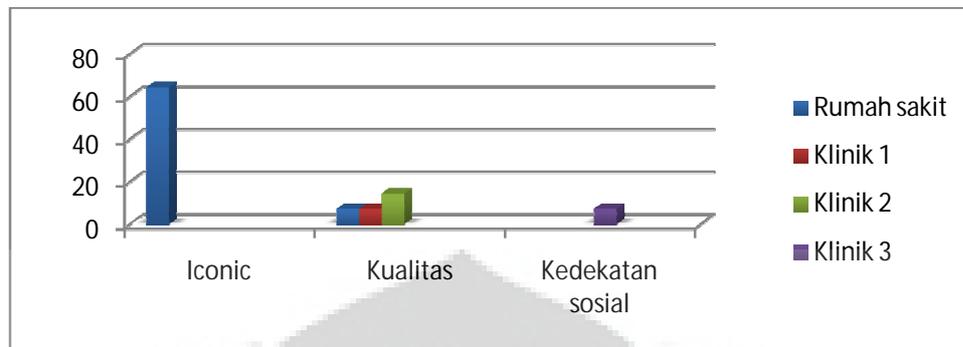
tersebut. Kepercayaan responden tersebut akan teman dokternya menjadikan ia lebih memilih rumah sakit ketimbang fasilitas kesehatan lain.

Getis et al (1985) menjelaskan bagaimana pencitraan seseorang terhadap suatu tempat akan memengaruhinya dalam memilih tempat tersebut. Pencitraan seseorang akan lingkungan bersifat subjektif, sehingga dalam memilih fasilitas kesehatan misalnya, terdapat penduduk yang lebih memilih klinik 1 (lihat lampiran Tabel 4, nomor 4, 5, dan 10) dari pada klinik 4 padahal jarak klinik 1 dengan rumahnya lebih jauh dari pada jarak ke klinik 4. Selain itu klinik 1 juga merupakan klinik yang telah ada sebelum BSD City mulai dikembangkan, sehingga tingkat kepercayaan akan klinik tersebut makin tinggi.

Di tengah banyaknya penduduk yang membutuhkan fasilitas kesehatan, ada penduduk yang tidak membutuhkan pelayanan kesehatan. Saat peneliti mewawancarainya, responden ini berpendapat bahwa ia masih dapat menangani anggota keluarganya saat sakit, sehingga tidak memerlukan fasilitas kesehatan. Responden menambahkan bahwa penanganan di rumah jauh lebih baik ketimbang penanganan oleh dokter dengan obat-obatan. Ia hanya menggunakan fasilitas kesehatan ketika melahirkan, dan menggunakan pengobatan alternatif (yang berhubungan dengan religi) ketika penyakit yang dialaminya atau keluarganya tidak dapat ditangani sendiri (lihat lampiran Tabel 4, nomor 7). Kasus ini sejalan dengan pendapat Phillips dalam Pacione (1986) bahwa kepercayaan (*belief*) merupakan pertimbangan kuat yang tidak dapat dipisahkan dari perilaku memilih fasilitas kesehatan.

Alasan pemilihan yang berbeda ditemukan di perumahan berkembang. Jika perumahan sudah berkembang mayoritas memilih fasilitas kesehatan karena kualitasnya, di perumahan berkembang lebih mempertimbangkan *iconic* atau dapat dikenali tidaknya fasilitas kesehatan tersebut. Hanya karena banyak penduduk yang memilih reputasi, bukan berarti tidak ada penduduk yang mempertimbangkan kualitas. Terdapat beberapa penduduk yang tidak memilih rumah sakit, namun memilih klinik. Selain dekat dengan tempat tinggal, penduduk yang memilih klinik 2 beralasan, kualitas klinik tersebut tidak kalah dengan rumah sakit. Sedangkan penduduk dengan pilihan klinik 1, yang jaraknya

lebih jauh dari pada rumah sakit dan klinik 2, berpendapat pelayanan di klinik tersebut lebih baik dari klinik lain (lihat Grafik 5.18).

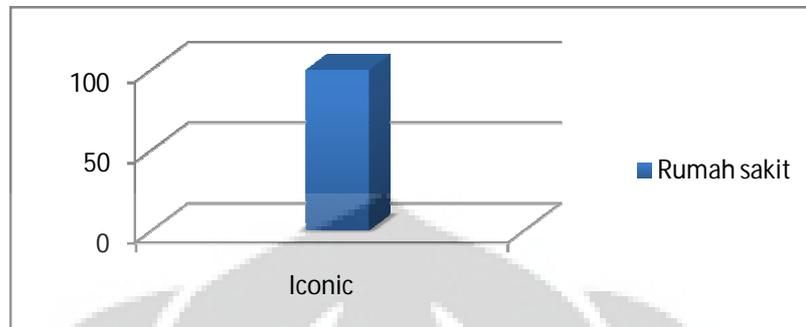


Grafik 5.18 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas di Perumahan Berkembang

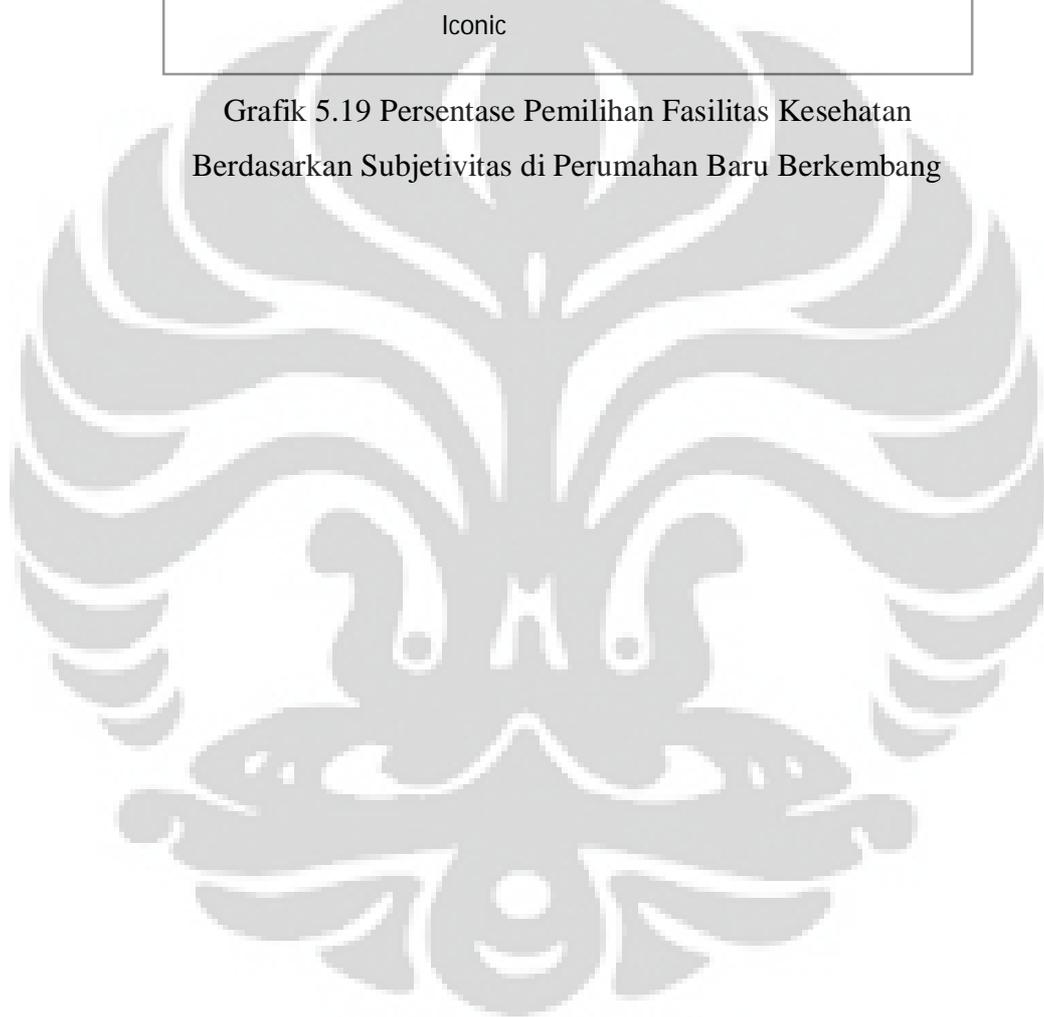
Jarak sosial nampaknya lebih berpengaruh dari pada jarak fisik. Terdapat kasus unik yang ditemukan pada perumahan berkembang, yaitu penduduk memilih klinik 3 yang berjarak 6 km dari tempat tinggalnya. Saat diwawancarai, responden ini beralasan memilih klinik 3 karena saat masih tinggal di Pamulang ia sudah menjadi langganan klinik tersebut dan kenal baik dengan dokternya. Responden ini tidak memilih klinik 2 karena dokter yang melayani kurang ramah dengan pelanggan. Responden juga menambahkan ia tidak memilih klinik 1 karena pernah mengalami salah diagnosis di klinik tersebut. Kasus ini berkaitan dengan pendapat Getis et al (1985) bahwa pencitraan lingkungan secara subjektif memengaruhi seseorang dalam memilih. Pencitraan subjektif responden ini terhadap fasilitas kesehatan dapat dilihat pada lampiran Tabel 5, nomor 19.

Pola paling monoton di antara ketiga perumahan ialah perumahan baru berkembang. Pemilihan fasilitas kesehatan bagi penduduk di perumahan baru berkembang terpusat pada rumah sakit. Alasan yang dikemukakan pun sama, yaitu *iconic*. Selain alasan *iconic*, penduduk di perumahan baru berkembang memilih rumah sakit karena fasilitas kesehatan tersebut merupakan fasilitas kesehatan terdekat dengan perumahan tersebut. Seperti yang telah dijelaskan Getis et al (1985) sebelumnya, bahwa penduduk memilih fasilitas kesehatan dengan alasan *iconic* mengindikasikan ia belum mengenal dengan baik lingkungan tempat tinggalnya, dan hanya mengetahui fasilitas kesehatan yang keberadaannya mudah dilihat. Hal ini relevan karena didukung oleh fakta bahwa perumahan baru

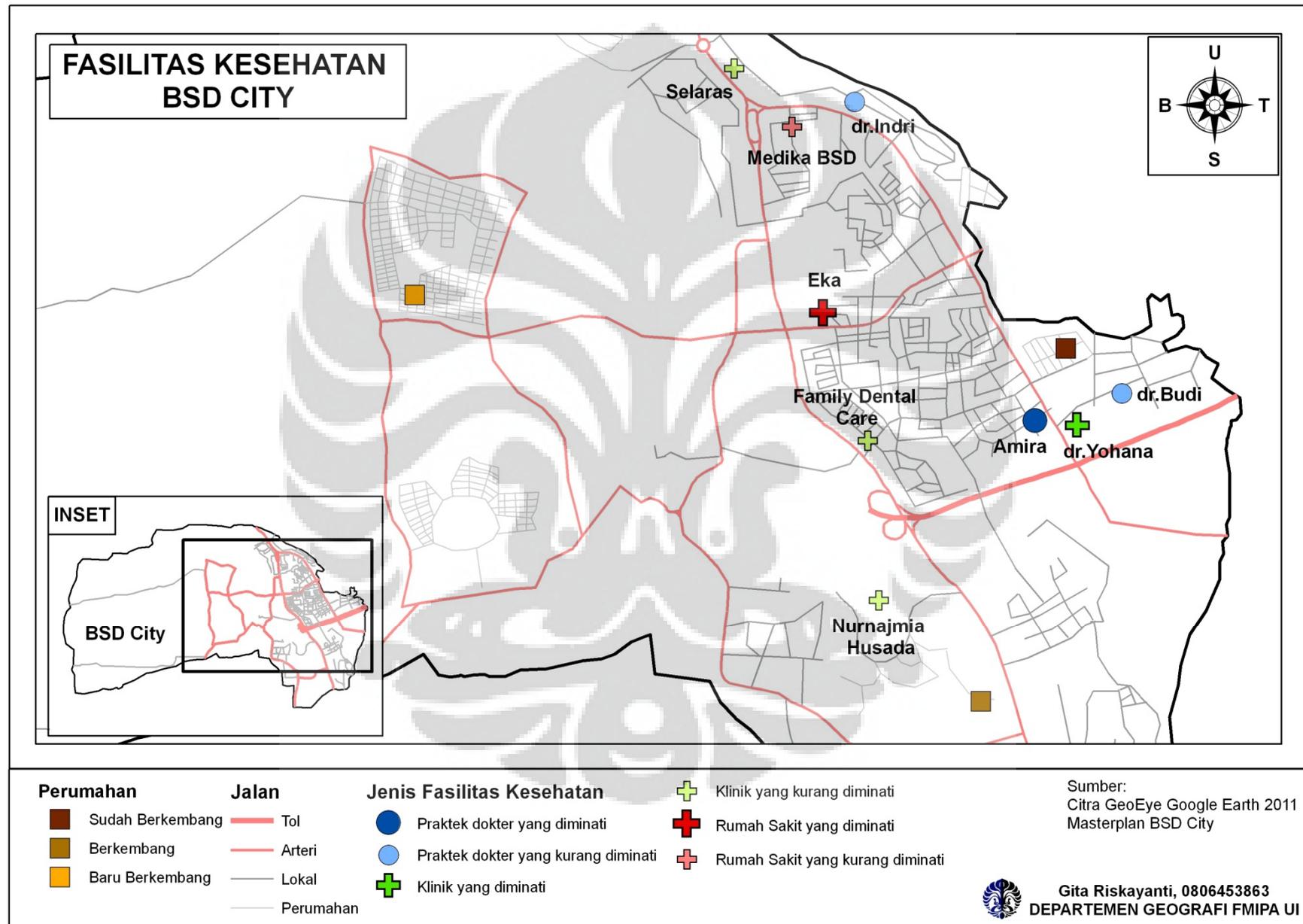
berkembang ini baru dikembangkan kurang lebih 4 tahun yang lalu, dan baru dihuni oleh penduduk yang tinggal ≤ 2 tahun (lihat Grafik 5.19).



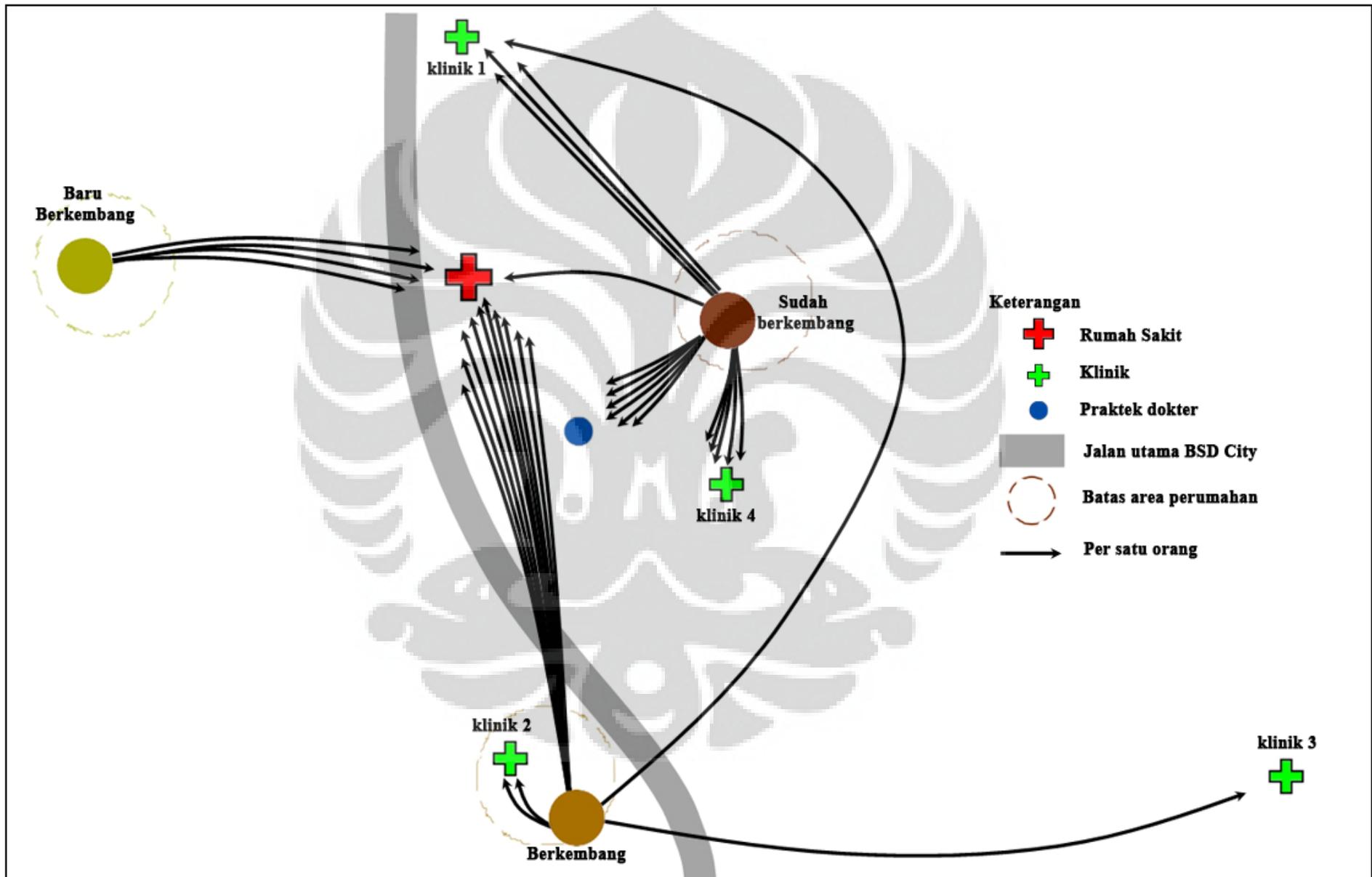
Grafik 5.19 Persentase Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Subjetivitas di Perumahan Baru Berkembang



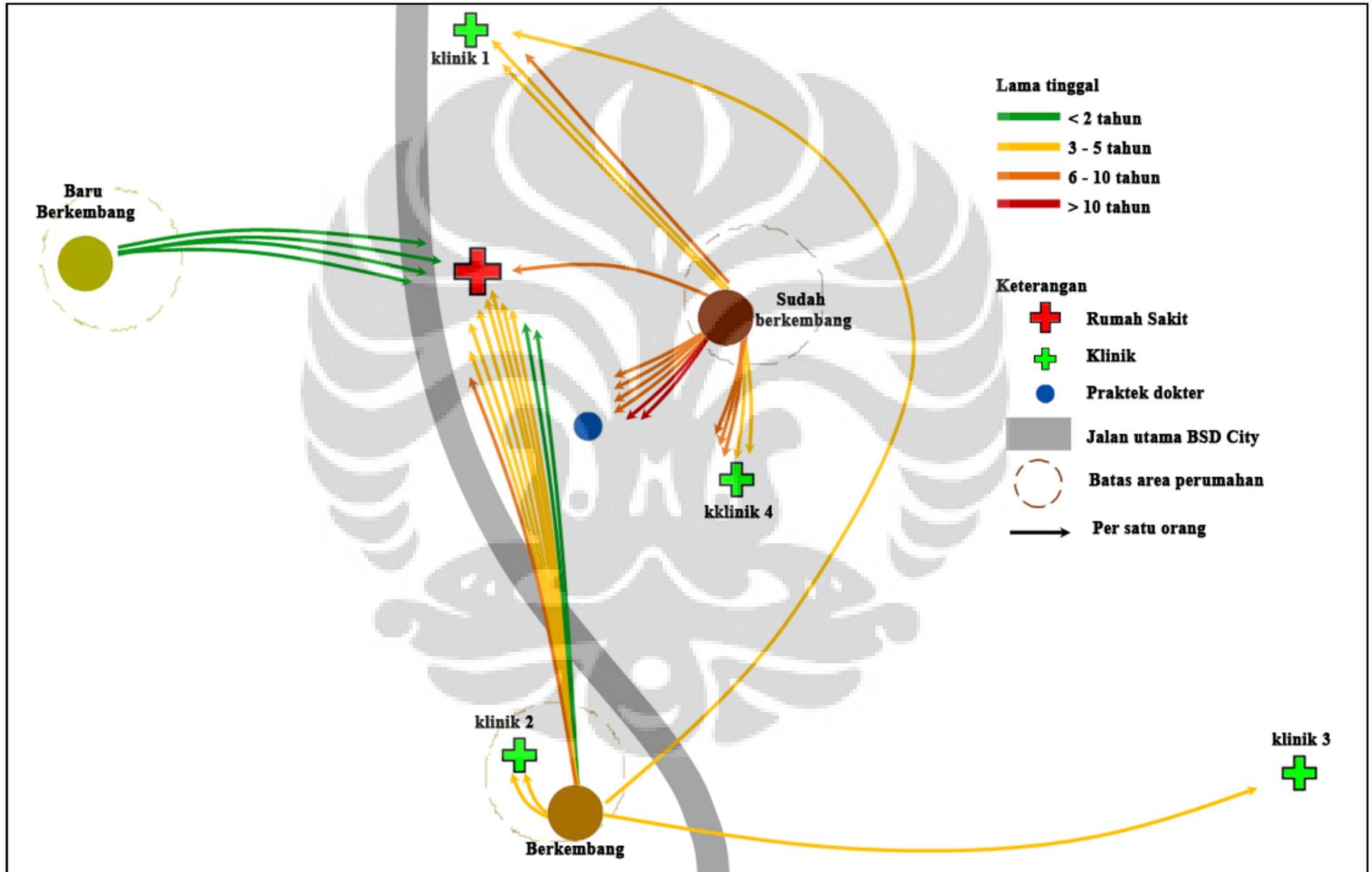
Gambar 5.7



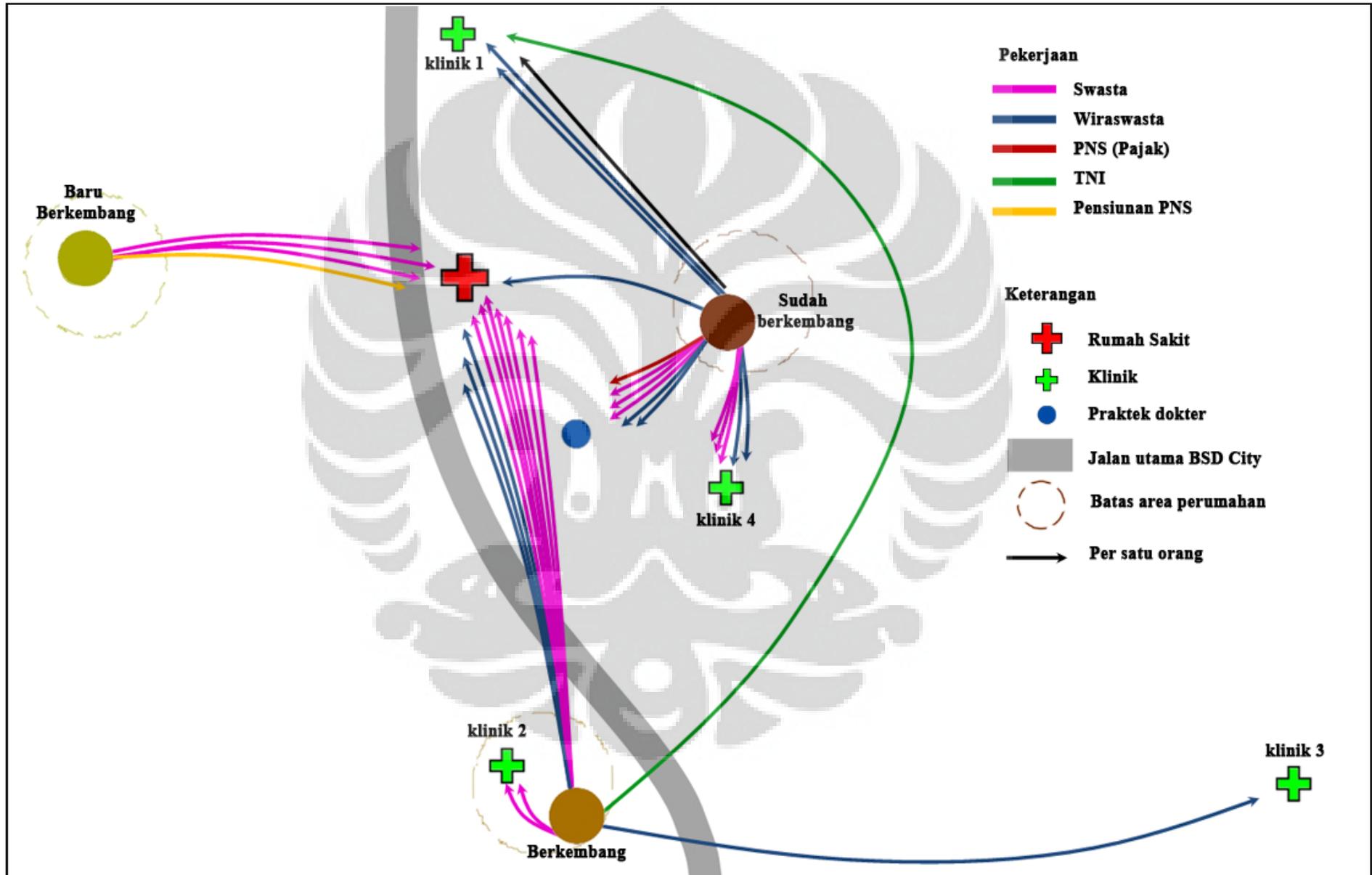
Gambar 5.8 Pola Pemilihan Fasilitas Kesehatan Penduduk BSD City



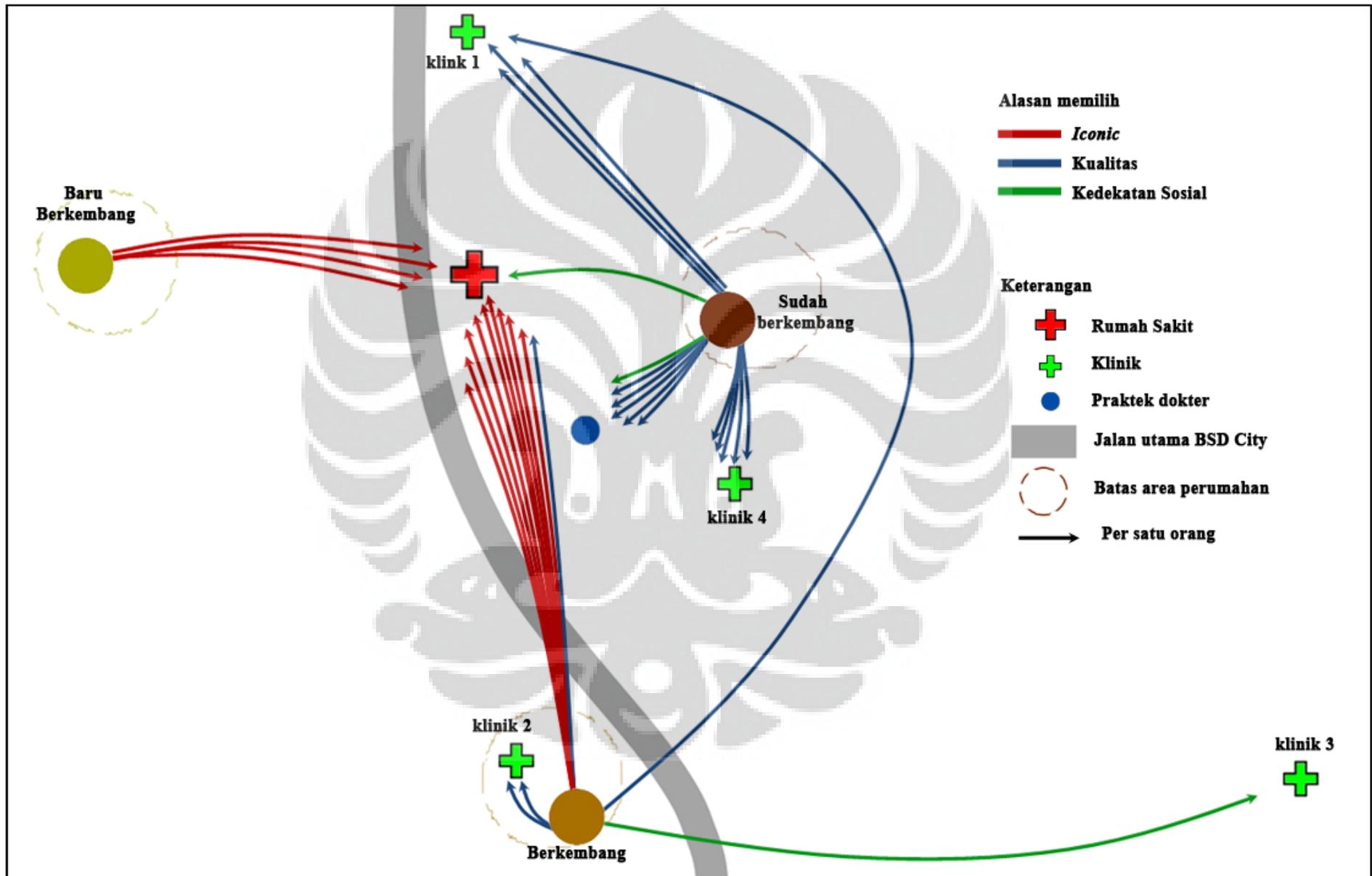
Gambar 5.9 Pola Pemilihan Fasilitas Kesehatan Penduduk BSD City berdasarkan Lama Tinggal



Gambar 5.10 Pola Pemilihan Fasilitas Kesehatan Penduduk BSD City berdasarkan Pekerjaan



Gambar 5.11 Pola Pemilihan Fasilitas Kesehatan Penduduk BSD City berdasarkan Subjektivitas



BAB VI

KESIMPULAN

Faktor eksternal, yaitu lingkungan perumahan yang berbeda-beda, menghasilkan pola pemilihan fasilitas kesehatan yang juga berbeda. Semakin berkembang perumahan maka semakin bervariasi pola yang dihasilkan. Faktor internal, yaitu lama tinggal, pekerjaan, dan subjektivitas memberikan pengaruh tersendiri. Semakin lama penduduk tinggal di perumahan maka semakin bervariasi pola yang dihasilkan. Pola pemilihan yang dikaitkan dengan pekerjaan tidak memiliki pengaruh signifikan. Pengaruh berupa ruang aktivitas hanya terlihat jelas pada perumahan sudah berkembang. Semakin luas ruang aktivitas maka semakin bervariasi pola yang dihasilkan. Pola pemilihan yang dikaitkan dengan subjektivitas juga memiliki keterkaitan dengan perkembangan perumahan. Semakin berkembang perumahan maka semakin bervariasi pola yang dihasilkan dengan alasan pemilihan kualitas. Semakin kurang berkembang perumahan maka semakin monoton pola yang dihasilkan dengan alasan pemilihan *iconic*.

Daftar Pustaka

- Astriyanti. (2005). *Pola Belanja Wanita Pekerja di Permukiman Teratur Kelurahan Kayuringin Jaya Kecamatan Bekasi Selatan*. Depok: Skripsi Jurusan Geografi FMIPA UI.
- Barton, Hugh dan Tsourou, Catherine. (2000). *Healthy Urban Planning*. London: Spon Press.
- Budihardjo, Eko dan Sujarto, Djoko. (1998). *Kota yang Berkelanjutan (Sustainable City)*. Jakarta: Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Budihardjo, Eko. (2005). *Tata Ruang Perkotaan*. Bandung: PT Alumni.
- Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI. (2007). *Pedoman Umum Pembangunan dan Pengembangan Kota Terpadu Mandiri di Kawasan Transmigrasi*. Jakarta: Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI.
- Getis, A., Getis, J., Fellmann, J. (1985). *Human Geography: Culture and Environment*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Hasan, M. Iqbal. (1999). *Pokok- Pokok Materi Statistik 2 (Statistik Inferensif)*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Herbert, David T. dan Thomas, Colin J. (1982). *Urban Geography: A First Approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Lowe, J.C. dan Mayordas. (1975). *The Geography of Movement*. Boston: Hughton Mifflin Company.
- Moehammad, Teguh P.A. (2005). *Pola Perjalanan Harian Warga Negara Korea Selatan (Studi Kasus Kelapa Gading)*. Depok: Sripsi Jurusan Geografi FMIPA UI.
- Pacione, Michael (ed.). (1986). *Medical Geography: Progress & Prospect*. London: Croom Helm.
- Qauliyah, Asta. "Pengertian dan Fungsi Rumah Sakit". <http://astaqauliyah.com/2008/01/pengertian-dan-fungsi-rumah-sakit/> (6 Februari 2012, pukul 22:14 WIB)
- Queen, Stuart Alfred dan Thomas, Lewis Francis. (1939). *The City*. New York: McGraw-Hill.
- Rüland, Jürgen (ed.). (1997). *The Dynamics of Metropolitan Management in Southeast Asia*. Singapura: Institute of Southeast Asian Studies.
- Sandy, I Made. *Kota Di Indonesia*. Publikasi no.113 Direktorat Tata Guna Tanah Ditjen Agraria Depatemen Dalam Negeri: Jakarta
- Tuan, Yi-Fu. (1977). *Space and Place: The Perspective of Experience*. University of Minnesota Press: London.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13/1980 Tentang Jalan.
- Valentine, Gill. (2001). *Social Geographies: Space & Society*. Singapura: Prentice Hall.
- Yunus, Hadi Sabari. (2010). *Metodologi Penelitian Wilayah Kontemporer*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Zukniarani, Sista. (2005). *Pola Aktivitas Anak Jalanan DKI Jakarta (Studi Kasus Anak Jalanan Yang Dibina Oleh Yayasan Mutiara Hikmah)*. Depok: Skripsi Jurusan Geografi FMIPA UI.

Lampiran

Perkembangan BSD City

Sejak awal dikembangkan, BSD City diciptakan untuk menunjang kehidupan yang berkualitas. Konsep *green development* merupakan komitmen sejak awal pengembangan BSD City. Ini bisa terlaksana karena pengembangan yang luas (6.000 ha) memungkinkan kami mewujudkan ruang terbuka hijau yang ditumbuhi oleh jutaan pohon. Di antaranya adalah Taman Kota I seluas 2,5 hektar, Taman Kota II seluas 9 hektar, pembangunan hutan kota (4,5 ha) di kawasan Foresta dan rencana pengembangan kawasan Sabuk Hijau di sepanjang sungai Cisadane yang membelah BSD City yang berfungsi sebagai paru-paru kota, sekaligus tempat rekreasi keluarga yang murah dan nyaman. Belum lagi waduk buatan dengan total luas lebih dari 250.000 m² yang tersebar di berbagai lokasi. Selain sebagai tandon air, tempat rekreasi, keberadaan waduk buatan itu membuat suhu udara di sekitarnya menjadi sejuk.

Saat ini, lebih dari 20 tahun, kota baru di bawah manajemen Sinarmas Group itu telah berkembang pesat menjadi sebuah kawasan kota baru ideal yang terbesar dan terdepan di Indonesia, serta sebagai pusat pertumbuhan ekonomi baru di selatan Jakarta.

Pembangunan tahap pertama seluas 1.500 hektar dari 6.000 hektar (sama dengan 1/10 luas Singapura dan Jakarta atau ½ kali luas Paris, Perancis dan Denpasar, Bali) yang akan dikembangkan telah rampung. Kawasan yang sudah terbangun pada tahap I adalah permukiman, komersial dan

perdagangan. Untuk permukiman, telah terbangun sekitar 25.000 unit rumah (dengan tingkat hunian sekitar 90%) dari berbagai tipe dengan jumlah penduduk lebih dari 100.000 jiwa. Dengan penerapan manajemen perencanaan kota yang sangat baik dan didesain oleh *master planner* lokal dan internasional berpengalaman dan ternama, BSD City hadir sebagai sebuah kota mandiri yang mampu mengintegrasikan kawasan permukiman, pusat bisnis (*central business district/CBD*) dan lingkungan.

Berbagai produk hunian dari tipe *standard, medium*, hingga tipe besar (*excellent*) telah dikembangkan. Produk-produk unggulan yang sukses antara lain Taman Telaga Golf, Victoria River Park, Taman Provence, Vermont, The Green dan De Latinos. Saat ini sedang dikembangkan produk hunian terbaru yakni Green Cove, Foresta, The Icon dan Sevilla. Untuk bangunan komersial, dikembangkan CBD yang di dalam arealnya terdapat Gedung Perkantoran German Centre, Teras Kota, Eka Hospital, dan kawasan ruko CBD. Di kawasan ini juga dikembangkan Sunburst Office Park, di antaranya telah berdiri Gedung BCA, untuk memenuhi kebutuhan ruang perkantoran yang dibangun dengan memadukan konsep *hightech office* dan lingkungan yang hijau, taman publik (*common park*) dan areal pejalan kaki yang luas (*wide pedestrian*) serta *high speed broadband connection* dan *wi-fi technology*. Sementara untuk mendukung aktivitas belanja telah hadir ITC BSD, BSD Junction, Market Place

BSD City (Pasar Modern) serta kompleks-kompleks komersial lainnya.

Fasilitas pendidikan yang lengkap dan berkualitas juga telah tersedia. Saat ini lebih dari 70 sekolah mulai dari jenjang *plyagroup* hingga perguruan tinggi telah hadir. Perguruan tinggi ternama seperti Swiss German University (SGU) telah lama beroperasi. Sementara Universitas Atmajaya tengah menyiapkan kampus barunya. Sedangkan sekolah bertaraf internasional yang segera hadir adalah Sinarmas World Academy. Itu belum termasuk beberapa perguruan tinggi yang saat ini dalam tahap peninjakan.

Di BSD City juga telah hadir OceanPark Water Adventure, wahana rekreasi air bertema Ocean terbesar di Asia Tenggara yang dikunjungi oleh wisatawan lokal dan manca negara. Selain itu, terdapat banyak fasilitas, termasuk *club house*, untuk memenuhi kebutuhan akan olahraga yang tersebar di berbagai lokasi. Salah satunya bertaraf internasional, yaitu Damai Indah Golf—lapangan golf 18 *hole* yang didesain oleh Jack Nicklaus.

BSD City Barat

Setelah berhasil mengembangkan kawasan seluas 1.500 hektar di sebelah Timur, memasuki tahun 2008 PT BSD melangkah ke *milestone* berikutnya yakni pengembangan BSD City ke arah Barat seluas 800 ha (BSD Barat). Pengembangan BSD Barat yang dilandasi prinsip *improvement* dan lebih berwawasan lingkungan ini merupakan bagian dari total pengembangan BSD City seluas 6.000 ha.

Sebagai pionir Kota Modern yang Hijau, BSD bukan sekedar *real estate*, tapi sebuah kota yang dibangun secara tertata dan terencana baik dengan melibatkan *master planner* lokal dan internasional dari Australia. Karenanya, BSD menargetkan setiap pengembangan baru harus selalu lebih baik dari sebelumnya.

Selain *housing*, pengembangan BSD Barat ini mencakup *commercial*, serta pengembangan kawasan pendidikan. Untuk pengembangan *housing*, saat ini tengah dikembangkan beberapa *cluster*.

Pada 2008, Perseroan telah meluncurkan beberapa produk perumahan. Selain *cluster* Sevilla, Terraza de Sevilla, Primero yang berada di dalam kawasan Kencana Loka, dan *cluster* Green Riverpark, dePrairie dan Green Heights yang berada dalam kawasan Green Cove, BSD juga meluncurkan *cluster* Fiore, Albera, Allevere, Giardina dan Primavera berada di kawasan Foresta.

Pada Februari 2009 BSD meluncurkan Studento yang berada di dalam kawasan Foresta, sebuah kawasan tempat tinggal yang terutama diperuntukkan bagi para mahasiswa yang kuliah di universitas di sekitarnya. Selain itu, pada Maret 2009, diluncurkan *cluster* Simplicity yang berada di kawasan The Icon.

Sementara untuk produk komersial, pada 2008 BSD telah meluncurkan Tekno 5 dan Tekno 6 yang berada di dalam kawasan pergudangan multiguna Taman Tekno BSD City, serta Kavling Komersial, Kavling Ocean Walk, dan

Kavling Sunburst Office Park yang berada di kawasan *central business district* (CBD) BSD City Timur. Dan, pada tahun 2009 diluncurkan Taman Tekno 7 yang berada di kawasan perdagangan multiguna Taman Tekno BSD City.

Sekitar 200 hektar dari luas pengembangan BSD Barat juga diperuntukan untuk kawasan *central business district* (CBD) yang luasnya lima kali lebih besar dari CBD tahap pertama (BSD Timur). Pengembangan CBD di BSD Barat yang ditargetkan selesai dalam lima tahun ini merupakan proyek CBD terbesar serta terluas di Jabodetabek.

Pengembangan BSD Barat, didukung pula oleh akselerasi dalam pemasaran maupun pembangunan yang berbentuk pembagian kawasan. Di antaranya adalah Edu Town, sebuah kawasan pendidikan terpadu seluas 42 hektar di BSD City Barat yang di atasnya akan

dibangun berbagai gedung institusi pendidikan serta proyek penelitian dan riset ilmiah. Kawasan pendidikan ini juga akan terintegrasi dengan kawasan perumahan yang ada di sekitarnya. Swiss German University (SGU) dan Prasetiya Mulya Business School (PMBS) merupakan perguruan tinggi pertama yang telah memulai pembangunan kampus barunya di kawasan tersebut.

Akselerasi pembangunan BSD Barat bisa cepat terwujud karena didukung rencana pemerintah membangun ruas jalan tol dari BSD City ke Bandara Internasional Soekarno-Hatta. *Master plan* pengembangan BSD Barat juga dikaitkan dengan rencana pemerintah yang akan membangun jalan arteri sejajar dengan Jalan Raya Serpong dan terkoneksi dengan ruas jalan tol Jakarta-Merak.

Sumber: <http://www.bsdcity.com>

Tabel 1. Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Lama Tinggal per Lokasi Penelitian

Lama tinggal (tahun)	Pemilihan																					Jumlah					
	Rumah sakit			Klinik												Praktek dokter			Tidak memilih								
	Eka Hospital			Selaras (1)			Nurnajmia Husada (2)			PMC (3)			Amira (4)			Yohana											
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III						
≤ 2	-	14,29	100,00																								
3 - 5		50,00		12,50	7,14								12,50									25,00	78,57				
6 - 10	6,25	7,14		6,25									18,75						6,25			62,50	7,1429				
> 10																12,50						12,50					
Jumlah	6,25	71,43	100,00	18,75	7,14								7,14			31,25			37,50			6,25			100,00	100,00	100,00

[Sumber: Hasil Pengolahan Data Survey Lapang, 2012]

Keterangan:

- I : Perumahan sudah berkembang
- II : Perumahan berkembang
- III : Perumahan baru berkembang

Tabel 2. Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan per Lokasi Penelitian

Pekerjaan	Pemilihan																					Jumlah					
	Rumah sakit			Klinik									Praktek dokter			Tidak memilih											
	Eka Hospital			Selaras (1)			Nurnajmia Husada (2)			PMC (3)			Amira (4)			Yohana			Tidak memilih								
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III			
Swasta	-	50,00	75,00				14,29						18,75						18,75						37,50	64,29	75,00
Wiraswasta	6,25	21,43		18,75							7,14		12,50						12,50			6,25			56,25	28,57	
PNS (Pajak)																			6,25						6,25		
TNI					7,14																					7,14	
Pensiunan PNS			25,00																								25,00
Jumlah	6,25	71,43	100,00	18,75	7,14		14,29				7,14		31,25						37,50			6,25			100,00	100,00	100,00

[Sumber: Survey Lapang, 2012]

Keterangan:

- I : Perumahan sudah berkembang
- II : Perumahan berkembang
- III : Perumahan baru berkembang

Tabel 3. Pemilihan Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Alasan per Lokasi Penelitian

Alasan	Pemilihan																					Jumlah		
	Rumah sakit			Klinik									Praktek dokter			Tidak memilih								
	Eka Hospital			Selaras (1)			Nurnajmia Husada (2)			PMC (3)			Amira (4)			Yohana			Tidak memilih					
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
<i>Iconic</i>		64,29	100,00																					
Kualitas		7,14		18,75	7,14			14,29							31,25				31,25			6,25		
Kedekatan sosial	6,25											7,14							6,25					
Jumlah	6,25	71,43	100,00	18,75	7,14			14,29				7,14			31,25				37,50			6,25		

[Sumber: Survey Lapang, 2012]

Keterangan:

I : Perumahan sudah berkembang

II : Perumahan berkembang

III : Perumahan baru berkembang

Tabel 4. Hasil Survei

Perumahan	No	Pilihan	Jarak rumah dengan pilihan faskes (Km)	Alasan pemilihan	Pekerjaan	Kantor	Lama tinggal (tahun)	Daerah asal	Pendidikan terakhir
Sudah berkembang	1	Amira	0,6	Kualitas	Swasta	Jakarta	6 - 10	Jakarta	S1
	2	Amira	0,6	Kualitas	Swasta	Jakarta	3 - 5	Kalimantan	S2
	3	dr.Daniel (Eka Hospital)	2	Kedekatan sosial	Wiraswasta	Tangerang Selatan	6 - 10	Pontianak	SMA
	4	Selaras	3,3	Kualitas	Wiraswasta	Jakarta	6 - 10	Jakarta	S1
	5	Selaras	3,3	Kualitas	Wiraswasta	Bogor	3 - 5	Cianjur	S1
	6	dr. Yohana	0,6	Kualitas	Swasta	Jakarta	> 10	Ambon	S1
	7			Kualitas	Wiraswasta	Jakarta	6 - 10	Jakarta	S2
	8	dr. Yohana	0,6	Kedekatan sosial	PNS	Jakarta	6 - 10	Padang	S1
	9	Amira	0,6	Kualitas	Swasta	Jakarta	3 - 5	Jakarta	S1
	10	Selaras	0,6	Kualitas	Wiraswasta	Tangerang Selatan	3 - 5	Bogor	S1
	11	dr. Yohana	0,6	Kualitas	Swasta	Jakarta	6 - 10	Jakarta	S1
	12	dr. Yohana	0,6	Kualitas	Wiraswasta	Jakarta	> 10	Jakarta	S1
	13	dr. Yohana	0,6	Kualitas	Wiraswasta	Jakarta	6 - 10	Jakarta	S1
	14	Amira	0,6	Kualitas	Wiraswasta	Tangerang Selatan	6 - 10	Tangerang Selatan	S1
	15	dr. Yohana	0,6	Kualitas	Swasta	Jakarta	6 - 10	Jakarta	S1
	16	Amira	0,6	Kualitas	Wiraswasta	Jakarta	6 - 10	Jakarta	S1
Berkembang	17	Nurnajmia Husada	0,8	Kualitas	Swasta	Jakarta	3 - 5	Jakarta	S1
	18	Selaras	5,3	Kualitas	TNI	Jakarta	3 - 5	Jakarta	SMA
	19	PMC	6	Kedekatan sosial	Wiraswasta	Tangerang Selatan	3 - 5	Tangerang Selatan	SMA
	20	Eka Hospital	3,4	Kualitas	Swasta	Jakarta	3 - 5	Jakarta	S1
	21	Eka Hospital	3,4	Iconic	Wiraswasta	Tangerang Selatan	3 - 5	Jakarta	S1

(lanjutan tabel 4)

	22	Eka Hospital	3,4	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	< 2	Jakarta	S1
	23	Eka Hospital	3,4	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	6 - 10	Jakarta	S1
	24	Eka Hospital	3,4	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	3 - 5	Jakarta	S1
	25	Eka Hospital	3,4	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	< 2	Jakarta	S1
	26	Eka Hospital	3,4	<i>Iconic</i>	Wiraswasta	Tangerang Selatan	3 - 5	Jakarta	S1
	27	Nurnajmia Husada	0,8	Kualitas	Swasta	Jakarta	3 - 5	Jakarta	S1
	28	Eka Hospital	3,4	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	3 - 5	Jakarta	S1
	29	Eka Hospital	3,4	<i>Iconic</i>	Wiraswasta	Jakarta	3 - 5	Jakarta	S1
	30	Eka Hospital	3,4	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	3 - 5	Jakarta	S1
Baru berkembang	31	Eka Hospital	2,8	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	> 2	Jakarta	S1
	32	Eka Hospital	2,8	<i>Iconic</i>	Pensiunan PNS		> 2	Jakarta	S1
	33	Eka Hospital	2,8	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	> 2	Jakarta	S1
	34	Eka Hospital	2,8	<i>Iconic</i>	Swasta	Jakarta	> 2	Jakarta	S1

[Sumber: Survey Lapangan, 2012]

Tabel 5. Kualitas Fasilitas Kesehatan Berdasarkan Pandangan Pribadi

Perumahan	No. responden	Rumah sakit	Klinik				Praktek dokter
		Eka Hospital	Selaras	Nurnajmia Husada	PMC	Amira	Yohana
Sudah berkembang	1	B	S	-	-	B	B
	2	B	S	-	-	B	B
	3	SB	S	-	-	S	S
	4	B	B	-	-	S	S
	5	B	B	-	-	S	-
	6	B	S	-	-	B	B
	7	SB	S	-	-	S	S
	8	B	S	-	-	B	SB
	9	B	-	-	-	B	B
	10	B	B	-	-	S	S
	11	B	S	-	-	B	B
	12	B	-	-	-	-	SB
	13	B	S	-	-	B	B
	14	B	S	-	-	B	B
	15	B	-	-	-	B	SB
	16	B	S	-	-	B	B
Berkembang	17	B	-	B	-	-	-
	18	B	B	-	-	-	-
	19	B	KB	KB	SB	-	-
	20	B	-	-	-	-	-
	21	B	-	-	-	-	-
	22	B	-	-	-	-	-

(lanjutan tabel 5)

	23	B	S	-	-	-	-
	24	B	-	-	-	-	-
	25	SB	-	-	-	-	-
	26	B	-	-	-	-	-
	27	B	-	B	-	-	-
	28	B	-	-	-	-	-
	29	B	-	-	-	-	-
	30	B	-	-	-	-	-
Baru berkembang	31	B	-	-	-	-	-
	32	B	S	-	-	-	-
	33	B	-	-	-	-	-
	34	B	-	-	-	-	-
Kesimpulan	B	S	B	SB	B	B	

[Sumber: Survey Lapang, 2012]

Keterangan:

SB : sangat bagus

B : bagus

S : sedang

KB : kurang bagus

TB : tidak bagus

- : tidak tahu / belum pernah menggunakan

Contoh Kuestioner

Nama : _____

Cluster : _____

Pekerjaan : _____

Kantor di daerah : _____

Pendidikan terakhir :

- SMA : _____
- S1 : Universitas _____ Jurusan _____
- S2/S3 : Universitas _____ Jurusan _____

Biaya/anggaran kesehatan : Rp _____/bulan

Lama tinggal di BSD _____ tahun

Sebelumnya tinggal di _____

Jumlah anak : _____

Umur anak tertua: _____ termuda: _____

Pertanyaan-pertanyaan berikut terkait pilihan anda terhadap klinik 24 jam

1. Jika anda atau anggota keluarga anda sakit ringan (misalnya demam, maag, dsb) klinik mana yang pertama kali anda pilih? (pilih satu)

- Klinik Putra Dalima
- Klinik Selaras
- Klinik lainnya, sebutkan _____
- Rumah sakit terdekat

2. Sejak kapan anda mengetahui keberadaan klinik yang anda pilih?

- Sejak baru tinggal di BSD
- Sebelum tinggal di BSD
- Setelah lama tinggal di BSD

3. Apakah anda terbiasa menggunakan pelayanan klinik tersebut untuk penanganan pertama saat sakit?

- Tidak
- Ya

4. Mengapa anda memilih klinik tersebut? (boleh pilih lebih dari satu)

- Dekat dengan rumah
- Ada kenalan dokter
- Memiliki reputasi (terkenal)
- Pelayanannya baik
- Alasan lain _____

5. Bagaimana cara anda mencapai klinik tersebut? (pilih satu)

- Dengan kendaraan pribadi, ditempuh dalam __ menit
- Dengan kendaraan non-pribadi (ojek, taksi, bus, dll), ditempuh dalam __ menit

6. Jika tidak ada klinik terdekat dengan tempat tinggal anda, apa pilihan anda? (pilih satu)

- Mencari klinik lain walaupun agak jauh
- Memilih rumah sakit terdekat

7. (Jika anda memilih rumah sakit terdekat) Mengapa anda memilih rumah sakit tersebut? (boleh pilih lebih dari satu)

- Jaraknya lebih dekat ke rumah sakit daripada ke klinik
- Ada kenalan dokter/perawat
- Alasan lain _____

8. Jika klinik terdekat yang anda pilih pelayanannya kurang baik, apa pilihan anda? (pilih satu)

- Tetap memilih klinik tersebut karena dekat
- Memilih klinik lain yang pelayanannya baik walaupun jaraknya agak jauh

9. Jika klinik yang anda pilih tidak memiliki reputasi tinggi (tidak terkenal), apa pilihan anda? (pilih satu)

- Tetap memilih klinik tersebut, tidak mementingkan reputasi (terkenal)
- Memilih klinik lain yang memiliki reputasi (terkenal)

10. Apakah anda memiliki kenalan dokter di klinik pilihan anda?

- Tidak
- Ya

Jika ada kenalan, apa hubungan anda dengan kenalan?

- Kakak/adik
- Ayah/ibu
- Paman/bibi
- Keluarga jauh

- Teman baik Mitra kerja
- Lainnya, sebutkan _____

11. Jika ada kenalan di klinik pilihan anda, apakah anda mau memilih klinik lain?

- Tidak Ya

12. Apakah anda memiliki asuransi?

- Tidak Ya, asuransi _____

Jika memiliki asuransi, apakah asuransi anda menjamin biaya pengobatan anda di klinik pilihan anda?

- Tidak Ya

