

ANALISIS EKUITAS MASYARAKAT MISKIN PERKOTAAN DALAM UPAYA KESEHATAN REPRODUKSI DI SURABAYA DENGAN MENGGUNAKAN SPIDER WEB

(Urban Poor Community Access to Reproductive Health Care in Surabaya. An Equity Analysis Using Spider Web)

Ernawaty¹ dan Nuzulul Kusuma Putri¹

Naskah masuk: 12 Februari 2014, Review 1: 14 Februari 2014 2014, Review 2: 17 Februari 2014, Naskah layak terbit: 25 Maret 2014

ABSTRAK

Latar belakang: Kemiskinan di perkotaan menimbulkan masalah baru terkait akses terhadap pelayanan kesehatan. Beban hidup yang berat di kota membuat kesehatan, terutama kesehatan reproduksi, bukan menjadi prioritas bagi penduduk miskin. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ekuitas masyarakat miskin perkotaan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan rancang bangun cross sectional. Ada 78 wanita penghuni Rumah Susun Penjaringansari II dipilih dengan simple random sampling ($\alpha=10\%$) yang dijadikan sebagai responden. Rumah Susun Penjaringansari II dipilih karena merupakan pemukiman kumuh yang sebagian besar dihuni oleh buruh kasar dan pekerja serabutan. Pemenuhan kebutuhan masyarakat miskin perkotaan pada upaya kesehatan reproduksi dianalisis dengan menggunakan spider web. **Hasil:** Mayoritas responden (55,1%) pertama kali menikah sebelum usia 20 tahun. Sebagian besar di antaranya (60,5%) melahirkan sebelum usia 20 tahun, sehingga termasuk kategori ibu hamil risiko tinggi. Area spider web untuk pelayanan kesehatan ANC pada kelompok wanita usia di bawah umur lebih kecil daripada wanita usia nikah ideal yang berarti kelompok urban poor yang menikah muda mengalami inekuitas pelayanan kesehatan reproduksi. Sekitar 10,3% responden belum pernah sama sekali menggunakan alat kontrasepsi karena takut akan efek samping kontrasepsi dan suami melarang. **Kesimpulan:** Ekuitas yang lebih baik ditunjukkan pada upaya pencegahan kanker serviks. Karena dianggap sebagai kelompok miskin yang perlu mendapat bantuan, kegiatan pap smear gratis sering diperoleh responden. Kondisi miskin selain menyebabkan inekuitas pelayanan kesehatan, ternyata mampu menjadi faktor pendorong ekuitas pelayanan kesehatan. **Saran:** Pemerataan kesehatan untuk komunitas urban poor dapat diupayakan melalui skema bantuan baik yang diberikan oleh komunitas maupun oleh pemerintah.

Kata kunci: ekuitas, pelayanan kesehatan reproduksi, urban poor, rumah susun, spider web

ABSTRACT

Background: Poverty in urban area triggered new problem related with their access to health care services. Heavy burden of life in urban makes health, especially reproductive health, never become first priority for urban poor community. This study is aimed to analyzed equity of urban poor community when accessing the reproductive health care. **Methods:** This is descriptive study with cross sectional design applied. There were 78 women residents of Penjaringansari II Flats in Surabaya selected by simple random sampling ($\alpha=10\%$) as respondents. Penjaringansari II Flats was choosen because it is a slum area that residence by unskilled labours and odd employees. The need fulfillment of respondents in reproductive health care was analyzed by spider web analysis. **Result:** Most of respondents (55.1%) were first married before 20 years old. There were 60.5% of them gave birth before 20 years old also, so it belongs to high risk pregnant women. Spider web area for health care of under age married was less than ideal age married which means that under age married urban poor experienced inequity for ANC health services. Approximately 10.3% of respondents had never use contraceptives

¹ Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Jl. Mulyorejo, Surabaya
Korespondensi: E-mail: erna_erjef@yahoo.com

because they fear of side effects and inhibition of their husband. **Conclusions:** Better equity shown in the prevention of cervical cancer. Being perceived as the poor who need assistance, free pap smear was often held by Penjaringansari II residents. Poor conditions experienced by a group not only can promote health care inequity, but also promote health care equity. **Recommendation:** Health care equity for urban poor can be pursued through both aid schemes provided by the community or the government.

Key words: equity, reproductive health services, urban poor, flats, spider web

PENDAHULUAN

Pertumbuhan perkotaan mengundang banyak orang melakukan urbanisasi. Namun sayangnya laju urbanisasi yang tidak diiringi dengan peningkatan pendidikan dan keterampilan bekerja hanya akan meningkatkan jumlah pengangguran, kepadatan penduduk, serta tingkat kemiskinan di kota. Kemiskinan kota merupakan sebuah fenomena yang sifatnya multidimensional. Kelompok miskin yang hidup di kota merupakan kelompok masyarakat yang memiliki banyak keterbatasan. Menurut *World Bank*, kelompok *urban poor* selain memiliki tantangan terhadap kemampuan ekonomi yang lemah namun juga terbatasnya akses dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Rumah susun merupakan apartemen sederhana yang dihuni oleh penduduk dengan tingkat sosial ekonomi menengah ke bawah. Rumah susun Penjaringansari II Surabaya sebagian besar dihuni oleh kelompok *urban poor*. Penghuni Rumah Susun Penjaringansari merupakan kelompok pendatang yang kemudian bertempat tinggal di Surabaya dengan sebagian tetap menggunakan Kartu Tanda Penduduk (KTP) daerah asal serta sebagian lagi sudah berganti menjadi KTP Surabaya. Sebagian besar dari penghuni rumah susun bekerja sebagai buruh kasar dan pekerja serabutan.

Urban poor memiliki beban ganda, selain masalah keterbatasan dalam mengakses pelayanan kesehatan, data kesehatan kelompok ini sering tidak terpotret karena alasan administrasi kependudukan. Kurangnya data tentang kesehatan *urban poor* ditambah akses informasi kesehatan pada kelompok ini menyebabkan kesehatan menjadi salah satu masalah penting dalam *urban poor*. Kesehatan reproduksi yang merupakan salah satu pilar dalam pencapaian MDGs juga belum menjadi prioritas bagi masyarakat miskin kota. Kesehatan reproduksi jika tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan berbagai masalah yang lebih pelik, misalnya kematian ibu dan bayi, tidak berjalannya program keluarga

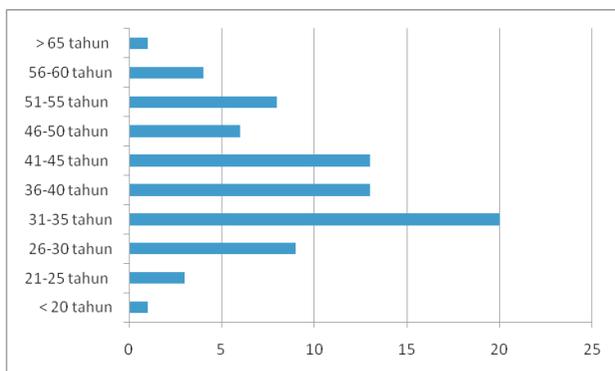
berencana hingga kasus kanker serviks. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ekuitas para urban dalam mengakses pelayanan kesehatan reproduksi berupa alat kontrasepsi dan deteksi dini kanker serviks.

METODE

Desain penelitian dengan *cross sectional*. Populasi penelitian merupakan ibu rumah tangga penghuni Rumah Susun Penjaringansari II Surabaya. Populasi ini dipilih karena mayoritas merupakan pendatang dengan status ekonomi yang rendah. Sebagai kelompok miskin kota, populasi ini sangat berisiko terhadap inekuitas pelayanan kesehatan. Rumah Susun Penjaringansari II terdiri dari 288 unit rumah tangga yang selanjutnya secara *simple random sampling* ($\alpha=10\%$) dipilih sebagai sampel sehingga diperoleh 78 sampel wanita. Ekuitas dianalisis pada tiga pelayanan utama dalam kesehatan ibu dan anak yakni *Antenatal Care (ANC)*, keluarga berencana (KB), dan pelayanan pencegahan kanker-servisk. Ekuitas untuk pelayanan ANC menggunakan pemanfaatan pelayanan ANC (kunjungan K4, konsumsi tabler besi, imunisasi TT, persalinan oleh tenaga kesehatan) terhadap empat indikator yang digambarkan dalam *spider web*. Sedangkan ekuitas pada pelayanan KB dan pencegahan kanker serviks dianalisis secara deskriptif dengan membandingkan terhadap pemenuhan kebutuhan secara normatif.

HASIL

Rumah susun Penjaringansari II dihuni oleh warga pendatang yang bekerja di Surabaya sebagai buruh kasar. Satu unit rumah berukuran tidak lebih dari 25 meter persegi yang dihuni oleh banyak anggota keluarga. Walaupun memiliki banyak unit rumah yang tersebar pada lebih dari 5 blok, Rumah Susun Penjaringansari II selalu padat penghuninya. Kondisi padat penduduk ini menyebabkan Rumah Susun Penjaringansari II terkesan kumuh.



Gambar 1 Distribusi responden menurut usia

Gambar 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden berusia lebih dari 30 tahun. Kelompok usia ini juga merupakan kelompok yang berisiko tinggi untuk hamil dan melahirkan.

Mayoritas penghuni wanita Rumah Susun Penjaringansari II yang menjadi sampel dalam penelitian ini (55,1%) pertama kali menikah sebelum usia 20 tahun, lebih muda dari usia ideal menikah BKKBN yaitu minimal 20 tahun. Pada kelompok wanita menikah di bawah umur tersebut sebagian besar (60,5% pertama kali melahirkan sebelum usia 20 tahun. Usia pertama kali menikah yang terlalu muda ini menjadikan mereka termasuk kategori ibu hamil risiko tinggi. Menikah dan melahirkan di usia yang terlalu muda juga merupakan risiko tinggi kanker serviks.

Ekuitas Pelayanan ANC dan Persalinan

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan (Departemen Kesehatan RI 2007). Asuhan antenatal (*antenatal care*) dilakukan sebelum persalinan untuk mengawasi pertumbuhan dan perkembangan janin. Pelayanan antenatal merupakan salah satu kegiatan dari program kesehatan ibu dan anak, pelayanan ini bisa dilaksanakan oleh bidan di Poliklinik, BPS (Bidan Praktik Swasta), dan Rumah Sakit. Sekitar 56,4% responden menggunakan jasa bidan praktik swasta untuk ANC. Sedangkan fasilitas kesehatan milik Pemerintah yang paling banyak digunakan adalah Puskesmas.

Pada penelitian ini digunakan 3 pelayanan minimal dalam ANC sebagai indikator. Indikator tersebut

antara lain kunjungan K4, konsumsi tablet besi, dan imunisasi TT. Satu indikator lagi adalah persalinan oleh tenaga kesehatan untuk menunjukkan pelayanan ANC sebagai hulu akan tetap terjaga hingga berhilir pada proses bersalin.

Hampir semua responden (78,2%) melakukan kunjungan K4. Frekuensi kunjungan pun cukup baik, rata-rata seorang responden melakukan 7 kali kunjungan ke tenaga kesehatan selama hamil. Kunjungan kelompok responden yang menikah muda ke tenaga kesehatan untuk memeriksakan kehamilan lebih rendah dibandingkan dengan kunjungan kelompok menikah ideal. Rata-rata seorang ibu yang menikah di bawah usia ideal melakukan kunjungan hanya 6,44 kali selama hamil, sedangkan seorang ibu yang menikah ideal kunjungan kehamilannya bisa mencapai 7,69 kali. Tingginya angka kunjungan pada *urban poor* di Penjaringansari II dapat dijelaskan karena kemudahan akses penduduk di kota terhadap pelayanan kesehatan. Di daerah Penjaringansari II sendiri tenaga kesehatan banyak ditemui, termasuk adanya Puskesmas Pembantu Penjaringansari II yang ada di dalam kompleks rumah susun.

Hasil penelitian untuk indikator ANC lainnya adalah konsumsi tablet besi bagi ibu hamil untuk menghindari anemia. Secara umum tanpa memandang perbedaan usia nikah, responden yang tidak pernah mengonsumsi tablet besi selama hamil masih banyak yakni 46,2%. Kondisi ini sesuai dengan studi yang dilakukan Montgomery (2009) bahwa kelompok *urban poor* walaupun memiliki akses terhadap fasilitas kesehatan yang baik namun status gizinya masih sangat rendah. Pada indikator ini, kelompok ibu usia nikah muda juga lebih buruk daripada usia nikah ideal. Ada sekitar 53,5% yang tidak pernah mengonsumsi tablet besi selama kehamilan.

Kemudahan akses pada tenaga kesehatan juga berdampak baik pada tingginya angka persalinan di tenaga kesehatan. Kelompok menikah ideal dan menikah muda mayoritas telah memanfaatkan tenaga kesehatan saat bersalin. Semua responden ibu hamil menikah ideal menggunakan fasilitas tenaga kesehatan untuk bersalin. Sementara ada 1 orang ibu hamil menikah muda yang melahirkan di dukun.

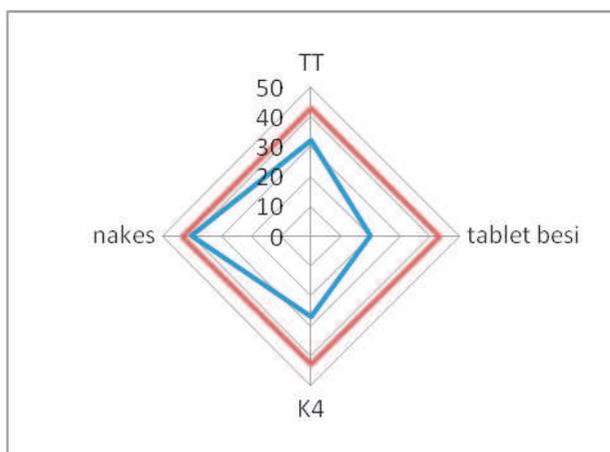
Namun sayangnya akses ke tenaga kesehatan yang baik belum dapat menjamin semua ibu hamil mendapat imunisasi *Tetanus toxoid* (TT). Masih ada 23,3% responden ibu menikah muda yang mengaku tidak pernah mendapat imunisasi TT.

Pada kelompok ibu nikah usia ideal, jumlah ibu yang sudah mendapat imunisasi TT sudah mencapai 94,3%. Masih rendahnya cakupan imunisasi TT pada ibu nikah muda dikarenakan saat menikah mayoritas responden masih bertempat tinggal di desa, sehingga akses informasi terhadap imunisasi TT tidak tersampaikan. Kendornya peraturan imunisasi TT sebagai syarat menikah di Kantor Urusan Agama (KUA) juga menjadi faktor pendorong rendahnya cakupan imunisasi TT. Sebagian responden yang telah melakukan imunisasi TT menjelaskan bahwa imunisasi TT sebagai kewajiban yang harus dipenuhi dalam persyaratan administratif melakukan pernikahan di KUA. Sementara responden yang tidak melakukan imunisasi TT tidak pernah diwajibkan untuk melakukan imunisasi oleh KUA.

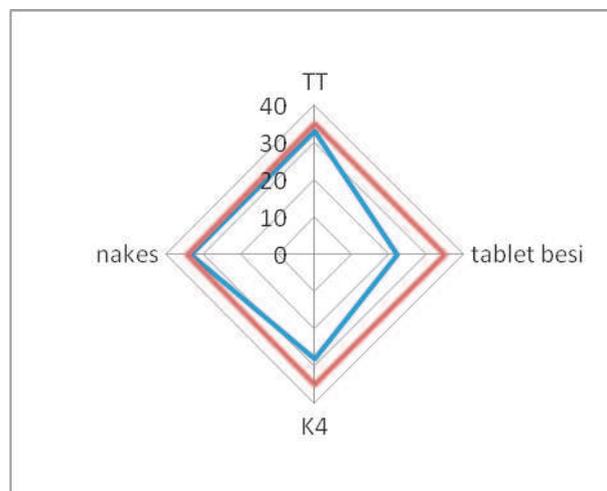
Pemetaan keempat indikator ANC menunjukkan bahwa area *spider web* untuk pelayanan kesehatan pada kelompok wanita usia di bawah umur lebih kecil daripada wanita usia nikah ideal.

Pada Gambar 2 dan Gambar 3 yang dimaksud sebagai garis biru merupakan kondisi kelompok responden sedangkan garis merah merupakan kondisi ideal kelompok tersebut. Selisih ruang antara kedua garis tersebut menggambarkan adanya inekuitas pada setiap indikator.

Selisih ruang pada Gambar 2 lebih lebar daripada Gambar 3 untuk tiga indikator (konsumsi tablet besi, K4, dan imunisasi TT). Hal ini menunjukkan pada kedua kelompok masih ada inekuitas. Jika dibandingkan antar kelompok, ibu nikah muda memiliki inekuitas yang lebih tinggi daripada ibu nikah usia ideal. Ekuitas



Gambar 2 Spider web untuk kelompok nikah usia muda



Gambar 3 Spider web untuk kelompok nikah usia ideal

persalinan pada fasilitas kesehatan sudah baik pada kedua kelompok.

Pemanfaatan KB

Rata-rata jumlah anak yang dimiliki responden adalah 2,42 anak dengan jumlah anak yang paling banyak adalah 6 orang. Rata-rata responden melahirkan anak pertamanya pada usia 22,4 tahun. Usia paling muda saat pertama kali melahirkan adalah 15 tahun dan yang paling tua 34 tahun. Terlalu banyak anak dan terlalu muda usia melahirkan merupakan salah satu faktor risiko kematian pada ibu. KB merupakan salah satu program Pemerintah yang berguna dalam menekan tingginya angka kelahiran dan mengatur jarak kelahiran. Pemanfaatan KB akan meningkatkan kualitas hidup komunitas *urban poor*.

Tabel 1. Penggunaan Alat Kontrasepsi dan Usia Nikah

Usia nikah	Penggunaan Alat Kontrasepsi			Total
	ya	pernah menggunakan sekarang tidak lagi	tidak pernah sama sekali	
Nikah di bawah umur	28 65,1%	9 20,9%	6 14,0%	43 100,0%
Nikah ideal	28 80,0%	5 14,3%	2 5,7%	35 100,0%
Total	56 71,8%	14 17,9%	8 10,3%	78 100,0%

Berikut adalah tabel yang menunjukkan penggunaan alat kontrasepsi berdasarkan usia menikah.

Mayoritas responden (71,8%) pada saat penelitian menggunakan alat kontrasepsi, namun 8 orang lainnya (10,3%) belum pernah sama sekali menggunakan alat kontrasepsi. Kelompok nikah ideal 82,4% sudah memakai alat kontrasepsi. Sayangnya hanya sekitar 66,6% kelompok nikah muda yang menggunakan alat kontrasepsi. Persentase jumlah responden nikah muda yang tidak menggunakan alat kontrasepsi cukup tinggi yakni 33,4%, bahkan 14,3% belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sama sekali.

Responden tidak menggunakan alat kontrasepsi karena takut akan efek sampingnya. Responden yang tidak menggunakan KB khawatir berat badannya akan naik dengan drastis, berjerawat, bahkan menyebabkan tidak keluarnya darah menstruasi. Efek samping tersebut merupakan efek samping dari alat kontrasepsi hormonal. Munculnya efek samping tersebut sebenarnya dapat dihindari dengan penggunaan alat kontrasepsi non-hormonal seperti tubektomi atau IUD. Penggunaan alat kontrasepsi non-hormonal masih rendah. Responden lebih memilih untuk menggunakan KB hormonal berupa suntik (40,8%) dan pil (17,9%). Selain faktor pengetahuan terhadap jenis KB yang masih rendah, responden tidak menggunakan KB dengan alasan larangan dari pasangan untuk menggunakan alat kontrasepsi.

Untuk pelayanan KB ini, banyaknya fasilitas kesehatan di kota mempermudah responden mendapatkan KB. Mayoritas responden menggunakan jasa bidan untuk suntik KB. Ketersediaan pil KB di apotek sekitar Penjaringan Sari II juga mempermudah responden mendapatkan pil KB.

Pencegahan Kanker Serviks

Fasilitas kesehatan terdekat dan terjangkau oleh penghuni Rumah Susun Penjaringan Sari II adalah Puskesmas pembantu yang ada di kompleks rumah susun. Namun sayangnya pemeriksaan *pap smear* di Puskesmas ini tidak selalu ada karena pemeriksaan *pap smear* di Kota Surabaya merupakan program yang dilakukan hanya saat ada alokasi anggaran. Penghuni Rumah Susun Penjaringan Sari II mendapat pemeriksaan *pap smear* saat ada bakti sosial. Bakti sosial dilakukan oleh *Rotary Club* Surabaya setiap tahunnya menyediakan layanan *pap smear* gratis di Rumah Susun Penjaringan Sari II.

Tabel 2. Pemanfaatan *Pap-smear* dan Usia Nikah

Usia nikah	Pap Smear		Total
	Sudah pernah melakukan	Belum pernah	
Nikah di bawah umur	24 55,8%	19 44,2%	43 100,0%
Nikah ideal	14 40,0%	21 60,0%	35 100,0%
Total	38 48,7%	40 51,3%	78 100,0%

Sayangnya walaupun telah diberi kemudahan dalam mengakses pelayanan *pap smear*, tidak semua responden memanfaatkan. Banyak responden yang tidak bersedia melakukan *pap smear*, hanya 46,2% saja yang bersedia melakukan *pap smear*. Dua pertiga dari jumlah responden yang memanfaatkan pelayanan *pap smear* merupakan kelompok nikah muda yang berisiko tinggi kanker serviks.

Walaupun kelompok risiko tinggi sudah banyak yang memanfaatkan pemeriksaan *pap smear*, namun mayoritas responden masih belum menggunakan *pap smear* (51,3%). Responden yang tidak memanfaatkan *pap smear* ini mayoritas karena tidak bersedia diperiksa *pap smear*. Responden tidak bersedia diperiksa *pap smear* karena merasa takut mengikuti pemeriksaan ini. Selain itu banyak responden yang merasa bahwa *pap smear* masih tabu.

Berikut adalah tabulasi silang antara kelompok usia nikah dan pemanfaatan *pap smear*

PEMBAHASAN

Akses Masyarakat Miskin Perkotaan terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Ekuitas akan menentukan sebuah sistem kesehatan dengan menghasilkan alokasi yang secara layak memenuhi kebutuhan. Dalam sektor kesehatan, ekuitas sangat berperan dalam tersampainya pelayanan kesehatan kepada setiap orang yang membutuhkan. Menurut Mooney (1983) poin utama dalam ekuitas adalah distribusi pelayanan kesehatan bagi individu atau kelompok dalam masyarakat. Dua unsur utama dalam ekuitas pelayanan kesehatan adalah akses masyarakat terhadap paket pelayanan kesehatan dan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan. Kebutuhan ini mengacu pada keinginan

untuk tetap sehat dan keparahan suatu penyakit. Sedangkan yang dimaksud dengan akses adalah ketiadaan penghalang seseorang untuk memanfaatkan pelayanan tersebut, baik yang sifatnya sosial, finansial, maupun geografi.

Penelitian yang dilakukan Moore et al. (1987) menunjukkan bahwa dalam melakukan kunjungan antenatal, ibu hamil akan mempertimbangkan kemampuan ekonomi dan sosial. Kemampuan ekonomi yang rendah akan membuat ibu hamil semakin jarang melakukan kunjungan antenatal. Pada penelitian ini latar belakang ekonomi baik ibu hamil nikah muda maupun nikah ideal adalah sama. Kedua kelompok ini teridentifikasi sebagai kelompok dengan kemampuan ekonomi yang rendah. Penelitian Montgomery (2009) yang membandingkan upaya kesehatan yang dilakukan oleh kelompok miskin di perkotaan dan desa memaparkan dengan jelas adanya perbedaan pada kedua kelompok walaupun dengan kondisi ekonomi yang relatif sama.

Menurut Montgomery masyarakat miskin perkotaan ternyata hidup dalam lingkungan yang sedikit lebih baik daripada masyarakat miskin desa. Kondisi ini berhubungan dengan ketersediaan fasilitas kesehatan yang lebih banyak di kota daripada di desa sehingga memudahkan akses fisik seseorang dalam memanfaatkan pelayanan. Rumah Susun Penjaringan Sari II ini memiliki akses fisik yang sangat baik dengan berbagai pelayanan kesehatan. Tidak hanya Puskesmas Pembantu Penjaringan Sari II yang berada di kompleks rumah susun saja yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi, ada banyak bidan praktik swasta, klinik, maupun rumah sakit yang lokasinya dekat dengan Rumah Susun Penjaringan Sari juga memberikan pelayanan kesehatan reproduksi. Kemudahan akses fisik masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menjadi hal yang sangat penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Pada kelompok *urban poor* di Rumah Susun Penjaringan Sari II, ketersediaan fasilitas kesehatan telah terdistribusi dengan baik. Rumah Susun Penjaringan Sari II berada di Kota Surabaya yang memiliki banyak fasilitas kesehatan. Akses transportasi yang baik juga menjadi faktor yang semakin memudahkan dalam mewujudkan ekuitas. Namun studi ini membuktikan masih adanya kelompok *urban poor* yang mengalami inekuitas. Hal ini karena dalam mewujudkan ekuitas keberadaan disparitas

dalam kesehatan (dan determinan sosial -nya) yang secara sistematis berhubungan dengan keuntungan ataupun kerugian sosial (Braveman & Gruskin, 2003). Inekuitas kesehatan yang ada dalam masyarakat yang memiliki kerugian sosial (dalam hal ini kelompok pendatang dengan status ekonomi lemah) akan memperburuk keadaan kesehatannya.

Penghuni Rumah Susun Penjaringan Sari II mayoritas merupakan bukan warga asli Penjaringan Sari II dan merupakan warga pendatang dari berbagai daerah di Jawa Timur. Terkait status urban penghuni rumah susun ini akan mempengaruhi dua hal yakni terkait dengan persyaratan administrasi untuk memanfaatkan jaminan kesehatan dan terkait *personal networks* antar penghuni.

Jaminan kesehatan yang diberikan pada penduduk miskin dapat dinikmati saat penggunaannya telah memenuhi berbagai persyaratan, salah satunya persyaratan administrasi. Persyaratan administrasi ini sangat terkait dengan status kependudukan seseorang. Seorang urban jika tidak memiliki dokumen kependudukan yang jelas kemungkinan tidak akan dapat mengakses pelayanan kesehatan. Namun kebijakan Kota Surabaya telah mengakomodir *gap* ini. Untuk pelayanan kesehatan primer, Pemerintah Kota Surabaya memberikan kemudahan dalam akses urban memanfaatkan pelayanan kesehatan tanpa perlu harus merubah kependudukannya menjadi warga Surabaya.

Banyak masyarakat miskin perkotaan merupakan kelompok urban yang tinggal berkelompok di perkampungan dan cenderung mengelompok berdasarkan daerah asalnya (Tacoli 2012). Kedekatan antar penduduk urban ini menimbulkan adanya *personal networks* antar anggota dalam kelompok (Marques, et al. 2008). Saat *personal networks* ini rendah maka isolasi sosial akan lahir dan kemungkinan besar menyebabkan ketidakmampuan individu dalam kelompok memobilisasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhannya. Penjelasan tersebut dapat dipakai dalam menerangkan kondisi yang ada di Rumah Susun Penjaringan Sari II.

Mayoritas penghuni merupakan urban yang berasal dari beberapa daerah asal yang sama, seperti kelompok urban pada beberapa lantai tertentu berasal dari Madura. Pengelompokan urban pada Rumah Susun Penjaringan Sari II tidak hanya berdasarkan kesamaan daerah asal namun juga kesamaan tempat kerja. Pengelompokan yang terjadi ini membuat

personal networks antar penghuni menjadi lebih kuat. *Personal networks* terjadi terutama dalam kaitannya penyebaran informasi kepada antar penghuni tentang *knowledge and experience sharing* tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak. Kendala finansial yang dihadapi penghuni Rumah Susun Penjaringan Sari II dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan reproduksi ternyata dapat disiasati dengan *knowledge and experience sharing* antar penghuni.

Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan mengacu pada keinginan untuk tetap sehat dan keparahan suatu penyakit. Kelompok *urban poor* di Rumah Susun Penjaringan Sari II masih menganggap kesehatan reproduksi bukanlah sebagai sebuah kebutuhan yang perlu dipenuhi dengan segera. Bahkan pada kelompok risiko tinggi yakni *urban poor* dengan usia nikah yang sangat muda, kesehatan reproduksi bukan menjadi hal yang penting.

Kanker serviks atau yang disebut juga sebagai kanker mulut rahim merupakan jenis kanker yang menempati peringkat teratas sebagai penyebab kematian wanita dunia. Hubungan intim pada usia dini, melakukan hubungan intim pada usia kurang dari 16 tahun, dapat meningkatkan risiko dua kali terserang kanker serviks. Penggunaan pil KB dalam jangka waktu yang sangat lama dan terlalu sering melahirkan juga menyebabkan kanker serviks. Semua faktor risiko tersebut ditemukan pada komunitas *urban poor* di Rumah Susun Penjaringan Sari II. Pencegahan kanker serviks menjadi sangat penting.

Pap smear merupakan upaya deteksi dini kanker serviks yang dapat dilakukan. Namun sayangnya belum banyak yang *concern* terhadap deteksi dini ini. Biaya yang harus dikeluarkan untuk sekali *pap smear* berkisar Rp.50.000,- di Puskesmas (lebih murah dibanding pada pelayanan swasta karena Pemerintah mensubsidi untuk pelaksanaan *pap smear*). Harga tersebut dirasa cukup mahal bagi responden yang pekerjaannya serabutan dan penghasilannya tidak tentu.

Dengan keterbatasan ekonomi tersebut, ternyata justru semua penghuni Rumah Susun Penjaringan Sari II mendapatkan kesempatan untuk melakukan *pap smear*. Akses responden terhadap upaya pemeliharaan kesehatan reproduksi terkait deteksi dini kanker serviks cukup baik, setiap tahun ibu rumah tangga di Rumah Susun Penjaringan Sari II memperoleh *pap smear* gratis. Selama dua tahun berturut-turut, *pap smear* diberikan gratis bagi penghuni oleh sebuah

kelompok arisan ibu-ibu kaya di Surabaya Hal ini karena penghuni rumah susun dianggap sebagai kelompok miskin yang membutuhkan bantuan. Studi ini menunjukkan bahwa tidak selamanya faktor ekonomi yang lemah menjadi penyebab inekuitas dalam pelayanan kesehatan. Faktor ekonomi lemah justru mempermudah akses kelompok miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Namun penjelasan bahwa akses ekonomi yang sebenarnya bisa diatasi dengan memanfaatkan bantuan dari berbagai pihak menjadi tidak berarti karena munculnya halangan baru mengenai pemahaman individu terhadap kesehatan reproduksi. Hal ini terjadi saat menjelaskan fenomena rendahnya pemanfaatan alat kontrasepsi dan pemeriksaan *pap smear* di antara penghuni rumah susun. Alasan klasik berupa larangan suami dalam ber-KB, keengganan karena efek samping, serta rasa malu saat pemeriksaan menjadi halangan dalam mewujudkan ekuitas pelayanan kesehatan reproduksi dalam komunitas *urban poor* di Surabaya.

Penggunaan *Spider Web* dalam Analisis Ekuitas Pelayanan Kesehatan

Penggunaan *spider web* dalam menganalisis ekuitas pelayanan kesehatan merupakan hal baru yang dikenalkan dalam studi ini. *Spider web* atau *radar chart* sebenarnya telah banyak digunakan di berbagai industri untuk menerangkan ukuran kesenjangan (*gaps*) antara kinerja faktual dengan standar kinerja. Kesenjangan yang terpotret dalam *spider web* menunjukkan indikator ekuitas mana yang belum terpenuhi serta seberapa besar kesenjangan tersebut belum terpenuhi.

Pada dokumen *Monitoring Health Equity in the MDGs: A Practical Guide* yang dikeluarkan oleh CIESIN dan UNICEF tahun 2006, *spider web* hanya digunakan untuk menganalisis besarnya masalah kesehatan pada balita. Demikian pula pada berbagai tulisan ilmiah lainnya, penggunaan *spider web* hanya digunakan untuk menggambarkan besarnya masalah. Ekuitas yang disusun berdasarkan pemenuhan kebutuhan belum digambarkan pada *spider web*.

Pemikiran awal penggunaan *spider web* untuk menganalisis ekuitas dalam studi ini didasarkan bahwa sebenarnya *spider web* mampu menunjukkan seberapa besar ketidakmampuan seseorang atau kelompok dalam memenuhi kebutuhannya. Kebutuhan dalam *spider web* digambarkan sebagai garis terluar

yang menjadi standar. Sedangkan area antara garis kebutuhan dan pemenuhan tersebut yang tergambar sebagai *gap*. Dengan begitu, para analis ekuitas dapat dengan mudah menunjukkan besarnya kesenjangan yang terjadi dalam sebuah kelompok.

Analisis kedua yang dapat dilakukan oleh analis ekuitas melalui *spider web* adalah kemungkinan faktor penyebab terjadinya inekuitas. Hal ini dapat dilakukan dengan mengelompokkan indikator yang digunakan dalam *spider web* menjadi satu *spider web* tersendiri. Misalnya jika ingin menganalisis kemungkinan faktor akses sosial sebagai hal yang kemungkinan mempengaruhi inekuitas maka indikator *personal networks*, *social capital*, dan *knowledge sharing* dapat digambarkan pada satu *spider web* tentang akses sosial kemasyarakatan.

Kelemahan dari analisis *spider web* ini adalah analis harus mampu untuk menerjemahkan berbagai indikator yang sifatnya kualitatif menjadi kuantitatif agar dapat digambar dalam *spider web*. Analis juga harus ingat bahwa garis standar harus disusun dengan jumlah maksimal yang sama agar tidak terjadi bias saat mengukur *gap*.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kemudahan akses pada pelayanan kesehatan menjadi faktor yang mempermudah terwujudnya ekuitas pelayanan kesehatan di kota. Hal ini menjadi keuntungan tersendiri bagi para kaum urban di kota untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi dengan mudah. Namun sayangnya ketimpangan sosial menjadi masalah utama dalam mewujudkan ekuitas pelayanan kesehatan reproduksi pada kelompok *urban poor* di Surabaya. Ketimpangan sosial yang dimaksud bukanlah disebabkan karena diskriminasi *urban poor* di kota, namun justru terkait individu *urban poor* itu sendiri. Pemahaman yang salah tentang upaya pelayanan kesehatan reproduksi serta belum eksisnya rasa membutuhkan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi merupakan faktor sosial yang terjadi.

Kemampuan ekonomi yang lemah dari *urban poor* juga bukan menjadi penghalang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Justru karena dianggap sebagai kelompok miskin yang perlu mendapat bantuan, kelompok ini mendapat bantuan finansial dari berbagai pihak. Penelitian ini menunjukkan bahwa kondisi miskin yang dialami oleh suatu kelompok tidak akan secara serta merta menyebabkan inekuitas pelayanan kesehatan. Kondisi miskin justru dapat menjadi faktor pendorong ekuitas pelayanan kesehatan tertentu. Dengan kondisi miskin yang dimiliki suatu kelompok akan meningkatkan kemungkinan kelompok tersebut untuk memperoleh bantuan dari kelompok lain.

Saran

Pemerataan kesehatan untuk komunitas *urban poor* dapat diupayakan melalui skema bantuan baik yang diberikan oleh komunitas maupun oleh pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

- Braveman, P, and S Gruskin. 2003. Defining equity in health. *Epidemiol Community Health* 57 (2003). Pp. 254–58.
- Carty, D., dan R. Coughlin. 2010. Health Equity Data: Social Determinants and Measuring Health Equity. *STD/HIV/Health Disparities Conference*. Michigan.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pelayanan Antenatal*. Jakarta: Dirjen Pelayanan Bina Medik.
- Marques, E, et al., 2008. Personal Networks and Urban Poverty: Preliminary Findings. *Brazilian Political Science Review*, p: 10-34.
- Montgomery, Mark. 2009. Urban Poverty and Health in Developing Country. *Population Bulletin*, 64 (2).
- Moore, Thomas R., William Origel, Thomas C. Key, and Robert Resnik. 1987. *The Perinatal and Economic Impact of Pre-Natal Care in A Low Socio-economic Population*.
- Rockefeller Foundation. 2005. *Equity in Health Care in Namibia Towards needs-based allocation formula*. Discussion Paper, Ministry of Health and Social Services of Namibia.
- Tacoli, Cecilia. 2012. *Urbanization, gender and urban poverty: paid work and unpaid carework in the city*. Working Paper, New York: United Nations Population Fun.