

PERFORMA STRATEGIS RUMAH BERSALIN CUMA-CUMA (RBC) SINERGI FOUNDATION DALAM MEMBANGUN HABITUS KESEHATAN KAUM DUAFA

Budiman Pohan¹, Hadiyanto Abdul Rachim², Gigin Ginanjar Kamil Basar³

¹Program Magister Sosiologi, Pascasarjana FISIP, Universitas Padjadjaran
budiman18001@mail.unpad.ac.id

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan performa strategis Rumah Bersalin Cuma-Cuma (RBC) Sinergi Foundation Bandung dalam membangun habitus kesehatan kaum duafa. Penelitian ini dilatarbelakangi oleh eksisnya RBC-SF sebagai klinik pratama yang memfasilitasi ibu-ibu kaum duafa selaku member dengan pelayanan kesehatan dan pemberdayaan secara gratis yang bersumber dari dana zakat, infak, sedekah, dan wakaf produktif. Metode penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dan berfokus pada studi kasus, sedangkan informan dipilih secara purposif. Data dihimpun secara paralel melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi. Kemudian data diolah melalui tahapan koleksi, reduksi, visualisasi, verifikasi, dan konklusi. Hasil penelitian menunjukkan performa strategis RBC-SF meliputi: 1) penguatan kapasitas biologis ibu dan anak; 2) dukungan pengurusan administrasi kepesertaan dan persalinan; 3) edukasi berkala melalui pengajian dan seminar; 4) peningkatan kapasitas keterampilan dengan pelatihan; dan 5) legitimasi dan apresiasi atas kelulusan dan kesadaran member untuk tetap berpartisipasi dalam program RBC-SF. Implikasi strategis terbangunnya habitus kesehatan, antara lain: 1) terbangunnya jaringan sosial dan kemampuan berwirausaha; 2) pentingnya melibatkan kesadaran spiritual dalam menjalani kehidupan; 3) kultur hidup sehat yang diwariskan secara genealogis; dan 4) pentingnya partisipasi wanita dalam menghabitiasi kesehatan keluarga.

Kata Kunci: Strategi dalam Praktik Sosial, Habitus Kesehatan, Sosiologi Kesehatan

ABSTRACT

This study aims to describe the strategic performance of the Rumah Bersalin Cuma-Cuma (RBC) Sinergi Foundation Bandung in building a habitus of health for the dhuafa. This research is motivated by the existence of RBC-SF as a primary clinic that facilitates women of the dhuafa as members with free health and empowerment services sourced from zakat, infaq, alms, and productive waqf funds. The research method used a qualitative approach and focused on case studies, while informants were selected purposively. Data are collected in parallel through observation, interviews, and documentation. Then the data is processed through the stages of collection, reduction, visualization, verification, and conclusion. The results showed that the strategic performance of RBC-SF includes: 1) strengthening the biological capacity of mothers and children; 2) participation and delivery administration support; 3) regular education through recitation and seminars; 4) capacity building of skills through training; and 5) legitimacy and appreciation for graduation and awareness of members to continue participating in the RBC-SF program. The strategic implications of developing habitus of health, include: 1) building social networks and entrepreneurial skills; 2) the importance of involving spiritual awareness in living life; 3) healthy living culture which is passed down genealogically; and 4) the importance of women's participation in habituating family health.

Keywords: Strategy in Social Practice, Habitus of Health, Sociology of Health

² Program Studi Sosiologi, FISIP, Universitas Padjadjaran
hadiyantoarachim@unpad.ac.id

³ Program Studi Kesejahteraan Sosial, FISIP, Universitas Padjadjaran
gigin@unpad.ac.id

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan maternal merupakan proyek yang digagas untuk mensejahterahkan kesehatan ibu dan anak dengan mekanisme sistem disposisi yang dikenal sebagai habitus. Habitus merupakan produk praktik yang menginternalisasi suatu kebiasaan secara terorganisir (Yuliantoro, 2016). Sebagaimana dengan pembangunan kesehatan maternal yang dikreasikan secara sistematis, regulatif, dan implementatif bagi masyarakat. Akan tetapi, proyek ini belum usai, dibuktikan dari tingginya kematian ibu baik di tingkat global maupun regional. WHO (2014) mencatat bahwa penurunan angka kematian maternal sebesar 45% masih belum memuaskan dari sisi MDGs dengan target semula 75%. Secara kumulatif, faktor kematian relatif didominasi oleh persoalan penanganan teknis medis, minimnya partisipasi preventif kehamilan, serta fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit dan terbatas (Achadi, 2019). Di Indonesia, sepanjang tahun 2010-2015, penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 305/100.000 dari target 70/100.000, sedangkan Angka Kematian Neonatal (AKN) turun sebesar 13/1.000 dari sebelumnya 15/1.000 (Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional RI, 2010; Permenkes RI, 2016).

Upaya penurunan angka kematian sesungguhnya telah dijawab pemerintah pusat dan daerah melalui koordinasi dan mobilisasi proaktif di bidang kesehatan (Dwicaksono & Setiawan, 2013). Hal ini bisa dilacak melalui pembentukan regulasi dan praktisnya sejak tahun 1990-2012 yang disusun pada tabel berikut.

Tabel 1. Road Map Pembangunan Maternal di Indonesia

Program	Penjelasan
Kebijakan Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Medis (1990-1996)	Suatu regulasi yang mengonfigurasi urgensi pengembangan kapasitas tenaga medis di desa dengan mengasah teknis pengambilan keputusan atas pertolongan pertama, akses fasilitas pelayanan, dan pertolongan darurat.
<i>Safe Motherhood Initiative</i> (1987)	Program inisiatif pemerintah yang berfokus pada pengembangan kapasitas sang ibu, melalui agenda KB, pelayanan antenatal, persalinan aman, dan pelayanan obsetri dasar.
Gerakan Sayang Ibu (GSI) (1996)	Suatu program berbasis aksi dengan membekali aparatur medis di desa sejumlah protokol, fasilitas, dan <i>jobdesk</i> yang terperinci untuk mempermudah akses pelayanan kesehatan masyarakat.
<i>Making Pregnancy Safer</i> (2000)	Suatu program proteksi persalinan berupa peningkatan mutu fasilitas puskesmas dan rumah sakit dengan pelayanan bertaraf neonatal dasar hingga komprehensif.
Perencanaan dan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (2009)	Upaya preventif dalam rangka mengantisipasi komplikasi persalinan berupa pemberian tanda dan pencatatan kebutuhan persalinan.

Program	Penjelasan
Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) (2010)	Monitoring dan evaluasi pelayanan kehamilan dan persalinan untuk memantau progres penurunan angka kematian maternal berbasis wilayah.
<i>Expanding Maternal and Neonatal Survival</i> (EMAS) (2012)	Program intensif dalam menurunkan angka kematian maternal dan neonatal dengan berfokus pada enam wilayah provinsi di Indonesia dengan persentase kematian 52,6%.

Sumber: Saifuddin (2001); Widyowati (2006); Depkes RI (2000/2004,/2009); Permenkes RI (2016)

Saat ini, implementai kontinum dilanjutkan melalui Permenkes RI Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, turut tertuang di dalam RPJMN 2015-2019 yang menunjukkan penurunan AKN menjadi 19/1.000 kelahiran selama 5 tahun, AKPN menjadi 13/1.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB menjadi 40/1.000. Akumulasi pencapaian dan rentetan program yang telah dieksekusi belum mentorehkan hasil yang optimal. Hal ini disebabkan oleh minimnya kalkulasi-kalkulasi non-teknis yang menghambat kinerja teknis medis, seperti faktor aksesibilitas, edukasi, dan finansial terhadap fasilitas dan pelayanan kesehatan (Margawati, 2008; BPS, 2018). Mereka yang terdampak akan kendala tersebut dikenal sebagai duaafa. Kaum duaafa adalah pihak dengan otoritas kepemilikan aset, properti, dan profesi yang lemah bahkan tergolong fakir dan miskin (Sanusi, 1999). Secara ekonomis, BPS (2020) mendeskripsikan kaum duaafa sebagai golongan berpenghasilan 454.652/kapita/bulan ke bawah. Sedangkan di dalam teks-teks skriptualis, kaum duaafa memiliki arti yang luas, berupa golongan yang lemah secara fisik, psikis, dan ekonomis (Departemen Agama RI, 2007; Farhan, 2015).

Pada konteks kesehatan ibu dan anak, kaum duaafa hanya bisa pasrah akibat minimnya sumber dana. Meskipun telah diklaim oleh BPJS Kesehatan dengan pelayanan *antenatal care*, *postnatal care*, dan keringanan biaya, namun pemanfaatannya terbatas sebanyak empat kali di tingkat pertama (BPJS Kesehatan, 2017). Pada akhirnya, kaum duaafa akan terstigmatisasi untuk tidak berobat ke rumah sakit dan beralih ke bidan yang kurang berkualifikasi (Adjei, 2014; Virahayu et al, 2018). Langkah alternatif semacam ini berisiko terhadap kesehatan ibu beserta kandungannya. Oleh sebab itu, kaum duaafa perlu didukung oleh kedermawanan sosial melalui donasi rutin seperti zakat, infak, sedekah, dan wakaf produktif.

Zakat merupakan ekstraksi sebagian harta untuk mendukung kebutuhan mustahik (Amalia, 2010). Infak dan sedekah merupakan suatu pemberian secara ikhlas, namun infak berbentuk material sedangkan sedekah dapat berbentuk imaterial (Qardhawi, 1973; FOZ, 2012). Wakaf produktif merupakan pewarisan aset berharga yang dapat dikelola demi kemaslahatan

masyarakat di berbagai sektor (Pusat Pengkajian dan Pengembangan Ekonomi Islam, 2014). Distribusi dana wakaf dapat digunakan untuk kebutuhan barang dan jasa, pemberdayaan, infrastruktur, serta kegiatan operasional lainnya (Kahf, 1999; Powell, 2009; Alaydrus & Widiastuti, 2017). Umumnya, dana-dana karitas tersebut dikelola oleh lembaga amil zakat karena cenderung partisipatif, kredibel, dan berkualitas (Pitchay et al, 2018; Fadillah, 2015), terlebih memenuhi standarisasi BAZNAS (FOZ, 2012). Salah satu fokus utama pengelolaan dan distribusi ZIS dan wakaf produktif dengan membentuk klinik kesehatan (Latief, 2010).

Salah satu lembaga amil zakat yang bergerak di bidang kesehatan maternal adalah Sinergi Foundation Bandung melalui program unggulannya bernama Rumah Bersalin Cuma-Cuma. RBC-SF memberikan secara penuh fasilitas dan pelayanan kesehatan serta pemberdayaan bagi ibu-ibu kaum duafa yang telah memenuhi tahapan rekomendasi, prasyarat administratif, survei, dan wawancara untuk menjadi member.

Setiap dana karitas yang diperoleh akan dikonversi dan didistribusikan untuk keperluan biaya persalinan, makanan, perlengkapan medis, aktivitas pemberdayaan, dan biaya operasional struktural dan monitoring member. Untuk itulah, RBC-SF mengaplikasikan sejumlah kalkulasi-kalkulasi strategis dalam praktik sosial untuk menghabituisasi kesehatan member. Praktik sosial menggambarkan perpaduan integral antara struktur dan agen secara dialektis dengan memanfaatkan konsep habitus, modal, dan arena (Adib, 2010). RBC-SF sebagai elemen struktural berkontribusi dalam menstrukturkan habitus kesehatan member selaku agen, begitu pula dengan agen diharapkan mampu mengkreasikan kontinuitas praktis dengan mendisposisikan habitus kesehatan yang dikehendaki. Hasil dari kalkulasi strategis RBC-SF diidentifikasi melalui dimensi sosiologi kesehatan yang mumpuni dalam memvisualisasikan kausalitas kesehatan dan penyakit serta mengkorelasikannya dengan aspek sosial-ekonomi, agama, budaya, dan gender (Cockerham, 2003; Supardan; 2009).

Kajian pembangunan kesehatan maternal berbasis penelitian terdahulu menitikberatkan pada penuntasan berskala makroskopis, politis, dan teknis medis. Shiffman (2007) memandang bahwa strategi intervensi prioritas politik menjadi urgen dilakukan untuk mendefisitkan kematian ibu dengan berkaca pada 5 (lima) negara berkembang, yakni Guatemala, Honduras, India, Indonesia, dan Nigeria. Fokus prioritas politik ada pada sinkronisasi kebijakan lembaga internasional, suplai sumber daya finansial yang memadai, partisipasi tokoh politik dalam mempromosikan kebijakan kesehatan, keterlibatan komunitas kesehatan, keakuratan data, dan alternatif kebijakan yang segera diorganisasikan secara efektif. Prata et al (2010) turut berpendapat bahwa komitmen organisasi politik antarlevel perlu ditingkatkan, kalkulasi

investasi dan pembiayaan kesehatan yang presisi, partisipasi lembaga kesehatan dari tingkat atas hingga bawah, dan peningkatan sistem manajemen informasi kesehatan adalah pilihan strategis yang layak untuk diimplementasikan.

Arendt, Singh, dan Campbell (2018) dengan kasus stunting di Sub-Sahara Afrika berpendapat perlunya strategi prioritas perawatan kesehatan ibu dengan merealisasikan kebijakan, promosi, dan suplai gizi bagi wanita muda. Goldenberg dan McClure (2015) berfokus pada strategi multiintervensi medis dengan mengantisipasi gangguan selama persalinan serta membentuk akses cepat intervensi penanganan keselamatan jiwa ibu berbasis rumah sakit. Adapun Iriye et al (2015) berpendapat perlunya penyelenggaraan lokakarya yang melibatkan kalangan organisator, dokter, dan peneliti untuk merumuskan kerangka kerja yang valid, transparan, dan akuntabel dalam rangka meningkatkan kualitas program kebidanan. Oleh karena itu, kooperasi kemitraan diperlukan untuk mempermudah pembiayaan, konektivitas, dan kontinuitas keperawatan, serta pembentukan gugus komite yang mengevaluasi dan merekomendasikan perbaikan terhadap sistem keperawatan.

Andriani, Edison, dan Gracediani (2014) berpendapat bahwa strategi pelayanan ibu hamil K4 (P4K) yang memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) perlu dievaluasi, terutama di tingkat puskesmas dengan cara melakukan supervisi fasilitas, koordinasi, dan laporan berkala terkait dengan kegiatan ibu hamil. Sedangkan Sumarmi (2017) menambahkan bahwa program pembangunan kesehatan yang selama ini diimplementasikan belum memenuhi indikator MDGs. Faktor kematian ibu begitu kompleks, sehingga tidak cukup dengan pendekatan teknis-medis. Oleh karena itu, diperlukan strategi model sosio-ekologi perilaku kesehatan berbasis pelayanan keberlanjutan yang terintegrasi ke berbagai sektor. Sebagaimana penelitian Nastia, Rachim, dan Irfan (2014) dengan strategi intervensi korporasi melalui pemanfaatan dana CSR ke sektor pendidikan, fasilitas, dan perbaikan gizi bagi kesehatan ibu dan anak.

Paparan penelitian sebelumnya mencatatkan bahwa konfigurasi pembangunan kesehatan maternal didominasi oleh regulasi dan implementasi lembaga pemerintah, rumah sakit, dan pihak swasta yang berkualifikasi. Peningkatan mutu pelayanan dan teknologi sedikit berdampak pada turunnya AKI. Hanya saja, fasilitas dan pelayanan kesehatan cenderung berfokus pada aspek kuratif, namun masih belum memadai untuk membangun kontinuitas kesehatan yang stabil bagi ibu di level promotif dan preventif. Meskipun dalam beberapa kasus pemerintah, lembaga kesehatan, dan swasta berupaya memfasilitasi kesehatan masyarakat di tingkat mikroskopis, nyatanya belum menunjukkan hasil yang memuaskan.

Hal ini dikarenakan konfigurasi pembangunan kesehatan maternal begitu rigid dan sulit beradaptasi terhadap kendala-kendala non-teknis yang begitu kompleks. Belum lagi akses terbatas dialami oleh mereka yang berstatus duafa. Padahal, klimaks dari tercapainya kesehatan ibu adalah dengan terintegrasinya pengetahuan, pengalaman, dan tindakan kesehatan dalam kehidupan sosialnya. Kesehatan tidak hanya sekedar difasilitasi tetapi turut diinternalisasi dan menjadi habitus. Karena habitus merupakan refleksi agen yang memengaruhi pola berpikir dan bertindak dalam menghadapi dunia sosial (Jenkins, 2016). Peneliti menekankan pentingnya habitus kesehatan sebagai reflektivitas bagi para agen untuk memahami dan mengamalkan aktivitas sosialnya guna mendukung kesehatan diri dan keluarganya secara simultan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan performa strategis RBC-SF dan implikasinya dalam membangun habitus kesehatan kaum duafa. Keterbaruan penelitian ini terletak pada pendekatan sosiologis sebagai pusat analisis dalam mengidentifikasi proses sosial suatu struktur berbasis karitas dalam memfasilitasi, melayani, dan memberdayakan agen bernama ibu-ibu kaum duafa. Di sisi lain, dukungan sosiologi kesehatan berfungsi untuk mengidentifikasi implikasi-implikasi multidimensi dari proses dialektis antara RBC-SF dengan member.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan lingkup studi kasus untuk mengetahui bagaimana performa strategis RBC-SF dalam membangun habitus kesehatan para anggotanya. Penelitian ini berlokasi di klinik pratama RBC-SF Jl. Holis No. 448-A Caringin Kec. Bandung Kulon Kota Bandung, Jawa Barat 40212. Teknis penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2020 sampai November 2020 yang diawali dengan survei lokasi penelitian, observasi, wawancara, dan dokumentasi. Data primer berupa hasil wawancara dan observasi terkait fasilitas, praktik pelayanan kesehatan, dan pemberdayaan di RBC-SF. Sedangkan data sekunder berupa dokumen literatur, informasi profil di situs resmi, dan publikasi-publikasi kegiatan yang tersebar di media sosial resmi RBC-SF maupun media arus utama yang memberitakan. Penentuan kriteria informan dipilih secara purposif meliputi 1 manajer operasional, 1 bidan/aparatur medis, serta 3 member baru dan 4 member lama RBC-SF. Data diolah melalui tahapan interaktif Miles dan Huberman sebagaimana dikutip Hendriansyah (2010) melalui alur koleksi, reduksi, eksposisi, verifikasi, dan konklusi. Keabsahan data penelitian divalidasi melalui teknik triangulasi data yang dikolektifkan dari beragam sumber. Prosesnya dengan menginterseksikan temuan di lapangan, hasil wawancara, dokumentasi literatur, dan publikasi massa.

KERANGKA TEORI/KONSEP

Skema Praktik Sosial

Praktik sosial merupakan teorisasi yang berfokus pada kinerja perubahan dan sistem sosial dan relasinya dengan kausalitas agen dalam beraksi (Sovacool & Hess, 2017; Shove et al, 2012). Praktik sosial mulai populer di kalangan sosiolog kontemporer sejak munculnya minat pengintegrasian level makro-mikro atau struktur-agensi. Sintesa ini paralel dengan urgensi pembahasan modernitas dan postmodernitas sekitar abad ke-21 (Ritzer, 2012). Meski demikian, dua level analisis ini memiliki karakteristik yang unik, yaitu: 1) mikro menitikberatkan pada aktor sebagai subjek dan objek struktural, sedangkan agen adalah representasi struktur mikro yang beroperasi dalam kerangka interaksional; dan 2) mikro memandang aktor sebagai entitas yang inovatif, sedangkan agen adalah entitas yang terbentuk secara natural (Ritzer, 2012).

Sederhananya, praktik sosial adalah usaha konkret sosiolog untuk mengidentifikasi praktik perilaku manusia yang dirutinisasi oleh pilihan subjektif maupun sistem sosial sehingga menghasilkan tindakan berpola (Ritzer, 2012). Beberapa tokoh yang memfokuskan karyanya pada teori praktik sosial dengan segala karakteristiknya, antara lain: 1) Garfinkel, dengan etnometodologi, mendeskripsikan praktik individual di lingkup relasi sosial maupun institusional; 2) Giddens dengan strukturasi, memandang dualitas struktur dan agen bersifat konstruktif dalam merutinisasi praktik; 3) Archer dengan morfologinya yang memandang pengondisian struktur dan agen melalui praktik sosiokultural hingga mengarah pada elaborasi kultural; 4) Habermas dengan modernitasnya, bahwa praktik bersumber dari tindakan komunikatif yang disistematisasi untuk memahami sistem dan hermeneutika; 5) Bourdieu dengan strukturalisme genetisnya yang berfokus pada proses dialektis struktur dan agen berdasarkan pengondisian habitus, modal, dan arena; dan 6) Foucault dengan wacana kritisnya yang sarat akan praktik kekuasaan struktur terhadap agen yang diasumsikan sebagai kontrol tubuh sosial (Eriyanto, 2001; Adib, 2012; Ritzer, 2012).

Kendati teoritisi praktik sosial memiliki keunikan yang khas, namun peneliti berfokus pada analisis praktik sosial Bourdieu dengan asumsi latar teoritisi yang komplis serta kompleksitas perangkat konseptualnya yang memadai dalam menguraikan kondisi struktur dan agen. Kekhasan praktik sosial bagi Bourdieu terletak pada kestabilan relasional struktur dan agen dalam mereproduksi struktur sosial, relasi sosial yang berstrata secara alamiah sehingga membentuk kondisi distingtif (Ritzer, 2012; Bourdieu, 2016c). Subjektivisme sebagai elemen imanen dan objektivisme sebagai elemen struktural yang mengobjektivasi praktik individu bersatu-padu sehingga membentuk strukturalisme genetis sebagai konsep yang mengintegrasikan struktur sosial, struktur mental, dan struktur biologis dalam menganalisis

kekhasan masyarakat (Bourdieu, 2016c; Haryatmoko, 2016). Strukturalisme genetis diderivasikan ke dalam seperangkat konseptual bernama habitus, modal, dan arena yang berfungsi mendeskripsikan kondisi faktual praktik sosial.

Habitus berakar dari istilah *hexis* yaitu kondisi atau penampilan habitual. Intervensi teoritis terdahulu memaknainya sebagai kekhasan kondisional yang didesain secara sistematis. Habitus berada di internal aktor, diproduksi melalui kondisi interaksi dan praksis dalam mendefinisikan bahasa, rasa, dan pengalaman (Jenkins, 2016). Habitus memiliki karakteristik yang unik, antara lain: 1) bersumber dari histori praktis; 2) melangsungkan reproduksi sosial; 3) antarentitas saling menstrukturkan atau destrukturkan; 4) bersifat transformatif; 5) adaptif; 6) mengonstruksi visi berbasis kesadaran dan keahlian yang spesifik (Reay, 2004). Kondisi yang dihasilkan habitus dapat sesuai, berbeda, atau bahkan merugikan berdasarkan pertimbangan praktis yang sangat logis (Ritzer, 2012). Eksistensi habitus tidak terlepas dari sumber daya yang mendeterminasi posisi agen yang dikenal dengan modal.

Modal adalah kulminasi sumber daya agen yang dapat ditransformasikan dalam berbagai aktivitas untuk meraih visi dan posisi sosial (Bourdieu, 1979a; Martono, 2018). Modal terbagi menjadi beberapa kategori, antara lain: 1) modal ekonomi sebagai sumber daya berbasis material yang dimanfaatkan untuk visi ekonomis (Bonnewitz, 1998); 2) modal sosial yang memposisikan sumber daya sebagai jaringan sosial dalam membangun relasi dan kolektivitas; 3) modal kultural berupa sumber daya yang berbentuk kompetensi dan diinstitutionalisasi oleh individu dan kelompok (Martono, 2018); dan 4) modal simbolis sebagai sumber daya krusial yang mendeterminasi pengetahuan dan kebenaran sehingga membentuk praktik yang direproduksi berdasarkan kondisi masyarakat (Haryatmoko, 2016). Kepemilikan modal yang bervariasi akan membentuk kelas-kelas yang diferensial, seperti: 1) kelas dominan dengan surplus sumber daya dan determinasi; 2) kelas borjuasi kecil dengan stok sumber daya menengah dan peluang mobilitas yang tinggi, dan 3) kelas populer yang mengalami dominasi kelas (Martono, 2018).

Dominasi kelas pada akhirnya akan melahirkan kekerasan simbolik yang dimaknai sebagai upaya mencederai kemampuan aktor melalui perangkat modal simbolis sehingga pihak yang lemah akan destrukturkan oleh kelas dominan (Fashri, 2014). Kekerasan simbolik didistribusikan dalam format pikiran, hermeneutika, dan bentuk simbolisasi lainnya. Uniknya, kekerasan simbolik beroperasi pada sensasi eufemistik dan dilatensi, sehingga tanpa disadari telah diinternalisasi oleh aktor sejak lama (Martono, 2018). Oportunitas setiap kelas untuk melakukan mobilisasi sosial mendorong Bourdieu memperkenalkan istilah trajektori. Konsep ini berfokus mengidentifikasi dinamika dan reproduksi kelas yang menghasilkan kelas-kelas yang membentuk fraksi dominan

dan terdominasi. Tujuannya untuk meradikalisasi gerakan kelas dominan baru melalui pengorganisasian modal dan strategi. Sehingga, kelas dominan lama dapat merekonfigurasi dan memproteksi modal yang ada. Dengan demikian, kontinum distringsi antarkelas dan fraksi kelas tetap berlangsung (Harker, Mahar, & Wilkes, 2009; Haryatmoko, 2016). Pemetaan kelas-kelas tersebut berlangsung dalam arena tempat agen dan struktur berada. Arena sebagai ruang sosial yang mengonstruksi posisi-posisi objektif dalam dunia sosial serta tempat untuk memperjuangkan dan mempertahankan posisi hierarkis yang telah diraih (Ritzer, 2012).

Konseptualisasi Strategi

Untuk mempertahankan suatu posisi-posisi kelas dalam arena, maka agen perlu mempertaruhkan modal serta mengeksekusinya berdasarkan kalkulasi-kalkulasi strategis. Strategi merupakan pengorganisasian sumber daya dengan mengkalkulasi disposisi habitus dan kendala di arena. Konsep strategi memiliki beberapa karakteristik, antara lain: 1) strategi merupakan akumulasi dari rasionalisasi, kendala, dan visi berjangka; 2) strategi menghasilkan tindakan-tindakan alternatif yang disusun secara rasional; 3) dalam konteks ilmu sosial, strategi bertujuan untuk memenuhi visi kolektif; dan 4) strategi adalah tindakan mutakhir yang kontraproduktif dengan tindakan tradisional (Jenkins, 2016).

Strategi dibentuk untuk mensekuritinsi atau meningkatkan modal di masa depan atau untuk ditransaksikan kembali dengan mengonfigurasi kuantitas modal yang dominan. Strategi dalam makna yang lebih ekspansif diklasifikasikan menjadi 5 (lima) bagian, yaitu: 1) strategi investasi biologis, berfokus pada penguatan regenerasi dengan melakukan limitasi dan proteksi modal; 2) strategi suksesif, berorientasi pada transmisi modal secara hati-hati; 3) strategi edukatif adalah penguatan kompetensi aktor melalui transfer pengetahuan; 4) strategi investasi ekonomis, upaya penguatan modal ekonomi dan sosial melalui transaksi ekonomis maupun psikis; dan 5) strategi investasi simbolis, merupakan bentuk apresiasi terhadap suksesi aktor atas kontribusi tindakan dan aset yang telah diraih (Mutahir, 2011).

Konsep Dimensi Sosiologi Kesehatan

Sosiologi kesehatan adalah ilmu sosiologi yang berfokus memotret realitas dan aktivitas kesehatan dalam masyarakat. Poin penting dari karakteristik sosiologi kesehatan telah banyak dikemukakan oleh para ahli. Sarwono (2017) memandang profesi kedokteran perlu mengkalkulasi intervensi sosiologis dalam praktiknya, Iskandar (2012) mengeneralisasi problem kesehatan masyarakat dengan mengombinasikan konsep sosiologi dan kedokteran. Sedangkan Sudarma (2008) berpendapat bahwa sosiologi kesehatan melibatkan muatan teoritis, metodologis, dan praktis sosiologi terhadap isu-isu kesehatan. Dapat dipahami bahwa sosiologi

kesehatan adalah studi yang menelaah berbagai problem kesehatan masyarakat dalam perspektif sosiologis.

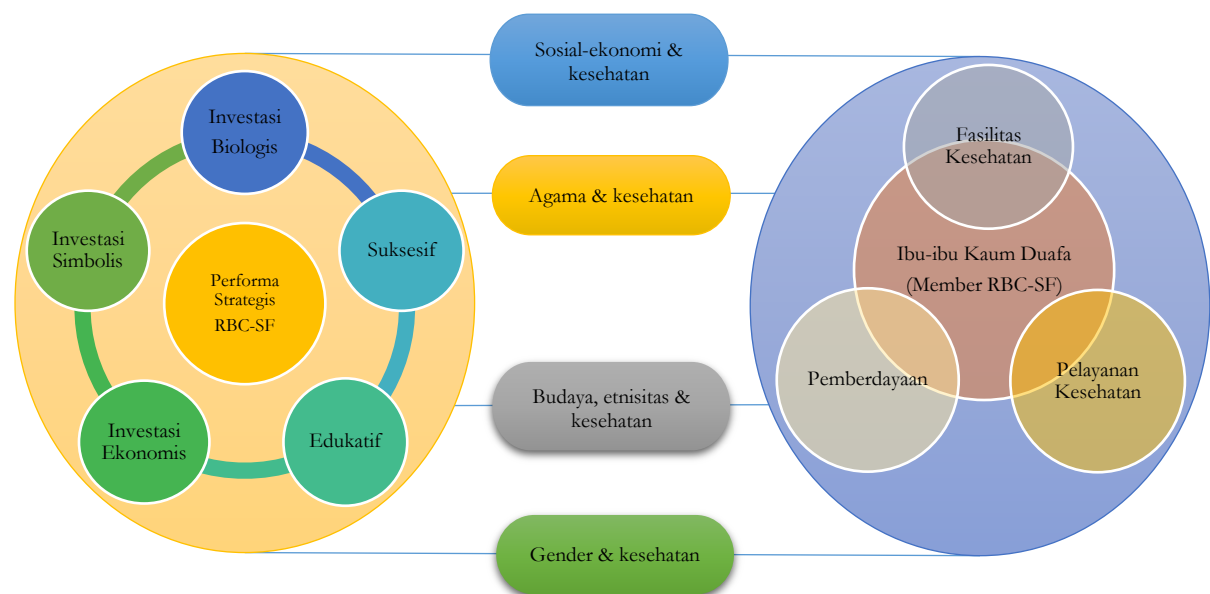
Sosiologi kesehatan yang semula dikenal dengan sosiologi kedokteran/sosiologi medis mendapatkan momentumnya sejak tahun 1894 melalui kajian relasi sosial dalam konteks medis oleh publikasi McIntire (Cockerham, 2003). Olesen dalam Wolinsky (1980) mendetilkannya secara periodik, antara lain: 1) dimulai dari intensnya minat studi medika sosial (1920-1930); 2) tumbuhnya studi epidemiologi sosial (1940-1950); 3) eksisnya para sosiolog di dalam institusi kesehatan; 4) tersedianya pendanaan, riset, dan pelatihan; 5) dibentuknya subdivisi publikasi sosiologi medis (1959); dan 6) intensnya publikasi ilmiah bertemakan sosiologi medis. Twaddle (1987) berpendapat bahwa sosiologi kesehatan hendak menemukan orisinalitasnya dengan terlepas dari belenggu medikalisasi menuju eksplorasi multidimensi terhadap problem kesehatan.

Sosiologi kesehatan melibatkan aspek multidimensi dalam menganalisis kondisi kesehatan masyarakat. Dimensi-dimensi sosiologi kesehatan berfungsi untuk mengkategorisasi kondisi implikatif suatu praktik kesehatan bagi agen, yang terdiri dari aspek ekonomi, religi, kultural, dan gender. *Pertama*, aspek sosial-ekonomi dan kesehatan. Berfokus pada input dan output kontrol kesehatan dengan mengkalkulasi biaya, produksi, dan konsumsi fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk itu, semakin modern suatu organisasi, sumber daya, teknologi, dan instrumen evaluasi, maka semakin efisien dan ekonomis fasilitas dan pelayanan kesehatan yang diperoleh (Rosmalia & Sriani, 2017). Namun, derajat sosial yang berbeda dapat membentuk subordinasi aksesibilitas pelayanan kesehatan, sehingga kelas bawah sulit mendapatkan benefit tersebut (White, 2011). *Kedua*, aspek agama dan kesehatan. Implikasi ini mendorong terpenuhinya kebutuhan spiritual sekaligus memposisikannya sebagai pengobatan profetik yang dimanifestasikan dalam kegiatan sehari-hari. Sehingga, kesejahteraan jasmani dan rohani berjalan harmonis (Rosmalia & Sriatmi, 2017). *Ketiga*, kultur, etnisitas, dan kesehatan. Berfokus pada penguatan kesehatan melalui adaptasi sosial-budaya dalam mengidentifikasi dan menyembuhkan suatu penyakit (Utami & Harahap, 2019). Sedangkan etnisitas penting untuk memposisikan suatu penyakit sebagai produk sosial sehingga menimbulkan distingsi pelayanan kesehatan bagi sebagian pihak (White, 2012). *Keempat*, aspek gender dan kesehatan. Berfokus pada implikasi sosiologi kesehatan sebagai variabel yang mendeterminasi skrining kesehatan bagi perempuan secara proporsional tanpa melibatkan unsur patriarki (White, 2012).

Strategi dalam praktik sosial tidak hanya mengkalkulasi aksi berbasis kendala untuk menghasilkan produk habitus, tetapi perlu mempertaruhkan segenap modalitas untuk

memperbaiki posisi sosial dalam arena. RBC-SF adalah struktur yang berupaya memengaruhi performa kaum duafa dengan mengonfigurasi kapabilitas kesehatan maternal. Kapabilitas kesehatan dikategorisasikan berdasarkan kadar modalitas kaum duafa, meliputi penurunan beban finansial pengecekan dan perawatan kesehatan; kapabilitas sosial berupa pembentukan relasi sosial RBC-SF dan antarmember; kapabilitas kultural berupa disposisi habitus kesehatan melalui pola hidup bersih dan sehat; dan kapabilitas simbolis berupa legitimasi penerima manfaat dana karitas dan apresiasi atas partisipasi dan kontribusi donasi. Perubahan modalitas kaum duafa dipertaruhkan di arena kesehatan berupa praktik habitus kesehatan dalam kehidupan sehari-hari.

Dengan mengombinasikan strategi dalam praktik sosial Bourdieu dan dimensi sosiologi kesehatan, maka dapat dirumuskan model kerangka konseptual berikut ini.



Gambar 1. Model Kerangka Konseptual Penelitian

PEMBAHASAN

Profil Rumah Bersalin Cuma-Cuma (RBC) Sinergi Foundation Bandung

Rumah Bersalin Cuma-Cuma (RBC) merupakan program subdivisi LAZ Sinergi Foundation yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan kesehatan ibu dan anak di kalangan duafa dengan mekanisme pembiayaan ZIS dan wakaf produktif. Program RBC-SF terinspirasi dari dua momentum penting, yakni momen aksidental ketika relawan menangani persalinan seorang mustahik di mushola dan agenda Bebas Bea Bersalin di bulan Ramadhan berupa pemeriksaan kehamilan gratis pada tahun 2003. Pentingnya kontinuitas pelayanan kesehatan ibu dan anak terkhususnya bagi kaum duafa yang tidak memiliki jaminan kesehatan dari pemerintah,

mendorong pihak Sinergi Foundation membentuk klinik Rumah Bersalin Cuma-Cuma (RBC) di atas tanah wakaf pada tahun 2004.

Kini, klinik RBC-SF berada di dua lokasi dalam rangka memperluas jangkauan jaringan pelayanan dan beroperasi selama 24 jam. RBC-SF Holis beralamat di Jl. Holis No. 448-A Caringin Bandung Kulon Kota Bandung Jawa Barat, 40212. Sedangkan RBC-SF Katapang berada di Km 11 No. 117 Jl. Terusan Kopo Pangauban Katapang Bandung, Jawa Barat 40921. Sejak berdirinya RBC-SF hingga sekarang, sekitar 200 ribu kasus kesehatan telah terlayani. RBC-SF memiliki visi sebagai rumah bersalin khusus bagi duafa dengan pengelolaan secara profesional maksimal, dengan misi peningkatan harkat sosial, rujukan pelayanan kesehatan, optimalisasi dana sosial, dan fasilitator.

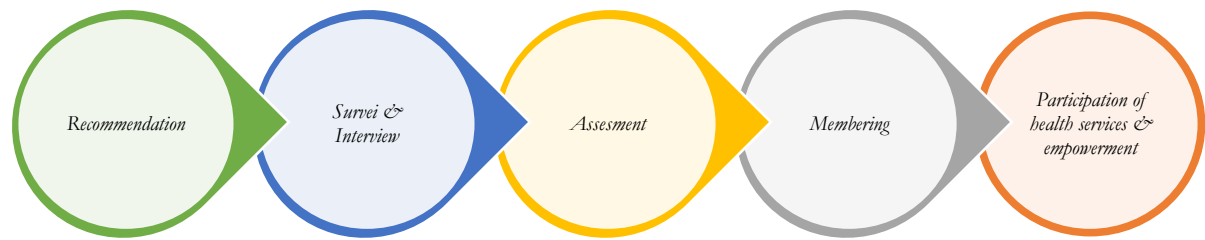
Untuk memperkuat legalitasnya, RBC-SF melakukan percepatan pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan Permenkes RI Nomor 39 Tahun 2016 tentang Klinik untuk menjadikan RBC-SF sebagai klinik pratama yang memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4. Keunikan lainnya, RBC-SF turut menyelenggarakan program pemberdayaan untuk memaksimalkan kapasitas dan kapabilitas member sebagai langkah *continuum care*. RBC-SF memiliki komposisi struktural yang mengoperasionalkan aktivitas kesehatan dan pemberdayaan, jajaran direksi tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2. Jajaran Direksi RBC-SF

Posisi	Nama
CEO	dr. Erni
HRD/SPI	Husen
Manajer Operasional	dr. Dewi
Administrasi & Keuangan	Merli
Komite Medik	Fenny

Sumber: Laman Resmi RBC-SF

Sebagai program yang dikanalisasi oleh LAZ Sinergi Foundation, maka operasionalisasi program ini 90% bersumber dari dana zakat, sisanya dari infak, sedekah, dan wakaf. Oleh karena itu, target penerima layanan kesehatan dan pemberdayaan diprioritaskan kepada mustahik (8 asnaf) yang tergolong sebagai duafa. Agar memperoleh fasilitas dan pelayanan kesehatan serta mengikuti program pemberdayaan, maka terlebih dahulu para duafa harus menjadi member RBC-SF, tahapan rekrutmen member dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 2. Alur Penerimaan Member RBC-SF

Pertama, rekomendasi. Umumnya tahapan ini diseminasikan oleh member lama yang merupakan kerabat maupun tetangga kepada duafa agar mendaftarkan diri menjadi member baru di RBC-SF. Di sisi lain, kaum duafa secara mandiri dapat mencari informasi mengenai RBC-SF dan langsung mendaftarkan diri serta melengkapi persyaratan administrasi, seperti KTP, KK, psa foto, dan surat keterangan kurang mampu. *Kedua*, survei dan wawancara. Setiap calon member RBC-SF yang telah mendaftar, maka tim RBC-SF akan mengutus tim survei untuk memastikan validitas data pendaftar dan mewawancarai keluarga calon member. *Ketiga*, asesmen. Proses ini untuk mengevaluasi data yang diperoleh dari persyaratan administrasi, survei, dan wawancara untuk menentukan kelayakan ibu dari golongan duafa sebagai member. *Keempat*, keanggotaan. Apabila sinkronisasi dan evaluasi data yang diperoleh relevan dengan standar RBC-SF, maka seorang ibu dari golongan duafa ditetapkan sebagai member. *Kelima*, partisipasi pelayanan kesehatan dan pemberdayaan. Member di RBC-SF berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan program pemberdayaan secara gratis selama setahun.

Performa Strategis Rumah Bersalin Cuma-Cuma (RBC) Sinergi Foundation Bandung

Strategi dipahami sebagai orientasi spesifik dari praktik yang diproduksi melalui disposisi imanen tergantung pada posisi maupun problem yang dihadapi oleh agen (Bourdieu, 1993). Pada penelitian ini, RBC-SF menyadari bahwa kaum duafa dihadapkan pada krisis kesehatan maternal dikarenakan minimnya peluang mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak. Kaum duafa pantas dikategorikan sebagai kelas populer atas subordinasi kesehatan masyarakat yang dialami sebagai suatu fenomena alamiah. Tidak hanya itu, disposisi habitus kesehatan minim terjadi karena terputusnya suplai pengetahuan yang banyak diperoleh di arena kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit. Oleh karena itu, RBC-SF memfokuskan peranannya untuk membangun habitus kesehatan kaum duafa melalui disposisi habitus pengetahuan dan pengalaman kesehatan dengan penguatan modal berbasis *continuum care*. RBC-SF mendesain suatu strategi yang mengonfigurasi modal kaum duafa di bidang kesehatan dengan terlibat dalam pelayanan kesehatan dan pemberdayaan tanpa kendala biaya. Diharapkan, modal kaum duafa dapat terjaga atau bahkan meningkat dengan melangsungkan praktik kesehatan secara mandiri.

Merujuk pada konsepsi Bourdieu, ada 5 (lima) strategi yang dapat dieksekusi, yakni strategi investasi biologis, suksesif, edukatif, investasi ekonomis, dan simbolis.

Pertama, strategi investasi biologis. Strategi ini menitikberatkan pada konfigurasi biologis ibu hamil melalui pelayanan pra dan pasca persalinan. Berstatus sebagai klinik pratama di tahun 2018, RBC-SF telah memenuhi fasilitas Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Cakupan Ibu Hamil K4 sebagaimana amanat Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik. Adapun fasilitas dan pelayanan kesehatan yang didapatkan member antara lain poli kebidanan, poli umum, imunisasi anak, akses pelayanan kesehatan 24 jam, kegawat daruratan, perawatan pasca melahirkan, penyuluhan kesehatan, dan senam hamil. Seluruh fasilitas dan pelayanan kesehatan diberikan gratis kepada member.

Kedua, strategi suksesif. Strategi ini berfokus pada distribusi modal secara generatif dengan meminimalisasi kendala disposisi. Bagian penting dari strategi ini adalah bantuan RBC-SF dalam menentukan member secara selektif berdasarkan kriteria 8 asnaf. Kendati demikian, pelayanan kesehatan di RBC-SF terbatas terutama pada kasus kehamilan abnormal yang harus ditangani oleh klinik bertipe utama. Untuk mempermudah jalur birokrasi medis, RBC-SF bekerja sama dengan rumah sakit pemerintah daerah agar para member dengan kasus tertentu dapat dirujuk dan diberi keringanan biaya. RBC-SF turut mengadvokasi pengurusan administrasi para member yang akan dirujuk ke rumah sakit. Di lingkungan sosial, RBC-SF menyelenggarakan *Antenatal Care Mobile* (RBC Sapa Warga) berupa sosialisasi dan pengecekan kesehatan gratis dengan turun langsung ke lokasi yang telah ditentukan. Dengan demikian, strategi suksesif lebih menekankan pada alternatif tindakan yang mengatasi kendala member untuk mempersiapkan pengetahuan dan pengalaman kesehatan yang dapat diwariskan kepada keturunannya.

Ketiga, strategi edukatif. Strategi ini berfokus pada penguatan kapasitas pengetahuan agen melalui pendidikan kesehatan. RBC-SF didesain tidak hanya menguatkan kemampuan fisik dan psikis member, tetapi turut menyuplai pengetahuan tentang praktik pra dan pasca persalinan. Strategi ini direalisasikan dalam bentuk pengajian dengan menyuplai pengetahuan keagamaan dan memperkuat spiritualitas member untuk terus beribadah dan berikhtiar kepada Yang Maha Kuasa. Format pengajian kini dilakukan secara tatap muka maupun sebaliknya, terlebih di tengah pandemi Covid-19 yang mendorong pihak RBC-SF memanfaatkan platform digital seperti grup WhatsApp dan YouTube. RBC-SF juga menyelenggarakan seminar dengan tujuan menginformasikan isu-isu kesehatan dan keagamaan baik offline maupun online. Baik pengajian maupun seminar, RBC-SF berkolaborasi dengan pemerintah daerah, kampus, asosiasi, organisasi, komunitas, dan profesional untuk dipilih menjadi pemateri.

Keempat, strategi investasi ekonomis. Strategi ini berfokus pada penguatan kapabilitas operasional dan fungsional RBC-SF dalam aspek ekonomis. Di internal, RBC-SF melakukan sejumlah *fundraising* dana karitas dengan memanfaatkan platform digital, website, membuka stan, dan pendataan donatur untuk memperkuat basis data dan menambah input donatur baru. Sehingga, kans suplai donasi yang diterima dapat ditingkatkan. RBC-SF juga berencana membentuk program pengecekan kesehatan *on the spot* berbayar bagi masyarakat luas yang hasilnya akan dimanfaatkan untuk kepentingan member. Proyek ini dapat berjalan jika Rumah Sakit Wakaf Ibu dan Anak (RSWIA) telah beroperasi sebagai pusat kesehatan member. RBC-SF kadangkala menerima infak berupa makanan dan perlengkapan bayi dari para donatur yang sesegera mungkin disalurkan ke para member. Di eksternal RBC-SF, kapabilitas para member ditingkatkan dengan mengikuti sejumlah pelatihan seperti menjahit, budidaya ikan lele, dan memasak yang bermanfaat sebagai sarana membangun kemandirian sosial.

Kelima, strategi investasi simbolis. Strategi ini berfokus pada legitimasi dan apresiasi atas pencapaian RBC-SF maupun para member. Bagi RBC-SF, implementasi pola hidup bersih dan sehat menjadi prasyarat mutlak dalam mewujudkan *continuum care* melalui kemandirian sosial member. Tidak hanya itu, para member dapat berpartisipasi dalam agenda *Sedekah Daily Box*, yakni kemandirian member menyedekahkan sebagian hartanya untuk mendukung operasional RBC-SF.

Praktik sosial sebagai kulminasi dari struktur sosial, mental, dan biologis dimaknai sebagai keterlibatan performa makroskopis dalam memengaruhi kapabilitas mikroskopis. Agen dikondisikan oleh RBC-SF melalui praktis kesehatan dan pemberdayaan. Sedangkan skema praktik sosial yang diproyeksikan berupa intervensi kesehatan kaum duafa berbasis filantropi Islam. Artinya, kebangkitan spiritualitas menjadi prioritas agen untuk membangun habitus kesehatan. Hal ini menjadi pembeda dibandingkan dengan pelayanan kesehatan yang ditangani oleh lembaga medis pada umumnya dengan berfokus pada manajemen dan penanganan medis (Puspitasari, 2009; Prabhaswari, 2012; Andriani et al, 2015).

Implikasi Performa Strategis dalam Membangun Habitus Kesehatan Kaum Duafa

Strategi merupakan produk habitus yang memuat aturan-aturan dan nilai-nilai untuk mencapai target modal simbolis (Bourdieu, 1993b; Bourdieu & Passeron, 1990). Untuk menginternalisasikan praktis dan nilai-nilai kesehatan, diperlukan otentisitas implikatif pasca agen mengikuti sederet agenda strategis di lingkungan struktur kesehatan. Sebagaimana dengan performa strategis yang ditunjukkan oleh RBC-SF dalam membangun habitus kesehatan, diperlukan bukti-bukti implikatif perubahan yang dialami oleh member. Merujuk pada dimensi

sosiologi kesehatan, terdapat 4 (empat) kategori yang berimplikasi terhadap kesehatan, antara lain aspek sosial-ekonomi, agama, budaya-etnisitas, dan gender.

Pertama, aspek sosial-ekonomi dan kesehatan. Implikasi ini begitu dominan dirasakan oleh para member, mereka memperoleh manfaat fasilitas dan pelayanan kesehatan secara gratis, asupan nutrisi tambahan dan pakaian untuk anak. Kadangkala para member memperoleh sembako terlebih di masa pandemi Covid-19. Selain itu, praktis pemberdayaan yang semestinya menguras biaya juga turut diikuti para member tanpa dipungut biaya. Setiap member berkesempatan mengembangkan kapabilitas yang bermanfaat untuk mendukung perekonomian keluarga. Relasi antara RBC-SF dengan member tidaklah dipandang simplistik administratif, melainkan relasi di antara keduanya bersifat ekstra familier. Aparatur medis RBC-SF senantiasa mendampingi progres kesehatan member dengan terus menjalin interaksi baik offline maupun online, dimanapun dan kapanpun dibutuhkan. Implikasi yang dialami oleh member menunjukkan perubahan modal ekonomi berupa minimalisasi beban finansial yang semestinya dapat menguras kas keluarga, kini dapat dimaksimalkan untuk kebutuhan sehari-hari maupun keperluan usaha tanpa khawatir akan biaya kesehatan ibu dan anak. Modal ekonomi yang menguat paralel dengan modal sosial yang menyertainya. Keikutsertaan kaum duafa dalam praktik kesehatan dan pemberdayaan di RBC-SF tidak terlepas dari kontribusi relasional alumni member yang masih memiliki ikatan kekeluargaan. Diseminasi informasi secara interpersonal jelas memudahkan kaum duafa untuk segera mengetahui pamor RBC-SF dan mendaftarkan diri menjadi member.

Kedua, aspek agama dan kesehatan. Di samping terpenuhinya asupan fisik dan psikis, para member juga disuplai dengan siraman rohani baik secara offline maupun online disampaikan oleh cendekiawan muslim yang bekerja sama dengan RBC-SF. Lantunan ayat-ayat suci, pembelajaran akidah-akhlak, fikih pernikahan dan persalinan akan menumbuhkan ketenangan pada member sewaktu bersalin, memperkuat spiritualitas dan menyadarkan pentingnya kualitas ibadah. Memenuhi kebutuhan spiritual member telah menjadi ciri khas dan metode dinamis RBC-SF di bawah naungan lembaga amil zakat yang sarat akan nuansa religiusitas. Fungsionalitas agama tidak hanya menguatkan batin spiritual, tetapi mendeterminasikan habitus kaum duafa bahwa praktik kesehatan paralel dengan praktik ibadah. Dengan demikian, tuntutan dialektis RBC-SF untuk merutinisasi perilaku beragama sebagai suksesi mendisposisi habitus kesehatan. Dalam konteks ini, modal simbolis bertransformasi menjadi modal agama.

Ketiga, aspek budaya, etnisitas, dan kesehatan. Implikasi penting yang dirasakan member terletak pada pentingnya pola hidup bersih dan sehat (PHBS) menjadi adaptasi budaya yang perlu dilestarikan. Kualitas PHBS disorot dari berbagai sektor, seperti pengetahuan kesehatan, sanitasi

lingkungan, fasilitas MCK, dan partisipasi keluarga dalam mendukung kesehatan ibu dan anak. Sedangkan sasaran etnisitas sangat relevan, pasalnya RBC-SF adalah lembaga yang justru memfokuskan target grupnya pada kaum duaafa yang memiliki keterbatasan multidimensi dalam mengakses fasilitas dan pelayanan kesehatan. Berdasarkan pemaparan data tersebut, tantangan terbesar habitus kesehatan adalah mengembangkan modal kultural melalui rutinisasi pola hidup bersih dan sehat. Di internal RBC-SF, praktik PHBS jelas terkontrol sumber daya dan sarana-prasarana yang memadai. Akan tetapi, di eksternal RBC-SF, kontrol tersebut hanya dipraktikkan oleh member. Sedangkan suplai fasilitas belum tentu mutlak terpenuhi. Dengan demikian, habitus kesehatan dalam konteks pengembangan modal kultural mengalami fragmentasi disebabkan kemampuan terbatas agen dalam memenuhi standar pola hidup bersih dan sehat secara parsial.

Keempat, aspek gender dan kesehatan. Nuansa implikatif pada aspek ini turut dialami member yang berstatus sebagai seorang ibu. Determinasi patriarki masih bersemayam di tubuh keluarga. Oleh karena itu, skrining kesehatan yang dilakukan dalam mendeteksi simptom ibu dan bayi bisa saja disebabkan oleh gangguan-gangguan sosial yang ditimbulkan oleh anggota keluarga. Sehingga, gangguan-gangguan sosial seperti PHBS yang belum terlaksana, anggota keluarga pengonsumsi rokok dan berbagai persoalan lainnya dapat diatasi dengan berdiskusi dan menyadarkan anggota keluarga tentang betapa pentingnya lingkungan kondusif bagi kesehatan ibu dan anak. Dengan demikian, RBC-SF memberikan kontribusi dalam memediasikan masalah sosial-kesehatan member dengan keluarga tanpa mendiskreditkan status dan peran masing-masing. Upaya mengarusutamakan peran perempuan dalam mendisposisikan habitus kesehatan di lingkungan keluarga menunjukkan pentingnya modal simbolis. Modal simbolis memuat legitimasi dan apresiasi atas performa agen saat terlibat dalam praktik sosial. Dalam penelitian ini, RBC-SF menyuplai pengetahuan dan pengalaman kesehatan maternal kepada member, kemudian member dapat memanfaatkan modalitasnya untuk mendisposisikan habitus kesehatan kepada anggota keluarganya. Tidak menutup kemungkinan bahwa patriarkal gender masih menggema di tubuh keluarga. Oleh karena itu, RBC-SF memfasilitasi sistem disposisi habitus kesehatan melalui konseling/edukasi agar anggota keluarga member mendukung penuh pemulihan kesehatan ibu dan anak.

Implikasi-implikasi sosiologi kesehatan yang telah dipaparkan apabila berlangsung secara simultan maka dapat membentuk habitus kesehatan kaum duaafa. Habitus kesehatan sebuah konsep yang menekankan pada menguatnya pengetahuan dan pengalaman kesehatan agen melalui praktik sosial kesehatan dan pemberdayaan. Sehingga reproduksi sosial-kesehatan dapat berlangsung di tingkat keluarga. Perubahan pada sisi multidimensi berhubungan dengan kualitas

modal yang dimiliki oleh agen. Modal simbolis berupa kapasitas dan kapabilitas informasi yang praktis sejalan dengan aturan dan nilai-nilai kesehatan menjadi kebenaran dalam meningkatkan kualitas hidup, serta memobilisasi sirkulasi partisipatif dalam menyebarkan kebaikan di arena kesehatan. *Continuum care* berbasis pendidikan, pemberdayaan, praktis kesehatan yang terjangkau, dan aksesibel inilah yang diharapkan dapat diimplementasikan oleh lembaga medis lainnya (Astari et al, 2015; Perbawati, 2013; Saragih, 2015; Sumarmi, 2017).

SIMPULAN

Performa strategis RBC-SF dalam membangun habitus kesehatan kaum duafa dilakukan dengan praktik intervensi kesehatan dan pemberdayaan melalui pelayanan kesehatan maternal secara gratis, monitoring dan advokasi administratif, pengajian, seminar, mobilisasi ANC di lingkungan masyarakat, pemberian donasi dan sembako, kemandirian melestarikan PHBS di lingkungan keluarga, serta partisipasi dalam mensosialisasikan dan mendukung program RBC-SF. Implikasi strategis dalam perspektif sosiologi kesehatan berupa penguatan modalitas member, seperti terbentuknya relasi ekstra familier, peningkatan kesadaran spiritual dan kualitas ibadah, adaptasi-budaya PHBS, dan skrining kesehatan berbasis sosial-saintifik dengan meminimalisasi unsur patriarki. Perubahan kadar modalitas kaum duafa di arena kesehatan yang dikonstruksi oleh RBC-SF saat dan selepas mengikuti praktik kesehatan dan pemberdayaan diharapkan dapat mendisposisikan habitus kesehatan di lingkungan keluarga. Penelitian ini memperlihatkan orientasi sosiologis menjadi titik sentral dalam mengeksplorasi hambatan non-kesehatan yang mendisrupsi kualitas pembangunan kesehatan maternal. Sedangkan pencapaian pembangunan kesehatan maternal secara statistik masih perlu diteliti untuk mengukur efektivitas dari program kesehatan dan pemberdayaan yang dilakukan oleh lembaga amal zakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, Endang L. 2019. "Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia. Rakerkernas 2019", Pp. 1-47. Retrieved June 29, 2020 (<http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/rakerkesnas-2019/>).
- Adib, Mohammad. 2012. "Agen dan Struktur dalam Pandangan Pierre Bourdieu." *BioKultur* 1(2):91–110.
- Alaydrus, Muhammad Zaid and Tika Widiastuti. 2017. "The Effect of Productive Zakah, Infaq, and Shadaqah to the Growth of Micro-Enterprises and Welfare Mustahiq In Pasuruan." *Journal of Islamic Economics Science* 1(1):28–38.
- Andriani, Edison and Lili Gracediani. 2015. "Implementasi Pelayanan Ibu Hamil (K4) Oleh Bidan Berdasarkan SPM Di Puskesmas Silungkang." *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 8(1):27–33.
- Arendt, Esther, Neha S. Singh, and Oona M. R. Campbell. 2018. "Effect of Maternal Height on Caesarean Section and Neonatal Mortality Rates in Sub-Saharan Africa: An Analysis

- of 34 National Datasets.” *PLoS ONE* 13(2):1–15.
- Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional. 2010. *Laporan Perkembangan Pencapaian Millenium Development Goals Indonesia*. Jakarta: Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional.
- Badan Pusat Statistik. 2018. *Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2018*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. 2020. *Berita Resmi Statistik: Profil Kemiskinan di Indonesia Maret 2020*.
- Bonnewitz, Patrice. 1998. *Premieres lecons sur la sociologie de Pierre Bourdieu*. Paris: P.U.F.
- Bourdieu, Pierre. 1979a. *La distinction: Critique sociale du jugement*. Paris: Minuit.
- Bourdieu, Pierre. 1993b. *The Field of Cultural Production: Essays on Art and Literature*. US: Columbia University Press.
- Bourdieu, Pierre. 2016c. *Arena Produksi Kultural: Sebuah Kajian Sosiologi Budaya*. Translated by Yudi Santosa. Yogyakarta: Kreasi Wacana.
- Bourdieu, Pierre and Jean-Claude Passeron. 1990. *Reproduction in Education, Society, and Culture*. Translated by Richard Nice. London: Sage Publications.
- BPJS Kesehatan. 2017. *Panduan Praktis Pelayanan Kebidanan dan Neonatal*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Cockerham, William C. 2003. *Medical Sociology*. 9th Edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Departemen Agama RI. 2007. *Al-Qur'an dan Terjemah*. Bandung: Sygma Examedia Arkanleema.
- Departemen Kesehatan. 2001. Rencana Strategi Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2006, Jakarta.
- Departemen Kesehatan. 2004. Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).
- Departemen Kesehatan. 2009. Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker Dalam Rangka Mempercepat Penurunan AKI.
- Departemen Kesehatan. 2009. Pedoman PWS-KIA Revisi 2009.
- Dwicaksono, Adenantera and Donny Setiawan. 2013. *Monitoring Kebijakan dan Anggaran Komitmen Pemerintah Indonesia dalam Kesehatan Ibu*. Bandung: Perkumpulan Inisiatif.
- Eriyanto. 2001. *Analisis Wacana: Pengantar Analisis Teks Media*. Yogyakarta: Lkis.
- Fadilah, Sri. 2015. “Going Concern: An Implementation in Waqf Institutions (Religious Charitable Endowment).” *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 211:356–363.
- Farhan, Ahmad. 2015. “Al-Qur'an dan Keberpihakan Kepada Kaum Duafa”. *Jurnal Ilmiah Syi'ar* 15(2): 1-16.
- Fashri, Fauzi. 2014. *Pierre Bourdieu Menyingkap Kuasa Simbol*. Yogyakarta: Jalasutra.
- Forum Zakat. 2012. *Cetak Biru Pengembangan Zakat Indonesia 2011-2055: Panduan Masa Depan Zakat Indonesia*. Jakarta: Forum Zakat.
- Goldenberg, Robert L., and Elizabeth M. McClure. 2015. “Maternal, Fetal and Neonatal Mortality: Lessons Learned from Historical Changes in High Income Countries and Their Potential Application to Low-Income Countries.” *Maternal Health, Neonatology and Perinatology* 1(1):1–10.
- Harker, Richard., Cheelen Mahar, and Chris Wilkes (eds.). 2009. *(Habitus x Modal) + Ranah = Praktik: Pengantar Paling Komprehensif kepada Pemikiran Pierre Bourdieu*. Translated by Pipit Maizier. Yogyakarta: Jalasutra.
- Haryatmoko. 2016. *Membongkar Rezim Kepastian: Pemikiran Kritis Post-Strukturalis*. Yogyakarta: Kanisius.
- Iriye, Brian K., Kimberly D. Gregory, George R. Saade, William A. Grobman, and Haywood

- L. Brown. 2017. "Quality Measures in High-Risk Pregnancies: Executive Summary of a Cooperative Workshop of the Society for Maternal-Fetal Medicine, National Institute of Child Health and Human Development, and the American College of Obstetricians and Gynecologists." *The American Journal of Obstetrics & Gynecology* 217(4):B2–B25.
- Iskandar, A. 2012. *Sosiologi Kesehatan (Suatu Telaah Teori dan Empirik)*. Bogor: IPB Press.
- Jenkins, Richard. 2016. *Membaca Pikiran Bourdieu*. Translated by Nurhadi. Yogyakarta: Kreasi Wacana.
- Kahf, Monzer. 1999. "The Performance of the Institution of Zakah in Theory and Practice." Pp. 1–41 in *International Conference on Islamic Economics Towards the 21st Century*. Kuala Lumpur.
- Margawati, Ani. 2012. "Antenatal, Place of Birth and Post-Natal Related to Breastfeeding Practice among Women in Peri-Urban Area, Semarang." *Media Medika Indonesiana* 46(14):6–11.
- Martono, Nanang. 2018. *Kekerasan Simbolik di Sekolah: Sebuah Ide Sosiologi Pendidikan Pierre Bourdieu*. Depok: Rajawali Pers.
- Mutahir, Arizal. 2011. *Intelektual Kolektif Pierre Bourdieu: Sebuah Gerakan untuk Melawan Dominasi*. Yogyakarta: Kreasi Wacana.
- Nastia, Gina Indah P., Hadiyanto Abdul Rachim, and Maulana Irfan. 2014. "Promosi Kesehatan Ibu dan Anak melalui Corporate Social Responsibility (CSR) Bidang Kesehatan Ibu dan Anak." *Share: Social Work Journal* 4(2):111–121.
- Perbawati, Dina. 2013. "Determinan Kematian Maternal Berdasarkan Teori Carthy dan Maine di Kabupaten Jember (Studi Kuantitatif dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Maternal di Kabupaten Jember)." M.Sc. postgraduate thesis, Department of Masters Public Health Sciences, University of Jember, Jember, East Java.
- Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik.
- Permenkes RI Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
- Pitchay, Anwar Allah, Mohamed Asmy Mohd Thas Thaker, Al Amin Mydin, Zubir Azhar, and Abdul Rais Abdul Latiff. 2018. "Cooperative-Waqf Model: A Proposal to Develop Idle Waqf Lands in Malaysia." *ISRA International Journal of Islamic Finance* 10(2):225–236.
- Powell, Russel. 2009. "Zakat: Drawing Insights for Legal Theory and Economic Policy from Islamic Jurisprudence." *University of Pittsburgh Tax Review* 7(43):10–17.
- Prahabsuari, Yhastra Hayu. 2012. "Pengaruh Jaminan Persalinan terhadap Keikutsertaan Keluarga Berencana." B.Sc. undergraduate thesis, Department of Medical Education, University of Diponegoro, Semarang, Central Java.
- Prata, Ndola, Paige Passano, Amita Sreenivas, and Caitlin Elisabeth Gerdt. 2010. "Maternal Mortality in Developing Countries: Challenges in Scaling-up Priority Interventions." *Women's Health* 6(2):311–327.
- Puspitasari, Apriliani Asmara. 2009. "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Preeklamsia pada Ibu Hamil (Studi di RSUP Dr. Kariadi Semarang Tahun 2007)." B.Sc undergraduate thesis, Department of Public Health, University of Semarang, Semarang, Central Java.
- Pusat Pengkajian dan Pengembangan Ekonomi Islam. 2011. *Ekonomi Islam*. Jakarta: Rajawali Press.
- Qardawi, Yusuf. 1973. *Fiqhus-Zakat*. Jakarta: Pustaka Litera Antarmanusia.
- Reay, Diane. 2004. "It's all becoming habitus: beyond the habitual use of habitus in educational research." *British Journal of Sociology of Education* 25(4):431–444.

- Ritzer, George. 2012. *Teori Sosiologi: Dari Sosiologi Klasik Sampai Perkembangan Terakhir Postmodern*. Translated by Saut Pasaribu et al. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rosmalia, Dewi and Yustiana Sriani. 2017. *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Saifuddin, Abdul B. 2001. *Buku Acuan Pelayanan Naternal dan Neonatal*. Jakarta: YBNP.
- Sanusi, Ahmad. 1999. *Agama di Tengah Kemiskinan*. Jakarta: Logos.
- Saragih, Junita. 2015. "Perdarahan Pasca Persalinan Serta Komplikasinya Pada Berbagai Kondisi." *Jurnal Ilmiah Dunia Ilmu* 1(1):1–10.
- Sarwono, Solita. 2017. *Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Shiffman, Jeremy. 2007. "Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries." *American Journal of Public Health* 97(5):796–803.
- Shove, Elizabeth, Mika Pantzar, and Matt Watson. 2012. *The Dynamics of Social Practice: Everyday life and how it Changes*. Los Angeles: Sage Publications.
- Sovacool, Benjamin K., and David J. Hess. 2017. "Ordering theories: Typologies and conceptual frameworks for sociotechnical change". *Social Studies of Science* 47(5):703–750.
- Sudarma, Momon. 2008. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sumarmi, Sri. 2017. "Model Sosio Ekologi Perilaku Kesehatan Dan Pendekatan Continuum of Care Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu." *The Indonesian Journal of Public Health* 12(1):129–141.
- Supardan, Dadang. 2009. *Pengantar Ilmu Sosial Sebuah Kajian Pendekatan Kultural*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Twaddle, Adrew C., and Richard M. Hessler. 1987. *A Sociology of Health*. 2nd Edition. New York: Macmillan Publishing Company.
- Utami, Tri Nismawati and Agustina Harahap. 2019. *Sosioantropologi Kesehatan*. Jakarta: Kencana.
- Virahayu, MV., D. Dasuki, O. Emilia, M. Hasanbasri, and M. Hakimi. 2018. "Kasus-Kasus Maternal Di Berita Online Menyangkut Hak Asasi Yang Patut Menjadi Pelajaran Dalam Pendidikan Bidan Di Indonesia." *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Layanan Kesehatan* 2(3):140–152.
- White, Kevin. 2011. *Pengantar Sosiologi Kesehatan dan Penyakit*. Translated by Achmad Fedyani Saifuddin. Jakarta: Rajawali Pers.
- WHO. 2014. "Maternal and child health fact sheet no. 348". Retrieved June 29, 2020. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>).
- Wolinsky, Fredric D. 1980. *The Sociology of Health: Principles, Professions, and Issues*. Boston-Toronto: Little, Brown, and Company.
- Yuliantoro, Mochammad Najib. 2016. *Ilmu dan Kapital: Sosiologi Ilmu Pengetahuan Pierre Bourdieu*. Yogyakarta: Kanisius.