



Department of Digital Business

**Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)**

Homepage: <https://journal.ilmudata.co.id/index.php/RIGGS>

Vol. 4 No. 4 (2025) pp: 4605-4612

P-ISSN: 2963-9298, e-ISSN: 2963-914X

---

## Modal Sosial dan Akses terhadap Layanan Kesehatan Dasar: Analisis Habitus dan Jaringan Sosial dalam Komunitas Perkotaan dan Pedesaan di Kota Makassar

Baso Witman Adiaksa<sup>1</sup>, Samsu A. Kamaruddin<sup>2</sup>, Arlin Adam<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitas Islam Makassar, Indonesia

<sup>2</sup>Program Studi Pendidikan Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Hukum, Universitas Negeri Makassar, Indonesia

<sup>3</sup>Program Magister Kesehatan, Universitas Mega Buana Palopo, Indonesia

[basowitmanadiaksa.dty@uim-makassar.ac.id](mailto:basowitmanadiaksa.dty@uim-makassar.ac.id)

### **Abstrak**

*Modal sosial merupakan konsep yang penting dalam memahami dinamika sosial yang mempengaruhi akses individu atau kelompok terhadap berbagai layanan, termasuk layanan kesehatan dasar. Di Kota Makassar, yang merupakan salah satu kota besar di Indonesia, terdapat perbedaan signifikan dalam akses terhadap layanan kesehatan antara komunitas perkotaan dan pedesaan. Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2024, sekitar 30% penduduk di daerah pedesaan di Makassar masih kesulitan dalam mengakses fasilitas kesehatan yang memadai. Hal ini menunjukkan bahwa modal sosial, yang terdiri dari jaringan sosial, norma, dan kepercayaan, berperan penting dalam menentukan akses tersebut. Modal sosial, yang mencakup jaringan sosial, norma, dan kepercayaan dalam masyarakat, dianggap berpengaruh signifikan terhadap kemampuan individu untuk mengakses layanan Kesehatan. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan Modal Sosial dan Akses terhadap Layanan Kesehatan Dasar di Kota Makassar. Metode penelitian menggunakan metode cross sectional Melalui pendekatan kuantitatif & kualitatif. Pengambilan sampel menggunakan tehnik purposive sampling sebanyak 67 responden. Data dikumpulkan dari survei dan wawancara mendalam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan modal sosial dan akses terhadap layanan dasar di kota makassar. Selain itu, perbedaan habitus antara masyarakat perkotaan dan pedesaan juga mempengaruhi cara mereka mengakses layanan kesehatan. Penelitian ini memberikan rekomendasi untuk meningkatkan modal sosial sebagai strategi untuk memperbaiki akses terhadap layanan kesehatan di Kota Makassar.*

*Kata kunci: Modal sosial, Akses, Layanan Kesehatan*

### **1. Latar Belakang**

Modal sosial di komunitas perkotaan di Makassar sangat dipengaruhi oleh keberagaman sosial, budaya, serta dinamika mobilitas masyarakat kota. Sebagai pusat pertumbuhan ekonomi di Kawasan Timur Indonesia, Makassar menjadi ruang interaksi yang sangat kompleks, tempat berbagai kelompok masyarakat dengan latar belakang sosial, tingkat pendidikan, dan pola nilai yang berbeda saling bertemu. Heterogenitas ini tidak hanya membentuk struktur sosial yang lebih cair, tetapi juga menciptakan jaringan sosial yang berlapis, mulai dari hubungan kekerabatan, komunitas lingkungan, kelompok keagamaan, hingga kelompok berbasis profesi dan minat tertentu. Keberagaman jejaring tersebut berpotensi memperkuat akses individu terhadap berbagai sumber daya, termasuk informasi dan layanan kesehatan. Dalam konteks perkotaan, informasi sering kali menyebar lebih cepat melalui media digital, grup komunitas, atau jaringan formal dan informal lainnya. Sebagai contoh, penelitian oleh Sari (2021) menunjukkan bahwa individu yang terhubung dengan kelompok dukungan kesehatan di lingkungan perkotaan cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai layanan kesehatan yang tersedia, termasuk program pencegahan penyakit, layanan puskesmas, hingga praktik kesehatan berbasis komunitas. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa modal sosial bukan hanya menjadi sarana untuk memperoleh dukungan emosional, tetapi juga berfungsi sebagai kanal informasi yang meningkatkan kesadaran kesehatan serta kemampuan dalam mengambil keputusan terkait perawatan medis.

Dalam kajian teori sosial, konsep habitus yang dikembangkan oleh Pierre Bourdieu memberikan perspektif penting dalam memahami variasi perilaku masyarakat perkotaan dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Habitus menggambarkan kecenderungan, pola pikir, serta kebiasaan yang terbentuk melalui pengalaman hidup dan

interaksi sosial jangka panjang. Habitus membentuk cara individu memandang tubuh, kesehatan, serta risiko penyakit, sehingga memengaruhi respon dan sikap mereka terhadap fasilitas medis. Di perkotaan, kelompok yang terbiasa menggunakan teknologi informasi cenderung lebih cepat mengakses informasi kesehatan melalui aplikasi digital, media sosial, atau platform layanan kesehatan daring. Mereka juga lebih terbuka terhadap praktik check-up rutin dan konsultasi jarak jauh (telemedicine). Sebaliknya, masyarakat yang tinggal di wilayah pinggiran atau berasal dari kelompok sosial dengan literasi digital yang lebih rendah cenderung mengandalkan informasi dari jaringan sosial terdekat, seperti keluarga, tetangga, atau tokoh masyarakat. Bourdieu (1986) menegaskan bahwa habitus tidak bersifat statis, tetapi berkembang sesuai konteks sosial; hal ini menjelaskan mengapa kelompok dengan akses sumber daya berbeda dapat menunjukkan pola perilaku kesehatan yang tidak sama meskipun fasilitas kesehatan yang tersedia relatif merata.

Penelitian ini memfokuskan diri pada interaksi antara modal sosial dan habitus dalam memengaruhi akses masyarakat terhadap layanan kesehatan dasar di Kota Makassar. Interaksi ini penting untuk dianalisis karena modal sosial tanpa habitus yang mendukung mungkin tidak akan menghasilkan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan yang optimal. Seseorang mungkin memiliki jaringan sosial yang luas, tetapi bila habitus yang terbentuk dalam dirinya memandang bahwa penyakit ringan tidak perlu diperiksakan atau bahwa layanan kesehatan formal terlalu mahal, maka akses layanan tetap tidak dimanfaatkan secara maksimal. Sebaliknya, individu dengan habitus yang proaktif dalam menjaga kesehatan namun tidak memiliki jaringan sosial pendukung mungkin mengalami keterbatasan dalam memperoleh informasi atau bantuan praktis, misalnya terkait proses administrasi layanan atau rujukan medis. Dengan demikian, kombinasi modal sosial dan habitus menjadi faktor penentu yang memengaruhi sejauh mana seseorang dapat mengatasi hambatan fisik, ekonomi, maupun psikososial dalam memanfaatkan layanan kesehatan dasar.

Makassar sebagai kota metropolitan menghadapi berbagai tantangan dalam menyediakan layanan kesehatan yang merata. Densitas penduduk yang tinggi, urbanisasi yang cepat, serta ketimpangan sosial ekonomi menciptakan disparitas akses terhadap fasilitas kesehatan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2022), terjadi peningkatan kasus penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung di Makassar, yang sebagian besar membutuhkan deteksi dini dan pemantauan rutin. Kondisi ini menuntut pemahaman lebih mendalam mengenai bagaimana masyarakat memanfaatkan layanan kesehatan, terutama puskesmas yang menjadi garda terdepan pelayanan. Dalam konteks inilah modal sosial berpotensi menjadi mekanisme penting untuk meningkatkan keterjangkauan layanan, baik melalui berbagi informasi, pendampingan ke fasilitas kesehatan, maupun pemberian dorongan sosial untuk melakukan pemeriksaan secara berkala. Pola komunikasi dalam kelompok masyarakat tertentu bahkan dapat menjadi faktor pendorong atau penghambat bagi seseorang dalam mengambil keputusan terkait kesehatan.

Perbedaan antara komunitas perkotaan dan pedesaan juga memberikan gambaran yang lebih kompleks dalam mempelajari hubungan antara modal sosial, habitus, dan akses layanan kesehatan. Di kawasan perkotaan seperti Makassar, fasilitas kesehatan formal seperti puskesmas, rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, laboratorium kesehatan, hingga praktik dokter mandiri memang lebih banyak tersedia. Namun, ketersediaan fasilitas tersebut tidak otomatis menjamin akses yang merata. Kelompok masyarakat berpendapatan rendah sering kali menghadapi kendala biaya transportasi, antrian panjang, hingga waktu pelayanan yang tidak fleksibel. Selain itu, pola hidup masyarakat kota yang cenderung mobil dan individualistis dapat mengurangi frekuensi interaksi sosial, sehingga modal sosial yang terbentuk tidak sekuat di wilayah pedesaan. Dalam kondisi ini, individu bisa saja kurang memiliki relasi yang dapat memberikan dukungan emosional atau praktis saat membutuhkan layanan kesehatan.

Sebaliknya, wilayah pedesaan dan daerah pinggiran kota Makassar cenderung memiliki fasilitas kesehatan yang lebih terbatas, baik dari segi jumlah maupun kualitas pelayanan. Namun, kondisi struktural tersebut sering kali diimbangi oleh kekuatan jaringan sosial informal yang masih terpelihara kuat. Budaya gotong royong, solidaritas komunitas, serta kedekatan hubungan antarwarga menciptakan modal sosial yang mampu mengurangi hambatan akses. Misalnya, masyarakat dapat saling membantu menyediakan transportasi ke fasilitas kesehatan, berbagi informasi mengenai program kesehatan desa, atau memberikan pendampingan kepada anggota keluarga yang sedang sakit. Dukungan sosial kolektif seperti ini menunjukkan bahwa modal sosial dapat berfungsi sebagai kompensasi terhadap keterbatasan struktural, sehingga perilaku kesehatan di pedesaan tidak selalu lebih buruk dibandingkan wilayah perkotaan.

Berdasarkan dinamika tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi bagaimana modal sosial dan habitus berinteraksi secara simultan dalam memengaruhi akses layanan kesehatan dasar di Kota Makassar. Pemahaman mendalam mengenai relasi keduanya diharapkan dapat memberikan kontribusi empiris dan teoretis dalam

merancang strategi intervensi kesehatan masyarakat yang lebih kontekstual, adaptif, dan berkeadilan. Selain itu, penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran komprehensif mengenai bagaimana konstruksi habitus kesehatan terbentuk dalam lingkungan sosial yang berbeda, bagaimana kekuatan jaringan sosial memengaruhi perilaku kesehatan, serta bagaimana keduanya berkontribusi pada pola pengambilan keputusan terkait pemanfaatan layanan kesehatan dasar baik di perkotaan maupun pedesaan. Dengan demikian, hasil penelitian diharapkan tidak hanya memberikan pemahaman ilmiah, tetapi juga menjadi dasar bagi penyusunan kebijakan kesehatan yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

## 2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain cross sectional yang memungkinkan peneliti menilai hubungan antara modal sosial, habitus, dan akses terhadap layanan kesehatan pada satu titik waktu tertentu. Desain ini dipilih karena sesuai untuk menggambarkan kondisi aktual masyarakat Kota Makassar pada periode penelitian, baik di kawasan perkotaan maupun pedesaan, tanpa memerlukan proses pengamatan jangka panjang. Pendekatan ini efektif untuk mengidentifikasi pola-pola sosial yang sedang berlangsung serta menangkap variasi antarwilayah dalam satu fase waktu yang sama. Selain itu, desain cross sectional relevan digunakan dalam studi kesehatan masyarakat, terutama ketika peneliti ingin memetakan faktor-faktor sosial, ekonomi, maupun kultural yang berpotensi memengaruhi perilaku kesehatan secara simultan.

Untuk memperdalam pemahaman mengenai fenomena yang diteliti, penelitian ini menerapkan pendekatan campuran (*mixed methods*) dengan menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan ini dipilih karena modal sosial dan habitus tidak hanya berwujud indikator terukur—seperti tingkat partisipasi, luas jaringan sosial, atau frekuensi pemanfaatan layanan kesehatan—tetapi juga melibatkan aspek-aspek subjektif seperti persepsi, kebiasaan, keyakinan, serta konstruksi makna yang dibentuk melalui pengalaman sosial sehari-hari. Dengan demikian, kombinasi kedua metode memungkinkan penelitian menangkap fenomena sosial secara holistik, baik dari sisi pola umum yang terukur secara statistik maupun dari perspektif mendalam yang muncul melalui narasi warga.

Pada tahap kuantitatif, penelitian melibatkan 200 responden yang dipilih melalui teknik *probability sampling*. Penggunaan teknik ini bertujuan memberikan setiap individu dalam populasi peluang yang sama untuk dipilih, sehingga meningkatkan generalisasi temuan pada populasi masyarakat Makassar. Responden terdiri dari penduduk wilayah perkotaan dan pedesaan, termasuk kecamatan-kecamatan dengan tingkat heterogenitas sosial yang berbeda. Pemilihan ini dilakukan untuk memetakan ragam karakteristik sosial, tingkat akses kesehatan, serta variasi kekuatan jaringan sosial dalam konteks geografis dan kultural yang berbeda. Kuesioner yang digunakan merupakan instrumen terstruktur yang dikembangkan berdasarkan indikator teoretis modal sosial, mencakup dimensi kepercayaan interpersonal, partisipasi dalam kegiatan kolektif, frekuensi interaksi sosial, serta akses terhadap jaringan dukungan. Selain itu, instrumen ini juga mengukur akses layanan kesehatan melalui indikator ketersediaan fasilitas, keterjangkauan biaya, kemudahan transportasi, waktu tempuh, dan intensitas kunjungan ke fasilitas kesehatan.

Variabel demografis seperti usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, serta status kepemilikan jaminan kesehatan juga diukur untuk memperkuat analisis terhadap faktor-faktor yang memengaruhi variasi akses layanan kesehatan. Informasi demografis ini penting karena variabel tersebut sering kali berperan sebagai determinan sosial kesehatan (*social determinants of health*) yang dapat memperkuat atau melemahkan pengaruh modal sosial dan habitus terhadap perilaku kesehatan individu.

Sementara itu, pendekatan kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan 30 informan kunci yang dipilih melalui teknik *purposive sampling*. Informan dipilih berdasarkan variasi usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, intensitas keterlibatan dalam jaringan sosial, serta pengalaman mereka dalam menggunakan layanan kesehatan. Strategi pemilihan ini dilakukan agar peneliti memperoleh perspektif yang beragam dan representatif terkait dinamika habitus kesehatan di lingkungan masyarakat. Wawancara difokuskan pada eksplorasi pengalaman individual dalam mengakses layanan kesehatan, strategi yang digunakan untuk mengatasi hambatan fisik maupun ekonomi, persepsi terhadap kualitas layanan yang tersedia, serta bagaimana norma sosial, nilai budaya, dan jaringan relasi memengaruhi keputusan mereka dalam mencari perawatan.

Seluruh proses wawancara dilakukan secara tatap muka untuk mempermudah eksplorasi mendalam terhadap jawaban informan. Peneliti merekam seluruh wawancara dengan persetujuan informan, kemudian mentranskripsikan data secara verbatim sebelum masuk ke tahap analisis. Penulisan transkrip secara rinci ini

memungkinkan peneliti mengidentifikasi tema-tema kunci terkait habitus, seperti kebiasaan merawat diri, persepsi terhadap penyakit, serta faktor emosional dan sosial yang memengaruhi tindakan kesehatan.

Data kuantitatif dianalisis menggunakan perangkat lunak statistik yang memungkinkan peneliti menyajikan statistik deskriptif, termasuk distribusi frekuensi, nilai rata-rata, dan persentase untuk mengetahui gambaran umum kondisi responden. Selanjutnya dilakukan uji asosiasi, seperti chi-square atau korelasi, untuk melihat hubungan antara tingkat modal sosial dan akses terhadap layanan kesehatan. Analisis ini juga digunakan untuk mengidentifikasi apakah terdapat perbedaan signifikan antara komunitas perkotaan dan pedesaan dalam hal akses kesehatan. Pemilihan uji statistik dilakukan berdasarkan jenis variabel yang dianalisis untuk memastikan validitas hasil.

Berbeda dengan data kuantitatif yang dianalisis secara numerik, data kualitatif dianalisis menggunakan analisis tematik. Proses analisis dimulai dengan membaca transkrip secara menyeluruh untuk memahami konteks wawancara, kemudian melakukan pengkodean awal untuk menandai bagian-bagian penting dari narasi informan. Setelah proses pengkodean, peneliti mengidentifikasi tema-tema utama yang muncul, seperti bentuk-bentuk dukungan sosial, hambatan struktural dalam penggunaan layanan kesehatan, persepsi risiko penyakit, serta peran nilai budaya dan kebiasaan dalam membentuk habitus kesehatan. Tema-tema tersebut kemudian ditafsirkan dalam kerangka teori Bourdieu untuk memahami bagaimana habitus dan modal sosial bekerja dalam realitas sosial masyarakat.

Penggabungan kedua pendekatan ini memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai bagaimana modal sosial dan habitus berinteraksi dalam memengaruhi akses layanan kesehatan dasar. Temuan kuantitatif memberikan pola umum dan kecenderungan hubungan antarvariabel, sementara temuan kualitatif memberikan kedalaman makna, konteks, serta penjelasan mengenai mengapa pola tersebut terjadi. Triangulasi dilakukan untuk menyatukan kedua jenis temuan, sehingga hasil penelitian tidak hanya menunjukkan hambatan struktural seperti keterbatasan fasilitas atau biaya, tetapi juga menjelaskan faktor kultural seperti rasa enggan memeriksakan diri, kepercayaan pada pengobatan tradisional tertentu, atau pengaruh keluarga dalam menentukan pilihan layanan kesehatan.

Melalui strategi metodologis ini, penelitian mampu mengungkap bahwa akses layanan kesehatan bukan semata persoalan ketersediaan fasilitas, melainkan hasil dari interaksi kompleks antara struktur sosial, jaringan relasi, dan habitus yang telah tertanam dalam diri individu. Pendekatan mixed methods memberikan posisi kuat bagi penelitian ini untuk menyajikan gambaran yang tidak hanya faktual tetapi juga reflektif terhadap realitas sosial yang memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat Makassar.

### 3. Hasil dan Diskusi

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Modal Sosial**

No	Modal Sosial	n	%
1	Tinggi	46	68,7
2	Rendah	21	31,3
	Total	67	100

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Akses**

No	Akses	n	%
1	Mendukung	44	65,7
2	Kurang Mendukung	23	34,3
	Total	67	100

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Layanan Kesehatan Dasar**

No	Layanan Kesehatan	n	%
1	Dimanfaatkan	43	64,2
2	Kurang Dimanfaatkan	24	35,8
	Total	67	100

**Tabel 4. Hubungan Modal sosial Antara Layanan Kesehatan Dasar**

No	Modal Sosial	Layanan Kesehatan Dimanfaatkan		Layanan Kesehatan Kurang Dimanfaatkan		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Tinggi	35	52,2	11	16,4	46	68,7
2	Rendah	8	11,9	13	19,4	21	31,3
	Jumlah	43	64,2	24	35,8	67	100

**Tabel 5. Hubungan Antara Akses dengan Layanan Kesehatan**

No	Akses	Layanan Kesehatan Dimanfaatkan		Layanan Kesehatan Kurang Dimanfaatkan		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Mendukung	32	47,8	12	17,9	44	65,7
2	Kurang Mendukung	11	16,4	12	17,9	23	34,3
	Jumlah	43	64,2	24	35,8	67	100

## Pembahasan

Pada hasil penelitian diperoleh temuan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara modal sosial dan akses terhadap pemanfaatan layanan dasar. Temuan ini memperkuat argumen bahwa modal sosial tidak sekadar berfungsi sebagai sumber daya sosial yang bersifat abstrak, tetapi juga sebagai instrumen nyata yang dapat memperbaiki akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Modal sosial yang mencakup unsur kepercayaan, jaringan sosial, dan norma berperan dalam menghubungkan individu dengan sumber daya yang mungkin sulit dijangkau tanpa adanya jembatan sosial tersebut. Dengan demikian, keberadaan modal sosial secara langsung dapat membantu mengurangi hambatan struktural maupun kultural yang sebelumnya menghalangi pemanfaatan layanan kesehatan.

Dalam konteks perkotaan, di mana kelengkapan fasilitas kesehatan dan infrastruktur transportasi relatif lebih memadai, modal sosial berfungsi sebagai faktor pendukung yang membantu mengurangi ketimpangan pemanfaatan layanan kesehatan antar kelompok masyarakat. Akses fisik yang lebih baik pada dasarnya memberikan peluang, namun modal sosiallah yang memperkuat kemampuan individu untuk memanfaatkan peluang tersebut. Jaringan pertemanan, komunitas warga, hingga kelompok keagamaan sering kali menjadi saluran informasi yang memengaruhi keputusan seseorang untuk mengakses layanan kesehatan. Hal ini terutama terlihat ketika individu memperoleh rekomendasi atau dorongan dari lingkungan sosialnya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin atau mengikuti program kesehatan dari pemerintah. Dengan kata lain, modal sosial menjadi mekanisme sosial yang menjembatani informasi dan kesempatan untuk meningkatkan pemanfaatan layanan dasar.

Sementara itu, pada komunitas pedesaan, modal sosial memainkan peran yang bahkan lebih krusial. Keterbatasan akses fisik seperti jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan, transportasi yang terbatas, serta minimnya tenaga Kesehatan seringkali membuat masyarakat enggan atau terlambat memanfaatkan layanan kesehatan. Dalam kondisi ini, modal sosial menjadi alat yang membantu mengatasi keterbatasan tersebut. Jaringan sosial yang kuat memungkinkan individu memperoleh bantuan transportasi, pendampingan ke pusat layanan kesehatan, atau sekadar dorongan moral dari kerabat dan tetangga. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun kondisi fisik kurang mendukung, masyarakat dengan modal sosial yang kuat tetap dapat memanfaatkan layanan dasar secara lebih efektif dibandingkan komunitas dengan modal sosial yang lemah.

Selain itu, modal sosial juga berperan penting dalam pembentukan norma-norma kesehatan yang mendukung perilaku sehat di masyarakat. Di komunitas perkotaan, terdapat kecenderungan yang semakin kuat untuk mengadopsi praktik kesehatan modern seperti pemeriksaan kesehatan berkala, imunisasi, dan gaya hidup sehat. Pola perilaku ini banyak dipengaruhi oleh interaksi sosial dan paparan terhadap informasi kesehatan melalui media digital maupun lingkungan pergaulan. Data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar (2022) menunjukkan bahwa tingkat partisipasi masyarakat dalam program imunisasi di wilayah perkotaan mencapai 85%, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan 60% di wilayah pedesaan. Angka ini menunjukkan bahwa jaringan sosial yang dinamis di perkotaan mampu mendorong partisipasi masyarakat dalam program kesehatan melalui penyebaran informasi dan contoh perilaku sehat yang dilakukan oleh anggota komunitas.

Walaupun demikian, modal sosial di perkotaan tidak dimiliki secara merata oleh seluruh lapisan masyarakat. Faktor-faktor seperti status ekonomi, tingkat pendidikan, dan latar belakang etnis dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam membangun jaringan sosial yang produktif. Penelitian oleh Rahman (2020) menemukan bahwa individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki jaringan sosial yang lebih luas dan lebih beragam, sehingga akses terhadap informasi kesehatan pun lebih besar. Hal ini menegaskan bahwa modal sosial tidak hanya bergantung pada kedekatan geografis, tetapi juga pada kapasitas personal yang dipengaruhi oleh faktor struktural lainnya. Oleh karena itu, analisis modal sosial di komunitas perkotaan perlu mempertimbangkan keragaman karakteristik sosial ekonomi masyarakat untuk memahami disparitas akses layanan kesehatan secara lebih mendalam.

Perbedaan habitus antara masyarakat perkotaan dan pedesaan turut memberikan wawasan penting mengenai cara individu berinteraksi dengan sistem kesehatan. Di wilayah perkotaan, masyarakat umumnya lebih terbiasa dengan layanan kesehatan modern, memiliki tingkat paparan informasi yang tinggi, dan terbiasa membuat keputusan berdasarkan pertimbangan rasional dan referensi digital. Namun, tekanan sosial seperti kesibukan pekerjaan, kurangnya waktu, atau norma sosial tentang pencarian layanan Kesehatan kadang dapat memengaruhi keputusan mereka untuk menunda pengobatan. Sebaliknya, di pedesaan, meskipun informasi yang diperoleh lebih terbatas dan akses fisik lebih sulit, norma kebersamaan dan solidaritas komunitas justru dapat meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mencari perawatan, khususnya karena adanya dorongan dan dukungan dari lingkungan sekitar.

Di komunitas pedesaan, modal sosial cenderung lebih mengakar pada hubungan interpersonal yang erat dan norma-norma tradisional yang diwariskan secara turun temurun. Jaringan di desa-desa di sekitar Makassar umumnya terbentuk melalui kegiatan gotong royong, arisan, pertemuan adat, kegiatan keagamaan, dan kerja sama dalam aktivitas pertanian. Jaringan yang bersifat erat ini menciptakan rasa saling percaya yang tinggi di antara anggota komunitas. Kepercayaan ini menjadi modal yang penting dalam memfasilitasi penyebaran informasi mengenai layanan kesehatan, sehingga masyarakat tidak hanya mengetahui layanan yang tersedia, tetapi juga merasa lebih yakin untuk memanfaatkannya karena adanya dukungan sosial dari sesama warga. Penelitian oleh Yulianti (2021) menunjukkan bahwa individu yang aktif dalam kelompok masyarakat di desa memiliki peluang lebih besar untuk mendapatkan informasi kesehatan yang relevan serta dukungan moral maupun praktis ketika harus mengakses layanan kesehatan. Temuan ini mempertegas bahwa modal sosial berbasis komunitas dapat menjadi strategi efektif untuk meningkatkan pemanfaatan layanan dasar di wilayah pedesaan.

Dengan demikian, hubungan antara modal sosial dan akses layanan kesehatan bukanlah hubungan yang bersifat linier, melainkan merupakan gabungan dari berbagai faktor sosial, budaya, ekonomi, dan struktural yang saling memengaruhi. Modal sosial dapat menjadi kekuatan yang mendorong pemanfaatan layanan kesehatan, tetapi dalam konteks tertentu juga dapat berubah menjadi hambatan apabila norma, nilai, atau kepercayaan yang beredar dalam jaringan sosial tidak mendukung perilaku kesehatan yang rasional dan berbasis bukti. Memahami dinamika ini sangat penting untuk merancang intervensi kesehatan yang lebih tepat sasaran, baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan. Intervensi yang tidak mempertimbangkan peran jaringan sosial dan habitus masyarakat berpotensi tidak efektif karena hanya berfokus pada penyediaan fasilitas tanpa mengubah pola pikir dan kebiasaan yang memengaruhi perilaku kesehatan sehari-hari.

Namun, meskipun jaringan sosial di desa dapat memberikan dukungan emosional dan praktis, terdapat pula tantangan yang dihadapi individu dalam mengakses layanan kesehatan. Salah satu tantangan utama adalah kualitas dan akurasi informasi yang beredar dalam jaringan sosial. Tidak semua informasi yang dibagikan antaranggota masyarakat bersifat benar, objektif, atau berbasis data ilmiah. Sebagai contoh, penelitian oleh Lestari (2020) menunjukkan bahwa sebagian warga desa masih sangat bergantung pada praktik pengobatan tradisional meskipun fasilitas kesehatan modern tersedia dan mudah dijangkau. Kepercayaan yang kuat terhadap ramuan herbal, dukun penyembuh, atau praktik pengobatan turun-temurun membuat sebagian individu menunda atau bahkan menghindari kunjungan ke fasilitas medis formal. Fenomena ini menunjukkan bahwa modal sosial tidak hanya menjadi sumber dukungan positif, tetapi juga dapat berfungsi sebagai penghalang jika norma-norma yang terbentuk justru menghambat akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

Selain itu, akses terhadap fasilitas kesehatan di daerah pedesaan sering kali dibatasi oleh faktor geografis dan infrastruktur yang kurang memadai. Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023) menunjukkan bahwa hanya sekitar 50% puskesmas di daerah pedesaan yang beroperasi dengan baik dan memiliki fasilitas yang memadai, sementara di perkotaan angka ini mencapai 80%. Keterbatasan seperti sulitnya akses transportasi, kondisi jalan yang rusak, serta kurangnya tenaga medis terlatih turut memperburuk kondisi ini. Dengan demikian, meskipun jaringan sosial di desa relatif lebih kuat, hambatan struktural seperti infrastruktur yang minim dapat

membuat dukungan sosial tersebut tidak sepenuhnya efektif dalam meningkatkan akses kesehatan. Individu yang sangat bergantung pada solidaritas komunitas tetap akan menghadapi kesulitan apabila fasilitas kesehatan berada pada jarak yang jauh atau tidak memiliki layanan yang mereka butuhkan.

Perbandingan akses terhadap layanan kesehatan antara komunitas perkotaan dan pedesaan di Makassar menunjukkan perbedaan yang signifikan. Di satu sisi, komunitas perkotaan memiliki akses yang lebih mudah terhadap fasilitas kesehatan, baik dari segi jumlah, kualitas, maupun keragaman layanan. Sebuah studi oleh Prasetyo (2022) menemukan bahwa 75% responden di daerah perkotaan Makassar melaporkan bahwa mereka memiliki akses mudah ke puskesmas maupun rumah sakit, dibandingkan dengan hanya 40% responden di daerah pedesaan. Perbedaan ini menggambarkan bagaimana infrastruktur dan ketersediaan layanan kesehatan yang memadai di perkotaan dapat memperkuat pemanfaatan layanan kesehatan. Selain itu, masyarakat perkotaan umumnya memiliki tingkat literasi kesehatan yang lebih baik, lebih terpapar informasi melalui media digital, dan memiliki kebiasaan yang lebih proaktif dalam melakukan pemeriksaan kesehatan.

Di sisi lain, komunitas pedesaan menunjukkan ketergantungan yang lebih besar pada jaringan sosial lokal untuk memperoleh informasi maupun dukungan kesehatan. Meskipun akses fisik ke layanan kesehatan mungkin terbatas, hubungan sosial yang kuat memungkinkan masyarakat saling membantu, seperti memberikan tumpangan ke fasilitas kesehatan, berbagi obat, atau saling menjaga ketika ada anggota keluarga yang sakit. Penelitian oleh Amalia (2021) mencatat bahwa 60% responden di komunitas pedesaan melaporkan preferensi untuk terlebih dahulu berkonsultasi dengan teman, tetangga, atau anggota keluarga sebelum mencari bantuan medis formal. Fenomena ini menunjukkan bahwa modal sosial berperan penting dalam membentuk pola tindakan kesehatan di pedesaan, baik dalam hal pencarian informasi maupun pengambilan keputusan untuk berobat.

Namun, ketergantungan ini juga membawa tantangan. Salah satu masalah utama adalah kurangnya akses terhadap informasi yang akurat dan terkini mengenai layanan kesehatan. Misalnya, data dari Dinas Kesehatan Makassar menunjukkan bahwa hanya 30% warga desa yang mengetahui tentang program vaksinasi terbaru yang diselenggarakan pemerintah, sementara angka ini mencapai 70% di daerah perkotaan. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan informasi yang signifikan antara kedua wilayah. Tidak tersedianya fasilitas internet yang stabil, terbatasnya penggunaan teknologi digital, serta rendahnya literasi informasi menjadi faktor penting yang menyebabkan warga desa kurang terpapar informasi kesehatan terbaru. Akibatnya, mereka lebih mudah terpenuhi oleh informasi dari jaringan sosial lokal yang belum tentu valid, sehingga risiko misinformasi atau keterlambatan dalam mendapatkan perawatan kesehatan meningkat.

Selain itu, habitus masyarakat pedesaan turut membentuk pola pemanfaatan layanan kesehatan. Nilai-nilai yang diwariskan secara turun-temurun, seperti kepercayaan bahwa penyakit ringan tidak memerlukan perawatan medis atau bahwa pengobatan tradisional lebih aman, memengaruhi keputusan individu dalam mencari layanan kesehatan formal. Sementara di perkotaan, habitus masyarakat cenderung lebih terbuka terhadap teknologi dan layanan kesehatan modern, terutama generasi muda yang terbiasa mengakses konsultasi medis melalui aplikasi digital atau telemedicine. Perbedaan habitus ini semakin mempertegas bahwa akses kesehatan tidak hanya bergantung pada ketersediaan fasilitas, tetapi juga pada konstruksi sosial yang membentuk cara pandang masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit.

Secara keseluruhan, temuan-temuan tersebut mengindikasikan bahwa modal sosial dan habitus memainkan peran yang sama penting namun berbeda dalam memengaruhi akses layanan kesehatan di komunitas perkotaan dan pedesaan. Modal sosial yang kuat dapat menjadi jembatan untuk mengatasi hambatan struktural, tetapi juga dapat menjadi penghalang jika informasi yang beredar tidak mendukung praktik kesehatan yang baik. Oleh karena itu, strategi intervensi kesehatan harus mempertimbangkan kedua aspek ini secara bersamaan—memperkuat infrastruktur layanan kesehatan sekaligus mengembangkan program edukasi yang mampu mengubah habitus dan meningkatkan kualitas informasi dalam jaringan sosial masyarakat.

#### **4. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa modal sosial dan habitus memainkan peran yang sangat signifikan dalam memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan dasar di Kota Makassar. Modal sosial yang terbentuk melalui kepercayaan, jaringan relasional, serta partisipasi dalam kegiatan komunitas terbukti memberikan kontribusi langsung maupun tidak langsung terhadap kemampuan individu dalam memperoleh dan memanfaatkan layanan kesehatan. Di komunitas perkotaan, keberadaan jaringan sosial yang lebih beragam, tingkat paparan

informasi kesehatan yang lebih tinggi, serta akses yang lebih mudah terhadap fasilitas kesehatan mendorong masyarakat untuk lebih aktif dalam mengikuti program-program kesehatan. Pola habitus masyarakat perkotaan yang cenderung responsif terhadap informasi medis modern turut memperkuat kecenderungan tersebut. Namun demikian, kesenjangan sosial-ekonomi dan dinamika kehidupan kota yang cepat tetap menjadi tantangan bagi sebagian kelompok masyarakat yang kurang memiliki modal sosial kuat. Sebaliknya, di komunitas pedesaan, kekuatan dukungan sosial berbasis kedekatan emosional dan budaya gotong royong menjadi modal penting dalam menghadapi terbatasnya fasilitas kesehatan. Modal sosial yang tinggi di pedesaan mampu memberikan dukungan moral dan praktis, seperti bantuan transportasi atau pendampingan ketika berobat. Namun, keterbatasan infrastruktur kesehatan, rendahnya literasi kesehatan, serta habitus yang masih dipengaruhi oleh praktik tradisional dapat menghambat pemanfaatan layanan kesehatan secara optimal. Hal ini menunjukkan bahwa modal sosial yang kuat tidak selalu cukup untuk meningkatkan akses apabila tidak diimbangi dengan ketersediaan informasi dan fasilitas yang memadai. Penelitian ini menegaskan pentingnya memahami konteks sosial dan budaya dalam merancang intervensi kesehatan yang efektif. Program-program kesehatan perlu dirancang secara sensitif terhadap perbedaan struktur jaringan sosial, pola habitus, dan kebutuhan spesifik antara komunitas perkotaan dan pedesaan. Dengan demikian, upaya peningkatan akses layanan kesehatan dasar di Kota Makassar harus dilakukan melalui pendekatan holistik, tidak hanya melalui peningkatan jumlah fasilitas kesehatan, tetapi juga dengan memperkuat jaringan sosial, memperluas literasi kesehatan, dan mendorong pembentukan habitus positif yang mendukung perilaku kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

## Referensi

1. Badan Pusat Statistik. (2022). *Statistik Kesehatan Kota Makassar*.
2. Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
3. Woolcock, M., & Narayan, D. (2000). Social Capital: Implications for Development Theory, Research, and Policy. *The World Bank Research Observer*, 15(2), 225–249.
4. Amalia, R. (2021). Pengaruh Modal Sosial terhadap Akses Layanan Kesehatan di Daerah Pedesaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 123–130.
5. BPS. (2022). *Statistik Kesehatan di Kota Makassar*. Badan Pusat Statistik.
6. Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. Dalam J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241–258). Greenwood Press.
7. Dinas Kesehatan Kota Makassar. (2022). *Laporan Tahunan Kesehatan Kota Makassar*.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Data Kesehatan Nasional*.
9. Lestari, S. (2020). Persepsi Masyarakat Terhadap Pengobatan Tradisional dan Modern. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(1), 45–52.
10. Prasetyo, A. (2022). Akses Layanan Kesehatan di Perkotaan dan Pedesaan: Sebuah Studi Kasus di Makassar. *Jurnal Sosiologi Kesehatan*, 10(3), 200–210.
11. Rahman, F. (2020). Pendidikan dan Jaringan Sosial: Implikasinya Terhadap Akses Kesehatan. *Jurnal Pendidikan dan Kesehatan*, 12(4), 300–310.
12. Sari, D. (2021). Pengaruh Jaringan Sosial Terhadap Kesadaran Kesehatan di Kota Makassar. *Jurnal Komunikasi Kesehatan*, 9(2), 67–75.
13. Yulianti, N. (2021). Dukungan Sosial dan Akses Kesehatan di Daerah Pedesaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(1), 89–95.
14. Coleman, J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Harvard University Press.
15. Haris, A. (2023). Modal Sosial dalam Penguatan Akses Kesehatan Masyarakat Pesisir. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(1), 55–66.
16. Suryani, L. (2022). Ketimpangan Akses Kesehatan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan. *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 14(2), 112–121.
17. Nurhayati, M. (2023). Peran Kepercayaan Sosial terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dasar. *Jurnal Pembangunan Sosial*, 9(3), 210–220.
18. World Health Organization. (2023). *Primary Health Care Progress Report*.
19. Fauzi, R. (2022). Pengaruh Dukungan Komunitas terhadap Perilaku Pencarian Kesehatan. *Jurnal Sosiologi Indonesia*, 8(2), 98–108.
20. Navarro, V. (2002). A Critique of Social Capital. *International Journal of Health Services*, 32(3), 423–432.
21. Triana, E. (2024). Modal Sosial dan Ketahanan Kesehatan Keluarga di Wilayah Rural. *Jurnal Kesehatan dan Perilaku*, 7(1), 34–46.
22. Green, J., & Tones, K. (2010). *Health Promotion: Planning and Strategies*. SAGE Publications.
23. Kusuma, D. (2023). Pengaruh Kegiatan Sosial Kemasyarakatan terhadap Kesadaran Kesehatan Remaja. *Jurnal Pendidikan dan Kesehatan*, 18(2), 145–155.
24. Putri, A. (2024). Akses Layanan Kesehatan dan Hambatan Sosial pada Masyarakat Pedesaan. *Jurnal Kesehatan Publik Nusantara*, 11(1), 25–37.
25. Lin, N. (2001). *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge University Press.