

FAKTOR LINGKUNGAN SEBAGAI PEMBENTUK INDIKATOR STATUS SOSIAL YANG BERPERAN DALAM KEBERLANGSUNGAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL

Environmental Factors to Construct Social Status Indicators Contributing to The Sustainability of Maternal Health Care Utilization

Khadijah Azhar, Ika Dharmayanti, Nirmala Ahmad Ma'ruf
Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat
khadijah.azhar@gmail.com

Diterima: 26 April 2016; Direvisi: 27 Juni 2016; Disetujui: 30 September 2016

ABSTRACT

Sustainability of antenatal care in health services remains a challenge in Indonesia. This is very much related to residential area, mother's education, and the quality of housing and environment. In addition, people from lower socioeconomic status sometime do not have access to maternal services regularly. This research attempt to elicit an overview of the utilization of maternal care in terms of the environmental factors (sanitation and housing). This analysis used SPSS software to develop social status from housing quality and sanitation in Riskesdas 2013 which is then used as a representation of the utilization of maternal health services. The analysis showed that the percentage of mothers who used maternal health services continuously was higher education (64.9%), employment (44.6%) and live in urban areas (54.8%). Utilization of maternal care was higher for people with better housing (58.8%) than people with poor ones. Government supports on maternal health is needed through the development of health facilities in rural areas for sustainability of maternal health services.

Keywords: *Environmental factors, social index, maternal health services*

ABSTRAK

Cakupan pemeriksaan kehamilan secara teratur di pelayanan kesehatan di Indonesia masih rendah. Hal ini terkait dengan wilayah tempat tinggal, pendidikan ibu, serta kualitas pemukiman dan lingkungan. Selain itu, masyarakat dari sosial ekonomi rendah seringkali tidak mengakses pelayanan maternal. Penelitian ini mencoba mendapatkan gambaran pemanfaatan pelayanan maternal ditinjau dari faktor lingkungan (sanitasi dan pemukiman). Analisis menggunakan perangkat lunak SPSS untuk membentuk status sosial dari data pemukiman dan kesehatan lingkungan Riskesdas 2013, kemudian dilihat gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan maternalnya. Hasil analisis menunjukkan persentase ibu dengan pendidikan tinggi (64,9%), bekerja (44,6%) dan tinggal di perkotaan (54,8%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal secara kontinyu. Pemanfaatan pelayanan maternal kontinyu semakin tinggi pada masyarakat dengan kondisi pemukiman yang lebih baik (58,8%) dibandingkan masyarakat dengan kondisi pemukiman yang buruk. Perlu dukungan pemerintah melalui pembangunan fasilitas kesehatan di pedesaan untuk keberlangsungan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal.

Kata kunci: Faktor lingkungan, indeks sosial, pelayanan kesehatan maternal

PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator dalam menunjukkan derajat kesehatan masyarakat. Indonesia masih menghadapi masalah AKI dan saat ini tantangan yang dihadapi adalah percepatan penurunan angka kematian ibu menjadi 102 per 100 ribu kelahiran hidup pada tahun 2015 sebagai target Millennium Development Goals (MDGs). Berdasarkan

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI sebesar 359 per 100 ribu kelahiran hidup melonjak dari 228 per 100 ribu kelahiran pada 2007. Indonesia merupakan negara dengan angka kematian tertinggi keempat diantara beberapa negara di Asia Timur Selatan menyusul Kamboja, Timor-Leste dan Laos *versi United Nation Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP)* (Dwicaksono, 2014).

Penyebab kematian ibu di Indonesia dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung (Saifuddin, 2008). Penyebab langsung berhubungan dengan penyakit obstetrik selama kehamilan, seperti: perdarahan (32%), tekanan darah tinggi (25%), infeksi (5%), partus lama (5%) dan abortus (1%); sedangkan sisanya (32%) adalah penyebab lain seperti penyakit non obstetrik. Penyebab langsung tersebut dapat diminimalisasi dengan menjamin setiap kelahiran dibantu oleh tenaga medis yang terlatih, semua perempuan hamil menerima perawatan tepat dan berkualitas sebelum melahirkan, dan perempuan yang melahirkan memiliki akses ke sarana perawatan kebidanan darurat secara tepat waktu (Saifuddin, 2008). Pelayanan kesehatan maternal diharapkan bisa mengobati anemia selama kehamilan, sedangkan tenaga persalinan terlatih bisa mencegah atau mengobati pendarahan dengan perawatan yang benar. Oleh karena itu, intervensi terhadap hal tersebut sangatlah penting untuk mencapai target penurunan AKI.

Menurut Eryando tahun 2007, akses ke fasilitas untuk pemeriksaan kehamilan di Indonesia sudah cukup tinggi yaitu sebesar 91,5%, namun pemeriksaan dengan kategori kunjungan antenatal care (ANC) dengan kunjungan minimal 4 kali lengkap (K4) hanya 63,7% (Eryando, 2007). Idealnya, standar waktu pelayanan ANC adalah minimal 4 kali kunjungan selama kehamilan. Hal ini sangat dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

Permasalahan ini disebabkan oleh kesenjangan ketersediaan tenaga medis terlatih antar wilayah, yaitu persentase tertinggi di wilayah Sumatera dan Jawa dan persentase terendah di wilayah Maluku dan Papua, keterbatasan akses sarana kesehatan akibat dari jalan dan prasarana transportasi yang kurang memadai.

Wilayah dan tipe penduduk, kondisi sosial ekonomi dan pendidikan ibu merupakan faktor yang berkaitan erat dengan kurangnya pemanfaatan pelayanan maternal di Indonesia. Ibu hamil terutama di luar Jawa dan Bali dan tinggal di pedesaan cenderung kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan

maternal. Faktor sosial ekonomi juga berpengaruh karena ibu yang berasal dari keluarga miskin seringkali mengalami masalah keuangan yang pada gilirannya akan menghalangi mereka untuk mengakses pelayanan maternal. Faktor ibu sendiri yaitu tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang kehamilan juga merupakan salah satu faktor yang menyebabkan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal kurang dimanfaatkan di daerah pedesaan. Selain itu, kurangnya pelayanan kesehatan dan keterbatasan akses di wilayah tersebut, seperti kondisi jalan yang rusak, jarak ke lokasi sarana kesehatan yang jauh, dan kurangnya sarana transportasi menghambat para ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan (Titaley, Dibley, & Roberts, 2010)

Berdasarkan hal tersebut maka diperlukan upaya peningkatan kesehatan ibu dengan prioritas pada perluasan pelayanan kesehatan berkualitas, pelayanan obstetrik yang komprehensif, peningkatan pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan penyebarluasan komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat. Pemanfaatan (aksesibilitas) pelayanan kesehatan maternal merupakan fungsi dari akses ke pelayanan kesehatan. Aksesibilitas tersebut dilihat dari dua sisi yaitu pengguna dan pelaksana pelayanan. Aksesibilitas dari sisi pelayanan kesehatan dilihat dari fungsi jarak ke pengguna, waktu tempuh, kesesuaian dengan kebutuhan, faktor lingkungan secara fisik dan politik wilayah.

Menurut Andersen tahun 1995, dalam model perilaku dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bahwa serangkaian faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah (Andersen, 1995):

1. *Predisposing factor*, terdiri dari faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, dan status perkawinan), faktor sosial (tingkat pendidikan, pekerjaan dan ras) dan faktor kepercayaan (keyakinan, sikap atau pandangan terhadap pelayanan kesehatan)
2. *Needs factor* (kebutuhan) mencakup tarif, fasilitas, pelayanan personal, lokasi, kecepatan pelayanan dan informasi
3. *Enabling factor* (pemungkin) yaitu sumber daya keluarga (pendapatan,

cakupan asuransi), kualitas pelayanan dan jarak.

Penelitian-penelitian yang membahas variabel seputar status kesehatan ibu, akses dan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan sudah banyak dilakukan, tetapi bagaimanakah hubungannya dengan status sosial rumah tangga masih belum banyak diteliti. Sehubungan dengan hal tersebut yang menjadi pertanyaan adalah bagaimanakah pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal ditinjau dari aspek perumahan/permukiman sebagai salah satu indikator yang mewakili kondisi sosial masyarakat.

Pengadaan perumahan merupakan tujuan fundamental yang kompleks dan tersedianya standar perumahan merupakan isu penting dari kesehatan masyarakat (Keman, 2005). Masalah pokok dalam bidang pemenuhan perumahan yang layak dan sehat adalah ketidakmampuan sebagian besar masyarakat dan keterbatasan kemampuan pemerintah setempat.

Rumah sebagai salah satu kebutuhan pokok manusia, berfungsi pula sebagai tempat tinggal serta digunakan untuk berlindung dari gangguan iklim dan makhluk hidup lainnya. Rumah sehat dibutuhkan oleh setiap keluarga untuk pencapaian derajat kesehatan yang baik karena rumah yang tidak sehat akan mempengaruhi kualitas kesehatan penghuninya sehingga pada gilirannya dapat menurunkan produktivitas kerja dan daya guna seseorang.

Secara umum rumah dikatakan sehat bila memenuhi kebutuhan fisiologis (pencahayaan, penghawaan dan ruang gerak yang cukup, terhindar dari kebisingan yang mengganggu), kebutuhan psikologis (*privacy*) yang cukup, komunikasi yang sehat antar anggota keluarga, persyaratan pencegahan penularan penyakit (sarana air bersih, pengelolaan tinja dan limbah, bebas vektor penyakit) dan memenuhi syarat pencegahan terjadinya kecelakaan, baik yang timbul karena keadaan luar maupun dalam rumah (garis sempadan jalan, konstruksi kokoh, tidak mudah terbakar atau tidak cenderung membuat penghuninya jatuh tergelincir)(Depkes RI, 2007).

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) status kepemilikan rumah berpengaruh pada

kualitas rumah karena ada kecenderungan bahwa kepemilikan rumah akan membuat penghuni rumah berusaha selalu memperbaiki kualitas rumah. Orang yang sudah memiliki rumah sendiri tentunya tidak perlu menganggarkan penghasilannya untuk membangun atau mengontrak rumah sehingga pendapatan yang diperoleh bisa dialokasikan untuk kebutuhan lainnya seperti untuk perawatan rumah.

Semakin tinggi status sosial ekonomi maka akan semakin baik kualitas rumah yang dimiliki. Hal ini tidak mengherankan, karena rumah tidak saja menjadi tempat berkumpul dan berlindung tetapi juga merupakan status lambang sosial (Mukono, 2000). Hasil penelitian (Kusumawati, Sunarko, & Sanjoto, 2015) menggunakan analisis korelasi sederhana antara status ekonomi dengan kualitas rumah diperoleh koefisien korelasi (r) = 0,609. Meskipun pengetahuan penduduk terhadap rumah sehat semakin tinggi, kualitas rumah tinggalnya belum tentu semakin baik, berbeda halnya dengan status ekonomi. Tingkat golongan pendapatan keluarga berpengaruh terhadap pengadaan perumahannya. Bagi golongan keluarga yang berpenghasilan tinggi dari segi pembiayaan pengadaan rumah bagi keluarganya tidaklah menjadi persoalan, berbeda dengan golongan berpenghasilan rendah yang dianggap tidak mampu untuk menyediakan dana partisipasi dalam pengadaan perumahan.

Dalam studi ini akan dilakukan analisis mengenai hubungan faktor lingkungan khususnya kondisi perumahan dan pemukiman yang dikemas menjadi indikator status sosial masyarakat dan hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal.

BAHAN DAN CARA

Analisis menggunakan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dengan desain penelitian potong lintang. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh WUS umur 10-54 tahun dalam kurun waktu 1 Januari 2010 sampai dengan wawancara pada tahun 2013. Sebagai sampel adalah WUS yang memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal secara berkesinambungan (K1-K4).

Komponen untuk membentuk status sosial dari beberapa variabel yang di kuesioner Riskesdas 2013. Variabel-variabel yang dimaksud adalah ketersediaan air bersih, sanitasi dasar yang meliputi kepemilikan tempat buang air besar (BAB), jenis kloset dan tempat pembuangan limbah, kondisi fisik rumah, kepadatan hunian rumah, kebersihan dan ventilasi ruangan, jenis bahan bakar serta lingkungan sekitar rumah.

Definisi operasional kesinambungan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal adalah pemanfaatan ANC oleh responden berusia 10-54 tahun yang pernah hamil dalam periode 3 tahun sebelum survei, dengan penolong persalinan tenaga kesehatan (dokter kandungan, dokter umum, bidan dan perawat/nakes lainnya) di fasilitas kesehatan serta mendapat perawatan kesehatan oleh tenaga kesehatan pada periode 6 jam – 3 hari setelah melahirkan (K4). Pelayanan ANC dilakukan oleh tenaga medis (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan) untuk menjaga kesehatan ibu pada masa kehamilan serta menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi (Kemenkes, 2010).

Analisis dilakukan dengan menggunakan *software* SPSS versi 16 milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dengan *serial number* 5061284. Tahapan analisis yang dilakukan adalah menyusun indeks dari variabel-variabel yang dianggap berhubungan dengan status sosial, dengan menggunakan teknik analisis faktor. Teknik ini digunakan untuk menapis variabel yang tidak berperan dan membuat kelompok dalam indeks. Langkah selanjutnya dilihat bagaimana gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal menurut status sosial yang sudah terbentuk melalui analisis deskriptif. Secara singkat tahapan analisis yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Membuat indikator status sosial
2. Tabulasi silang status sosial dan pelayanan kesehatan maternal menurut karakteristik ibu (pendidikan, pekerjaan dan wilayah tempat tinggal).

Indikator status sosial merupakan variabel komposit dari beberapa variabel dengan menggunakan metode analisis faktor. Secara umum analisis faktor atau analisis komponen utama adalah suatu teknik analisis yang mendekati data pada suatu pengelompokan atau pembentukan suatu variabel baru berdasarkan adanya keeratan hubungan (korelasi) antar dimensi pembentuk faktor. Melalui analisis faktor maka dapat diketahui hubungan (*interrelationship*) antar sejumlah variabel-variabel yang saling independen satu dengan lainnya sehingga bisa dibuat satu atau beberapa kumpulan variabel dengan lebih sedikit jumlah variabel awal. Kumpulan variabel tersebut dinamakan faktor (Hair et al., 1998).

Perbedaan utama *polychoric Principal Component Analysis* (PCA) dengan teknik analisis faktor lainnya adalah PCA untuk menjelaskan variasi korelasi antar variabel secara maksimal pada komponennya yang pertama (Kline, 1994). PCA tidak membuat kelompok sub indeks, sedangkan pada analisa faktor bisa membentuk sub indeks. Kelebihannya jika terbentuk sub indeks maka dapat melakukan intervensi pada sub indeks yang bermasalah saja.

Di dalam analisis faktor, dilakukan dua hal yaitu *data summarization* dan *data reduction*. *Data summarization* artinya mengidentifikasi hubungan antar variabel melalui uji korelasi disertai pemenuhan asumsi yang harus dipenuhi dalam uji korelasi. Hubungan tersebut, bisa berupa hubungan antar variabel (*R Factor Analysis*) ataupun hubungan antar sampel (*Q Factor Analysis/Cluster Analysis*). Selanjutnya dalam *data reduction* dibuat sebuah variabel baru atau faktor untuk menggantikan sejumlah variabel original. Analisis faktor dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu analisis faktor eksploratori dan analisis faktor konfirmatori (Hair et al., 1998). Pada model eksploratori/eksplanatori, variabel baru atau faktor yang akan menggantikan variabel asal, dapat ditentukan setelah analisis dilakukan. Dengan demikian teknik ini dapat digunakan untuk membangun teori baru. Sebaliknya, pada analisis faktor konfirmatori pembentukan faktor berdasarkan teori dan konsep yang sudah diketahui karena untuk

mengidentifikasi adanya hubungan antar variabel dengan menggunakan uji korelasi dan menguji validitas dan reliabilitas instrumen.

HASIL

Berdasarkan uraian dalam bahan dan cara maka metode analisa faktor eksplanatori digunakan untuk membentuk indikator status sosial dari variabel-variabel terkait dengan pemukiman dan kesehatan lingkungan yang ada dalam Riskesdas 2013. Faktor yang terbentuk dari hasil analisis yaitu:

- Faktor 1: sarana dan kondisi kesehatan lingkungan, terdiri dari air bersih, tempat BAB, pembuangan limbah, kumuh dan kepadatan hunian.
- Faktor 2: bangunan dan sumber polusi indoor (dalam ruang) yaitu plafon, dinding, lantai, sampah dan bahan bakar
- Faktor 3: ventilasi, yaitu kondisi ventilasi di kamar tidur dan dapur

Pemilihan variabel untuk menyusun indeks sudah sesuai, yang diketahui dari nilai *Kaiser Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO- MSA) yaitu 0,709. Nilai KMO dianggap cukup apabila lebih dari 0,5, yang artinya sampel mencukupi dan variabel yang dipilih dapat berperan untuk menjelaskan suatu model. Uji korelasi variabel dalam faktor diukur dengan besaran *Bartlett Test of Sphericity* atau *Measure Sampling Adequacy* (MSA). Dalam uji ini, beberapa variabel harus mempunyai nilai signifikan (sign) <0,5. Artinya variabel yang digunakan mempunyai korelasi dengan variabel lain sehingga layak untuk dijadikan dalam satu faktor dan faktornya dapat dianalisis lebih lanjut. Nilai korelasi (R) dari indeks yang terbentuk adalah 0,749. Nilai ini menunjukkan bahwa variabel-variabel yang digunakan menyusun indeks ini memiliki hubungan yang kuat. Selanjutnya dilakukan analisis regresi untuk mendapatkan persamaan dari status sosial tersebut.

Tabel 1. Hasil uji regresi linear faktor pembentuk indikator status sosial

Model	B	SE	Sign
Constant	3,198	0,004	0,000
Faktor skor 1	0,714	0,004	0,000
Faktor skor 2	0,701	0,004	0,000
Faktor skor 3	0,093	0,004	0,000

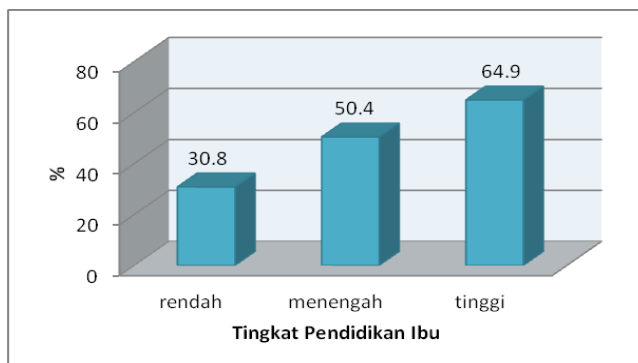
Persamaan yang diperoleh adalah sebagai berikut:

$$Y = 3,198 + 0,714 \text{ Faktor 1} + 0,701 \text{ Faktor 2} + 0,093 \text{ Faktor 3}$$

Berdasarkan model yang diperoleh dari variabel-variabel lingkungan sebagai pembentuk maka akan diperoleh nilai untuk menentukan status sosial. Nilai tersebut dibagi menjadi lima kelompok dengan rentang 20%. Dimulai dengan nilai terkecil

yaitu status sosial sangat rendah, rendah, menengah, tinggi, sangat tinggi.

Dalam ulasan selanjutnya, akan menghubungkan indikator status sosial dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu disertai dengan karakteristik lainnya.



Gambar 1. Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal menurut tingkat pendidikan ibu di Indonesia

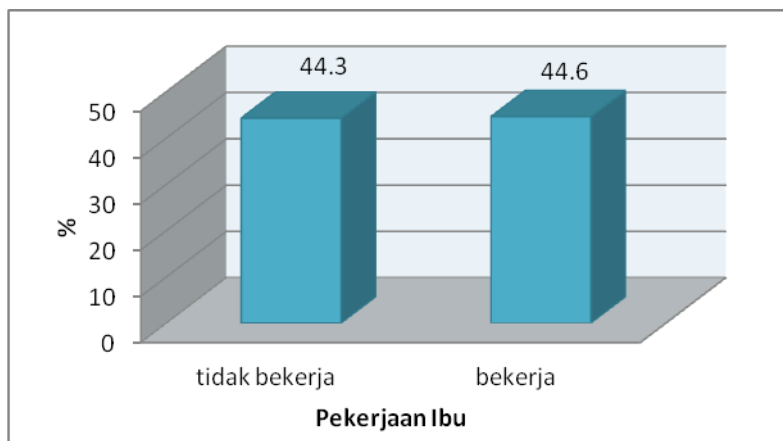
Tingkat pendidikan ibu dikelompokkan menjadi tiga, yaitu: kelompok rendah bagi tidak pernah atau tamat SD, kelompok menengah bagi tamat SMP-SMA dan kelompok tinggi bagi yang pernah atau tamat perguruan tinggi. Ibu yang berpendidikan rendah cenderung kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal dibanding ibu yang berpendidikan menengah atau tinggi (gambar 1) sehingga dapat disimpulkan bahwa seiring dengan peningkatan jenjang pendidikan maka pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal juga meningkat karena bertambahnya pengetahuan dan kepedulian serta akses terhadap informasi kesehatan maternal.

Berdasarkan Tabel 2, ibu yang berpendidikan rendah tidak banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan

maternal, baik pada rumah tangga dengan status sosial rendah maupun status sosial tinggi. Hal sebaliknya pada ibu berpendidikan tinggi, sebagian besar telah memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal dengan baik dan hampir merata persentasenya di setiap status sosial. Sedangkan pada ibu dengan tingkat pendidikan menengah (SMP-SMA) pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal cenderung kurang karena persentase yang memanfaatkan sarana tersebut rata-rata 50 persen dan kurang dari angka tersebut pada rumah tangga dengan status sosial 1 dan 2. Pola yang sama pada semua kelompok pendidikan, semakin tinggi status sosial maka semakin tinggi pula persentase kesinambungan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Tabel 2. Hubungan pendidikan ibu terhadap status sosial dengan pelayanan maternal

Karakteristik		Pelayanan kesehatan maternal	
Pendidikan	Status sosial	Tidak Berkesinambungan	Berkesinambungan
Pendidikan rendah	Sangat rendah	77,4	22,6
	Rendah	68,6	31,4
	Menengah	67,7	32,3
	Tinggi	60,6	39,4
	Sangat Tinggi	54,5	45,5
Pendidikan menengah	Sangat rendah	63,7	36,3
	Rendah	53,1	46,9
	Menengah	49,5	50,5
	Tinggi	47,7	52,3
	Sangat Tinggi	41,1	58,9
Pendidikan tinggi	Sangat rendah	51,3	48,7
	Rendah	47,0	53,0
	Menengah	37,6	62,4
	Tinggi	34,4	65,6
	Sangat Tinggi	32,1	67,9



Gambar 2. Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal menurut pekerjaan ibu di Indonesia

Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal ditinjau dari karakteristik pekerjaan ibu tidak memperlihatkan perbedaan yang

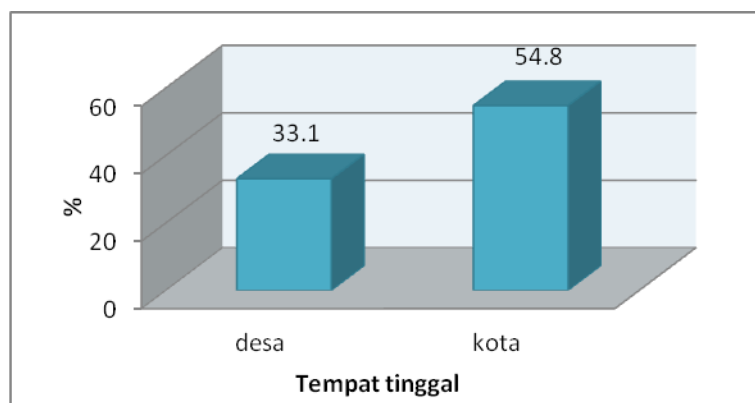
signifikan antara kelompok ibu yang bekerja dengan ibu tidak bekerja (gambar 2).

Tabel 3. Hubungan pekerjaan ibu terhadap status sosial dengan pelayanan kesehatan maternal

Karakteristik		Pelayanan kesehatan maternal	
Pekerjaan	Status sosial	Tidak Berkesinambungan	Berkesinambungan
Tidak bekerja	Sangat rendah	70,7	29,3
	Rendah	59,3	40,7
	Menengah	55,2	44,8
	Tinggi	51,1	48,9
	Sangat Tinggi	42,6	57,4
Bekerja	Sangat rendah	75,2	24,8
	Rendah	60,2	39,8
	Menengah	53,9	46,1
	Tinggi	47,7	52,3
	Sangat Tinggi	38,4	61,6

Pada Tabel 3 terlihat perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal jika dilihat dari sisi tingkat status sosial rumah tangga, dimana tingkat pemanfaatan sangat sedikit pada rumah tangga status sosial menengah ke bawah. Hal

ini dimungkinkan karena ibu dari status sosial rendah masih memprioritaskan kebutuhan sehari-hari dibandingkan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal secara berkesinambungan.



Gambar 3. Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal menurut wilayah desa/kota di Indonesia

Tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal cenderung lebih banyak dilakukan oleh para ibu di perkotaan (55%) dibanding perdesaan (33%). Di perdesaan, makin miskin rumah tangga tersebut maka semakin rendah pemanfaatan pelayanan kesehatan secara berkesinambungan. Hal serupa juga terjadi di wilayah perkotaan

meskipun sedikit lebih tinggi persentasenya dibandingkan diperdesaan. Program kesehatan di perkotaan pada umumnya sudah lebih banyak dan menjangkau masyarakat luas di bandingkan di pedesaan sehingga turut memberikan pengaruh terhadap akses fasilitas tersebut.

Tabel 4. Hubungan tempat tinggal terhadap status sosial dengan pelayanan kesehatan maternal

Wilayah	Karakteristik Status sosial	Pelayanan kesehatan maternal	
		Tidak Berkesinambungan	Berkesinambungan
Desa	Sangat rendah	76,8	23,2
	Rendah	68,9	31,1
	Menengah	64,6	35,4
	Tinggi	58,5	41,5
	Sangat Tinggi	53,7	46,3
Kota	Sangat rendah	60,6	39,4
	Rendah	50,0	50,0
	Menengah	47,1	52,9
	Tinggi	42,8	57,2
	Sangat Tinggi	36,7	63,3

Pada Tabel 4 juga memperlihatkan peran status sosial dalam keberlangsungan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pola yang

tidak berbeda antara perkotaan dan perdesaaan, walaupun persentasenya terlihat lebih tinggi di perkotaan.

Tabel 5. Hubungan status sosial dengan pelayanan kesehatan maternal

Status sosial	Pelayanan kesehatan maternal	
	Tidak Berkesinambungan	Berkesinambungan
Sangat rendah	72,4	27,6
Rendah	59,6	40,4
Menengah	54,8	45,2
Tinggi	50,0	50,0
Sangat Tinggi	41,2	58,8
Total	55,6	44,4

Secara umum dapat dilihat peran status sosial dalam kesinambungan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Dalam kondisi karakteristik apapun, jika seorang ibu tidak didukung kondisi sosial yang memadai maka akan sulit melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Berdasarkan Tabel 5 terlihat kesenjangan persentase antara ibu dengan status sosial yang sangat rendah hanya setengah dari ibu dengan status sosial sangat tinggi. Hal ini yang harus menjadi salah satu perhatian pemerintah untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan yang tinggi lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal yang berkesinambungan. Hasil ini sejalan dengan beberapa penelitian yang menyimpulkan bahwa semakin tinggi pendidikan ibu hamil maka akan terjadi keteraturan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal (Sinaga & Rantono, 2009), (Priani, 2012), (Sunarti, Nurhayani, & Arifin, 2013) dan (Burhaeni et al., 2013). Hasil penelitian lainnya menyatakan hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan pemeriksaan kehamilan (Syahda, 2014). Selain itu, ibu dengan pengetahuan tinggi memiliki cakupan pelayanan antenatal 6,968 kali lebih tinggi daripada ibu dengan pengetahuan yang rendah (Agustini, Suryani, & Murdani, 2013).

Sehubungan dengan pemanfaatan pelayanan maternal dikaitkan dengan kualitas perumahan, diketahui bahwa masyarakat yang memiliki rumah yang memenuhi syarat kesehatan akan melakukan pemeriksaan kehamilan secara berkesinambungan. Semakin tinggi pendidikan dan semakin baik

kualitas rumah, maka persentase pemeriksaan kehamilan menjadi lebih tinggi.

Pendidikan dan pengetahuan ibu sangat berperan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Ibu hamil dengan pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah dalam menerima informasi serta memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan ibu dengan pendidikan rendah. Apabila ibu mengetahui manfaat pelayanan kesehatan (yankes) maternal, maka ibu akan memeriksakan kehamilannya secara teratur ke fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, pengetahuan berperan penting dalam pembentukan tindakan dan sikap seseorang. Apabila ibu hamil tidak mengetahui manfaat yankes maternal bagi kesehatan dan bayinya, maka ibu tersebut tidak akan memanfaatkan pelayanan maternal pada kehamilannya.

Terkait dengan status pekerjaan ibu, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Dairo tahun 2010 dan Sumiati tahun 2013 bahwa ibu pekerja dan bukan pekerja tidak mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal (Dairo & Owoyokun, 2010) dan (Sumiati, 2013). Hal ini berarti bahwa ibu pekerja dan bukan pekerja memiliki peluang yang sama untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil yang berbeda ditunjukkan oleh penelitian Priani tahun 2012 dan Burhaeni tahun 2013 yang menyebutkan bahwa ibu yang tidak bekerja memiliki waktu yang lebih banyak untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, sehingga ibu yang tidak bekerja lebih teratur dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal (Priani, 2012) dan (Burhaeni et al., 2013).

Pemanfaatan pelayanan maternal yang dikaitkan dengan kualitas perumahan dan status pekerjaan ibu, maka diketahui bahwa ibu yang bekerja dan memiliki rumah

yang sehat cenderung untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara berkesinambungan. Akan tetapi persentase ibu bekerja dan tidak bekerja dengan kualitas rumah yang baik tidak jauh berbeda dalam mengakses pelayanan maternal. Hal ini mungkin disebabkan ibu bekerja untuk mencukupi kebutuhan rumah tangga.

Dalam penelitian ini, kondisi ekonomi keluarga lebih berpengaruh dalam keteraturan pemeriksaan kehamilan. Ketidakmampuan secara ekonomi menyebabkan ibu hamil kurang memanfaatkan keberadaan fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan kehamilannya. Padahal, pemerintah telah memberikan fasilitas pemeriksaan kehamilan secara gratis bagi masyarakat kurang mampu; akan tetapi program ini belum banyak diketahui oleh masyarakat sehingga belum dimanfaatkan secara maksimal. Selain itu, terkadang ibu hamil kurang peduli terhadap kesehatan diri dan bayinya karena menganggap bahwa kehamilan merupakan proses kehidupan yang biasa dan alamiah.

Berdasarkan karakteristik lokasi tempat tinggal yaitu perdesaan dan perkotaan, penelitian yang dilakukan oleh Priani tahun 2012 dan Rahma Erlina tahun 2013 menyatakan bahwa lokasi tempat tinggal yang dekat dengan tempat pelayanan kesehatan mempengaruhi keteraturan ibu dalam memeriksakan kehamilannya (Priani, 2012), (Rahma Erlina, TA Larasati, & Betta Kurniawan, 2013). Hasil yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Dairo tahun 2010 menyebutkan bahwa ibu hamil yang tinggal di perkotaan, melakukan pemeriksaan kehamilan 2,074 kali lebih teratur (Dairo & Owoyokun, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Sohag tahun 2013 mendapatkan hasil adanya hubungan yang kuat antara pemeriksaan kehamilan dengan ibu hamil yang tinggal di perkotaan, baik pada kehamilan pertama maupun kehamilan kedua (Sohag, Memon, Bhatti, & Azeem, 2013).

Terkait dengan kualitas perumahan dan hubungannya dengan lokasi tempat tinggal, diketahui bahwa masyarakat yang tinggal di perkotaan dengan kualitas rumah yang baik akan melakukan pemeriksaan kehamilan secara kontinyu. Selain itu, pelayanan maternal di perkotaan lebih

banyak dimanfaatkan oleh ibu hamil dikarenakan akses transportasi dan informasi serta ketersediaan fasilitas kesehatan yang lebih baik dibandingkan di pedesaan.

Kualitas hidup merupakan suatu tingkat kesejahteraan. Proses perubahan kualitas hidup dibagi dalam empat tingkatan yang menggambarkan proses terjadinya perubahan kualitas hidup manusia yang masing-masing memiliki implikasi terhadap kebutuhan hidup sehari-hari. Tingkat kesejahteraan tersebut adalah pemenuhan kebutuhan dasar (*ultimate means*), pemenuhan kebutuhan primer (*intermediate means*), pemenuhan kebutuhan sekunder (*intermediate ends*) dan pemenuhan kebutuhan tersier (*ultimate ends*) (Meadows, 1998).

Kualitas hidup adalah kemampuan seseorang dalam hal peningkatan derajat kesejahteraan, kepuasan dan standar hidup. Kualitas hidup yang dijadikan acuan disiniberkaitan dengan kondisi fisik, fasilitas sarana dan prasarana permukiman serta kondisi rumah yang selanjutnya digambarkan dengan status sosial. Indeks ini merupakan representasi dari kemampuan ekonomi masyarakat karena sesuai hasil penelitian status sosial ekonomi berkorelasi kuat dengan kualitas rumah tinggal.

Berdasarkan Tabel 5 di atas terlihat bahwa pemanfaatan pelayanan maternal akan cenderung berjalan secara kontinyu pada rumah tangga dengan status sosial yang tinggi. Pada rumah tangga dengan status sosial terendah persentase pemanfaatan yang kontinyu hanya sebesar 27,6 persen sedangkan pada rumah tangga dengan indeks tertinggi persentase pemanfaatan tersebut mencapai 58,8 persen.

Sehubungan dengan indikator pemukiman dan kesehatan lingkungan yang digunakan untuk membentuk status sosial masyarakat, diketahui bahwa semakin baik kualitas pemukiman dan kesehatan lingkungan, maka pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal akan dilaksanakan secara kontinyu. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Nigeria bahwa penggunaan bahan bakar memasak, tempat BAB, plafon, dan kepadatan hunian mempengaruhi kesehatan maternal secara negatif (Ugal,

2010). Artinya semakin buruk sarana dan prasarana pemukiman, maka akan menurunkan kesehatan maternal.

Penelitian lain menyatakan bahwa semakin baik kualitas pemukiman, maka kemungkinan untuk menggunakan fasilitas kesehatan swasta menjadi meningkat (Benova et al., 2014). Hasil ini sejalan dengan penelitian Eryando tahun 2007 bahwa akses ekonomi yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal adalah kemampuan membayar (*ability to pay*) yang dihitung dari 5% pengeluaran non-makanan (Eryando, 2007). Dengan demikian keluarga tersebut telah tercukupi kebutuhan dasarnya sehingga mampu membayar untuk pemeriksaan maternal.

Di negara berkembang seperti Indonesia, permasalahan kesehatan maternal terkait pemukiman dan lingkungan yang diperparah dengan kemiskinan dapat mengancam kesehatan. Dikarenakan buruknya kondisi pemukiman dan lingkungan hingga ketidakmampuan dalam mengakses fasilitas kesehatan. Dalam beberapa penelitian, kondisi pemukiman banyak dikaitkan dengan kesehatan, seperti kepadatan hunian dengan infeksi saluran pernafasan pada anak, hingga peningkatan penyakit menular.

Kondisi rumah dan lingkungan yang sudah baik merupakan salah satu parameter dalam menilai tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal karena terkait dengan tingkat kesejahteraan pemiliknya (Benova et al., 2014). Semakin sejahtera maka kebutuhan akan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal akan semakin diperhatikan (prioritas).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal yang berkesinambungan berperan penting dalam menurunkan angka kematian ibu. Oleh karena itu, dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan diharapkan ibu dapat menjaga kesehatan sejak masa kehamilan sampai dengan masa nifas. Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal dipengaruhi oleh status sosial yang dapat dinilai dari

sarana dan prasarana perumahan yang dijadikan tempat tinggal.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persentase pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal bila dikaitkan dengan kualitas perumahan sebagai nilai status sosial menunjukkan bahwa berdasarkan pendidikan dan tempat tinggal terdapat perbedaan keberlangsungan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, walaupun mempunyai pola yang sama untuk status sosial. Sedangkan berdasarkan status pekerjaan ibu tidak berbeda dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, tetapi terlihat berbeda untuk status sosial.

Penelitian ini juga memperlihatkan hubungan antara kualitas perumahan dan status sosial, dengan semakin baiknya kualitas perumahan maka akan semakin baik status sosial sebuah keluarga.

Saran

Adanya dukungan pemerintah pada masyarakat ekonomi rendah melalui program rumah sehat serta perbaikan dan atau penambahan fasilitas kesehatan di pedesaan. Selain itu, ibu hamil perlu diberi kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kehamilan yang teratur ke pelayanan kesehatan. Sehingga nantinya mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat serta melahirkan bayi yang sehat.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Badan Litbangkes yang telah memberikan kesempatan menggunakan data RISKESDAS 2013. Demikian pula kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dalam penulisan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, N., Suryani, N., & Murdani, P. (2013) Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan IBU dan Dukungan Keluarga dengan Cakupan Pelayanan Antenatal di Wilayah Kerja Pukesmas Buleleng I. *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga*, 1(1), 67–79.
- Andersen, R. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?

- Journal of Health and Social Behavior*.
<http://doi.org/10.2307/2137284>
- Benova, L., Campbell, O., Sholkamy, H., & Ploubidis, G. B. (2014) Socio-economic factors associated with maternal health-seeking behaviours among women from poor households in rural Egypt. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 111. <http://doi.org/10.1186/s12939-014-0111-5>
- Burhaeni, S., HA Hakim, B., & Ikhsan, M. (2013) *Faktor determinan pemanfaatan pelayanan antenatal di wilayah kerja Puskesmas Pampang kecamatan Panakukang kota Makasar Tahun 2013*. <http://doi.org/10.1111/1365-2664.12198>
- Dairo, M. ., & Owoyokun, K. E. (2010) Factors affecting the utilization of antenatal care services in Ibadan, Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*, 12(1), 1–11. Retrieved from <http://www.ajol.info/index.php/bjpm/article/view/63387>
- Depkes RI. (2007)*Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat* (Cetakan ke). Jakarta: Ditjen PP&PL.
- Dwicaksono, A. (2014)*Monitoring kebijakan dan anggaran: komitmen Pemerintah Indonesia dalam kesehatan ibu*. Bandung: Perkumpulan Inisiatif.
- Eryando, T. (2007) Aksesibilitas Kesehatan Maternal di Kabupaten Tangerang, 2006. *Makara Kesehatan*, 11(2), 76–83.
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (1998) *Multivariate Data Analysis* (5th Edition). Prentice-Hall PTR. New Jersey.
- Keman, S. (2005) Kesehatan Perumahan Dan Lingkungan Pemukiman. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 2(1), 29–42. <http://doi.org/10.1111/j.18347819.2006.tb00442.x>
- Kemenkes, R. (2010)*Pedoman pelayanan antenatal terpadu*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kline, P. (1994)*An easy guide to factor analysis*. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York (Vol. 17). [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90040-X](http://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90040-X)
- Kusumawati, I. D., Sunarko, & Sanjoto, T. B. (2015) Hubungan antara pengetahuan rumah sehat dan status sosial ekonomi dengan kualitas rumah tinggal penduduk di desa. *Edu Geography*, 3(3), 45–54.
- Meadows, D. (1998)*Indicators and Information Systems for Sustainable*. Hartland: The Sustainability institute. Vermont.
- Mukono, H. (2000)*Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Priani, Ik. F. (2012) *Faktor faktor yang mempengaruhi keteraturan ibu hamil melakukan antenatal care di Puskesmas Cimanggis Kota Depok*. Universitas Indonesia.
- Rahma Erlina, TA Larasati, & Betta Kurniawan. (2013) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ibu Hamil Terhadap Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan di Puskesmas Rawat Inap Panjang Bandar Lampung. *Medical Jurnal of Lampung University*, 2(4), 29–34.
- Saifuddin, A. B. (2008) *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sinaga, T., & Rantono, G. (2009)*Faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan Antenatal Care di wilayah kerja Puskesmas Darussalam Medan Tahun 2009*.
- Sohag, A., Memon, S., Bhatti, M., & Azeem, M. A. (2013) Factors affecting Utilization of Antenatal Care the Opinion of pregnant Women. *Pak J Physiol*, 9(1), 17–19.
- Sumiati. (2013)*Faktor yang berhubungan dengan keeteraturan pemanfaatan Aantenatal Care (K1-K4) di wilayah kerja Puskesmas Mamasa Tahun 2012*. Universitas Hasanuddin.
- Suniarti, Nurhayani, & Arifin, M. . (2013)*Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Pemanfaatan Antenatal Care (K1-K4) Di Wilayah Kerja Puskesmas Mamasa*. Universitas Hasanuddin.
- Syahda, S. (2014)*Faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan Antenatal Care (ANC) di desa Muara Mahat wilayah kerja Puskesmas Tapung I Tahun 2014*. STIKes Tuanku Tambusai, Riau.
- Titaley, C. R., Dibley, M. J., & Roberts, C. L. (2010) Factors associated with underutilization of antenatal care services in Indonesia : results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002 / 2003 and 2007. *BMC Public Health*, 10.
- Ugal, D. (2010) Household Environment and Maternal Health Among Rural Women of Northern Cross River State, Nigeria. *Ea-Journal*, 2(2), 1–36.