

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyandang disabilitas merupakan salah satu kelompok masyarakat rentan bersama dengan golongan orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin dan wanita hamil, kelompok ini berhak mendapatkan prioritas atas *kekhususan* yang dialaminya. Disabilitas menurut *The International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) diartikan sebagai “*human experience of impairments body function, body structure, activity limitations and participation restrictions in interaction with health condition, personal and environmental factors*”.¹ Lebih lanjut, lembaga non-pemerintah tertinggi untuk pelayanan disabilitas di Australia yang dikenal dengan *National Disability Services* (NDS) menambahkan bahwa, paling tidak terdapat sepuluh jenis klasifikasi disabilitas.²

1. Keterbatasan intelektual, merupakan kondisi gangguan mental, kesulitan belajar dan keterampilan hidup sehari-hari yang muncul pada masa perkembangan (usia 0 – 18 tahun). Dalam hal ini termasuk *down syndrome, tuberous sclerosis, cri-du-chat syndrome*.
2. Keterbatasan fisik, yang berarti keterbatasan seseorang dalam melakukan aktivitas fisik dan dilatarbelakangi oleh gangguan kondisi fisik serta sering kali mempengaruhi keterampilan mobilitas. Dalam hal ini termasuk *neuromuscular disorders, cerebral palsy, back disorders, scoliosis* dan masih banyak lagi.
3. Cedera otak, umumnya merupakan keterbatasan yang timbul akibat kerusakan otak setelah lahir dan menghasilkan penurunan fungsi kognitif, fisik serta emosional. Hal ini diperkirakan dapat terjadi karena adanya pengalaman terhadap kecelakaan, stroke, tumor otak, infeksi, penyakit saraf degeneratif dan lain sebagainya.
4. Neurologis, merupakan gangguan sistem saraf yang terjadi sejak lahir. Dalam hal ini termasuk penyakit *Alzheimer, Epilepsy, Parkinson’s disease*.

¹ *The International Classification of Functioning, Disability and Health, “Functioning at the Core”*, diakses dari <https://www.icf-casestudies.org/>, pada 2 April 2020 pukul 20:56 WIB

² *National Disability Services, “Disability Types and Description”*, diakses dari <https://www.nds.org.au/>, pada 2 April 2020 pukul 21:07 WIB

5. *Deafblind* atau tuna rungu, yang merupakan gangguan sensorik ganda, berkaitan dengan keterbatasan komunikasi dan partisipasi kronik. Gangguan ini bukan hanya gabungan dari gangguan penglihatan dengan gangguan pendengaran atau sebaliknya, namun juga merupakan keterbatasan unik yang membutuhkan komunikasi dan praktik pengajaran yang berbeda.
6. Penglihatan, meliputi kebutaan serta gangguan penglihatan rendah yang menyebabkan hambatan kronik dalam melakukan komunikasi dan mobilitas, serta keterbatasan untuk berpartisipasi di masyarakat.
7. Pendengaran, meliputi tuli, gangguan pendengaran dan kehilangan pendengaran.
8. Berbicara, meliputi gangguan berbicara atau keterbatasan berbicara yang sulit dipahami.
9. Psikiatrik, atau gangguan kejiwaan merupakan gangguan yang dapat diindikasikan melalui pola perilaku, keterkaitan dengan kesulitan secara mental yang mulai mengganggu fungsi pribadi dalam aktivitas sosial normal. Dalam hal ini termasuk *schizophrenia, affective disorders, anxiety disorders, addictive behaviours, personality disorders, stress, psychosis, depression and adjustment disorders*.
10. Penundaan tumbuh kembang atau *developmental delay*, merupakan gangguan yang dialami oleh anak-anak pada periode perkembangan awal atau usia 0-5 tahun, tetapi tidak ada diagnosa khusus dan kecacatan spesifik belum diketahui.

Salah satu bentuk perhatian internasional terhadap penyandang disabilitas adalah dengan pengesahan *Convention On The Rights Of Persons With Disabilities*. Konvensi ini menegaskan nilai-nilai universalitas, ketidakterpisahan, saling ketergantungan dan keterkaitan semua hak asasi manusia, kebebasan serta kebutuhan mendasar bagi para penyandang disabilitas untuk dijamin penuh hak-haknya tanpa diskriminasi. Untuk menjalankan nilai-nilai kesetaraan di seluruh dunia, berikut merupakan prinsip dasar *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

Pasal 3 :

- (a) *Respect for inherent dignity, individual autonomy including the freedom to make one's own choices, and independence of persons;*
- (b) *Non-discrimination;*
- (c) *Full and effective participation and inclusion in society;*
- (d) *Respect for difference and acceptance of person with disabilities as a part of human diversity and humanity;*
- (e) *Equality of opportunity;*
- (f) *Accessibility;*
- (g) *Equality between men and women;*
- (h) *Respect for the evolving capacities of children with disabilities and respect for right of children with disabilities to preserve their identities.*

Pada tanggal 30 Maret 2007 pemerintah Indonesia telah ikut serta dalam penandatanganan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* dan kemudian mengadopsi isi konvensi tersebut dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2011 Tentang Pengesahan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas). Selain itu, pemerintah Indonesia juga telah menerbitkan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Penyandang Disabilitas. Dengan terbitnya undang-undang ini, maka pemerintah memiliki kewajiban untuk menghormati, melindungi, memenuhi dan memajukan hak-hak penyandang disabilitas secara legal dan formal. Sebagai usaha untuk memungkinkan para penyandang disabilitas dapat hidup secara mandiri dan mendapatkan haknya dengan setara, maka pemerintah harus memastikan aksesibilitas yang inklusif. Hal ini meliputi bangunan, jalan, transportasi dan fasilitas dalam atau luar ruangan lainnya. Termasuk menjamin fasilitas sekolah, perumahan, medis, tempat kerja, sarana informasi, sarana komunikasi dan pelayanan umum lainnya. Dalam Pasal 5 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016, disebutkan bahwa penyandang disabilitas memiliki beberapa hak yaitu:

Pasal 5

- (a) Hidup;

- (b) Bebas dari stigma;
- (c) Privasi;
- (d) Keadilan dan perlindungan hukum;
- (e) Pendidikan;
- (f) Pekerjaan, kewirausahaan dan koperasi;
- (g) Kesehatan;
- (h) Politik;
- (i) Keagamaan;
- (j) Keolahragaan;
- (k) Kebudayaan dan pariwisata;
- (l) Kesejahteraan sosial;
- (m) Aksesibilitas;
- (n) Pelayanan publik;
- (o) Perlindungan dari bencana;
- (p) Habilitasi dan rehabilitasi;
- (q) Konsesi;
- (r) Pendataan;
- (s) Hidup secara mandiri dan dilibatkan dalam masyarakat;
- (t) Berekspresi, berkomunikasi, dan memperoleh informasi;
- (u) Berpindah tempat dan kewarganegaraan; dan
- (v) Bebas dari tindakan diskriminasi, penelantaran, penyiksaan dan eksploitasi.

Isi dari kedua peraturan di atas telah mencerminkan amanat Pembukaan Undang-Undang Dasar Tahun 1945 alinea ke-4 yang berisi tujuan negara yaitu menjamin kesejahteraan umum segenap bangsa, tidak terkecuali bagi penyandang disabilitas. Utamanya karena penyandang disabilitas di Indonesia kerap mendapatkan deskriminasi lantaran adanya stigma di masyarakat yang menganggap penyandang disabilitas adalah warga negara yang tidak produktif, sehingga mengakibatkan terjadi pengabaian atas hak-hak penyandang disabilitas.

Hal ini juga diutarakan oleh Kusumastuti, Pradanasari & Ratnawati yang menyebutkan bahwa paling tidak ada tujuh penyebab pengabaian hak-hak

penyandang disabilitas yaitu (1) pengetahuan perawatan kesehatan yang buruk, utamanya pada saat masa pranikah, kehamilan, persalinan dan perkembangan anak; (2) kurangnya perhatian dalam keselamatan kerja; (3) adanya masalah infeksi endemik seperti kusta dan tuberkulosis, (4) fenomena kemiskinan yang mengakibatkan kekurangan vitamin dan gizi; (5) tingginya insiden kanker dan penyakit degeneratif lain; (6) letak geografis Indonesia yang mengakibatkan tingginya probabilitas bencana alam seperti gunung berapi, gempa bumi, dan tsunami; serta (7) luas Indonesia yang terdiri lebih dari 17.000 pulau dengan jumlah populasi lebih dari 240 juta, sehingga mengakibatkan masalah penyebaran pelayanan dan pencegahan kecacatan.³

Dengan wilayah administrasi yang sangat luas, Indonesia memiliki jumlah penyandang disabilitas yang relatif tinggi serta tersentralisasi. Dilansir oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia, jumlah orang dengan disabilitas di Indonesia cenderung berpusat di Pulau Jawa dengan Provinsi Jawa Barat berada di peringkat pertama, diikuti oleh Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Jawa Tengah.⁴ Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh kepadatan penduduk Indonesia yang juga berpusat di Pulau Jawa. Untuk penjabaran lebih lengkap, berikut merupakan tabel sebaran penyandang disabilitas di Indonesia.

Tabel 1.1 Jumlah penyandang disabilitas di Indonesia

No.	Provinsi	Jumlah
1.	Jawa Barat	27649
2.	Jawa Timur	22349
3.	Jawa Tengah	17699
4.	Nusa Tenggara Barat	10364
5.	Lampung	9727
6.	Sumatera Utara	9109
7.	Nusa Tenggara Timur	8380
8.	Bali	8339
9.	Sulawesi Selatan	7696
10.	Di Yogyakarta	7194

³ Peni Kusumastuti, Rosiana Pradanasari dan Anita Ratnawati, *“The Problems of People with Disability in Indonesia and What is Being Learned From the World Report on Disability”*, American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Vol. 93 No. 1 (Suppl), 2014, hlm. 63-67

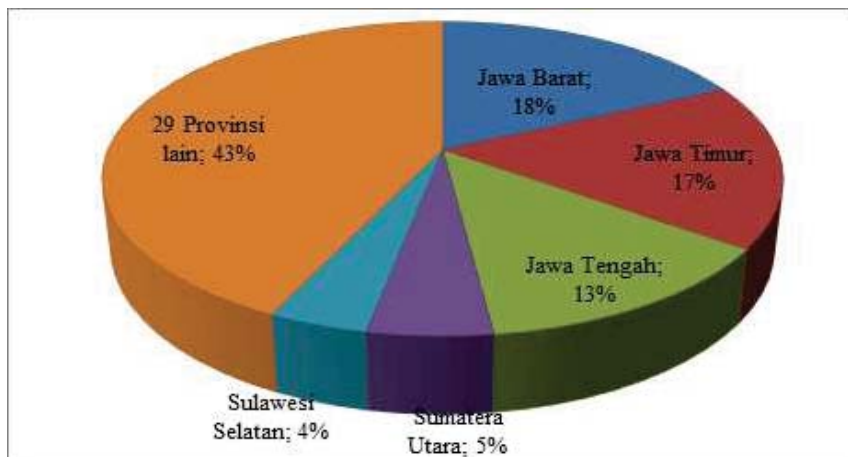
⁴ Kementerian Sosial Republik Indonesia, *“Sistem Informasi Management Penyandang Disabilitas”*, diakses dari <https://simpd.kemensos.go.id/>, pada 25 Maret 2022 pukul 15:56 WIB

11.	Sumatera Barat	6753
12.	Kalimantan Selatan	6734
13.	Sumatera Selatan	5936
14.	Bengkulu	5372
15.	Kalimantan Barat	5154
16.	Dki Jakarta	5100
17.	Sulawesi Tenggara	4595
18.	Aceh	4579
19.	Kalimantan Timur	3927
20.	Kepulauan Bangka Belitung	3894
21.	Riau	3876
22.	Banten	3555
23.	Sulawesi Utara	3449
24.	Kalimantan Tengah	3299
25.	Jambi	2746
26.	Kepulauan Riau	2733
27.	Sulawesi Tengah	2644
28.	Maluku	2527
29.	Sulawesi Barat	2006
30.	Gorontalo	1866
31.	Papua	1287
32.	Maluku Utara	921
33.	Kalimantan Utara	488
34.	Papua Barat	296

Sumber: Sistem Informasi Penyandang Disabilitas
Kementerian Sosial Republik Indonesia
(<https://simpd.kemensos.go.id/>)

Sepakat dengan tabel di atas, Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat FEB Universitas Indonesia juga memaparkan bahwa persentase persebaran penyandang disabilitas mayoritas berada di Pulau Jawa, setidaknya terdapat sebanyak 18% penyandang disabilitas berdomisili di Provinsi Jawa Barat, 17% di Provinsi Jawa Timur, 13% di Provinsi Jawa Tengah, 5% di Provinsi Sumatera Utara, 4% di Provinsi Sulawesi Selatan, dan sisanya tersebar di 29 provinsi lain.⁵

⁵ Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia, *Laporan Akhir : Memetakan Penyandang Disabilitas (PD) di Pasar Tenaga Kerja Indonesia*, (Jakarta : International Labor Organization, 2017), hlm. 42

Gambar 1.1 Persentase sebaran penyandang disabilitas di Indonesia

Sumber: LPEM FEB UI (2017: 42)

Dengan tingginya angka penyandang disabilitas, terdapat fakta bahwa penyandang disabilitas memiliki persentase yang lebih besar untuk hidup miskin dibandingkan dengan orang normal. Studi terdahulu menyebutkan bahwa kepala rumah tangga dengan disabilitas lebih cenderung menjadi miskin dengan poin persentase sebesar 1,3 dan indeks kesenjangan kemiskinan sebesar 2,6%. Bahkan, kepala rumah tangga dengan disabilitas sejak lahir memiliki kemungkinan hidup miskin yang lebih tinggi, yaitu sebesar 4,8 poin persentase dan indeks kesenjangan kemiskinan sebesar 7,8%.⁶ Fakta ini secara positif berkaitan dengan terhambatnya aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas.⁷

Setidaknya, terdapat empat hambatan utama bagi penyandang disabilitas untuk mengakses pelayanan kesehatan yaitu (1) hambatan fisik dan transportasi, (2) akses teknologi yang terbatas dan kurangnya peralatan pendukung, (3) akses yang terbatas untuk obat-obatan dan spesialis, serta (4) keterbatasan akses untuk pendamping atau *care giver*.⁸ Lalu terkait dengan pemenuhan alat bantu disabilitas di Indonesia, Cameron & Suarez mengatakan bahwa di Indonesia 80% orang

⁶ Adrianna Bella and Teguh Dartanto, "Persons with Disabilities (PWD) and Poverty in Indonesia", Malaysian Journal of Economic Study Vol. 55 No. 2, 2018, hlm 185

⁷ Tess Bright, Sarah Wallace and Hannah Kuper, "A Systematic Review of Access to Rehabilitation for People with Disabilitie in Low- and Middle- Income Countries", International Journal of Environmental Research and Public Health Vol. 15 No. 2165, 2018, hlm. 1

⁸ A. G. Lawthers et. al, "Rethinking Quality in the Context of Person with Disability", International Journal for Quality in Health Care Vol. 15 No. 4, 2003, hlm. 287-299.

dengan keterbatasan visual tidak memiliki kacamata dan 28% diantaranya juga membutuhkan *blind stick* tetapi tidak memilikinya. Selain itu, untuk orang dengan keterbatasan mendengar yang membutuhkan alat bantu dengar, 91% melaporkan bahwa tidak memiliki alat tersebut. Lebih lengkap, berikut data permintaan alat bantu bagi penyandang disabilitas yang tidak dapat terpenuhi.⁹

Tabel 1.2 Permintaan alat bantu disabilitas yang tidak terpenuhi

Gangguan Kesehatan	Alat Bantu	Kebutuhan yang Tidak Terpenuhi
Penglihatan	Kacamata	80%
	Tongkat (<i>Blind Stick</i>)	28%
Pendengaran	Alat bantu mendengar	91%
Berbicara	Bahasa Isyarat (<i>Sign Language</i>)	54%
Menggunakan tangan/jari	Tangan palsu (<i>Prosthetic</i>)	60%
Menggunakan kaki (berjalan)	Kaki palsu (<i>Prosthetic</i>)	75%
	Kursi roda	24%
	Alat bantu jalan	28%
Kelainan bentuk fisik	Kaki palsu (<i>Prosthetic</i>)	90%
	Kursi roda	25%
	Alat bantu jalan	33%
Kelumpuhan	Kursi roda	11%
	Alat bantu jalan	63%
Penyakit kronis	Alat bantu bernafas	31%

Sumber: Cameron & Suarez (2017: 12)

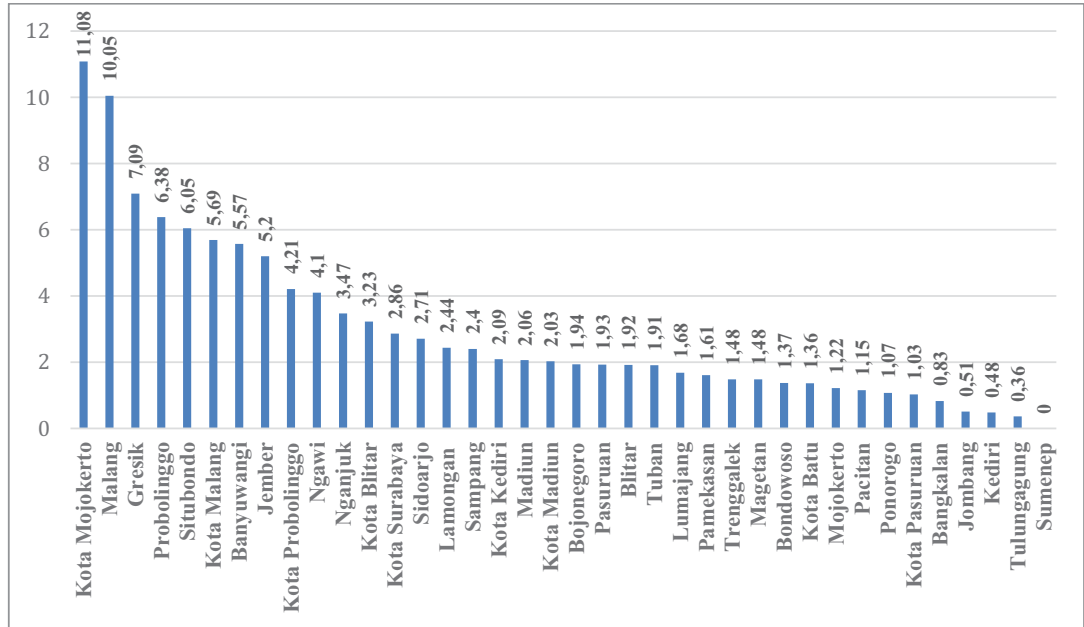
Persentase kemiskinan yang lebih tinggi dari pada kelompok masyarakat lain serta keterbatasan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan alat bantu, tentu berdampak pada diskriminasi penyandang disabilitas dalam mengakses pendidikan, pekerjaan, proses hukum bahkan perawatan kesehatan di Indonesia.

Selanjutnya, sesuai dengan Tabel 1.1 dan Gambar 1.1, Jawa Timur merupakan Provinsi kedua dengan jumlah penyandang disabilitas paling tinggi di Indonesia. Di lain sisi, dalam laporan RISKESDAS Jawa Timur tahun 2018, telah dilakukan pengukuran terhadap indikator disabilitas (ketidakmampuan seseorang

⁹ Lisa Cameron and Diana Contreras Suarez, *Disability in Indonesia : What Can We Learn From the Data*, (Melbourne : Monash University, 2017) hlm. 12

secara fisik, mental dan intelektual) kepada tiga kelompok usia yaitu kelompok disabilitas anak usia 5-17 tahun, kelompok disabilitas dewasa usia 28-59 tahun, serta pada kelompok penduduk lanjut usia >60 tahun. Berikut merupakan grafik proporsi disabilitas di Provinsi Jawa Timur tahun 2018.

Grafik 1.1 Proporsi disabilitas pada anak usia 5-17 tahun menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur, Riskesdas 2018

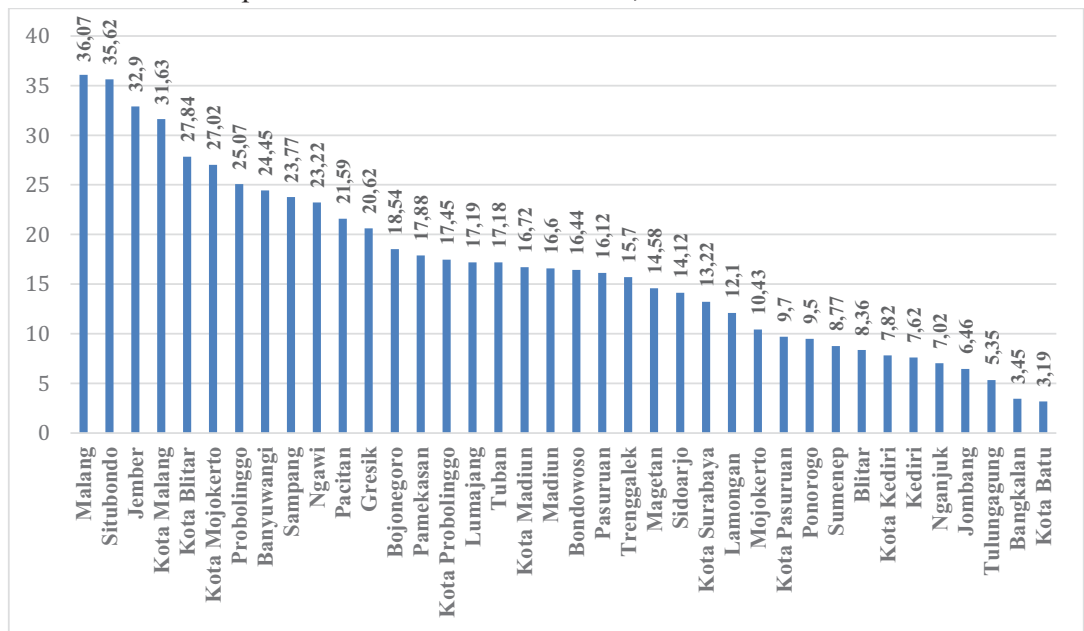


Sumber: Lembaga Penerbit Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2019: 201), diolah

Dalam mengukur disabilitas pada anak, metode yang digunakan merupakan *multiple indicator cluster surveys* dengan lima opsi jawaban yaitu (1) tidak ada, (2) ringan, (3) sedang, (4) berat, dan (5) sangat berat. Sedangkan pertanyaan yang digunakan diadopsi dari *Module UN Washington Group* guna mengetahui tingkat disabilitas pada anak berdasarkan sepuluh fungsi, meliputi fungsi penglihatan, fungsi pendengaran, fungsi mobilitas, fungsi komunikasi, mempelajari suatu hal, daya ingat, konsentrasi, menerima perubahan, menjalin pertemanan, dan mengontrol tingkah laku. Setelah itu, baru dilakukan perhitungan proporsi disabilitas pada anak yang mengacu pada perbandingan antara jumlah anak usia 5-

17 yang mengalami disabilitas, dengan jumlah penduduk usia 5-17 tahun.¹⁰ Dengan demikian, secara sederhana dapat diketahui bahwa semakin tinggi angka proporsi disabilitas pada anak usia 5-17 tahun, maka semakin tinggi pula jumlah anak dengan disabilitas di Kabupaten/Kota tersebut. Dalam hal ini, Kota Mojokerto memiliki angka proporsi disabilitas anak paling tinggi, diikuti oleh Kabupaten Malang, Kabupaten Gresik, Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Situbondo dan Kota Malang.

Grafik 1.2 Proporsi disabilitas pada penduduk usia 18-59 tahun menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur, Riskesdas 2018



Sumber: : Lembaga Penerbit Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2019: 205), diolah

Dalam mengukur proporsi disabilitas pada penduduk usia 18-59 tahun, digunakan kuesioner disabilitas dari WHO DAS 2.0 untuk mengetahui informasi terkait status disabilitas seseorang, utamanya mengacu pada ketidakmampuan fisik dan mental yang diukur dalam kurun waktu satu bulan terakhir sebelum survei. Kuesioner ini memiliki lima opsi jawaban yang terdiri dari (1) tidak ada kesulitan, (2) sedikit kesulitan/ringan, (3) cukup mengalami kesulitan/sedang, (4) kesulitan

¹⁰ Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, *Laporan Provinsi Jawa Timur Riskesdas 2018*, (Jakarta: Lembaga Balitbangkes, 2019) hlm 197-198

berat dan (5) sangat berat/tidak mampu melakukan kegiatan. Sedangkan komponen penilaian terdiri dari 12 butir pertanyaan guna mengetahui fungsi dan kemampuan penduduk dalam hal mobilitas/berpindah tempat, melakukan aktivitas sehari-hari, mengurus diri sendiri, daya ingat, bersosialisasi, pengendalian emosi, konsentrasi, serta adaptasi lingkungan dan sosial. Setelah itu, baru dilakukan pengukuran proporsi disabilitas pada penduduk usia 18-59 tahun yang mengacu pada perbandingan ART (Anggota Rumah Tangga) umur 18-59 tahun yang mengalami disabilitas dengan ART (Anggota Rumah Tangga) umur 18-59 tahun.¹¹ Berdasarkan laporan ini, secara sederhana dapat diketahui bahwa semakin tinggi angka proporsi disabilitas pada penduduk usia 18-59 tahun, semakin tinggi pula proporsi ART yang mengalami disabilitas. Lebih lanjut, berdasarkan grafik 1.2 diketahui bahwa Kabupaten Malang memiliki angka angka proporsi disabilitas pada penduduk usia 18-59 tahun tertinggi dan diikuti oleh Kabupaten Situbondo, Kabupaten Jember, Kota Malang dan Kota Blitar.

Selanjutnya, menurut paparan BPS Kota Malang angka penyandang disabilitas di wilayah Kota Malang mengalami peningkatan yang signifikan. Sehingga tidak menutup kemungkinan bahwa proyeksi angka penyandang disabilitas pada beberapa tahun mendatang juga mengakami kenaikan yang drastis.

Tabel 1.3 Jumlah penyandang disabilitas di Kota Malang menurut kecamatan dan jenis disabilitas tahun 2019

Kecamatan	Jenis Disabilitas						
	Tuna Netra	Tuna Rungu	Tuna Wicara	Tuna Daksa	Tuna Grahita	Tuna Laras	Tuna Ganda
Kedungkandang	11	18	1	31	33	5	37
Sukun	23	8	0	36	33	5	37
Klojen	6	5	1	11	25	3	40
Blimbing	6	10	0	30	37	5	51
Lowokwaru	18	9	1	22	38	5	41
Jumlah	64	50	3	130	166	23	206

Sumber: Badan Pusat Statistik Kota Malang, diolah
(<https://malangkota.bps.go.id/>)

¹¹ *Ibid.*, hlm 198-199

Tabel 1.4 Jumlah penyandang disabilitas di Kota Malang menurut kecamatan dan jenis disabilitas tahun 2020

Kecamatan	Jenis Disabilitas						
	Tuna Netra	Tuna Rungu	Tuna Wicara	Tuna Daksa	Tuna Grahita	Tuna Laras	Tuna Ganda
Kedungkandang	59	27	29	154	145	68	180
Sukun	65	47	17	178	124	58	127
Klojen	33	9	9	104	99	30	81
Blimbing	44	25	13	128	133	37	121
Lowokwaru	61	28	24	123	112	30	147
Jumlah	262	136	92	687	613	223	656

Sumber: Badan Pusat Statistik Kota Malang, diolah
(<https://malangkota.bps.go.id/>)

Berdasarkan tabel di atas, jumlah penyandang disabilitas netra meningkat sekitar empat kali lipat (409%), yang semula berjumlah 64 orang pada tahun 2019 menjadi 262 orang pada tahun 2020. Angka penyandang tuna rungu meningkat dua kali lipat (272%), yang awalnya berjumlah 50 orang pada tahun 2019 menjadi 136 orang pada tahun 2020. Lalu angka penyandang tuna wicara meningkat 30 kali lipat (3067%), dengan jumlah penyandang 3 orang pada tahun 2019 dan 92 orang pada tahun 2020. Untuk angka penyandang tuna daksa terjadi peningkatan sekitar lima kali lipat (528%), yang awalnya berjumlah 130 orang pada tahun 2019 menjadi 687 orang pada tahun 2020. Dan untuk tuna grahita, tuna laras serta tuna ganda, masing-masing mengalami peningkatan sebanyak hampir empat kali lipat (369%), hampir sepuluh kali lipat (970%) dan tiga kali lipat (318%).

Meninjau pada grafik 1.1 dan 1.2 serta tabel 1.3 dan 1.4, wilayah Malang Raya memiliki akumulasi angka proporsi disabilitas yang tinggi, baik pada anak usia 5-17 tahun maupun pada penduduk usia 18-59 tahun. Selain itu, jumlah penyandang disabilitas yang tercatat di Kota Malang juga mengalami peningkatan yang signifikan. Dengan tingginya angka disabilitas di Kota Malang, dibutuhkan usaha lebih bagi pemerintah untuk dapat memberikan pelayanan publik kepada para penyandang disabilitas secara adil dan setara. Salah satu inisiatif Kota Malang adalah dengan menetapkan Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2014 Tentang Disabilitas untuk mendukung lahirnya program dan kebijakan yang pro-disabilitas.

Dalam pasal 6 dan 7 peraturan tersebut, telah dicantumkan kewajiban pemerintah dalam melindungi dan memberdayakan penyandang disabilitas.

Pasal 6 :

Pemerintah Daerah berkewajiban dan bertanggung jawab atas Penyelenggaraan setiap jenis dan bentuk pelayanan pemenuhan, perlindungan hak dan pemberdayaan bagi Penyandang Disabilitas dilaksanakan berdasar hasil penilaian kebutuhan Penyandang Disabilitas.

Pasal 7 :

(1) Kewajiban dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, meliputi :

- a. Melaksanakan kebijakan perlindungan dan pemberdayaan penyandang disabilitas yang ditetapkan oleh pemerintah;
- b. Melaksanakan perlindungan dan pemajuan hak asasi manusia dari penyandang disabilitas dalam semua kebijakan dan program;
- c. Menetapkan kebijakan, program, kegiatan perlindungan dan pelayanan penyandang disabilitas;
- d. Membuat semua kebijakan yang sesuai untuk menghilangkan diskriminasi yang didasari oleh disabilitas yang dilakukan oleh setiap orang, organisasi atau lembaga swasta;
- e. Melakukan kerja sama dalam pelaksanaan perlindungan dan pemberdayaan penyandang disabilitas;
- f. Memberikan dukungan sarana dan prasarana pelaksanaan perlindungan dan pemberdayaan penyandang disabilitas;
- g. Mengalokasikan anggaran perlindungan dan pelayanan bagi penyandang disabilitas dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) secara proporsional yang disesuaikan dengan kemampuan keuangan daerah;
- h. Mendorong dunia usaha dan masyarakat untuk memberikan perlindungan dan pelayanan bagi penyandang disabilitas;
- i. Membina dan mengawasi penyelenggaraan perlindungan dan pemberdayaan penyandang disabilitas.

Peraturan ini juga yang telah menjadi payung hukum bagi Pemerintah Kota Malang untuk membuat berbagai inovasi kebijakan dan pelayanan dalam usaha memberikan kesetaraan serta menghormati hak-hak disabilitas. Peran pemerintah Kota Malang tidak hanya sebatas membuat payung hukum, tetapi Organisasi Perangkat Daerah di bawahnya juga berlomba-lomba menuangkan ide demi melahirkan inovasi baru berbasis kesetaraan disabilitas. Berikut merupakan beberapa inovasi dan kebijakan Pemerintah Kota Malang :

Tabel 1.5 Daftar inovasi pelayanan publik ramah disabilitas
Pemerintah Kota Malang

No	Kebijakan / Program / Inovasi	Penjelasan Singkat	Sumber
1.	LapoBra (Pelayanan Pojok Braille di Dinas Perpustakaan Umum dan Arsip Daerah Kota Malang)	Diresmikan oleh Walikota Malang pada 22 Mei 2015. Merupakan inovasi pelayanan untuk disabilitas netra. Melalui pemanfaatan teknologi informasi, Lapo Bra menyediakan pelayanan internet disabilitas netra menggunakan <i>screen reader</i> pada komputer yang sudah <i>online</i> . Lapo Bra juga menggunakan fitur MP3 untuk pelayanan <i>talking book</i> yang berfungsi untuk mendengar isi buku teks.	Yulyaningsih (2019: 6)
2.	BREXIT (<i>Braille Eticket and Extraordinary Access For Visual Disabilities</i> di Puskesmas Janti Kota Malang)	Diciptakan pada tahun 2017. Merupakan inovasi pelayanan dalam upaya memberikan akses kefarmasian bagi penyandang disabilitas netra. Implementasi inovasi BREXIT melalui beberapa tahapan yaitu, (1) penguatan komitmen pegawai; (2) pemenuhan sarana ramah disabilitas; (3) penyediaan sarana	Proposal SINOVIK (Pemerintah Kota Malang, 2019)

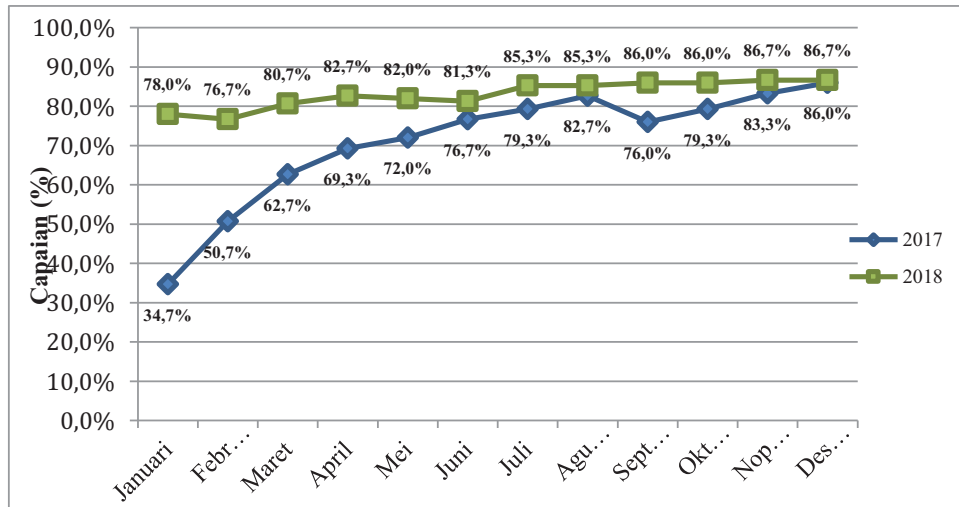
		<p>BREXIT dengan mencetak etiket dan papan nama ruangan dalam huruf braille; (4) <i>Trainee of Trainer</i> mengenai pelayanan kefarmasian berbasis braille untuk transfer pengetahuan, (5) penyebarluasan informasi dari penyandang disabilitas netra yang mampu membaca dan memahami etiket obat braille pada penyandang disabilitas netra yang lain.</p> <p>Sarana lain yang disediakan adalah fasilitas <i>hand rail</i>, <i>guiding block</i> untuk akses di luar ruangan. Dan <i>guiding carpet</i> untuk akses di dalam ruangan puskesmas.</p>	
3.	<p>Aduh Bra (Administrasi Dukcapil Huruf Braille di Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Malang)</p>	<p>Inovasi program baru saja diluncurkan pada akhir tahun 2019. Merupakan inovasi pemberian berkas administrasi kependudukan berbasis braille. Penyandang disabilitas netra akan mendapatkan dua jenis berkas, baik yang berbasis braille maupun yang sesuai dengan ketentuan negara.</p>	<p>Aduh Bra (Administrasi Dukcapil Huruf Braille) Diakses melalui http://dispdukcapil.malangkota.go.id/, pada 12 Januari 2022.</p>

Dari ketiga inovasi pelayanan publik yang telah disebutkan, BREXIT atau *Braille Eticket and Extraordinary Access For Visual Disabilities* adalah salah satu inovasi yang memiliki daya tarik paling kuat. BREXIT berhasil menerima penghargaan *Good Practice Award* 2018, masuk ke dalam Top 45 KOVABLIK (Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik) Jawa Timur 2018 dengan kategori *Special Category of Region Innovative Breakthrough for People with Disabilities* dan Top

99 SINOVIK (Sistem Inovasi Pelayanan Publik) 2019.¹² BREXIT bertujuan untuk memberikan akses kefarmasian yang setara bagi penyandang disabilitas netra karena adanya hambatan interaksi antara petugas farmasi dengan penyandang disabilitas netra. Adanya etiket pemakaian obat yang dicetak dalam huruf braille dan huruf biasa, diharapkan dapat mempermudah petugas farmasi, menghindari risiko kejadian tidak diinginkan dalam proses penyiapan obat serta memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) terhadap pasien.

Dampak yang signifikan dari inovasi BREXIT terlihat dari peningkatan angka kemandirian dalam mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas Janti, disebutkan bahwa persentase di tahun pertama mencapai 71,06% dan meningkat menjadi 83,11% di tahun kedua, yang sebelumnya hanya sebesar 5%.¹³ Begitu pula dalam angka kemandirian dalam memahami aturan minum obat, pada tahun pertama rerata persentase mencapai angka 73,49% sedangkan di tahun kedua rerata mencapai 86,17% pada tahun kedua, padahal awalnya hanya menyentuh angka 3%.¹⁴

Grafik 1.3 Capaian kemandirian pasien disabilitas netra dalam mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas Janti tahun 2017-2018



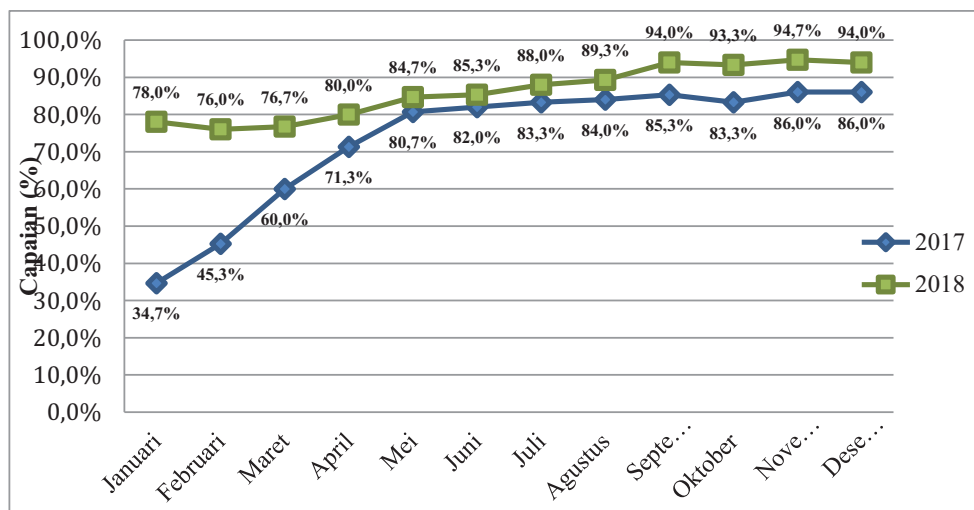
Sumber: *Braille Eticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities* Puskesmas Janti (<https://puskjanti.malangkota.go.id/b-r-e-x-i-t/>), diolah

¹² Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, “BREXIT Permudah Akses Kesehatan Disabilitas Netra Kota Malang”, diakses melalui <https://www.menpan.go.id/> pada 19 Agustus 2021 pukul 15:46

¹³ Puskesmas Janti Kota Malang, “*Braille Eticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities*”, diakses melalui <https://puskjanti.malangkota.go.id/b-r-e-x-i-t/>, pada 19 Agustus 2021 pukul 14:36

¹⁴ *Ibid.*

Grafik 1.4 Perbandingan capaian kemandirian pasien disabilitas netra dalam memahami aturan minum obat 2017 dan 2018



Sumber: *Braille Eticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities* Puskesmas Janti (<https://puskjanti.malangkota.go.id/b-r-e-x-i-t/>), diolah

Inovasi pelayanan kesehatan *Braille Eticket and Extraordinary Access For Visual Disabilities*, pada dasarnya diterapkan melalui empat program dengan pendekatan baru yaitu:

1. Etiket Obat Braille, merupakan etiket pemakaian obat yang diterjemahkan ke dalam huruf Braille untuk memudahkan penyandang disabilitas netra dalam memahami aturan minum obat. Etiket ini mencantumkan tanggal peracikan obat, nama pasien, aturan minum obat, jenis obat yang harus dikonsumsi sebelum dan sesudah makan, jenis obat yang harus dikonsumsi sampai habis, nama obat dan indikasi penyakit serta tanggal kadaluarsa obat.
2. Guiding Access, merupakan sarana petunjuk ruangan yang memudahkan penyandang disabilitas netra mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas, terdiri dari *guiding block*, *guiding carpet*, papan nama ruangan dengan huruf braille serta *handrail*.
3. On the Spot Disabilities Health Service, merupakan pelayanan pengobatan yang dilakukan di luar gedung puskesmas, hal ini semata-mata untuk memperpendek jarak yang harus ditempuh bagi penyandang disabilitas netra dalam mengakses pelayanan kesehatan.

4. Penyuluhan Kesehatan, merupakan sarana pemberian informasi kesehatan yang menjunjung upaya promotif dan preventif.

Inovasi ini, juga berhasil dijalankan karena adanya keterlibatan beberapa pemangku kepentingan yang saling bekerjasama. Dalam tabel berikut terdapat penjelasan singkat mengenai pelaku kerjasama serta peran pemangku kepentingan yang menaungi program *Braille Eticket and Extraordinary Access For Visual Disabilities*.

Tabel 1.6 Pemangku kepentingan dalam program BREXIT

No.	Pemangku Jabatan	Peran
1.	Walikota Malang	Pelindung/pembina program
2.	Dinas Kesehatan Kota Malang	Pembina Upaya Kesehatan Primer serta pendukung inovasi BREXIT
3.	Puskesmas Janti Kota Malang	Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mendukung pemberian pelayanan BREXIT, sebagai motor penggerak dengan menyediakan gedung dan sarana prasarana lainnya.
4.	Pelaksana Kefarmasian	Pencetus program dan penunjang implementasi BREXIT.
5.	Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur	Pelaksana pembinaan urusan penyandang disabilitas.
6.	UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur	Pelaksana asistensi dan koordinasi sudut pandang penyandang disabilitas netra dalam mengakses pelayanan publik, mengakomodasi pencetakan materi dalam tulisan braille.
7.	Persatuan Tunanetra Indonesia (PERTUNI) Malang	Pelaksanaan koordinasi data anggota penyandang disabilitas netra khususnya di dalam wilayah kerja Puskesmas Janti

Sumber : Arsip Puskesmas Janti

Adanya sinergi antar pemangku jabatan, bukan tidak mungkin menjadi salah satu alasan keberhasilan inovasi BREXIT. Bahkan, inovasi ini telah menjadi percontohan di daerah lain seperti Kabupaten Mojokerto, Kota Bandung, Jawa Tengah dan Bali. Untuk itu, dirasa penting untuk mengetahui pola tata kelola

jaringan antar pemangku kepentingan secara komprehensif melalui *Governance Network Analysis* (Jejaring Tata Kelola) Pada Pelayanan Disabilitas Berbasis Teknologi Informasi dan Komunikasi (Studi Pada Inovasi Pelayanan Kesehatan *Braille Eticket and Extraordinary Access For Visual Disabilities 4.0* di Puskesmas Janti Kota Malang).

Berikut, merupakan pemaparan penelitian terdahulu yang telah dihimpun dan dinilai relevan dengan penelitian ini:

1. Penelitian ini memiliki judul *Patient Participation in Cancer Network Governance: A Six-year Case Study* yang ditulis oleh Dominique Tremblay dkk. Artikel yang dipublikasi dalam *BMC Health Service Research* volume 21 artikel nomor 929 pada tahun 2021 ini menggunakan pendekatan kualitatif, serta metode studi kasus ganda yang dilakukan selama enam tahun. Sasaran utama dari studi ini adalah jaringan kanker lokal pada jaringan kanker nasional yang lebih besar di Quebec, Kanada. Temuan pada penelitian ini adalah adanya keinginan politik yang berkembang untuk melibatkan pasien kanker dalam struktur tata kelola di semua tingkat sistem kesehatan dalam rangka meningkatkan respon terhadap kebutuhan pasien. Untuk mewujudkan partisipasi pasien kanker dalam jaringan sebagai upaya melembagakan perawatan yang berpusat pada pasien, maka dibutuhkan formalisasi komite pasien kanker (*person living with and beyond cancer* atau *PLC*) baik di tingkat nasional maupun lokal sebagai titik awal dalam perubahan sistem. Persamaan studi ini, terletak pada penggunaan perspektif tata kelola jaringan (*network governance*) dalam bidang kesehatan, khususnya pasien kanker di Kanada. Serta penggunaan pendekatan kualitatif dalam studi kasus sebagai metode penelitian. Sedangkan perbedaan studi ini terletak pada lokasi dan ruang lingkup penelitian yang lebih kecil yaitu pelayanan kesehatan lokal/tingkat pertama bagi orang dengan disabilitas visual.¹⁵

¹⁵ Dominique Tremblay et. al., “*Patient Participation in Cancer Network Governance: a Six-year case study*”, *BMC Health Service Research* Vol. 21 Article No. 929, 2021, hlm. 1-12

2. Selanjutnya, terdapat penelitian terdahulu dalam bentuk *mini review* dengan judul *Governance Network in Polish Healthcare*, ditulis oleh Agata Kocia dan dipublikasi dalam *Biomedical Journal of Scientific and Technical Research* volume 28 nomor 2 halaman 21365-21371 pada tahun 2020. Artikel ini menggunakan metode studi literatur dan membahas topik utama mengenai reformasi manajemen kesehatan di Polandia berdasarkan jaringan tata kelola, di mana sejumlah aktor yang saling bergantung dianalisis berdasarkan hubungan kekuasaan, kekuatan, ketergantungan dan efektivitasnya. Artikel ini menyimpulkan bahwa secara teori, penggunaan struktur tata kelola jaringan memiliki manfaat dalam meningkatkan efektivitas biaya dan kualitas, sehingga diharapkan berdampak positif bagi pasien karena adanya proyeksi peningkatan kolaborasi antar aktor. Persamaan studi ini, terletak pada penggunaan perspektif jejaring tata kelola (*governance network*) dalam bidang kesehatan, khususnya pada sistem reformasi pelayanan kesehatan di Polandia. Sedangkan perbedaan studi ini terletak pada metode penelitian yang digunakan, serta lokasi sekaligus ruang lingkup penelitian yang lebih kecil yaitu pelayanan kesehatan lokal/tingkat pertama bagi orang dengan disabilitas visual.¹⁶

3. Penelitian terdahulu memiliki judul *Health in All Policies (HiAP) Governance : lessons from network governance*, merupakan artikel yang ditulis oleh Akram Khayat-zadeh-Mahani, Arne Ruckert, Ronald Labonte, Patrick Kennis, dan Mohammad Reza Akbari-Javar. Dipublikasikan dalam *Health Promotion International* volume ke 34 halaman 779-791 tahun 2019. Artikel ini menggunakan perspektif tata kelola jaringan (*network governance*) dalam memahami efektivitas *Health in All Policies (HiAP)*. Pendekatan yang digunakan adalah kualitatif eksploratif dengan lokasi penelitian adalah struktur *Health in All Policies (HiAP)* di Iran serta Dewan Kesehatan dan Ketahanan Pangan (*Council of Health and Food Security*) di Provinsi Kerman. Temuan dari penulis disebutkan bahwa tata kelola Dewan

¹⁶ Agata Kocia, “*Governance Network in Polish Healthcare*”, *Biomedical Journal of Scientific and Technical Research* Vol. 28 No. 2, 2020, hlm. 21365-21371

Kesehatan dan Ketahanan Pangan memiliki kecenderungan model *network administrative organization* (NAO) dan *the lead organization*, namun pergeseran model interaksi dari basis hierarki menuju basis jaringan masih belum terjadi. Padahal, Dewan Kesehatan dan Ketahanan Pangan memiliki beberapa masalah yang kompleks seperti kepercayaan dan legitimasi yang rendah, hingga kurangnya konsensus tujuan antara para anggotanya. Tetapi, sesuai dengan hasil studi yang didapatkan, *network administrative organization* menjadi salah satu alternatif metode tata kelola yang paling efektif untuk menangani masalah yang kompleks dalam struktur *Health in All Policies (HiAP)*. Persamaan artikel ini terletak pada penggunaan perspektif tata kelola jaringan (*network governance*) sebagai alat ukur utama. Sedangkan perbedaan terletak pada lokasi penelitian dan perspektif yang lebih runcing yaitu jejaring tata kelola (*governance network*) pada pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*).¹⁷

4. Lalu, terdapat penelitian terdahulu berjudul *Governance Network in the Delivery of Public Healthcare Services in the Pacific: Implementation of the Bougainville Healthy Communities Programme* yang ditulis oleh Lhawang Ugyel. Artikel ini telah dipublikasi dalam *Asia & the Pacific Policy Studies*, 2021 halaman 1-16. Metode yang digunakan adalah kualitatif dan berbasis studi kasus pada program komunitas sehat Bougainville (*Bougainville Healthy Communities Programme*) di Papua Nugini yang didanai oleh Pemerintah New Zealand. Hasil temuan dari penelitian ini mengemukakan bahwa jejaring tata kelola berguna dalam menyelesaikan masalah kompleks yang melibatkan banyak aktor dalam menemukan solusi. Terdapat tiga bidang kolaborasi yang bertanggung jawab atas keberhasilan implementasi BHCP yaitu sektor pemerintah dengan non-pemerintah di tingkat nasional/provinsi; sektor non-pemerintahan di tingkat nasional/provinsi dan tingkat lokal; serta sektor pemerintah dan non-pemerintah di tingkat lokal. Keberhasilan (atau

¹⁷ Akram Khayatzadeh-Mahani et. al., “*Health in All Policies (HiAP) governance: lessons from network governance*”, *Health Promotion International* Vol. 34 No. 8, 2019, hlm. 779-791

kegagalan) program memiliki banyak faktor, faktor paling penting adalah kapasitas aktor jaringan baik dari sumber daya manusia maupun sumber pendanaan. Studi terdahulu ini memiliki persamaan dalam penggunaan metode kualitatif, serta pendekatan jejaring tata kelola dalam bidang kesehatan. Namun, adapula perbedaan yang signifikan yaitu fokus penelitian yang lebih runcing yaitu jejaring tata kelola (*governance network*) pada pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*).¹⁸

5. Berikutnya, studi ini ditulis oleh Aembe Bwimana dengan judul *Health Sector Network Governance and State-Building in South Kivu, Democratic Republic of Congo* yang dipublikasikan dalam *Health Policy and Planning* volume 32 halaman 1476-1483 pada tahun 2017. Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pengumpulan data lapangan secara mendalam selama 18 bulan. Artikel ini bertujuan untuk mengeksplorasi jaringan tata kelola di sektor kesehatan di Kongo dengan memeriksa cara pemangku kepentingan bekerja dalam mengelola sistem kesehatan serta cara tata kelola jaringan dapat membantu proses pembangunan negara. Namun, hasil temuan yang diperoleh menyebutkan bahwa tata kelola jaringan tidak sepenuhnya berfungsi secara optimal. Hal ini disebabkan oleh intervensi aktor non-negara yang kuat pada sektor kesehatan Kongo di tengah kegagalan negara, tetapi terhambat oleh bayang-bayang otoritas negara yang memiliki keistimewaan dalam menentukan dan menyediakan kerangka kerja peraturan. Aktor non-negara, dengan prinsipnya, juga datang dengan membawa agenda tersendiri sesuai kepentingan masing-masing dan sebagai konsekuensinya selalu terjadi masalah dalam penetapan prioritas antara negara dengan non-negara. Persamaan dengan penelitian saat ini adalah penggunaan perspektif tata kelola jaringan (*network governance*) sebagai alat analisis serta metode kualitatif dalam penelitian. Dan perbedaan yang terdapat pada penelitian saat ini adalah penggunaan jejaring tata kelola

¹⁸ Lhawang Ugyel, “*Governance Network in the Delivery of Public Healthcare Services in the Pacific: Implementation of the Bougainville Healthy Communities Programme*”, Asia & the Pacific Policy Studies, 2021, hlm 1-16

(*governance network*) pada pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*).¹⁹

6. Studi ini ditulis oleh Saikku & Karjalainen dengan judul *Network Governance in Activation Policy – Health Care as an Emergent Partner* yang dipublikasikan dalam *International Journal of Sociology and Social Policy* volume 32 nomor 5/6 halaman 299-311 pada tahun 2012. Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan membandingkan studi literatur secara mendalam terhadap dua hasil evaluasi nasional. Artikel ini berisi tentang upaya menggambarkan implementasi dan hasil kebijakan aktivasi di Finlandia dari sudut pandang pelayanan terintegrasi serta kerangka tata kelola jaringan. Dengan fokus khusus terhadap peran perawat kesehatan sebagai mitra dalam implementasi kebijakan. Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini menyatakan bahwa tata kelola jaringan menjadi titik awal yang baik dalam kebijakan Finlandia, utamanya dalam menciptakan pendekatan yang berpusat pada klien untuk koordinasi sumber daya dan pelayanan yang terpisah. Namun, dalam konteks jaringan masih terdapat kendala seperti minimnya legitimasi dan akuntabilitas pada kebijakan kesehatan di Finlandia. Persamaan dengan penelitian saat ini terletak pada penggunaan perspektif tata kelola jaringan (*network governance*). Dan beberapa perbedaan dengan penelitian saat ini diantaranya penggunaan metode penelitian kualitatif dengan *purposive sampling*, letak lokasi penelitian yang berbeda, serta fokus penggunaan jejaring tata kelola (*governance network*) pada pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*).²⁰

7. Selanjutnya, terdapat studi terdahulu dengan judul *Network Governance (Studi Pada Inovasi Pelayanan Kesehatan Batas Petir (Obati Sampai Tuntas Penderita Tuberculosis Multi Drug Resistant (TB MDR)) di RSUD Ibnu*

¹⁹ Aembe Bwimana, "Health Sector Network Governance and State-building in South Kivu, Democratic Republic of Congo", *Health Policy and Planning* Vol. 32, 2017, hlm. 1476-1483

²⁰ Peppi Saikku and Vappu Karjalainen, "Network Governance in Activation Policy – Health Care as an Emergent Partner", *International Journal of Sociology and Social Policy* Vol. 32 No. 5/6, 2012, hlm. 299-311

Sina Kab. Gresik) yang merupakan skripsi dari Irawati. Metode yang digunakan dalam kajian ini adalah kualitatif deskriptif, dengan fokus penelitian untuk memahami tata kelola jejaring (*network governance*) dalam inovasi pelayanan kesehatan BATAS PETIR di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik. Dalam penelitian ini disebutkan bahwa tata kelola jejaring sudah terlaksana dengan baik disertai dengan penggunaan *participant-governed networks* dan *lead organization-governed networks* sebagai bentuk tata kelola jejaring. Disebutkan pula bahwa terdapat lima elemen yang mendorong keberhasilan tata kelola jejaring yaitu, *governance, mutuality, communication, managing risk, dan measuring performance*. Persamaan kajian ini terletak pada penggunaan metode kualitatif deskriptif, serta perspektif tata kelola jejaring pada bidang kesehatan. Sedangkan perbedaannya terletak pada lokasi penelitian serta fokus penggunaan jejaring tata kelola (*governance network*) yang dikemukakan oleh Klijn & Koppenjan dalam pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*).²¹

8. Studi ini ditulis oleh Farah Zhafirah, Ellen Enggra Saputri, Syahrul Ramadhan dan Ali Roziqia dengan judul “Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Netra Melalui Inovasi Braille” dan diterbitkan dalam Jurnal Inovasi Ilmu Sosial dan Politik (JISoP) pada Desember 2021. Dengan penggunaan metode penelitian kajian pustaka dan berasal dari berbagai literatur, penelitian ini berfokus pada pelayanan kesehatan terhadap penyandang disabilitas netra melalui inovasi braille di Puskesmas Janti. Hasil dari penelitian ini menyimpulkan bahwa program BREXIT memiliki dampak positif dalam pelayanan kesehatan berbasis disabilitas netra. Setidaknya, terdapat tiga aspek positif keberadaan program BREXIT (1) aspek sosial yang ditandai dengan peningkatan aksesibilitas penyandang disabilitas netra serta jaminan keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan yang inklusif; (2) aspek ekonomi ditandai

²¹ Irawati, Skripsi: “*Network Governance (Studi Pada Inovasi Pelayanan Kesehatan Batas Petir (Obati Sampai Tuntas Penderita Tuberculosis Multi Drug Resistant (TB MDR)) di RSUD Ibnu Sina Kab. Gresik*”, (Surabaya, Universitas Airlangga, 2019)

dengan meningkatnya kemandirian penyandang disabilitas netra dalam mengakses pelayanan kesehatan sehingga meminimalkan pengeluaran untuk alokasi kebutuhan pendamping pribadi; (3) aspek lingkungan, ditandai dengan tersedianya lingkungan yang aman dan nyaman serta suportif bagi penyandang disabilitas untuk mengakses pelayanan kesehatan.²²

9. Studi selanjutnya merupakan skripsi yang ditulis oleh Sellvy Arin Nalurita dengan judul “Inovasi Pelayanan Publik Bagi Masyarakat Disabilitas Melalui Program BREXIT (*Braille E-ticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities*) di Puskesmas Janti Kota Malang”. Kajian ini ditulis menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif serta pemilihan informan berdasarkan teknik *snowball sampling*, memiliki tujuan untuk menganalisis inovasi pelayanan publik BREXIT serta untuk mengetahui faktor penghambat di dalamnya. Hasil dari kajian ini menunjukkan bahwa BREXIT menimbulkan dampak yang positif di berbagai aspek. Tetapi, dalam implementasi program BREXIT masih terdapat beberapa faktor penghambat yaitu (1) petugas kesehatan Puskesmas Janti belum dibekali tata cara melakukan pelayanan khusus bagi penyandang disabilitas utamanya dalam berkomunikasi menggunakan huruf braille; (2) tidak semua penyandang disabilitas mengerti huruf braille karena pemberian pelatihan huruf braille di Rehabilitasi Sosial Bina Netra dinilai belum memuaskan; dan (3) terbatasnya anggaran karena kebutuhan program memakan alokasi dana yang lumayan besar bahkan di sejumlah kegiatan terpaksa memakai dana pribadi, hal ini semata-mata karena tekad tim yang tidak mau menjadikan anggaran sebagai faktor penurunan kualitas program BREXIT.²³

²² Farah Zafirah et. al., “Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Netra Melalui Inovasi Braille”, *Jurnal Inovasi Ilmu Sosial dan Politik* Vol. 3 No. 2, 2021, hlm. 154-161

²³ Sellvy Arin Nalurita, Skripsi: “Inovasi Pelayanan Publik Bagi Masyarakat Disabilitas Melalui Program BREXIT (*Braille E-ticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities*) di Puskesmas Janti Kota Malang”, (Malang, Universitas Muhammadiyah Malang, 2021)

10. Studi ini merupakan skripsi yang disusun oleh Zulfa Wafiyah Wijayanti dengan judul “Inovasi Pelayanan Publik Bidang Kesehatan Bagi Disabilitas Netra Melalui BREXIT (*Braille E-ticketing Extraordinary Innovation*) di Puskesmas Janti Kecamatan Sukun Kota Malang”. Kajian ini menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif serta penentuan informan menggunakan teknik *snowball sampling*. Tidak jauh berbeda dengan kajian sebelumnya, penelitian ini menguatkan pendapat bahwa program BREXIT memberikan dampak positif bagi penyandang disabilitas netra dalam mengakses pelayanan kesehatan, serta memiliki tiga hambatan utama. Lebih lanjut, bagian penting dari hasil penelitian memaparkan bahwa program BREXIT mendapatkan dukungan dalam keberlanjutannya karena dinilai memiliki prospek yang sangat bagus. Dukungan ditunjukkan dengan pemberian bantuan dari Dinas Kesehatan berupa mesin printer braille, serta dukungan peningkatan anggaran dari APBD Kota Malang.²⁴

Seiring dengan pengembangan inovasi BREXIT dari waktu ke waktu, terdapat pembaharuan inovasi pelayanan kesehatan dengan penambahan fungsi teknologi dalam pelaksanaan inovasi, sehingga inovasi BREXIT dikembangkan menjadi BREXIT 4.0 (*Braille E-ticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities 4.0*). Berdasarkan pemaparan permasalahan empiris (*empirical problem*) dan permasalahan teoritis (*theoretical problem*) yang telah disebutkan, kajian ini memiliki urgensi untuk mengisi kekosongan yang timbul karena belum adanya penelitian mengenai pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*) berbasis informasi dan teknologi berdasarkan kaca mata jejaring tata kelola (*governance network*). Sehingga keberhasilan program BREXIT 4.0 yang dilatarbelakangi kerjasama organisasi multi sektor, dinilai cocok untuk dikaji lebih lanjut menggunakan perspektif jejaring tata kelola.

Pada pemaparan di atas, studi terdahulu terkait BREXIT 4.0 (*Braille E-ticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities 4.0*) hanya mendeskripsikan inovasi pelayanan kesehatan BREXIT secara umum, meliputi implementasi serta

²⁴ Zulfa Wafiyah Wijayanti, Skripsi: “*Inovasi Pelayanan Bidang Kesehatan Bagi Disabilitas Netra Melalui BREXIT (Braille E-ticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities) di Puskesmas Janti Kecamatan Sukun Kota Malang*”, (Malang, Universitas Muhammadiyah Malang, 2021)

dampak inovasi BREXIT. Adapun penelitian sebelumnya terkait bidang kesehatan dan menggunakan analisis jejaring tata kelola (*network governance*), hanya membahas perihal kebijakan serta pelayanan kesehatan secara umum. Belum ada studi terkait pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*) berbasis teknologi dan informasi yang menggunakan analisis jejaring tata kelola (*governance network*). Penelitian ini juga memaparkan perkembangan serta adaptasi yang dilakukan inovasi BREXIT 4.0 dalam menghadapi hambatan selama pandemi Covid-19 terjadi dalam rangka menjawab pertanyaan-pertanyaan dari studi sebelumnya.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, secara umum rumusan masalah yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah: Bagaimana jejaring tata kelola (*governance network*) pada pelayanan kesehatan disabilitas berbasis teknologi informasi dan komunikasi studi kasus inovasi pelayanan kesehatan *Braille E-Ticket And Extraordinary Access For Visual Disabilities 4.0* Puskesmas Janti Kota Malang.

Dengan menggunakan *Governance Network Analysis* untuk menjawab pertanyaan umum di atas, secara khusus penelitian ini akan menjawab beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Siapa saja aktor yang terlibat dalam jaringan tata kelola?
2. Bagaimana proses jejaring tata kelola pada inovasi BREXIT?
3. Bagaimana kelembagaan dari pola interaksi antar aktor dalam jaringan ini ?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dipaparkan, tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan jejaring tata kelola (*governance network*) pelayanan kesehatan disabilitas berbasis teknologi dan informasi pada inovasi pelayanan kesehatan *Braille Eticket And Extraordinary Access For Visual Disabilities 4.0* di Puskesmas Janti Kota Malang.

Dengan menggunakan *Governance Network Analysis*, secara khusus tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengidentifikasi aktor yang terlibat dalam pengembangan dan pelaksanaan inovasi BREXIT dinilai dari pemetaan persepsi aktor, serta pemetaan tingkat ketergantungan antar aktor.
2. Untuk mendeskripsikan arena di mana para aktor bertemu dan memberlakukan strategi mereka, merekonstruksi ulang proses interaksi dan menilai proses interaksi antar aktor.
3. Untuk mengidentifikasi pola interaksi para aktor, pola kepercayaan dan persepsi antar aktor dalam jaringan, serta menyusun inventarisasi aturan formal/informal yang dihasilkan selama proses interaksi jaringan berlangsung.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Berdasarkan pemaparan permasalahan empiris (*empirical problem*) dan permasalahan teoritis (*theoretical problem*) yang telah disebutkan, kajian ini memiliki urgensi untuk mengisi kekosongan yang timbul karena belum adanya penelitian mengenai pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*) berbasis informasi dan teknologi berdasarkan kaca mata jejaring tata kelola (*governance network*). Pada studi terdahulu terkait BREXIT (*Braille E-ticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities*), peneliti hanya mendeskripsikan inovasi pelayanan kesehatan BREXIT secara umum, meliputi implementasi serta dampak inovasi BREXIT. Sehingga keberhasilan program BREXIT 4.0 (*Braille E-ticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities 4.0*) yang dilatarbelakangi kerjasama organisasi multi sektor, dinilai cocok untuk dikaji lebih lanjut menggunakan perspektif jejaring tata kelola.

Adapun penelitian sebelumnya terkait bidang kesehatan dan menggunakan analisis jejaring tata kelola (*network governance*), hanya membahas perihal kebijakan serta pelayanan kesehatan secara umum. Belum ada studi terkait pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*) berbasis teknologi dan informasi yang menggunakan analisis jejaring tata kelola (*governance network*).

Penelitian ini juga memaparkan perkembangan serta adaptasi yang dilakukan inovasi BREXIT 4.0 dalam menghadapi hambatan selama pandemi Covid-19 terjadi dalam rangka menjawab pertanyaan-pertanyaan dari studi sebelumnya. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat teoritis dalam pelayanan kesehatan disabilitas (*disability health service*), khususnya pada perspektif jejaring tata kelola (*governance network*).

1.4.2. Manfaat Praktis

Secara praktis, penelitian ini diharapkan mampu menjadi kajian studi dan bahan pertimbangan bagi fasilitas pelayanan kesehatan lain yang hendak mengembangkan pelayanan kesehatan bagi disabilitas, khususnya bagi penyandang diabilitas netra yang berbasis huruf braille. Hal ini sehubungan dengan tingginya angka penyandang disabilitas di Indonesia yang berbanding terbalik dengan rendahnya jumlah ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan disabilitas yang mumpuni, sehingga kebutuhan para penyandang disabilitas belum mampu terakomodir sepenuhnya.

Penelitian ini juga diharapkan mampu menjembatani kepentingan antar pemangku kepentingan mulai dari pemerintah, lembaga non-pemerintah, maupun bagi *civil society* (kelompok masyarakat, akademisi dan lain sebagainya) dalam menyediakan pelayanan publik yang setara dan ramah disabilitas. Lebih lanjut, diharapkan penelitian ini mampu menjadi rekomendasi dalam pembuatan kebijakan publik yang lebih inklusif bagi para penyandang disabilitas, karena kebijakan dan aturan-aturan formal lainnya merupakan kebutuhan fundamental dalam melindungi hak-hak penyandang diabilitas. Peneliti juga mendorong seluruh lapisan masyarakat agar memberikan perhatian lebih terhadap isu kesetaraan, pemenuhan hak asasi manusia dan memenuhi kebutuhan kelompok rentan lainnya.

1.5. Kerangka Teoritik

Sebagai usaha untuk menjawab rumusan masalah yang ada, penting untuk menentukan teori yang tepat sebagai pisau analisis. Innes & Booher menjelaskan vitalitas teori pada penelitian terletak pada kemampuan untuk memberikan peta yang menerangkan arah pemahaman, selain itu teori juga memungkinkan untuk

menilai bagaimana dan/atau mengapa suatu tindakan praktik bekerja atau tidak bekerja dengan cara tertentu. Teori menawarkan adanya celah kritis yang membatu memunculkan asumsi yang belum diperiksa, memberikan dasar untuk kerangka evaluatif serta menghasilkan wawasan yang mengarah ke pemikiran baru.²⁵

Lebih lanjut, Ostrom membedakan tingkat analisis ke dalam tiga kategori yaitu, kerangka kerja (*framework*), teori (*theories*) serta model (*models*) guna memperjelas taksonomi antar istilah.²⁶

1. Kerangka kerja (*framework*), secara umum digunakan untuk membantu mengidentifikasi elemen dan hubungan antar elemen yang akan digunakan dalam analisis. Kerangka kerja konseptual dalam hal ini menyediakan seperangkat variabel paling umum yang harus digunakan untuk melakukan analisis dan dapat membantu menghasilkan pertanyaan yang perlu diselesaikan ketika melakukan analisis;
2. Teori (*theories*), digunakan oleh analis untuk menentukan kerangka mana yang secara khusus dinilai relevan dengan jenis pertanyaan tertentu dan untuk membuat asumsi kerja umum tentang elemen-elemen ini. Dengan demikian, teori mengacu pada kerangka kerja spesifik yang diperlukan oleh analis untuk mendiagnosis suatu fenomena, menjelaskan prosesnya dan memprediksi hasil; dan
3. Model (*models*), dalam hal ini model adalah representasi dari situasi tertentu serta bertujuan untuk membuat asumsi secara tepat tentang serangkaian parameter dan/atau variabel yang terbatas.

Dalam bab ini, peneliti menggunakan analisis jejaring tata kelola (*governance network*) yang dikemukakan oleh Klijn & Koppenjan. Secara garis besar, analisis jejaring tata kelola ini terbagi menjadi tiga tahap yaitu (1) analisis aktor (*actor analysis*), (2) analisis proses (*process analysis*), serta (3) analisis institusional (*institutional analysis*) yang selanjutnya terbagi menjadi sepuluh tahap

²⁵ Judith E. Innes and David E. Booher, *Planning with Complexity : An Introduction to Collaborative Rationality for Public Policy*, (New York : Routledge, 2010), hlm. 15

²⁶ Elinor Ostrom, Institutional rational choice: An assesment of the institutional analysis and development framework. In Paul A. Sabatier (Ed.), *Theories of the policy process*, (Colorado : Westview Press), hlm. 25-26 89

di dalamnya.²⁷ Selanjutnya, dalam upaya penyesuaian teori jejaring tata kelola (*governance network*) dengan studi kasus yang ada, maka peneliti juga menggunakan pendekatan sistematis pelayanan kesehatan bagi orang dengan disabilitas yang dipaparkan oleh Kurniawan et. al. Di dalamnya, terdapat tiga unsur penunjang akses pelayanan kesehatan yang ideal dan ramah disabilitas yaitu, pemenuhan kebutuhan penyandang disabilitas, ketersediaan pelayanan kesehatan, serta adanya dukungan kebijakan.²⁸

1.5.1. Jejaring Tata Kelola (*Governance Network*)

1.5.1.1. Tata kelola (*Governance*)

Governance atau tata kelola, merupakan konsep baru yang muncul akibat permasalahan mendasar mengenai peran dan fungsi negara setelah reformasi sektor publik pada 1980-an dan 1990-an. Reformasi ini diperkirakan telah menggeser birokrasi hirarki menuju penggunaan pasar yang lebih besar, pasar kuasi serta jaringan, utamanya dalam bidang penyediaan pelayanan publik.²⁹ Cozier et. al. dalam Ansell & Torfing menjelaskan bahwa *governance* diprakarsai oleh fenomena “*overload of government*” yang berarti adanya peningkatan harapan warga negara atas pemerintahan, namun disisi lain pemerintah memiliki sumber daya yang terbatas serta pertumbuhan produktivitas yang rendah pada sektor publik.³⁰

Selaras dengan pernyataan sebelumnya, Mark Bevir berpendapat bahwa *governance* secara teoritis adalah proses pemerintahan, sedangkan secara empiris merupakan dampak dari pergeseran pemerintah yang semakin bergantung pada sektor swasta dan sektor non-profit dalam mengelola serta memberi pelayanan. Menurutnya, *governance* mengacu pada semua proses pemerintahan baik yang dilakukan oleh pemerintah, pasar ataupun jaringan, baik melalui ikatan keluarga, suku, organisasi formal ataupun informal. Karena menurutnya pemerintahan saat ini mulai melibatkan aktor dan bentuk organisasi yang lebih beragam, perubahan

²⁷ Erik Hans Klijn and Joop Koppenjan, *Governance Network in the Public Sector*, (New York: Routledge, 2016), hlm. 259

²⁸ Kurniawan et al., “*Peningkatan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Dasar untuk Difabel di Sukoharjo, Jawa Tengah*”, Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 23 No. 3, 2020, hlm. 190

²⁹ Mark Bevir (ed.), *Encyclopedia of Governance*, (California: Sage Publications, 2007), hlm 364

³⁰ Christopher Ansell and Jacob Torfing, *Handbook on Theories of Governance*, (Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2016), hlm 6

secara spesifik terjadi akibat pergeseran dari norma-norma hierarki menuju bentuk-bentuk pasar dan jaringan.³¹

Secara analogi, tata kelola dapat digunakan sebagai gambaran pola aturan yang diambil negara, baik ketika negara menjalankan fungsinya dengan bergantung pada organisasi lain, ketika negara hanya memainkan sedikit peran, atau bahkan ketika negara sama sekali tidak bertindak. Lebih umum, *governance* atau tata kelola dapat berfungsi untuk menggambarkan semua pola pemerintahan. Yang kemudian akan dikembangkan oleh para ahli teori untuk mengeksplorasi analisis abstrak dari konstruksi tatanan sosial, koordinasi sosial, atau praktik sosial terlepas dari konten spesifik yang dimiliki.³² Kemunculan istilah *governance* atau tata kelola, menegaskan bahwa negara memiliki ketergantungan pada organisasi lain dalam menjalankan amanatnya serta membuat kebijakan dan menetapkan pola aturan.

1.5.1.2. Pengertian Jaringan (*Network*)

Definisi paling luas dari jaringan adalah adanya sekelompok aktor atau simpul yang relatif stabil dan dihubungkan oleh serangkaian ikatan (persahabatan, kekeluargaan atau timbal balik) termasuk di dalamnya seluruh entitas sosial.³³ Pada tingkat pribadi jaringan dapat menjelaskan koneksi sosial individu, sedangkan pada tingkat organisasi, jaringan mengacu pada pengakuan bahwa tindakan organisasi tidak dapat berdiri sendiri. Berbeda dengan sistem pasar, jaringan tidak berasumsi bahwa setiap anggota memiliki informasi yang lengkap, jaringan juga berbeda dengan organisasi birokrasi sehingga dapat berjalan walau tanpa hierarki.³⁴

Menurut Bevir jaringan sering didefinisikan sebagai struktur yang saling bergantung dan menghubungkan beberapa organisasi, namun tidak terikat hierarki dan tidak terdapat pengaruh kritis. Jaringan bukanlah konsep yang kabur dan lunak, hanya saja jaringan dapat dilembagakan menurut tingkat keketatannya (longgar atau ketat). Jaringan merupakan struktur sosial yang melibatkan banyak organisasi, tidak perlu melibatkan pengaturan kontraktual serta memungkinkan adanya

³¹ Mark Bevir, *Governance : A Very Short Introduction*, (Oxford: Oxford University Press, 2012), hlm 2-3

³² Mark Bevir (ed.), *Encyclopedia of Governance*, (California: Sage Publications, 2007), hlm. 364

³³ Robyn Keast, Myrna Mandell and Robert Agranoff (ed.), *Network Theory in the Public Sector: Building New Theoretical Frameworks*. (New York: Routledge, 2014), hlm. 15

³⁴ Bevir, *Encyclopedia of Governance*., *Op. Cit.*, hlm. 601

perbedaan kekuatan dan ukuran yang signifikan dari aktor yang terlibat. Semua organisasi bergantung satu sama lain setidaknya dalam beberapa hal penting, membentuk hubungan yang memungkinkan anggota jaringan untuk memanfaatkan kekuatan serta meminimalkan kelemahan kolektif.³⁵

Selanjutnya, menurut data yang telah dihimpun oleh Ouden, jaringan dapat diinterpretasikan menjadi empat paradigma yaitu (1) *positivist*, (2) *interpretivists*, (3) *critical realist*, dan (4) *funcionalist*³⁶ yang masing-masing berusaha menjelaskan fenomena jejaring sebagai alat koordinasi. Bagi para penganut paradigma positivisme, jaringan dianggap sebagai ciri-ciri pemerintahan dan dikaitkan dengan penelitian empiris, sehingga jaringan sebagai alat koordinasi harus dapat dibuktikan melalui penelitian empiris. Para positivis juga berpendapat bahwa jaringan berkembang sebagai respon terhadap banyaknya kebutuhan untuk kolaborasi antar sektor demi mengatasi masalah sosial.

Berbeda dengan paradigma pertama yang bersifat makro, para penganut paradigma interpretivis fokus pada tingkat mikro dan bertumpu pada praktik serta keyakinan individu sebagai titik awal. Mereka berpendapat bahwa keyakinan dan praktik yang dilakukan individu dapat menciptakan identitas jaringan. Selanjutnya terdapat para penganut paradigma kritikal-realis yang hanya berfokus pada negara, mereka menggarisbawahi tanggung jawab negara dalam kaitannya dengan munculnya jaringan sehingga memiliki pendapat bahwa peran negara bergeser menjadi salah satu pengatur jaringan. Dan terakhir terdapat penganut paradigma fungsionalis, yang didasari oleh pemikiran bahwa jaringan adalah respon terhadap kegagalan pasar, kegagalan koordinasi hierarkis dan terhadap perkembangan sosial serta teknologi. Sehingga jaringan harus dilihat sebagai instrumen fungsional yang dapat melakukan pemecahan masalah dalam masyarakat dengan hasil positif.³⁷

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Tim de Ouden, Tesis: “*A Contribution to the Understanding and Strengthening of Network Governance*”, (Wageningen, Wageningen University and Research, 2015), hlm. 6

³⁷ *Ibid.*, hlm. 7

1.5.1.3. Pengertian Jejaring Tata Kelola (*Governance Network*)

Jejaring tata kelola merupakan tata kelola yang mengacu pada mengatur dengan dan melalui jaringan atau “*governing with and through networks*”³⁸. Klijn & Koppenjan berpendapat bahwa tata kelola (*governance*) harus dipahami sebagai jejaring tata kelola (*governance network*) atau dengan kata lain sebagai tata kelola jaringan (*network governance*), hal ini dilandasi pada pengamatan literatur yang menunjukkan bahwa landasan teoritis tata kelola dan jejaring tata kelola pada dasarnya sama.³⁹ Lebih lanjut, Klijn & Koppenjan mendefinisikan jejaring tata kelola sebagai pola hubungan sosial yang lebih stabil antara aktor yang saling bergantung serta berkelompok di sekitar masalah kebijakan, program kebijakan, dan/atau seperangkat sumber daya yang muncul melalui serangkaian interaksi. Dalam hal ini, istilah jejaring tata kelola digunakan untuk menggambarkan pembuatan kebijakan publik, implementasi dan pemberian pelayanan melalui jejaring hubungan antara pemerintah, bisnis dan aktor masyarakat sipil yang otonom.⁴⁰ Pendapat ini juga serupa dengan Jones et. al yang menyatakan bahwa tata kelola jaringan (*network governance*) memiliki dua titik penting yang berhubungan, yaitu pola interaksi dalam pertukaran hubungan serta aliran sumber daya antara unit independen.⁴¹

Definisi lain mengenai jejaring tata kelola yang dikemukakan oleh Sørensen & Torfing juga memiliki kesamaan dengan pandangan sebelumnya. Menurut mereka jejaring tata kelola merupakan (1) artikulasi horizontal yang cukup stabil dari para aktor yang saling bergantung tetapi tetap bersifat otonom, (2) yang melakukan interaksi melalui negosiasi, (3) yang berlangsung dalam kerangka regulatif, normatif, kognitif dan imajiner, (4) yang mengatur diri sendiri dalam batas-batas yang telah ditetapkan oleh badan-badan eksternal, serta (5) memiliki kontribusi dalam penerapan tujuan umum.⁴²

³⁸ R. A. W. Rhodes, “*Understanding Governance: Ten Years On*”, *Organization Studies* Vol. 28 No. 8, 2007, hlm. 1246

³⁹ Erik Hans Klijn and Joop Koppenjan, *Governance Network in the Public Sector*, (New York: Routledge, 2016), hlm. 8

⁴⁰ *Ibid.*, hlm. 11

⁴¹ Candace Jones, William S. Hesterly and Stephen P. Borgati, “*A General Theory of Network Governance: Exchange Conditions and Social Mechanisms*”, *The Academy of Management Review* Vol. 22 No. 4, 1997, hlm. 914

⁴² Eva Sørensen and Jacob Torfing (ed.), *Theories of Democratic Network Governance*, (New York: Palgrave Macmillan, 2007), hlm. 9

Berdasarkan pemikiran Provan & Kenis, jaringan dapat digolongkan menjadi dua pendekatan dasar yaitu analitis jaringan (*network analytical*) serta jaringan sebagai bentuk dari tata kelola (*network as a form of governance*). Pada pendekatan kedua, jaringan dianggap sebagai unit analisis serta sebagai mekanisme koordinasi, pandangan ini sering disebut sebagai tata kelola jaringan atau *network governance*. Lebih lanjut, Provan & Kenis juga membagi tata kelola jaringan menjadi tiga bentuk.⁴³

1. *Participant-Governed Networks*. Bentuk ini merupakan bentuk tata kelola jaringan yang paling sederhana dan paling umum, pembentukan jaringan diatur oleh anggota jaringan itu sendiri tanpa entitas tata kelola yang terpisah. Pada satu ekstrem, jaringan dalam tata kelola ini bisa sangat bersifat desentralisasi sehingga mampu melibatkan sebagian besar atau semua anggota jaringan dengan kedudukan yang relatif setara dalam proses tata kelola.
2. *Lead Organization-Governed Network*. Bentuk ini menilai bahwa tata kelola bersama tidak cukup efisien sehingga pendekatan yang tersentralisasi lebih disukai. Dalam tata kelola ini, semua aktivitas utama jaringan dan keputusan kunci dikoordinasikan oleh satu anggota yang bertindak sebagai organisasi utama atau organisasi pemimpin. Organisasi utama bertindak sebagai penyedia administrasi dan/atau memfasilitasi kegiatan organisasi anggota dalam upaya mencapai tujuan jaringan. Organisasi utama juga dapat menanggung sendiri biaya administrasi jaringan, menerima kontribusi sumber daya dari anggota jaringan, atau mencari dan mengontrol pendanaan eksternal.
3. *Network Administrative Organization*. Ide bentuk ini bertumpu pada adanya entitas administratif terpisah yang dibentuk secara khusus untuk mengatur jaringan. Berbeda dengan bentuk sebelumnya, NAO tidak menunjuk organisasi anggota jaringan lain untuk menyediakan pelayanannya sendiri. Sebaliknya, anggota jaringan masih berinteraksi satu sama lain tetapi

⁴³ Keith G. Provan and Patrick Kenis, "Modes of Network Governance: Structure, Management and Effectiveness", *Journal of Public Administration Research* Vol. 18 No. 2, 2008, hlm. 229-252

jaringan diatur secara eksternal baik melalui mandat atau oleh anggota jaringan untuk tujuan eksklusif tata kelola jaringan.

Sebagai upaya untuk memberikan pemahaman yang lebih mudah, Klijn & Koppenjan telah memetakan perbedaan antara tiga perspektif dominan dalam administrasi publik. Tiga perspektif itu adalah Administrasi Publik Tradisional (*Traditional Public Administration*), Manajemen Publik Baru (*New Public Management*) serta perspektif Jaringan Tata Kelola (*Governance Network Perspective*).⁴⁴

Tabel 1.7 Perbandingan *traditional public administration, new public management, dan governance network perspective*

	<i>Traditional Public Administration</i>	<i>New Public Management</i>	<i>Governance Network Perspective</i>
Fokus	Diferensiasi dan koordinasi dalam birokrasi	Fungsi internal badan pemerintah dan hubungan kontraktual	Hubungan antara pemerintah dengan aktor lainnya (fokus <i>inter-organizational</i>)
Tujuan	Pembuatan kebijakan yang efektif dan seragam berdasarkan kesetaraan, legitimasi dan legalitas	Meningkatkan efektivitas dan efisiensi pemberian pelayanan publik dan organisasi publik	Meningkatkan koordinasi antar organisasi dalam kualitas pembuatan kebijakan dan pemberian pelayanan
Ide inti / teknik manajemen	Menggunakan hierarki dan kontrol pemerintah; manajemen lini; membangun kepatuhan terhadap aturan, kesetiaan, dan orientasi pelayanan publik	Menggunakan instrumen bisnis dan pasar (teknik manajemen modern, mekanisme pasar, indikator kinerja, papan konsumen) untuk	Menggunakan manajemen jaringan; mengaktifkan aktor; mengorganisir penelitian dan pengumpulan informasi (<i>joint</i>)

⁴⁴ Erik Hans Klijn and Joop Koppenjan, *Governance Network in the Public Sector*, (New York: Routledge, 2016), hlm. 9

	oleh pegawai negeri sipil; siklus kebijakan sebagai mekanisme kontrol	meningkatkan pelayanan	<i>fact-finding</i>), mengeksplorasi konten, menyusun aturan, memproses aturan, dan lain sebagainya
Politik	Politisi menetapkan tujuan yang dilaksanakan oleh eksekutif secara netral. Baik pegawai negeri dan administrator terpilih dimintai pertanggung-jawaban oleh badan perwakilan terpilih	Politisi menetapkan tujuan; Implementasi kebijakan dan pemberian pelayanan dilakukan oleh lembaga independen atau mekanisme pasar berdasarkan indikator kinerja yang jelas	Tujuan dikembangkan dan dinegosiasikan selama proses interaksi, tanpa perbedaan yang tajam antara pembentukan dan pemberian kebijakan/pelayanan. Politisi adalah bagian dari proses ini.
Kompleksitas dalam masyarakat	Kompleksitas ditangani dengan dekontruksi dan penugasan ke unit khusus; ditangani sebagai proses desain intelektual dengan input analisis kebijakan, profesional dan pengetahuan ilmiah	Kompleksitas membutuhkan penetapan tujuan yang jelas dan memungkinkan pelaksana ruang diskresi untuk mewujudkan hasil. Menjaga jarak antara interaksi yang kompleks dengan masyarakat. Menggunakan insentif pasar untuk mengatur unit pelaksana	Kompleksitas membutuhkan interaksi dan hubungan jaringan yang saling ketergantungan. Mengambil bagian dalam kompleksitas dengan berinteraksi bersama aktor dalam masyarakat, merupakan hal yang tidak dapat dihindari dan/atau perlu untuk mencapai hasil yang efektif dan didukung

Sumber : Klijn & Koppenjan (2016 : 9)

1.5.1.4. Menganalisis Jejaring Tata Kelola (*Analyzing Governance Network*)

Setelah meninjau berbagai pendapat para ahli, kompleksitas dari jejaring tata kelola merupakan keniscayaan, tetapi bukan berarti tidak dapat diatur. Bagaimanapun, jaringan dapat sukses ditangani apabila sifat jaringan telah berhasil dipahami. Sebagai salah satu praktisi tata kelola jaringan, Klijn & Koppenjan menyebutkan bahwa terdapat tiga tahap untuk melakukan analisis jaringan yaitu, (1) analisis aktor (*actor analysis*), (2) analisis proses (*process analysis*), serta (3) analisis kelembagaan (*institutional analysis*) yang selanjutnya dibagi menjadi sepuluh langkah.⁴⁵ Analisis ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang kondisi serta keadaan pembuat kebijakan, juga penyampaian pelayanan publik ketika tata kelola berlangsung. Langkah-langkah analitis pada tiap tahap diharapkan mampu menghasilkan informasi terkait siapa saja aktor yang terlibat, bagaimana persepsi dan posisi masing-masing aktor, seperti apa proses interaksi antar aktor berjalan, serta seperti apa struktur jaringan.⁴⁶ Berikut penjelasan mengenai masing-masing tahap dan langkah yang digunakan selama melakukan analisis jejaring tata kelola.

Analisis aktor (*actor analysis*)

Tahap pertama dari analisis ini adalah menentukan siapa aktor yang memiliki peran penting dan relevan dengan jaringan (*relevant actors*), persepsi para aktor terhadap masalah (*problem perception*), serta posisi dan ketergantungan aktor sehubungan dengan situasi yang terjadi (*actors position and dependencies*).⁴⁷ Dalam hal ini, aktor merupakan individu, kelompok dan organisasi yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh masalah, proyek atau kebijakan.⁴⁸ Dan persepsi merujuk pada cara aktor menafsirkan informasi mengenai lingkungan yang mengelilinginya, serta seperangkat keyakinan yang dimiliki aktor tentang masalah kebijakan. Sedangkan persepsi permasalahan merupakan kondisi di mana berbagai aktor terlibat dan mungkin memiliki persepsi yang berbeda mengenai masalah.⁴⁹

⁴⁵ *Ibid.*, hlm. 260

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Ibid.*, hlm. 73

⁴⁹ *Ibid.*, hlm. 46

Langkah 1: Mengidentifikasi aktor yang relevan (*Identify relevant actor*)

Analisis dimulai dengan mengidentifikasi subjek, isu kebijakan, proses atau tujuan jaringan ketika merealisasikan kebijakan atau pelayanan publik. Penting bagi analis untuk mengetahui masalah apa yang menjadi fokus analisis, lalu dilanjutkan dengan membuat daftar aktor yang terlibat. Dalam rangka melacak aktor, beberapa pertanyaan di bawah dapat menjadi acuan.⁵⁰

1. Aktor mana yang terlibat secara aktif dalam masalah?
2. Aktor mana yang memiliki otoritas atau sumber daya lain yang berperan dalam memunculkan solusi dari situasi masalah?
3. Aktor mana yang memiliki pengetahuan, wawasan dan gagasan yang dapat memberikan kontribusi pada pengayaan rumusan masalah, sehingga dapat dipertimbangkan untuk membuat solusi?
4. Aktor mana yang dapat diharapkan untuk terlibat pada saat-saat tertentu?
5. Aktor mana yang tidak mungkin berpartisipasi, tetapi dapat terdampak oleh masalah/pendekatan yang terjadi dalam beberapa hal?

Langkah 2: Merekonstruksi persepsi aktor (*Reconstruct actors perceptions*)

Selanjutnya, dalam analisis aktor dibutuhkan rekonstruksi persepsi aktor. Untuk melakukan analisis pada tahap ini, dapat diawali dengan menginventarisasi persepsi aktor tentang beberapa aspek, diantaranya (1) deskripsi dari situasi atau *description of the situation* yaitu gambaran dari hal yang dianggap problematik, norma atau standar yang menunjukkan mengapa situasi dianggap bermasalah dan indikasi penyebab masalah, (2) indikasi dari mana solusi berasal atau yang selanjutnya disebut dengan *preffered solution*, berisi gambaran mengenai solusi yang disukai serta sarana dan instrumen yang digunakan untuk mencapai solusi, (3) indikasi tentang bagaimana aktor mendefinisikan perannya terhadap situasi masalah atau yang selanjutnya disebut dengan *perception of own role*, hal ini dilakukan dengan memasukkan aktor berdasarkan kategori ‘yang terpengaruh’ atau sebagai ‘yang mempengaruhi’, serta perannya dalam perancangan kebijakan/pelayanan, dan (4) *perception of other actors* atau persepsi bahwa

⁵⁰ *Ibid.*, hlm. 263

terdapat aktor lain yang berperan penting, baik dalam penyebab atau pembuat solusi dari masalah.⁵¹

Tabel 1.8 Contoh ringkasan persepsi aktor

<i>Actors</i>	<i>Description of problem perception</i>	<i>Preferred solutions</i>	<i>Perception of own role</i>	<i>Perception of other actors</i>
<i>Actor 1</i>				
<i>Actor 2</i>				
<i>Actor N</i>				

Sumber: Klijn & Koppenjan (2016 : 267)

Tabel di atas merupakan salah satu alat yang dapat digunakan sebagai instrumen untuk membandingkan persepsi para aktor jaringan dan diharapkan mampu membantu mengidentifikasi persamaan dan perbedaan persepsi aktor pada masalah. Selanjutnya, hasil identifikasi dapat digunakan pemangku kepentingan untuk menilai potensi konflik yang mungkin timbul atau tumpang tindih persepsi dalam pembuatan kesepakatan / solusi masalah.

Langkah 3: Menganalisis posisi dan tingkat ketergantungan aktor (*Analyze actors position and dependencies*)

Langkah selanjutnya adalah menentukan hubungan ketergantungan antar aktor berdasarkan sumber daya yang dimiliki tiap aktor serta arti sumber daya tersebut bagi aktor lain. Dalam hal ini, sumber daya dapat dikategorikan menjadi lima jenis yaitu (1) sumber daya keuangan atau *financial resource* yang memiliki kaitan erat dengan anggaran dana untuk menutup biaya transaksi terkait dengan partisipasi jaringan atau proses interaksi yang kompleks, (2) sumber daya produksi atau *production resource* yang berarti sarana dan prasarana dalam mewujudkan solusi masalah/kebijakan/pelayanan, (3) kompetensi atau *competencies* merupakan wewenang formal untuk membuat keputusan tertentu dan bertanggung jawab atas realisasi solusi masalah/kebijakan/pelayanan tertentu, pada umumnya sumber daya ini dipegang oleh aktor publik atau semi-publik tetapi juga dapat dipegang oleh aktor-aktor lain yang telah diberi tugas atau mandat, (4) pengetahuan atau

⁵¹ *Ibid.*, hlm. 264

knowledge utamanya yang bersumber dari orang (pakar, peneliti, profesional dan praktisi) karena saat ini pengetahuan tersedia dengan mudah melalui dokumen, sistem informasi dan sarana lain, maka semakin banyak aktor yang memiliki pengetahuan eksklusif dan sulit diakses, semakin banyak pula aktor yang akan memiliki ketergantungan, dan terakhir (5) legitimasi atau *legitimacy* berkaitan dengan dukungan atas solusi tertentu dan dalam hal ini terdapat aktor yang memiliki kemampuan untuk menghubungkan sejumlah dukungan atau sebaliknya, mampu menahan dukungan.⁵²

Tabel 1.9 Contoh analisis ketergantungan antar aktor

<i>Actors</i>	<i>Very important resources</i>	<i>Degree of substitutability</i>	<i>Dependency (low, medium, high)</i>	<i>Critical actor? (yes / no)</i>
<i>Actor 1</i>				
<i>Actor 2</i>				
<i>Actor N</i>				

Sumber: Klijn & Koppenjan (2016 : 269)

Penilaian terhadap tingkat ketergantungan satu aktor ke aktor lain merupakan hal penting untuk digali oleh analis. Seorang aktor dapat memiliki ketergantungan (*dependency*) lebih tinggi sedangkan aktor lain tidak merasakan ketergantungan sama sekali, maka hasil analisis yang didapatkan mampu menunjukkan bahwa posisi negosiasi satu aktor akan lebih lemah dari pada aktor lainnya. Tingkat ketergantungan ini juga berfungsi untuk menilai kemungkinan seorang aktor mendapatkan sumber daya di tempat lain atau untuk mengganti dengan sumber daya lainnya (*substitutability*). Kemudian, berdasarkan sumber daya yang dimiliki oleh para aktor, penilaian dilanjutkan dengan mengklasifikasi aktor yang disebut dengan aktor kritis (*critical actor*) yaitu aktor yang dianggap memiliki sumber daya teramat sangat penting untuk menyelesaikan situasi masalah atau justru memiliki sumber daya yang dapat digunakan untuk menghambat aktivitas jaringan. Dengan kata lain, aktor kritis merupakan aktor yang mampu memberikan pengaruh terhadap aktivitas jaringan. Selain karena sumber daya yang dimiliki, tingkat ketergantungan aktor juga dapat dinilai berdasarkan tingkat dedikasi

⁵² *Ibid.*, hlm. 267-268

terhadap situasi masalah. Yaitu sejauh mana tingkat semangat aktor tentang situasi masalah dan penemuan solusi, serta kesediaan aktor untuk menggunakan sumber daya yang dimiliki.⁵³

Selanjutnya, berdasarkan persepsi aktor, pengelompokan aktor kritis dan aktor non-kritis, serta tingkat dedikasi, maka didapatkan kategorisasi aktor yang dinilai penting bagi aktivitas jaringan.

Tabel 1.10 Contoh kategorisasi ketergantungan aktor

		Persepsi dan tujuan yang sama	Persepsi dan tujuan yang kontradiktif
Aktor berdedikasi	Aktor kritis	Aktor yang kemungkinan besar akan berpartisipasi dan menjadi sekutu potensial	Aktor yang memiliki potensi menghambat perubahan (tertentu)
	Aktor non-kritis	Aktor yang kemungkinan besar akan berpartisipasi dan menjadi sekutu potensial	Kritikus potensial dalam perubahan (tertentu)
Aktor tanpa dedikasi	Aktor kritis	Aktor dengan potensi penting yang sulit untuk diaktifkan	Aktor yang berpotensi memblokir perubahan tetapi tidak akan bertindak secara langsung
	Aktor non-kritis	Aktor yang tidak harus dilibatkan	Aktor yang tidak harus diperhatikan

Sumber : Klijn & Koppenjan (2016 : 270), diolah

Analisis proses (*process analysis*)

Tahap kedua adalah menganalisis proses jaringan yang bertujuan untuk mengonfirmasi kelompok aktor yang koheren/, interaksi di sekitar masalah kebijakan, serta memetakan inisiatif/ide/gagasan yang dinilai penting dalam permainan kebijakan. Tahap ini terdiri dari empat langkah diantaranya (1) mengidentifikasi arena yaitu tempat di mana para aktor bertemu dan memberlakukan strategi mereka, dalam hal ini arena dapat berupa badan pembuat

⁵³ *Ibid.*, hlm. 269

keputusan formal, pertemuan *ad hoc* dan pelobian informal, atau pengaturan virtual melalui perdebatan di media sosial⁵⁴ (2) merekonstruksi ulang proses interaksi, (3) menilai proses interaksi, serta (4) mengidentifikasi dan menilai strategi manajemen jaringan.

Dalam hal ini, strategi diartikan sebagai tindakan (atau niat untuk bertindak) yang bertujuan untuk mempengaruhi persepsi dan perilaku aktor lain. Terdapat beberapa strategi yang kemungkinan dapat digunakan aktor, diantaranya⁵⁵:

1. *Go-alone strategies*, merupakan strategi di mana aktor yang terlibat telah merumuskan solusi untuk suatu masalah serta berusaha mewujudkannya;
2. *Coalition-building strategies*, merupakan strategi-strategi yang ditujukan pada pembentukan koalisi pemenang, melibatkan sekelompok aktor yang berharap mendapatkan hasil dari kerja sama yang dilakukan;
3. *Conflictual strategies*, merupakan strategi yang dilakukan untuk mencegah atau menghalangi solusi yang diinginkan oleh beberapa aktor, tetapi ditentang oleh aktor yang menerapkan cara ini;
4. *Avoidance strategies*, merupakan strategi di mana aktor benar-benar menolak solusi tertentu dan lebih memilih untuk bersikap pasif;
5. *Cooperative and collaborative strategies*, merupakan strategi di mana para aktor memiliki ketergantungan eksternal dan berupaya untuk menarik minat pihak lain untuk mencoba mencapai hasil yang menguntungkan melalui kooperasi dan kolaborasi yang dilakukan; serta
6. *Facilitating strategies*, yaitu strategi yang digagas dari fakta bahwa diperlukan suatu kerja sama untuk mencapai solusi yang saling menguntungkan. Aktor yang memilih strategi ini bertujuan untuk menyatukan para pihak, menengahi konflik, atau karena ingin membatasi biaya transaksi.

Langkah 4: Mengidentifikasi arena yang relevan (*Identify the relevant arenas*)

Langkah ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi arena (bagian jaringan yang aktif saat aktivitas tata kelola berlangsung) di mana permainan strategi

⁵⁴ *Ibid.*, hlm. 82

⁵⁵ *Ibid.*, hlm. 80

kebijakan diberlakukan, sehingga dapat memberikan gambaran tentang kemungkinan lokasi penerapan strategi, penemuan solusi dan pengambilan keputusan oleh para aktor. Inventarisasi arena diharapkan mampu memperjelas perbedaan kedudukan aktor ketika membuat keputusan yang relevan dalam proses pemecahan masalah, karena arena yang aktif tidak selalu bisa diakses oleh semua pihak. Dan hal ini menyiratkan bahwa terdapat beberapa pihak yang tidak memiliki pengaruh apapun pada proses pengambilan keputusan. Berikut merupakan beberapa pertanyaan yang harus dijawab untuk mengidentifikasi arena yang paling penting.⁵⁶

1. Keputusan apa yang telah dibuat dan di lokasi mana? (dapat meliputi badan pengambil keputusan formal seperti parlemen, dewan, walikota atau platform konsultasi, rapat, sesi telfon informal, pertemuan informal dan lain-lain)
2. Aktor mana yang diizinkan untuk berpartisipasi dalam arena, serta kepentingan relatif dari arena terhadap proposal yang sedang didiskusikan dalam proses tata kelola jaringan?

Langkah 5: Mengidentifikasi babak dan menganalisa interaksi di dalamnya
(*Identify rounds and analyze interaction therein*)

Pada langkah ini, terdapat tiga hal utama yang harus dilakukan yaitu merekonstruksi babak di dalam proses interaksi, mengidentifikasi strategi serta merekonstruksi dinamika proses. Dalam hal ini, proses interaksi berarti serangkaian keputusan yang dibuat oleh aktor dalam menghadapi masalah yang kompleks, serta mengembangkan dan menerapkan solusi/kebijakan/pelayanan. Sebagai upaya rekonstruksi babak, hal pertama yang dapat dilakukan adalah membuat garis waktu dari peristiwa dan keputusan yang diambil selama proses tata kelola jaringan berlangsung. Data yang digunakan dalam pembuatan garis waktu ini dapat ditemukan melalui studi eksploratif dokumen atau wawancara dengan aktor-aktor kunci. Setelah itu, berdasarkan garis waktu yang telah dibuat, analis dapat mengidentifikasi sejumlah keputusan dan peristiwa penting yang selanjutnya

⁵⁶ *Ibid.*, hlm. 271-272

berfungsi sebagai batas antar babak. Untuk mengetahui keputusan mana yang dianggap penting, terdapat tiga hal yang dapat diperhatikan.⁵⁷

1. Komposisi dari aktor di dalam permainan;
2. Jalannya interaksi di dalam permainan; dan
3. Konten dari permainan (isu yang sedang didiskusikan).

Setelah babak diidentifikasi, maka fokus analisis terletak pada peristiwa yang terjadi di dalam babak, hal ini meliputi strategi yang digunakan para aktor partisipan. Dalam hal ini, strategi berarti segala upaya yang dilakukan aktor secara sadar untuk menghasilkan serangkaian tindakan koheren yang mempengaruhi proses interaksi. Strategi juga dibedakan menjadi dua dimensi. Dimensi pertama yaitu ‘apa’, meliputi apa tujuan dan sasaran yang dikejar dari keluaran atau saat proses interaksi? Aktor mungkin ingin mencoba untuk mencapai kebijakan tertentu, meningkatkan penggunaan instrumen tertentu, mencoba menunda pengambilan keputusan atau memiliki tujuan untuk mengeluarkan aktor lain. Sedangkan dimensi kedua yaitu ‘bagaimana’, meliputi tipologi strategi yang digunakan.⁵⁸

Selanjutnya, analisis dapat melakukan rekonstruksi dinamika proses dari hasil inventarisasi strategi. Tujuan dari tahap ini adalah untuk mengetahui pertukaran strategi yang dilakukan antar aktor, karena strategi merupakan serangkaian proses aksi dan reaksi yang digunakan oleh para aktor untuk dapat saling mempengaruhi dan berkembang ke arah tertentu.⁵⁹

⁵⁷ *Ibid.*, hlm. 272-273

⁵⁸ *Ibid.*, hlm. 273

⁵⁹ *Ibid.*, hlm. 274

Langkah 6: Mengevaluasi proses (*Evaluate the process*)

Langkah selanjutnya yaitu menilai proses interaksi dalam jaringan yang dilakukan setelah mengetahui hasil (*outcomes*) dari keseluruhan proses atau hasil dari tiap babak. Untuk itu, terdapat tiga kategori yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi hasil (*outcomes*). Pertama, hasil substantif (*substantive outcomes*), di dalamnya termasuk solusi, kebijakan, realisasi pelayanan atau produk kebijakan yang dilakukan pada akhir babak. Kedua, hasil proses (*process outcomes*) yang meliputi durasi proses, biaya transaksi yang dikeluarkan, kualitas keterbukaan, legitiiasi demokratis serta akuntabilitas. Dan yang terakhir, hasil kelembagaan (*institutional outcomes*) yang mengacu pada dampak dari proses interaksi pada jaringan secara keseluruhan, lebih khusus terletak pada adanya penguatan atau pelemahan hubungan serta tingkat kepercayaan yang terwujud.⁶⁰

Setelah hasil (*outcomes*) tiap-tiap babak berhasil diidentifikasi, maka evaluasi proses interaksi dapat disajikan. Langkah ini dilakukan untuk menentukan bagaimana pembelajaran substantif, strategis dan institusional dilakukan, serta untuk mengetahui berhasil atau tidaknya proses interaksi. Untuk itu terdapat beberapa kegiatan yang dilakukan dalam menganalisis hasil dari proses tata kelola jaringan.⁶¹

1. Menilai hasil konten (*assessing content outcomes*). Poin utama dalam penilaian ini adalah menganalisis tercapai atau tidaknya gambaran / pemahaman bersama atas situasi masalah, dengan menilai cara aktor mengorganisir penelitian serta menyelidiki pengetahuan aktor.
2. Menilai hasil proses (*assessing process outcomes*). Ini termasuk mengevaluasi durasi, biaya transaksi, kualitas proses serta tingkat akuntabilitas. Penilaian biaya transaksi dan durasi babak cukup sulit dilakukan karena tidak ada standar atau kriteria tertentu untuk menentukan berhasil atau tidaknya kedua hal tersebut, oleh sebab itu penggunaan *cost-benefit analysis* serta membandingkan durasi antar proses dapat digunakan sebagai jalan tengah.
3. Menilai hasil kelembagaan (*assessing institutional outcomes*). Merupakan analisis mengenai perubahan struktur kelembagaan jaringan yang terjadi

⁶⁰ *Ibid.*, hlm. 277

⁶¹ *Ibid.*, hlm. 277-279

selama proses jejaring berlangsung. Secara spesifik, penilaian ini berfokus pada indentifikasi keberhasilan aktor dalam menetapkan aturan, serta pengukuran tingkat kepercayaan aktor yang terlibat dalam proses interaksi.

Langkah 7: Mengidentifikasi upaya pengelolaan jaringan (*Identify network management effort*)

Terakhir, terdapat tahap identifikasi upaya manajemen jaringan merupakan akhir rangkaian analisis proses. Identifikasi dilakukan dengan menganalisis strategi manajemen jaringan dan memberi batas pembeda dengan strategi aktor karena seringkali dua hal ini tercampur. Pada dasarnya, strategi pengelolaan jaringan ditujukan untuk menginisiasi proses interaksi, memfasilitasi dan mempromosikan interaksi antar aktor, serta mengeksplorasi atau mengatur interaksi. Untuk melakukan analisis terdapat tiga cara yang dapat dilakukan untuk mengidentifikasi strategi pengelolaan jaringan yaitu (1) fokus pada kebuntuan (*deadlock*) atau konflik parah antar aktor, lalu melihat strategi jaringan apa yang diterapkan untuk menyelesaikan masalah, (2) menganalisis strategi mana yang bertujuan untuk melanjutkan proses interaksi jaringan sehingga dapat diidentifikasi sebagai strategi pengelolaan jaringan, serta (3) menilai semua aktivitas aktor yang menjalankan peran manajer jaringan (berdasar analisis aktor). Poin utama pada langkah ini dilakukan untuk mengetahui apakah aktor berhasil berkolaborasi / berinteraksi atau sebaliknya.⁶²

Analisis kelembagaan (*institutional analysis*)

Langkah 8: Mengidentifikasi pola interaksi para aktor (*Identify actors interaction patterns*)

Langkah ini dilakukan ketika aktor serta posisi ketergantungan telah dipetakan agar dapat digunakan untuk mengetahui pola interaksi yang ada dalam jaringan. Idealnya analisis ini dapat menginformasikan (1) siapa aktor sentral dalam jaringan, khususnya aktor yang menempati tempat sentral dalam interaksi jaringan, serta (2) hubungan yang terdapat antara aktor dalam jaringan, menjelaskan siapa saja aktor yang memiliki kontak langsung, kontak tidak langsung, bahkan tidak

⁶² *Ibid.*, hlm. 279-280

memiliki kontak sama sekali. Oleh sebab itu dalam upaya memperoleh informasi penting untuk memperhatikan frekuensi dan variasi interaksi. Frekuensi interaksi berisi informasi tentang seberapa sering organisasi melakukan kontak satu sama lain. Sedangkan variasi interaksi berarti keragaman interaksi aktor, baik secara terpisah maupun ketika dalam jaringan.⁶³

Tabel 1.11 Contoh inventarisasi frekuensi interaksi antar aktor

	Aktor 1	Aktor 2	Aktor 3	Aktor 4	Aktor N
Aktor 1	-	Sering	Jarang	Jarang	Sering
Aktor 2	Sering	-	Sering	Sering	Sering
Aktor 3	Jarang	Sering	-	Jarang	Sering
Aktor 4	Jarang	Sering	Jarang	-	Jarang
Aktor N	Sering	Sering	Sering	Jarang	-

Sumber : Klijn & Koopenjan (2015 : 281), diolah

Kumpulan data mengenai pola interaksi yang terjadi diantara aktor dapat dihimpun seperti tabel di atas. Analisis pun dapat dilakukan baik dengan cara kualitatif (wawancara dengan informan) maupun menggunakan metode kuantitatif (menyebarkan poling pada responden). Berdasarkan contoh di tabel I.9, hasil inventarisasi menyimpulkan bahwa aktor 2 memiliki frekuensi interaksi yang tinggi serta kualitas interaksi yang padat, hal ini menyimpulkan bahwa aktor 2 merupakan pusat interaksi jaringan.

Langkah 9: Mengidentifikasi pola persepsi dan hubungan kepercayaan *(Identify patterns of perception and trust relations)*

Langkah ini merupakan kompilasi dari dua tahap berbeda yaitu analisis pola persepsi sebagaimana yang telah dilakukan pada langkah 2, serta analisis pola kepercayaan antar aktor. Pada analisis pola persepsi, bukan berarti tahap ini saling tumpang tindih dengan analisis sebelumnya, tetapi bertujuan untuk melakukan pemeriksaan dari waktu ke waktu serta melihat apakah terdapat perubahan persepsi. Sedangkan analisis kepercayaan berisi tentang bagaimana perasaan para aktor terhadap satu sama lain. Dalam praktiknya, menilai kepercayaan merupakan hal

⁶³ *Ibid.*, hlm. 280-281

yang tidak mudah diukur karena orang cenderung enggan menyampaikan atau menunjukkan apakah aktor lain dapat dipercaya atau tidak. Namun analisis kepercayaan tetap dapat dilakukan baik secara kualitatif maupun kuantitatif.⁶⁴

Langkah 10: Mengidentifikasi aturan kelembagaan (*Identify institutional rules*)

Aspek paling penting pada langkah ini adalah analisis peraturan, selama konteks kelembagaan dimuat dalam aturan formal maka analisis relatif mudah dilakukan. Terdapat dua hal yang diperiksa dalam analisis kelembagaan, yang pertama yaitu kewenangan formal dari aktor (*the formal authority of actor*) menjelaskan mengenai hak aktor untuk membuat keputusan, hak milik dan lain sebagainya. Dan kedua yaitu karakteristik kelembagaan formal dari interaksi (*the formal institutional characteristic of the interaction*) yang menjelaskan tentang kerangka hukum dalam perencanaan dan pengambilan keputusan. Di dalamnya sering kali memuat aturan mengenai kapan keputusan harus dibuat, seperti apa prosesnya, aktor mana yang memiliki hak dalam pengambilan keputusan dan lain sebagainya. Kedua aspek ini memerlukan pemeriksaan dokumen formal seperti undang-undang atau sejenisnya, sedangkan wawancara dengan pemangku kepentingan dapat digunakan sebagai pengayaan.⁶⁵

Selain aspek formal, terdapat pula aturan informal yang terjadi selama interaksi jaringan berjalan. Dan untuk menggali informasi dibutuhkan rekonstruksi oleh aktor dengan merefleksikan bagaimana cara jaringan dalam memilih aktor lain, menilai kebiasaan pertukaran informasi, standar yang digunakan dalam menilai proses dan hasil, atau lain sebagainya. Dalam melakukan rekonstruksi setidaknya analisis harus memperhatikan hal-hal berikut.⁶⁶

1. Pengulangan (*repetitiveness*), menyangkut masalah dan prosedur yang dengan sendirinya terjadi terus berulang. Singkatnya, aktor harus memiliki anggapan bahwa segala hal merupakan pengulangan, dihasilkan dari penemuan cara bertindak yang cocok, serta bukan hal yang terjadi secara kebetulan.

⁶⁴ *Ibid.*, hlm. 284-285

⁶⁵ *Ibid.*, hlm. 285-286

⁶⁶ *Ibid.*, hlm. 286

2. Generalisasi (*generalizability*), berarti aturan harus berlaku untuk semua atau sebagian besar aktor. Singkatnya, aturan informal tidak dapat dikaitkan dengan satu aktor saja, melainkan beberapa aktor dalam jaringan harus mengenali dan mengikuti aturan.

Untuk menyederhanakan penjelasan Klijn & Koppenjan mengenai analisis jaringan, berikut merupakan ringkasan langkah-langkah yang harus dilakukan serta daftar pertanyaan yang dapat diajukan saat melakukan analisis.

Tabel 1.12 Langkah-langkah dalam menganalisis aktor, permainan dan kelembagaan jaringan

Langkah	Tujuan	Pertanyaan Penting
Analisis Aktor (<i>Actor Analysis</i>)	Untuk memastikan aktor mana yang	<ul style="list-style-type: none"> • Apa subjek yang ada?
1. Mengidentifikasi aktor relevan	perlu diperhitungkan	<ul style="list-style-type: none"> • Siapa yang dapat dibedakan sebagai pelaku jaringan? • Aktor mana yang memiliki peran penting dalam mewujudkan tujuan jaringan atau tujuan kebijakan? • Aktor mana yang tertarik untuk menemukan solusi dari masalah yang ada?
2. Merekonstruksi persepsi para aktor	Untuk memetakan persepsi aktor terhadap masalah, solusi dan aktor lainnya	<ul style="list-style-type: none"> • Persepsi apa yang dimiliki aktor mengenai masalah, penyebab, solusi dan kompetensi aktor satu sama lain? • Sejauh mana perbedaan persepsi ini, apakah ada kelompok yang jelas? • Hambatan apa yang dapat disebabkan oleh perbedaan persepsi?
3. Menganalisis posisi dan tingkat ketergantungan aktor	Untuk memastikan posisi yang diambil oleh para aktor sehubungan dengan aktor?	<ul style="list-style-type: none"> • Sumber daya apa yang dimiliki oleh masing-masing aktor?

situasi masalah dan seberapa banyak aktor yang bergantung satu sama lain	<ul style="list-style-type: none">• Seberapa pentingkah sumber daya ini? Dan bisakah didapatkan di tempat lain?• Apakah ada ketergantungan sepihak atau timbal balik?• Apakah aktor bertindak kritis, memiliki dedikasi dan/atau berimbang?
Analisis Proses (<i>Process Analysis</i>)	Untuk mengakui kelompok aktor yang koheren dan interaksi disekitar isu-isu
4. Mengidentifikasi arena yang relevan	<ul style="list-style-type: none">• Dimanakah keputusan dibuat, yang mana penting bagi permainan kebijakan yang sedang dianalisis?• Aktor mana yang berinteraksi, serta dalam konteks apa?• Seberapa koheren kelompok aktor ini?• Apakah kelompok ini memiliki hubungan satu sama lain (keterikatan)
5. Mengidentifikasi babak dan menganalisa interaksi dalamnya	<ul style="list-style-type: none">• Apa saja keputusan dan peristiwa penting?• Strategi apa yang diterapkan oleh para aktor?• Apa jenis permainan dan dinamika proses yang berkembang dalam putaran ini?

<p>Untuk merekonstruksi interaksi dengan mengidentifikasi strategi, jenis permainan dan dinamika proses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apa saja kebutuhan dan terobosan yang dapat diidentifikasi? • Apa hasil substantif, proses dan institusional dari proses? • Bagaimana hasil/keluaran ini bekerja dalam hal kriteria penilaian?
---	--

<p>6. Mengevaluasi proses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apa hasil substantif, proses dan institusional dari proses? • Bagaimana hasil/keluaran ini bekerja dalam hal kriteria penilaian?
-------------------------------	---

<p>7. Mengidentifikasi upaya pengelolaan jaringan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apa strategi pengelolaan jaringan yang diterapkan? • Siapakah manajer jaringan dan apa kualitas yang dimiliki? • Apa efek dari strategi jaringan?
---	---

<p>Analisis Kelembagaan <i>(Institutional Analysis)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktor mana yang sering berinteraksi, serta yang jarang melakukan interaksi? • Aktor mana yang memiliki variasi pola kontrak dan mana yang tidak? • Aktor mana yang berada di sentral dan mana yang berada di periferal dalam jaringan, berdasarkan pola interaksi mereka?
--	---

-
9. Mengidentifikasi pola dari Untuk memahami perubahan dalam • Pola persepsi apa yang dapat dikemukakan dalam persepsi dan hubungan jaringan dengan menentukan dinamika jaringan, dinamika apa yang terlihat pada pola ini dari kepercayaan persepsi antar aktor dari waktu ke waktu ke waktu ke waktu dan apa kemungkinan efeknya?
- Apa hubungan kepercayaan diantara para aktor dalam jaringan?
10. Mengidentifikasi aturan Untuk membuat inventarisasi aturan • Apa aturan formal dan prosedur yuridis yang berlaku? kelembagaan formal dan informal
- Peraturan informal apa yang dapat dikemukakan (contoh, berkaitan dengan penyediaan informasi, peluang akses, kode profesi, dll)?
 - Apa susunan organisasi dalam interaksi struktur jaringan?
-

(Sumber : Klijn & Koppenjan, 2016)

1.5.2. Pelayanan Kesehatan Disabilitas (*Disability Health Service*)

Individu penyandang disabilitas pada dasarnya memiliki kebutuhan medis dan non-medis yang cukup kompleks, namun penelitian serta pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas sangat terbatas. Pada umumnya, orang yang sakit memiliki tingkat kepuasan yang lebih rendah ketimbang orang sehat terhadap pelayanan perawatan medisnya. Dijelaskan oleh Iezzoni et al. bahwa orang dengan kebutuhan perawatan medis yang kompleks melakukan interaksi dengan sistem perawatan yang lebih banyak, namun hal ini juga berbanding lurus dengan peluang ketidakpuasan yang lebih besar. Begitu pula dengan orang dengan disabilitas atau dalam hal ini adalah orang dengan keterbatasan fungsional fisik yang spesifik, karena membutuhkan perhatian lebih atas akses yang nyaman, komunikasi yang lengkap serta pelayanan yang komprehensif.⁶⁷

Dalam praktik kesehatan, orang dengan disabilitas seringkali menerima perawatan yang kurang terkoordinasi dan kurang optimal baik dari segi struktural (perencanaan perawatan, akses fisik dan sebagainya) maupun segi prosedural. Dalam upaya memikirkan kembali kualitas pelayanan kesehatan bagi orang dengan disabilitas, A. G. Lawthers et al. menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan berkualitas tinggi dihasilkan dari beberapa domain yaitu akses (*access*), kualitas pelayanan (*quality of service*), pelayanan sosial dan kejuruan (*social and vocational service*), pengalaman klien (*client experience*) serta koordinasi perawatan (*coordination of care*).⁶⁸ Dari lima domain yang telah disebutkan, peneliti menggunakan empat domain yang dianggap memiliki relasi dengan pelayanan kesehatan. Domain tersebut diantaranya adalah:

1. Akses menuju pelayanan (*access to service*) Dalam pemenuhan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas, disebutkan bahwa setidaknya terdapat empat isu aksesibilitas yang mempengaruhi dan perlu diperhatikan. Empat faktor ini diantaranya adalah hambatan fisik dan transportasi, keterbatasan akses ke teknologi dan peralatan pendukung, keterbatasan

⁶⁷ Lisa I. Iezzoni et al., “*Satisfaction with Quality and Access to Health Care Among People with Disabling Conditions*”, *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 14 No. 5, 2002, hlm. 369

⁶⁸ A. G. Lawthers et al., “*Rethinking Quality in the Context of Persons With Disability*”, *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 15 No. 4, 2003, hlm. 289

akses ke obat-obatan dan spesialis, serta keterbatasan akses ke petugas perawatan pribadi.⁶⁹

2. Kualitas pelayanan (*quality of service*). Setidaknya terdapat lima isu utama yang telah diidentifikasi yaitu kurangnya perawatan kesehatan preventif yang sesuai, kurangnya perawatan untuk kondisi bawaan (komorbid) yang tidak terkait dengan kondisi disabilitas primer, kurangnya pengetahuan/keahlian penyedia pelayanan kesehatan dalam menangani orang dengan disabilitas, hambatan komunikasi yang signifikan antara penyedia pelayanan kesehatan dengan penyandang disabilitas, serta masalah keselamatan pasien yang secara tidak sengaja mendapat cedera dari perawatan yang kurang memadai.⁷⁰
3. Pengalaman klien (*client experience*). Pada dasarnya merupakan hal-hal yang mempengaruhi penilaian pasien terhadap kualitas pelayanan berdasarkan pengalaman ketika mengakses pengobatan. Sejumlah isu yang dapat diidentifikasi dan patut menjadi perhatian dari poin ini adalah (a) kualitas hidup, individu dengan disabilitas cenderung menilai ukuran kualitas hidup dengan lebih kompleks mulai dari penilaian fungsi fisik, fungsi sosial serta fungsi kerja; (b) informasi, keluarga serta individu dengan disabilitas menilai bahwa kebutuhan untuk dapat mengakses informasi yang benar mengenai prognosis, pelayanan sosial, kebutuhan rehabilitasi dan semacamnya merupakan hal vital namun belum tersedia secara memadai; (c) pengambilan keputusan bersama, yang merujuk pada keterlibatan pasien atau bahkan lembaga advokasi untuk memutuskan rekomendasi pengobatan; (d) stigmatisasi, merupakan salah satu hambatan yang mempengaruhi penyandang disabilitas untuk mengakses perawatan, kemampuan untuk mengkomunikasikan kebutuhan, serta pemahaman atas kebutuhan.⁷¹
4. Koordinasi perawatan (*coordination of care*) adalah isu yang berperan sebagai pelumas dalam kerja sama berbagai pelayanan agar berjalan tanpa hambatan, tanpa koordinasi individu mungkin terlambat mendapatkan

⁶⁹ *Ibid.*, hlm. 289-290

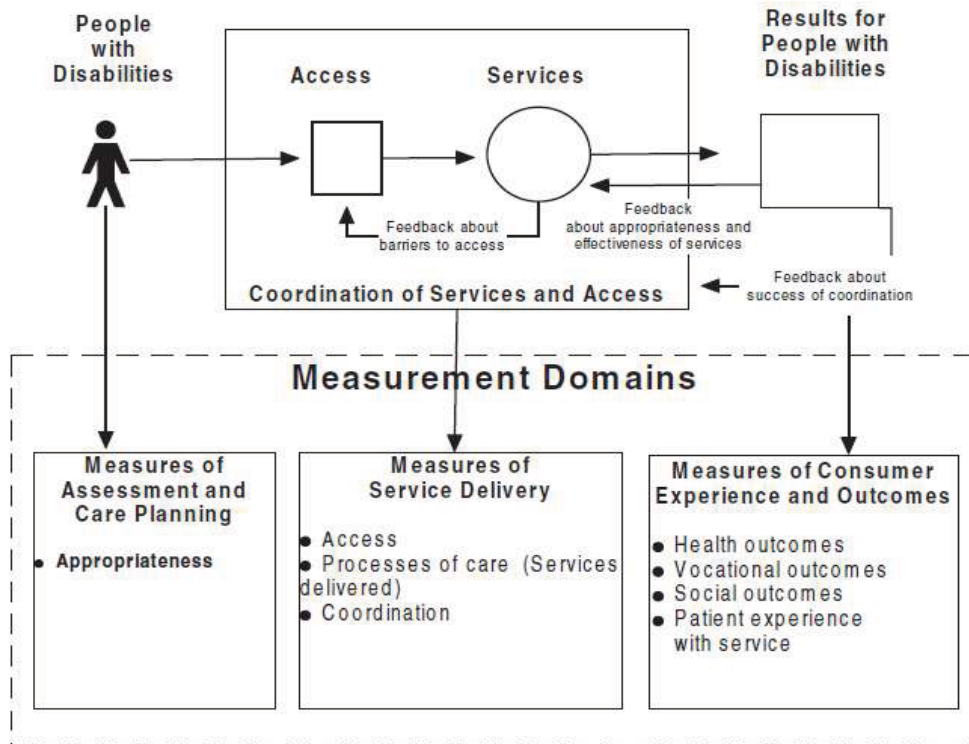
⁷⁰ *Ibid.*, hlm. 290-291

⁷¹ *Ibid.*, hlm. 292

pelayanan atau bahkan sama sekali tidak mendapat perawatan. Terdapat dua model utama koordinasi yaitu (a) berdasarkan manajemen kasus yang memiliki kecenderungan untuk melayani sekelompok kecil pasien dan menyesuaikan rencana perawatan dengan kebutuhan khusus pasien; serta (b) berdasarkan manajemen penyakit yaitu model koordinasi yang berfokus pada satu kondisi dan sangat bergantung pada pedoman, protokol dan standarisasi berbasis bukti.⁷²

Untuk mempermudah pemahaman terhadap kualitas pelayanan kesehatan bagi orang dengan disabilitas, gambar 1.2 menjelaskan tentang skema pengukuran pelayanan kesehatan yang dinilai komprehensif dalam penelitian ini.

Gambar 1.2 Pengukuran kualitas pelayanan untuk orang dengan disabilitas



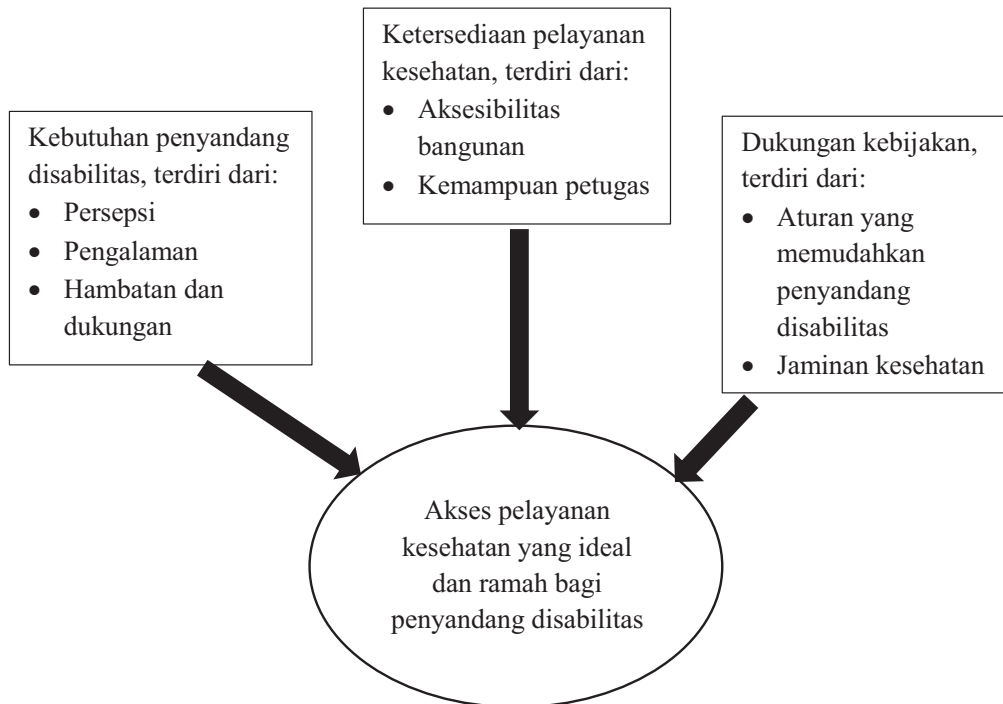
Sumber : A. G. Lawthers et al. (2003 : 294)

⁷² *Ibid.*, hlm. 293

1.5.2.1 Pendekatan Sistematis Pelayanan Kesehatan Disabilitas

Sebagai upaya menyediakan ekosistem pelayanan kesehatan yang ideal dan ramah bagi para penyandang disabilitas, setidaknya terdapat tiga aspek pendukung yang dapat dipertimbangkan. Pertama adalah pengidentifikasian kebutuhan para penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan. Kedua adalah adanya kesediaan dan kemampuan pemerintah dalam mengupayakan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. Dan yang terakhir adalah dukungan pemerintah dari segi kebijakan untuk menerapkan pelayanan kesehatan ramah disabilitas.⁷³

Gambar 1.3 Pendekatan sistematis pelayanan kesehatan bagi disabilitas



Sumber : Kurniawan et al. (2020 : 190)

Selain itu, dalam menyediakan pelayanan kesehatan ramah disabilitas harus ditetapkan pula standar terukur yang dapat digunakan untuk menilai implementasi pelayanan kesehatan ramah disabilitas. Mulai dari aksesibilitas fisik yang wajib disediakan, maupun fasilitas non-fisik yang harus dipenuhi untuk menunjang

⁷³Kurniawan et al., “Peningkatan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Dasar untuk Difabel di Sukoharjo, Jawa Tengah”, Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 23 No. 3, 2020, hlm. 190

kualitas pelayanan kesehatan. Pada tabel di bawah, terdapat rujukan standarisasi wujud puskesmas ramah disabilitas.⁷⁴

Tabel 1.13 Aspek puskesmas ramah disabilitas

Aksesibilitas Fisik	Aksesibilitas Non-fisik
1. Jalan pemandu tunanetra (<i>guiding block</i>)	1. Pelatihan bagi tenaga kesehatan pendamping disabilitas
2. Tangga landai (<i>ramp</i>)	2. Program jemput bola
3. Pegangan rambat (<i>handrail</i>)	3. Jaminan kesehatan bagi disabilitas
4. Huruf braille pada papan nama ruangan	4. Promosi kesehatan bersifat preventif bagi disabilitas
5. Kertas resep obat braille	5. Sosialisasi kesehatan
6. Kursi prioritas penyandang disabilitas	6. Penyesuaian gaya komunikasi oleh petugas pada pasien disabilitas sesuai dengan jenis keterbatasan pasien
7. Pelebaran pintu	
8. Penyesuaian loket obat	
9. Kursi roda	
10. <i>Running text</i> bagi tunarungu	
11. Petugas pendamping bagi disabilitas	
12. Tenaga ahli kesehatan	

Sumber : Hasibuan dan Ayuningtyas (2021 : 1397), data diolah

Namun, belum banyak fasilitas kesehatan yang mampu memenuhi standar puskesmas ramah disabilitas. Apalagi dalam praktiknya, proses pengadaan aksesibilitas fisik membutuhkan dana yang relatif besar, serta harus didahului pengkajian terhadap kebutuhan disabilitas sesuai dengan sebaran jenis dan jumlah penyandang disabilitas.

⁷⁴Hasibuan dan Ayuningtyas, "A Literature Review: Gambaran Perwujudan Puskesmas Ramah Disabilitas Pada Beberapa Wilayah di Indonesia", Jurnal Medika Utama Vol. 3 No. 1, 2021, hlm. 1397

1.5.3. Teknologi Informasi dan Komunikasi

Teknologi merupakan konsep luas yang berhubungan dengan penggunaan dan pengetahuan mengenai peralatan yang mempengaruhi kehidupan seseorang. Istilah teknologi informasi digunakan dalam mengartikan segala jenis teknologi yang membantu kehidupan sehari-hari manusia dalam membuat, mengubah, menyimpan, menyebarkan informasi, maupun melakukan komunikasi.⁷⁵ Pada bidang kesehatan, teknologi didefinisikan sebagai obat, perangkat, prosedur medis dan bedah yang digunakan dalam pencegahan, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi penyakit.⁷⁶ Sedangkan teknologi bagi penyandang disabilitas, secara spesifik disebut sebagai teknologi bantu (*assistive technology*). Dan kemudian didefinisikan sebagai barang, peralatan ataupun sistem produk yang didapatkan secara komersil, modifikasi ataupun disesuaikan, yang digunakan dalam rangka meningkatkan, mempertahankan atau mengimprovisasi kemampuan fungsional dari penyandang disabilitas.⁷⁷ Dalam definisi ini, teknologi bantu (*assistive technology*) dititik beratkan pada karakteristik pengguna, sehingga teknologi sehari-hari dapat dikategorikan sebagai AT apabila digunakan dalam meningkatkan kemampuan dan fungsi individu penyandang disabilitas.

Saat ini, akses penggunaan teknologi informasi dan komunikasi bagi penyandang disabilitas menjadi topik yang mendapatkan perhatian serius. Goggin et. al. menyebutkan bahwa setidaknya terdapat empat bidang utama yang membingkai perkembangan teknologi dan informasi bagi penyandang disabilitas.⁷⁸ Keempat hal tersebut diantaranya adalah:

1. Spesialis dan teknologi pendamping, yaitu adanya gagasan untuk membuat produk atau solusi tertentu yang dirancang dalam rangka memenuhi kebutuhan kelompok dan/atau individu penyandang disabilitas.

⁷⁵ Menrisal, Indra Wijaya dan Popi Radyuli, *Buku Ajar: Konsep Teknologi Informasi*, (Surabaya: Scopindo Media Pustaka, 2021), hlm 2

⁷⁶ Vitaly Herasevich and Brian Pickering, *Health Information Technology Evaluation Handbook: From Meaningful Use to Meaningful Outcomes (Second Edition)*, (New York: Routledge, 2022), hlm 6

⁷⁷ Stefano Federici and Maria J. Scherer (ed.), *Assistive Technology Assessment Handbook (Second Edition)*, (New York: CRC Press, 2018), hlm 2

⁷⁸ Gerard Goggin, Haiqing Yu, Karen R. Fisher and Bingqin Li. "Disability, technology innovation and social development in China and Australia", *Journal of Asian Public Policy*, 2018, hlm 1-17

2. Desain yang universal dan inklusif, berarti munculnya gagasan mengenai desain teknologi digital yang sesuai dengan persyaratan, kebutuhan dan keinginan penyandang disabilitas sebagai pengguna.
3. Aksesibilitas, yaitu upaya membuat keseluruhan teknologi digital agar dapat diakses dalam berbagai kebutuhan penyandang disabilitas. Mulai dari pengupayaan komputerisasi, perangkat lunak komputer, sistem operasi dan aksesibilitas web yang disesuaikan dengan kebutuhan penyandang disabilitas.
4. Kesenjangan digital bagi penyandang disabilitas.

1.5.3.1. Teknologi Bantu untuk Disabilitas Netra dan Penglihatan Rendah (Assistive Technology for Blindness and Low Vision)

Sebelum membahas penggunaan teknologi pendukung bagi orang dengan disabilitas netra, perlu dilakukan pembahasan mengenai sifat dari penglihatan serta akibat dari kehilangan penglihatan. Sejauh ini, penglihatan merupakan indra paling kuat manusia yang berfungsi untuk memberikan masukan ke otak secara visual, dan informasi yang diberikan oleh mata setara dengan gabungan seluruh informasi yang diberikan oleh indra lainnya kepada otak. Bahkan, terdapat hipotesis yang menyatakan bahwa dalam perjalanan awal pertumbuhan otak, terjadi karena telah memproses masukan dari mata.⁷⁹ Sehingga seseorang yang kehilangan kemampuan melihat tentu membutuhkan perlakuan khusus agar tetap mendapat kualitas hidup yang sama seperti manusia normal pada umumnya, salah satunya dengan penggunaan teknologi bantu. Berikut ini merupakan contoh teknologi bantu yang biasanya digunakan oleh orang dengan disabilitas netra berdasarkan aktivitas yang dilakukan.

Teknologi Orientasi dan Mobilitas

Orientasi dan mobilitas dalam hal ini diartikan sebagai pengajaran konsep, keterampilan, dan teknik yang diperlukan bagi orang dengan disabilitas netra untuk berpergian dengan aman, efisien dan anggun melalui lingkungan apa pun dan di

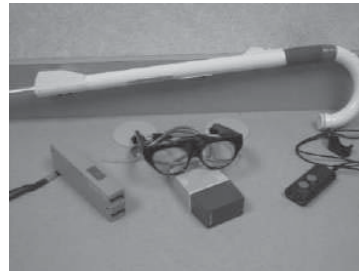
⁷⁹ Roberto Manduchi and Sri Kurniawan (ed.), *Assistive Technology for Blindness and Low Vision*, (Boca Raton: CRC Press, 2013), hlm 5

bawah semua kondisi dan situasi lingkungan.⁸⁰ Demi mendukung kegiatan ini, dibutuhkan teknologi bantu yang sesuai dengan karakteristik pengguna, baik untuk orang dengan disabilitas netra atau orang dengan gangguan penglihatan rendah (*low vision*). Umumnya, orang dengan disabilitas netra mempelajari kegiatan orientasi dan mobilitas menggunakan tongkat panjang (*long cane*), alat bantu perjalanan elektronik (*electronic travel aids*), serta alat bantu orientasi elektronik (*electronic orientation aids*).⁸¹ Berikut merupakan beberapa contoh teknologi bantu yang digunakan dalam kegiatan ini.

Gambar 1.4 Teknologi bantu untuk kegiatan orientasi dan mobilitas



Tongkat panjang (*long cane*)



Alat bantu perjalanan elektronik (*electronic travel aids*)



Teleskop genggam (*hand-held telescope*)



Teleskop bioptik

Sumber: Roberto Manduchi dan Sri Kurniawan (ed.), data diolah

⁸⁰ *Ibid.*, hlm. 30

⁸¹ *Ibid.*, hlm. 34

Sedangkan orang dengan gangguan penglihatan rendah (*low vision*) biasanya memiliki keinginan untuk mempertahankan kemampuan mobilitas mandiri. Teknologi bantu yang digunakan dapat berupa perangkat optik yang berfungsi meningkatkan akses ke informasi visual. Umumnya, perangkat optik dibagi menjadi tiga kategori berdasarkan jarak fokus objek (dekat, menengah/fungsi ganda, dan jarak jauh). Selain itu, perangkat optik juga dibagi berdasarkan bentuknya (genggam, berdiri, dan kacamata).⁸²

Teknologi Bantu untuk Edukasi

Untuk mendukung proses pembelajaran pada anak-anak dengan disabilitas netra atau gangguan penglihatan rendah (*low vision*), dibutuhkan teknologi yang dapat meningkatkan kinerja akademik dan fungsional mereka di tahap pendidikan lebih lanjut. Teknologi ini digunakan untuk melatih keterampilan pengembangan perilaku visual, kesadaran taktis, keterampilan motorik halus, penggunaan sisa penglihatan dalam bermain dan berinteraksi sosial. Bentuk dasar teknologi ini diwujudkan dengan alat-alat yang menghasilkan suara, mengeluarkan cahaya, maupun peralatan yang menggunakan cetak timbul. Contohnya, dalam kegiatan membaca alat yang bisa digunakan adalah bahan bacaan braille, pembaca layar (*screen reader*), kaca mata pembesar, buku cetak dengan huruf besar.⁸³

Gambar 1.5 Teknologi bantu untuk kegiatan pembelajaran membaca



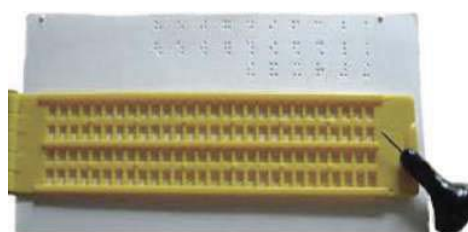
Sumber: Suraj Singh Senjam (2019: 88)

⁸² *Ibid.*, hlm. 62-63

⁸³ Suraj Singh Senjam. "Assistive Technology for Student with Visual Disability: Classification Matters", Kerala Journal of Ophthalmology Vol. 31 No. 2, 2019, hlm 86-91

Lalu dalam kegiatan menulis, alat yang umumnya digunakan adalah *stylus* (alat tulis braille mirip pensil dengan ujung logam tajam untuk membuat titik-tik timbul pada kertas braille), *braille slate* (disebut juga reglet adalah papan yang digunakan sebagai cetakan untuk membentuk pola yang mengacu pada huruf braille), *perkins brailier* (mesin ketik braille), dan pencatan elektronik braille. Alat ini digunakan sesuai dengan tingkat kesulitan yang dialami oleh pemakai. Biasanya, anak dengan disabilitas netra mengalami kesulitan dalam memahami mekanisme menulis (tanda baca dan ejaan), mencatat, serta fase-fase menulis lainnya (menulis, menyusun dan mengedit). Berikut merupakan contoh alat yang digunakan dalam pembelajaran menulis bagi disabilitas netra.⁸⁴

Gambar 1.6 Teknologi bantu untuk kegiatan pembelajaran menulis



Stylus, braille slate/reglet



Mesin ketik braille (*perkins brailier*)

Sumber: Suraj Singh Senjam (2019: 88)

Teknologi Komputer

Orang dengan disabilitas netra dan gangguan penglihatan rendah (*low vision*) tentu memiliki masalah serius dalam menggunakan komputer apabila diharuskan melihat gerak kursor di layar. Namun, terdapat teknologi khusus dengan fitur yang membantu disabilitas netra untuk tetap mampu mengoperasikan komputer. Solusinya adalah dengan menggunakan perangkat lunak pembaca layar (*screen reader*) dan pembesar (*magnifier*). Perangkat lunak ini memungkinkan pengguna untuk mengoperasikan aplikasi komputer standar seperti *Word* atau *browser web*.⁸⁵ Dalam praktiknya, pengguna tetap menggunakan perangkat keras

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ Manduchi., Kurniawan., *Op. Cit.*, hlm. 248

tetikus untuk mengoperasikan *cursor*, hanya saja terdapat perangkat keras yang mengeluarkan bunyi apabila cursor mengenai suatu *icon* di layar komputer.

1.6. Definisi Konsep

Banyaknya organisasi yang terlibat dalam penyelenggaraan program BREXIT, telah membangun sistem timbal balik yang terorganisir. Dalam penelitian ini, terdapat beberapa konsep yang dibutuhkan untuk memahami batasan-batasan serta aspek-aspek penting penelitian. Berikut ini adalah kumpulan definisi konsep yang telah disusun oleh peneliti.

1. Tata Kelola (*Governance*)

Proses pemerintahan yang menunjukkan adanya pergeseran peran pemerintah yang menjadi semakin bergantung pada sektor swasta dan sektor non-profit dalam mengelola serta memberi pelayanan, merupakan penegasan bahwa negara memiliki ketergantungan pada organisasi lain dalam menjalankan amanatnya.

2. Jaringan (*Network*)

Jaringan adalah struktur yang saling bergantung dan melibatkan banyak organisasi, terdiri dari sekelompok aktor yang saling terhubung oleh serangkaian ikatan formal maupun informal yang bersifat relatif stabil.

3. Jejaring Tata Kelola (*Governance Network*)

Jejaring tata kelola atau mengatur melalui jaringan adalah pengaturan pola hubungan sosial yang lebih stabil antara aktor yang saling bergantung serta berkelompok karena adanya masalah kebijakan, program kebijakan, atau seperangkat sumber daya, yang kemudian digunakan untuk menggambarkan pembuatan kebijakan publik, implementasi, serta pemberian pelayanan berdasarkan hubungan jejaring antara pemerintah, sektor privat, maupun masyarakat sipil.

4. Analisis Jejaring Tata Kelola (*Governance Network Analysis*)

Penilaian yang dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kondisi pembuat kebijakan serta penyampaian pelayanan, meliputi informasi terkait siapa saja aktor yang terlibat, bagaimana aktor menjalankan strategi atau

mengambil keputusan dalam rentetan peristiwa selama proses jejaring dilakukan, serta pola interaksi antar aktor.

5. Analisis Aktor (*Actor Analysis*)

Penilaian yang berfungsi untuk menentukan siapa aktor dengan peran penting, persepsi aktor terhadap masalah yang sedang dihadapi, serta posisi dan hubungan ketergantungan antar aktor sehubungan dengan situasi yang terjadi.

6. Analisis Proses (*Process Analysis*)

Penilaian yang dilakukan untuk mengidentifikasi arena pertemuan para aktor, cara aktor memberlakukan strategi di suatu arena kebijakan, rekonstruksi ulang proses interaksi, mengevaluasi proses interaksi, dan menilai strategi manajemen jaringan.

7. Analisis Kelembagaan (*Institutional Analysis*)

Penilaian yang berfungsi untuk mengidentifikasi pola interaksi para aktor, mengidentifikasi pola kepercayaan dan persepsi antar aktor dalam jaringan, serta menyusun inventarisasi aturan formal/informal yang dihasilkan selama proses interaksi jaringan berlangsung.

8. Pelayanan Kesehatan Disabilitas (*Disability Health Service*)

Upaya yang dilakukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi orang yang memiliki keterbatasan fisik, intelektual, mental dan/atau sensorik dengan melibatkan pemenuhan kebutuhan penyandang disabilitas, ketersediaan pelayanan kesehatan mulai dari aksesibilitas bangunan yang memadai hingga keterampilan petugas, serta adanya dukungan kebijakan.

9. Teknologi Informasi dan Komunikasi

Yaitu barang, peralatan atau produk untuk membantu kehidupan sehari-hari dalam mendapatkan, menyimpan, menyebarkan informasi serta melakukan komunikasi, yang didapatkan secara komersil, modifikasi atau yang telah disesuaikan, dalam rangka meningkatkan, mempertahankan serta mengimprovisasi kemampuan fungsional penyandang disabilitas.

10. *Braille Eticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities 4.0*

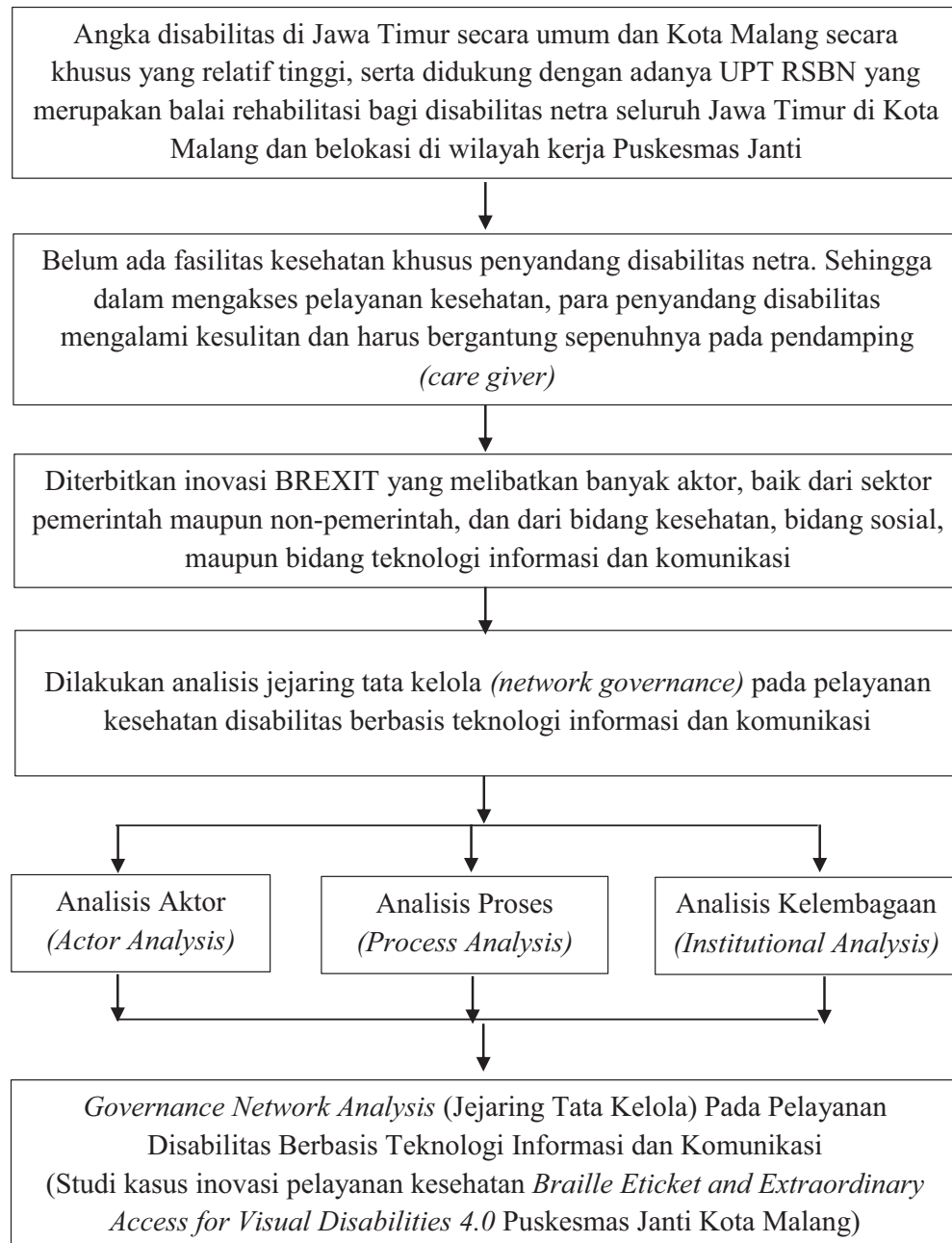
Merupakan program inovasi kesehatan besutan Puskesmas Janti Kota Malang dengan basis pelayanan khusus untuk para penyandang disabilitas

netra, yang wilayah kerjanya meliputi Kelurahan Bandungrejosari, Kelurahan Tanjungrejo, Kelurahan Sukun.

1.7. Kerangka Berpikir

Sesuai dengan tujuan awal penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan jejaring tata kelola (*governance network*) pelayanan kesehatan disabilitas berbasis teknologi dan informasi pada inovasi pelayanan kesehatan *Braille Eticket And Extraordinary Access For Visual Disabilities* 4.0 di Puskesmas Janti Kota Malang. Maka peneliti menggunakan pemikiran Klijn and Koopenjan untuk memetakan seluruh peristiwa yang ada dalam jaringan pengembangan inovasi BREXIT, mulai dari analisis aktor, analisis proses, serta analisis kelembagaan. Berikut merupakan kerangka berpikir yang digunakan selama penelitian ini berlangsung.

Gambar 1.7 Kerangka berpikir



1.8. Metode Penelitian

Penelitian dapat dipahami sebagai prosedur ilmiah yang digunakan dalam penemuan jawaban atas pertanyaan dari fenomena yang ada.⁸⁶ Di dalamnya terdapat langkah-langkah umum yang ditempuh peneliti dalam mempelajari masalah penelitian dan logika di baliknya, karena penting bagi peneliti untuk mempertimbangkan logika mengapa sebuah metode digunakan atau tidak digunakan dalam sebuah penelitian. Dengan memperhatikan metode, penelitian diharapkan dapat dievaluasi dengan baik oleh peneliti maupun oleh orang lain. Dalam menimbang metode penelitian, setidaknya terdapat tiga komponen yang terlibat dalam sebuah pendekatan (*approach*) yaitu asumsi filosofis (*philosophical assumptions*) yang selanjutnya disebut dengan *worldview*, desain penelitian (*research design*), dan metode penelitian (*research methods*).⁸⁷ Selanjutnya, penelitian ini menggunakan *constructivist worldview* dengan pendekatan kualitatif (*qualitative approach*), serta bentuk studi kasus (*case study*) sebagai desain penelitian.

Creswell menyebutkan bahwa terdapat empat pandangan filosofis penelitian dan salah satu diantaranya adalah *constructivist worldview*. Paradigma ini menjelaskan bahwa individu mencari pemahaman dengan membangun makna subjektif berdasarkan pengalaman. Makna-makna ini memiliki sifat yang variatif dan terdiri dari banyak bagian, oleh sebab itu penelitian diarahkan untuk mencari kompleksitas pandangan/pemaknaan, bukan mempersempit atau mengelompokkan makna menjadi beberapa kategori. Pemaknaan subjektif juga dapat dibentuk melalui interaksi antar individu melalui norma-norma yang beroperasi dalam kehidupan, maka dari itu peneliti konstruktivis memiliki kecenderungan untuk membahas proses interaksi antar individu. Pandangan konstruktivis juga memiliki kecenderungan untuk mengembangkan sebuah teori atau pola makna secara induktif, dan lebih condong untuk menggunakan pendekatan kualitatif.⁸⁸

Setelah menentukan *constructivist worldview* sebagai pandangan filosofis, maka diketahui pula bahwa pendekatan yang paling cocok digunakan adalah

⁸⁶ C. R. Kothari, *Research Methodology: Methods and Technique (Second Revised Edition)*, (New Delhi: New Age International (P) Ltd., 2004), hlm 2

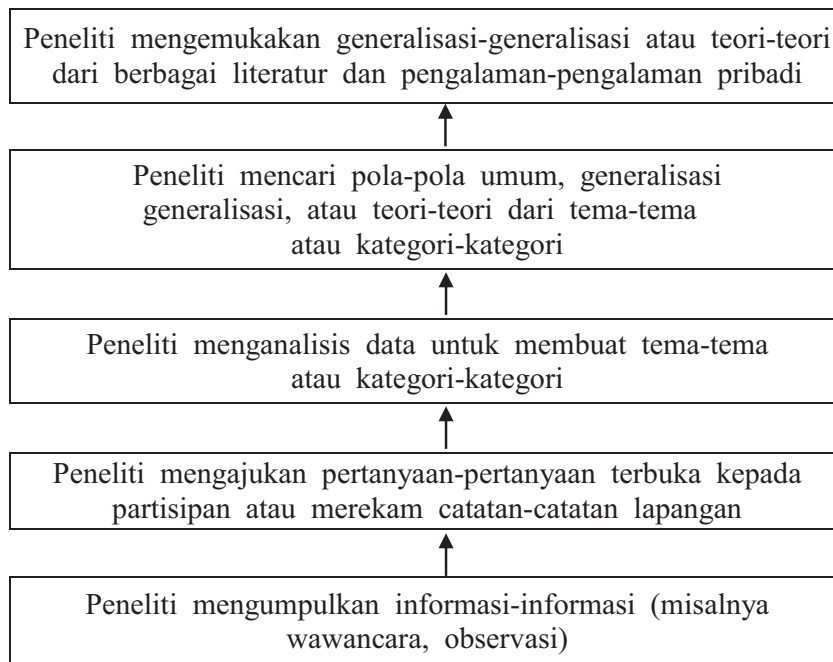
⁸⁷ John W. Creswell, *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (5th Edition)*, (Los Angeles: Sage Publications, Inc., 2018), hlm. 43

⁸⁸ *Ibid.*, hlm. 45-46

pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif didefinisikan sebagai pendekatan untuk mengeksplorasi dan memahami makna dalam permasalahan sosial manusia yang berasal dari individu atau kelompok. Proses penelitian kualitatif dilakukan dengan mengajukan sejumlah pertanyaan dan prosedur, penghimpunan data yang berasal dari sudut pandang partisipan, analisis dilakukan secara induktif (berawal dari tema khusus hingga terbentuk tema umum), serta penginterpretasian data menjadi laporan tertulis.⁸⁹

Penjelasan mengenai logika induktif memiliki kaitan yang erat dengan variasi penggunaan teori dalam studi kualitatif. Creswell menyebutkan bahwa dalam logika induktif, teori (atau penjelasan luas lainnya) merupakan titik akhir dari penelitian. Proses penelitian dimulai dengan pengumpulan informasi secara terperinci dari informan, setelahnya informasi dikategorisasi ke dalam tema-tema, dan terakhir menarik berbagai tema menjadi pola, teori atau generalisasi, sehingga dapat dilakukan perbandingan dengan literatur-literatur terdahulu tentang topik terkait.⁹⁰

Gambar 1.8 Logika induktif penelitian dalam studi kualitatif



Sumber: John W. Creswell (2018: 101)

⁸⁹ *Ibid.*, hlm. 41

⁹⁰ *Ibid.*, hlm. 101

Untuk menentukan desain penelitian, penting bagi peneliti untuk mengetahui jenis-jenis penelitian yang ada, beberapa diantaranya adalah penelitian naratif (*narrative research*), fenomenologi (*phenomenology*), *grounded theory*, studi kasus (*case study*) serta etnografi (*ethnography*).⁹¹ Berdasarkan rencana penelitian yang akan melibatkan beberapa pihak untuk dapat menggali informasi mendalam atas satu kasus/fenomena utama, sehingga kemudian informasi yang dihimpun dapat digunakan untuk generalisasi analitis, maka bentuk penelitian studi kasus dinilai sangat cocok dengan penelitian ini. Karena pada dasarnya, penelitian studi kasus merupakan analisis mendalam dari suatu kasus (seringkali melibatkan program, peristiwa, kegiatan, atau individu) serta memerlukan berbagai prosedur pengumpulan data selama periode waktu yang berkelanjutan.⁹² Bentuk penelitian studi kasus menyelidiki satu atau sekelompok kecil kasus secara intensif, memiliki fokus terhadap banyak detail internal pada tiap kasus, serta memungkinkan untuk menghubungkan kasus mikro (tindakan individu) dengan kasus makro (struktur dan proses skala besar).⁹³

1.8.1. Tipe Penelitian

Menentukan tipe penelitian pada dasarnya dilakukan dengan meninjau kembali tujuan penelitian, seringkali langkah ini digunakan untuk menentukan kedalaman analisis penelitian. Tujuan penelitian setidaknya dibagi menjadi tiga kelompok, (1) untuk mengeksplorasi topik baru, (2) untuk menggambarkan / mendeskripsikan fenomena sosial, atau (3) untuk menjelaskan mengapa suatu hal dapat terjadi.⁹⁴ Dalam penelitian ini, tipe penelitian kualitatif-deskriptif dinilai sesuai dengan tujuan awal penelitian. Karena selaras dengan pengertiannya, penelitian deskriptif diartikan sebagai kajian penelitian dengan tujuan utama untuk “*paint a picture*” atau melukis gambar menggunakan rangkaian kata dan angka, dalam upaya menjawab pertanyaan siapa, kapan, di mana, dan bagaimana. Sebuah penelitian deskriptif dimulai dengan pertanyaan yang telah didefinisikan dengan baik dan digambarkan secara akurat, sehingga penelitian dapat menghasilkan

⁹¹ *Ibid.*, hlm. 50

⁹² *Ibid.*, hlm. 51

⁹³ W. Laurence Neuman, *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches (7th Edition)*, (Edinburg: Pearson Education Limited, 2014), hlm. 42

⁹⁴ *Ibid.*, hlm. 38

gambaran terperinci dari sebuah isu atau jawaban detail dari pertanyaan penelitian.⁹⁵

1.8.2. Lokasi Penelitian

Berdasarkan pertimbangan peneliti, lokasi yang dipilih dalam kajian ini terletak di Kota Malang melalui beberapa instansi. Berikut merupakan pertimbangan yang menjadi latar belakang pemilihan lokasi penelitian.

- a. Kota Malang merupakan salah satu kota dengan angka sebaran disabilitas tertinggi di Jawa Timur berdasarkan RISKESDAS Jawa Timur tahun 2018. Kota Malang juga menunjukkan inisiatif dalam mewujudkan pelayanan inklusif bagi disabilitas melalui penerbitan Perda No. 2 Tahun 2014 tentang disabilitas, serta memiliki banyak inovasi pelayanan publik yang menyoar pada penyandang disabilitas seperti LapoBra, BREXIT dan AduhBra.
- b. Dinas Kesehatan Kota Malang merupakan perpanjangan tangan dari Pemerintah Kota Malang di bidang kesehatan yang membawahi Puskesmas Janti.
- c. Puskesmas Janti Kota Malang merupakan instansi yang menerbitkan inovasi pelayanan kesehatan BREXIT (*Braille E-Ticket and Extraordinary Access for Visual Disabilities*) bagi penyandang disabilitas netra.
- d. Unit Pelaksana Teknis Rehabilitasi Sosial Bina Netra (UPT RSBN) merupakan perpanjangan tangan Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur yang berlokasi di wilayah kerja Puskesmas Janti, memiliki tugas utama dalam melakukan rehabilitasi sosial bagi klien disabilitas mata usia 15-50 tahun di Jawa Timur. Instansi ini juga merupakan sasaran utama inovasi pelayanan kesehatan BREXIT.
- e. Dewan Perwakilan Cabang Persatuan Tunanetra Indonesia Kota Malang (DPC PERTUNI Kota Malang) merupakan lembaga swadaya masyarakat yang didirikan oleh para penyandang disabilitas netra dalam rangka mewujudkan keadaan yang kondusif bagi disabilitas netra untuk menjalankan kehidupannya dengan mandiri.

⁹⁵ *Ibid.*, hlm 38-39

- f. URBANIST Indonesia merupakan organisasi kepemudaan di Kota Malang yang mengupayakan inklusivitas pada kelompok marginal utamanya penyandang disabilitas. melalui proyek *Malang Inclusive City*.

1.8.3. Teknik Penentuan Informan

Penelitian kualitatif memiliki kecenderungan untuk melakukan pengambilan informasi pada sumber yang dipilih dengan sengaja, yang dikenal sebagai *purposive sampling*. Tujuan utama dari penggunaan teknik ini adalah untuk mendapatkan data yang spesifik, paling relevan, serta melimpah, sesuai dengan studi yang dikaji.⁹⁶ Lebih lanjut, dalam teknik *purposive sampling* terdapat penentuan informan melalui *snowball sampling* yang berarti memilih sumber informasi baru sebagai cabang dari sumber informasi yang telah ada. Target baru informan dapat ditemukan ketika melakukan wawancara dan muncul petunjuk-petunjuk mengenai orang-orang yang perlu diwawancarai.⁹⁷

Penelitian jejaring tata kelola (*governance network*) adalah kajian studi yang melibatkan banyak aktor, sehingga sangat penting untuk menemukan informan yang memiliki peran besar dalam interaksi jaringan, mampu mengenali aktor-aktor lain dengan peran yang sama besar, serta memiliki informasi mendetail tentang bagaimana kegiatan jaringan berjalan. Oleh karena itu, penggunaan teknik *purposive sampling* dan *snowball sampling* dan sesuai dengan penelitian ini. Selanjutnya, berikut merupakan daftar informan serta pertimbangan pemilihan informan :

1. dr. Endah Listya Angraeni selaku Kepala Seksi Yankes Primer Dinas Kesehatan Kota Malang
2. Dra. Chusnul Arifianti., Apt. selaku Kepala Seksi Kefarmasian Dinas Kesehatan Kota Malang
3. Fira Dwi Jayanti, A.Md selaku inovator program BREXIT di Puskesmas Janti Kota Malang
4. Erika Prawida, S.KM selaku Kepala Sub Bagian Tata Usaha Puskesmas Janti Kota Malang sekaligus tim pelaksana program BREXIT

⁹⁶ Robert K. Yin, *Qualitative Research from Start to Finish (2nd Edition)*, (New York: The Guilford Press, 2016), hlm. 93

⁹⁷ *Ibid.*, hlm. 95

5. M. Taufan Wahyu Pradana., S.S.T selaku Staff Keuangan dan Tim Media Promosi Kesehatan di Puskesmas Janti Kota Malang
6. Anantya Wulandari, S.Sos, M.Si selaku Kepala Seksi Rehabilitasi Sosial UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur
7. Drs. Bambang Oetoyo, MM selaku Kepala Seksi Pelayanan Sosial UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur
8. Zaki Firmansyah, S.Psi selaku Pengelola Rehabilitasi dan Pelayanan Siswa UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur
9. Wahyu Sukmajati, S.Kom selaku Pengelola Rencana Sosial dan Kesehatan UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur
10. Lailiel Moeflichah, SE selaku Pengelola Rehabilitasi Sosial UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur
11. Supriyadi selaku ketua DPC PERTUNI Kota Malang periode jabatan 2015-2021
12. Kathleen Meira B. selaku Pendiri dan *Head of Research and Development* Urbanist Indonesia

1.8.4. Teknik Pengumpulan Data

Meninjau ulang definisi data yang berarti entitas atau elemen paling kecil yang direkam dan dihasilkan dari berbagai pengalaman, pengamatan, eksperimen atau situasi serupa lainnya.⁹⁸ Maka penting bagi peneliti untuk melakukan tindakan-tindakan khusus dalam rangka menghimpun data-data yang dianggap sesuai dengan penelitian. Beberapa metode yang dapat dilakukan dalam mengumpulkan data adalah dengan wawancara (*interviewing*), mengamati (*observing*), mengumpulkan dan memeriksa (*collecting and examining*), serta merasakan (*feeling*).⁹⁹

⁹⁸ *Ibid.*, hlm. 138

⁹⁹ *Ibid.*

Tabel 1.14 Metode pengumpulan dan tipe data pada penelitian kualitatif

Metode pengumpulan data	Ilustrasi tipe data	Contoh spesifik
Wawancara (<i>interviewing</i>)	Bahasa (verbal dan tubuh).	Penjelasan seseorang tentang perilaku atau tindakan; ingatan; keyakinan atau sudut pandang yang diungkapkan.
Pengamatan (<i>observing</i>)	Gestur seseorang; interaksi sosial; aksi; lingkungan fisik.	Komunikasi antara dua orang; dinamika kelompok; penataan ruang.
Pengumpulan (<i>collecting</i>)	Meliputi dokumen pribadi; materi cetak; grafik; rekaman arsip dan artefak fisik.	Judul dokumen, teks, tanggal dan kronologi, atau kata-kata tertulis lainnya yang dihimpun dalam catatan arsip.
Merasakan (<i>feeling</i>)	Sensasi.	Dingin atau hangatnya suatu tempat, interpretasi kenyamanan atau ketidaknyamanan orang lain.

Sumber: Robert K. Yin (2016: 139)

Selain itu, terdapat enam sumber bukti yang dapat digunakan dalam pengumpulan data pada studi kasus.¹⁰⁰ Berikut penjelasan keenam sumber data serta rencana pengumpulan data yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

1. Dokumentasi merupakan informasi dokumenter (berbentuk kertas maupun elektronik) yang relevan dengan topik studi kasus, jenis informasi ini harus

¹⁰⁰ Robert K. Yin, *Case Study Research and Applications Design and Methods (6th Edition)*, (California: Sage Publication Inc., 2018), hlm. 156

menjadi objek dari rencana pengumpulan eksplisit.¹⁰¹ Berikut merupakan dokumen yang dibutuhkan dalam penelitian ini:

- a. Surat, surel, maupun pesan singkat dari para pemangku kepentingan yang menunjukkan adanya interaksi aktor dalam pembahasan pelayanan kesehatan bagi disabilitas netra di wilayah kerja Puskesmas Janti Kota Malang
 - b. Proposal inovasi BREXIT dalam kompetisi SINOVIK tahun 2019
 - c. Pengumuman Kementerian PAN RB Republik Indonesia terkait penetapan BREXIT menjadi Top 99 Inovasi Pelayanan Publik tahun 2019
 - d. Dokumentasi keterlibatan pemangku kepentingan dalam perencanaan, implementasi dan pengembangan inovasi BREXIT
 - e. Dokumentasi kegiatan BREXIT, mulai dari pembentukan awal di tahun 2018 hingga pengembangan BREXIT 4.0 di tahun 2021, serta perbandingan implementasi dari masing-masing periode pengembangan inovasi BREXIT
 - f. Publikasi media massa mengenai perkembangan program BREXIT dari inisiasi awal hingga perkembangan paling baru
 - g. Publikasi ilmiah berisi hasil kajian dari akademisi terkait pelayanan kesehatan disabilitas di Puskesmas Janti secara umum, ataupun inovasi BREXIT secara khusus
 - h. Video profil BREXIT 4.0 yang berisi dokumentasi perkembangan inovasi BREXIT dari pembentukan awal di tahun 2018 hingga pengembangan BREXIT 4.0 di tahun 2021
2. Catatan arsip merupakan sumber data yang seringkali berbentuk berkas dan dapat digunakan bersamaan dengan sumber informasi lain dalam menghasilkan studi kasus.¹⁰² Dalam penelitian ini, catatan arsip yang dibutuhkan yaitu:

¹⁰¹ *Ibid.*, hlm. 156

¹⁰² *Ibid.*, hlm. 160

- a. Peraturan formal terkait penetapan inovasi BREXIT, dalam hal ini berbentuk SK yang diputuskan oleh Kepala Puskesmas Janti
 - b. Peraturan formal terkait penetapan Puskesmas Janti sebagai BLUD, sehingga Puskesmas Janti memiliki kewenangan penetapan rencana penganggaran yang lebih fleksibel. Dalam hal ini, peraturan diwujudkan dengan penerbitan SK Walikota Malang
 - c. Laporan hasil kegiatan inovasi BREXIT mengenai kemandirian pasien disabilitas netra dalam mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas Janti, kemandirian pasien disabilitas netra dalam memahami aturan minum obat, efisiensi biaya dan waktu pelayanan, efektifitas kemandirian dalam akses pelayanan, serta peningkatan kualitas pelayanan
 - d. Dokumen pelaksanaan anggaran Puskesmas Janti, khususnya anggaran yang digunakan dalam pengadaan kebutuhan inovasi BREXIT
 - e. *Memorandum of Understanding* atau kesepakatan bersama mengenai kerja sama antar aktor yang terlibat dalam inovasi BREXIT. Dalam hal ini, MoU yang telah ditetapkan mengatur hubungan kerjasama antara Puskesmas Janti dengan Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, serta Puskesmas Janti dengan Urbanist Indonesia
3. Wawancara merupakan salah satu sumber terpenting dalam studi kasus yang dapat membantu memberikan penjelasan mengapa dan bagaimana peristiwa penting terjadi berdasarkan perspektif relativis informan.¹⁰³ Dalam studi kasus, wawancara dapat dibagi menjadi tiga yaitu wawancara studi kasus berkepanjangan (*prolonged case study interviews*), wawancara studi kasus singkat (*shorter case study interviews*), serta wawancara survei pada studi kasus (*survey interviews in a case study*). Namun, penelitian ini hanya menggunakan dua jenis wawancara studi kasus.
- a. Wawancara studi kasus berkepanjangan (*prolonged case study interviews*) merupakan wawancara yang berlangsung selama dua jam atau lebih, baik dalam sekali duduk maupun dalam jangka waktu lama

¹⁰³ *Ibid.*, hlm. 161

yang mencakup beberapa sesi. Orang yang diwawancarai dengan cara ini seringkali disebut sebagai Informan kunci daripada partisipan, dan informasi yang didapatkan sangat penting bagi keberhasilan studi kasus.¹⁰⁴ Pada penelitian ini informan kunci didapatkan saat wawancara bersama Bu Fira Dwi Jayanti, A.Md yang dilakukan melalui panggilan telepon dan pesan singkat secara berkala, pada tanggal 20 Oktober 2020, pukul 09:46. Serta dengan melakukan wawancara di Puskesmas Janti Kota Malang, pada 11 Januari 2022, pukul 14.15

b. Wawancara studi kasus singkat (*shorter case study interviews*) merupakan wawancara yang lebih fokus dan hanya memakan waktu sekitar satu jam atau lebih, tujuan wawancara semacam ini hanya untuk menguatkan temuan tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti. Dalam kondisi ini, wawancara memungkinkan untuk tetap terbuka dan cenderung dilakukan dengan cara percakapan.¹⁰⁵ Berikut merupakan wawancara studi kasus singkat (*shorter case study interviews*) yang dilakukan dalam penelitian ini:

- Wawancara bersama Ibu dr. Endah Listya Angraeni, dilakukan melalui panggilan telepon selama 32 menit 2 detik, pada 12 September 2020, pukul 08.22
- Wawancara bersama Pak Supriyadi selama 42 menit di Sekretariat DPC PERTUNI Kota Malang, pada 3 Januari 2022, pukul 10.07
- Wawancara bersama Ibu Anantya Wulandari, S.Sos, M.Si melalui panggilan telepon selama 30 menit pada 6 Januari 2022, pukul 20.45
- Wawancara bersama Pak Drs. Bambang Oetoyo, MM selama 34 menit 15 detik di Kantor UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, pada 11 Januari 2022, pukul 08.16
- Wawancara bersama Pak Zaki Firmansyah, S.Psi selama 5 menit di Kantor UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, pada 11 Januari 2022, pukul 09.48

¹⁰⁴ *Ibid.*, hlm. 162

¹⁰⁵ *Ibid.*

- Wawancara bersama Pak Wahyu Sukmajati selama 10 menit di Kantor UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, pada 11 Januari 2022, pukul 09.36
 - Wawancara bersama Ibu Lailiel Moeflichah, SE selama 15 menit di Kantor UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, pada 11 Januari 2022, pukul 11.23
 - Wawancara bersama Ibu Dra. Chusnul Arifianti dilakukan melalui panggilan telepon selama 24 menit 19 detik, pada 19 September 2020, pukul 10.20
 - Wawancara bersama Ibu Erika Prawida, S.KM selama 32 menit di Puskesmas Janti Kota Malang pada 11 Januari 2022, pukul 13.10
 - Wawancara bersama M. Taufan Wahyu Pradana., S.S.T selama 19 menit dilakukan melalui panggilan telepon pada 17 Januari 2022, pukul 14.04
 - Wawancara bersama Kathleen Meira Berta selama 14 menit dilakukan melalui panggilan telepon, pada 18 Januari 2022, pukul 11.00
4. Pengamatan langsung (*direct observation*) dalam studi kasus adalah kegiatan observasi secara langsung yang dilakukan karena adanya kondisi sosial atau lingkungan yang relevan untuk diamati. Pengamatan dapat dilakukan secara formal yaitu ketika peneliti mengembangkan instrumen observasi sebagai protokol studi kasus, maupun dilakukan secara kasual yaitu ketika peneliti melakukan kerja lapangan dan menemukan bukti lain seperti wawancara.¹⁰⁶ Dalam hal ini, penelitian menggunakan pengamatan langsung secara kasual.
5. Pengamatan partisipan (*participant-observation*) adalah metode khusus di mana peneliti tidak hanya berperan sebagai pengamat pasif, tetapi mengharuskan peneliti benar-benar mengambil peran dan berpartisipasi dalam tindakan yang dipelajari.¹⁰⁷ Dalam penelitian ini, pengamatan dilakukan dengan berpartisipasi langsung dalam aktivitas sehari-hari para

¹⁰⁶ *Ibid.*, hlm. 165-166

¹⁰⁷ *Ibid.*, hlm. 167

penyandang disabilitas netra di UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra, yang juga merupakan penerima manfaat dari inovasi BREXIT di Puskesmas Janti. Pengamatan dilakukan selama satu hari, serta merupakan upaya memahami sudut pandang para penerima manfaat dan sudut pandang pengambil keputusan.

6. Artefak fisik (*physical artifacts*) merupakan bukti fisik tambahan untuk memperkuat bukti-bukti sebelumnya, artefak fisik dapat berbentuk perangkat teknologi, alat atau instrumen, karya, dan lain sebagainya.¹⁰⁸ Dalam penelitian ini, artefak fisik yang dapat ditemui adalah sebagai berikut:
 - a. Alat tulis braille manual yang digunakan oleh penyandang disabilitas netra dalam kegiatan baca tulis, dan selanjutnya diaplikasikan dalam pembuatan etiket obat braille
 - b. Mesin cetak braille yang digunakan oleh petugas farmasi Puskesmas Janti dalam rangka modernisasi dan pembaharuan etiket obat braille
 - c. Perangkat guiding access (*guiding block, guiding rubber*, papan nama ruangan braille, *hand rail*) yang terdapat di Puskesmas Janti
 - d. Perangkat sensor suara pada papan penanda ruangan
 - e. Etiket obat braille

1.8.5. Teknik Analisis Data

Analisis dari data kualitatif memiliki lima fase yaitu penyusunan (*compiling*), pembongkaran (*disassembling*), perakitan kembali (*reassembling*), penafsiran (*interpreting*) dan menyimpulkan (*concluding*).¹⁰⁹ Tahap pertama adalah mengkompilasi dan menyortir catatan lapangan atau data-data lainnya dengan mengurutkan sesuai susunan yang dianggap berguna, kompilasi data yang telah didapatkan disebut sebagai database.¹¹⁰ Selanjutnya, data yang dikompilasi dibongkar menjadi potongan-potongan yang lebih kecil dan diberi pelabelan/kode sesuai kebutuhan. Pembongkaran data dapat dilakukan beberapa kali sebagai

¹⁰⁸ *Ibid.*, hlm. 169

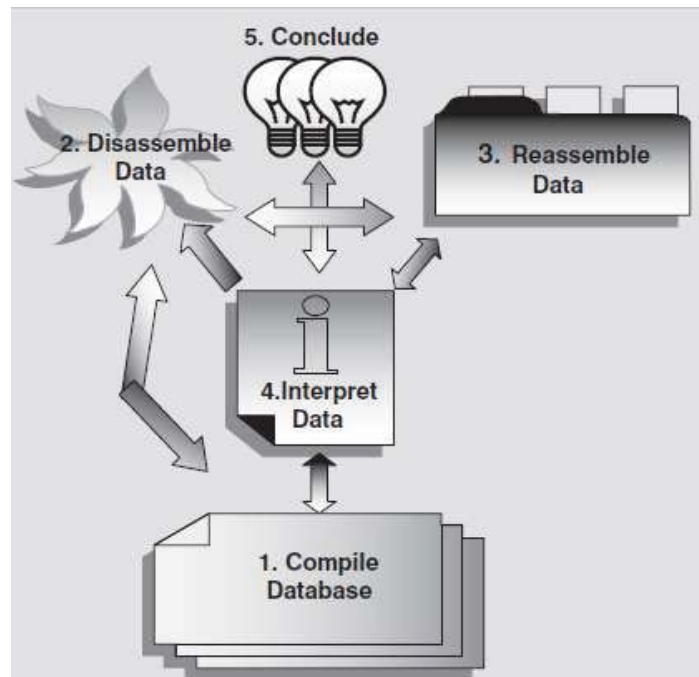
¹⁰⁹ Robert K. Yin, *Qualitative Research from Start to Finish (2nd Edition)*, (New York: The Guilford Press, 2016), hlm. 185

¹¹⁰ *Ibid.*, hlm. 186

bentuk *trial-and-error* dari pengujian label.¹¹¹ Fase ketiga merupakan pengurutan kembali (*reassembling*) data sesuai dengan tema substantif dari proses pelabelan yang telah dilakukan. Prosedur ini dilakukan untuk mengatur ulang potongan-potongan data ke dalam kelompok data (yang mungkin berbeda urutan dengan catatan aslinya) serta menambahkan gambaran-gambaran data seperti grafis atau tabel.¹¹²

Tahap selanjutnya merupakan penafsiran (*interpreting*) data yang telah disusun ulang, melibatkan penggunaan materi seperti narasi baru, tabel, serta grafik yang relevan. Pada interpretasi awal juga dapat mengarah pada keinginan untuk mengkompilasi ulang database dengan cara yang berbeda, kegiatan ini diwakili oleh panah antara tahap pertama dan keempat.¹¹³ Keempat fase ditutup dengan penarikan kesimpulan (*concluding*) dari seluruh studi yang telah dilakukan.

Gambar 1.9 Lima fase analisis



Sumber: Robert K. Yin (2016: 186)

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² *Ibid.*, hlm. 187

¹¹³ *Ibid.*

Dalam penelitian ini, tahap awal penyusunan dan penyortiran (*compiling*) dilakukan dengan mengelompokkan sumber data berdasarkan nama instansi (aktor), hal ini sehubungan dengan banyaknya aktor yang terlibat dalam inovasi BREXIT. Maka setidaknya terdapat lima kelompok data yang berasal dari, Dinas Kesehatan Kota Malang, Puskesmas Janti Kota Malang, UPT Rehabilitasi Sosial Bina Netra, DPC PERTUNI Kota Malang, serta Urbanist Indonesia.

Lalu, sehubungan dengan penggunaan jejaring tata kelola yang berfokus pada tiga tahap analisis (analisis aktor, analisis proses dan analisis kelembagaan), maka pada tahap pembongkaran (*diassembling*) data diberi label sesuai dengan pengelompokkan nama instansi dan pengelompokkan tahap analisis jejaring tata kelola. Dalam tahap ini pula, peneliti dapat melakukan pemeriksaan ketersediaan sumber data yang variatif serta mendukung satu sama lain. Setidaknya, peneliti mengharapkan adanya tiga sumber data pada tiap label

Setelah data selesai dikelompokkan dan diberi pelabelan, peneliti mulai melakukan tahap ketiga yaitu pengurutan kembali (*reassembling*) dengan menyusun ulang potongan-potongan data, memberi grafik ataupun tabel pendukung sehingga data mudah dipahami dan ditafsirkan (*interpreting*). Barulah kemudian dilakukan penarikan kesimpulan (*concluding*) berdasarkan tahap analisis data yang telah dilakukan sebelumnya.

1.8.6. Teknik Uji Keabsahan Data

Sebagai langkah untuk memperkuat kredibilitas data penelitian, maka teknik triangulasi dilakukan dalam kajian ini. Triangulasi didefinisikan sebagai teknik analistik yang digunakan selama melakukan pekerjaan lapangan dan analisis formal, dengan tujuan untuk menguatkan temuan menggunakan lebih dari dua sumber yang berbeda.¹¹⁴ Peran penting dari triangulasi adalah untuk menentukan apakah data dari dua (atau lebih) sumber mengarah ke temuan yang sama, semakin banyak data terkonvergensi (utamanya pada temuan-temuan kunci), maka akan semakin kuat bukti temuan.¹¹⁵ Dalam hal ini, peneliti akan melakukan beberapa langkah uji keabsahan data, yaitu:

¹¹⁴ *Ibid.*, hlm 340

¹¹⁵ *Ibid.*, hlm. 160

- a. Membandingkan hasil wawancara antar informan;
- b. Membandingkan hasil wawancara dengan dokumen; dan
- c. Melakukan pengamatan langsung.