

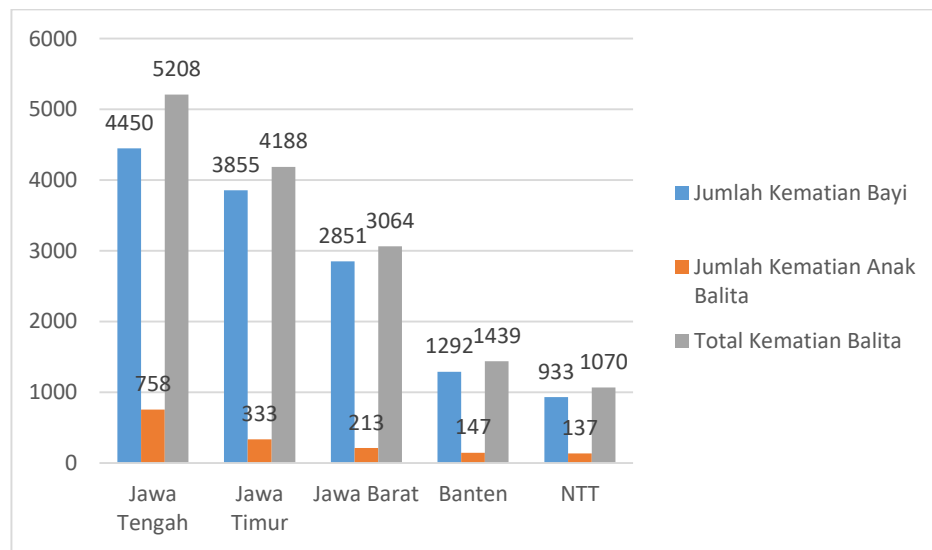
BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang anak. Masa pada usia ini akan menjadi masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang. Seringkali masa balita disebut sebagai *golden age* atau masa keemasan. Penting untuk memantau secara berkala terhadap proses tumbuh kembang balita pada masa ini. Hal ini dilakukan agar tidak ada gangguan tumbuh kembang anak dan menjamin kesehatannya. Sebab, perkembangan dan pertumbuhan di masa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya.

Berdasarkan data UNICEF, ada sekitar 50-59 persen anak di bawah lima tahun (balita) yang termasuk kategori "*not growing well*" alias pertumbuhannya tidak baik di Indonesia (UNICEF, 2019). Hal ini tentu saja menjadi pekerjaan yang cukup besar bagi pemerintah hingga kini. Oleh sebab itu, salah satu upaya yang terus dilaksanakan yaitu dengan adanya pelayanan kesehatan balita sesuai dengan standar. Hal ini tertuang dalam Peraturan Pemerintah no 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal dan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Pelayanan kesehatan balita meliputi pelayanan balita sehat dan balita sakit yaitu pemantauan pertumbuhan, perkembangan, pemberian imunisasi dasar dan lanjutan, kapsul vitamin A dan tatalaksana balita sakit jika diperlukan (Kemenkes RI, 2020b).

Jawa Timur merupakan salah satu provinsi yang besar di Indonesia. Namun, Jawa Timur juga menjadi salah satu provinsi yang perlu mendapat perhatian cukup serius dalam upaya pelayanan kesehatan balita. Pada tahun 2019 lalu tercatat bahwa Jawa Timur menjadi salah satu dari 5 provinsi dengan kematian balita terbanyak bersama Jawa tengah, Jawa Barat, Banten, dan NTT (Dinkesprov Jatim, 2019). Hal tersebut teringkas pada gambar 1.1.



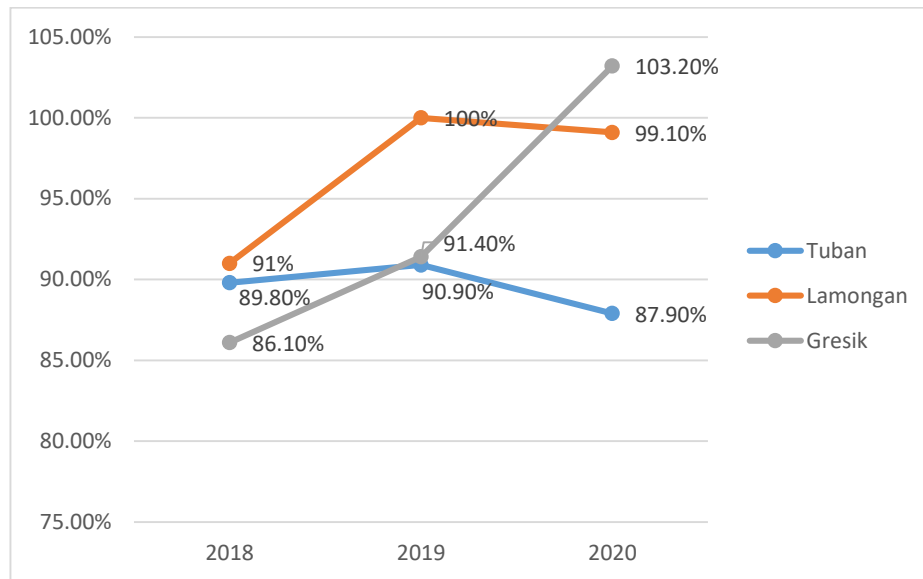
Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2019

Gambar 1.1 5 Provinsi dengan Total Kematian Balita Terbanyak di Indonesia Tahun 2019

COVID-19 mulai memasuki Indonesia pada bulan Maret 2020. Hal ini membawa dampak yang cukup besar ke dalam semua aspek kehidupan, begitu pula di sektor kesehatan. Adanya kasus COVID-19 yang semakin memburuk dari hari ke hari membuat sejumlah kebijakan diberlakukan di Indonesia. Mulai dari *physical distancing* hingga PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar). Mengingat pandemi COVID-19 yang terjadi ini entah kapan berakhir, masyarakat kini harus terbiasa untuk hidup berdampingan dengan virus ini. Selama kurang lebih 3 bulan keadaan Indonesia terpuruk, pemerintah Indonesia menerbitkan era *new normal*/ tatanan

kehidupan baru pada 1 Juni 2020. *New Normal* dimaknai sebagai perubahan perilaku masyarakat untuk tetap menjalankan aktivitas secara normal pada pandemi COVID-19. Salah satu prinsip yang dipegang yaitu dengan adanya Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) agar tercipta tatanan kehidupan yang berlandaskan pola hidup yang sehat. Panduan AKB sendiri telah diterbitkan dari Juni 2020.

Kabupaten Gresik, Kabupaten Lamongan, dan Kabupaten Tuban merupakan 3 daerah dengan karakteristik masyarakat dan kultur yang hampir sama (Diskanla Jatim, 2016). Ketiganya sama-sama termasuk kedalam kawasan pesisir pantai utara Jawa Timur di bagian barat. Salah satu penelitian di wilayah pesisir menunjukkan seringkali masyarakat pesisir abai terhadap kesehatan (Tapung *et al.*, 2020). Pada tahun 2020 ini beberapa kali ketiga wilayah ini termasuk ke dalam zona merah, sehingga pelayanan kesehatan balita tidak berlangsung secara maksimal. Gambar 1.2 menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan balita di Kabupaten Gresik, Kabupaten Lamongan, dan Kabupaten Tuban cenderung mengalami kenaikan dari tahun 2018 hingga tahun 2019. Namun, di tahun 2020 terjadi penurunan capaian di Kabupaten Tuban dan Kabupaten Lamongan. Hal ini sebenarnya sudah terprediksi mengingat pandemi COVID-19 yang melanda Indonesia. Namun lain halnya dengan Kabupaten Gresik yang justru memiliki capaian pelayanan kesehatan balita cukup baik, bahkan melebihi target SPM yang ditetapkan yaitu 100% (Dinkesprov Jatim, 2020).



Sumber: Profil Kesehatan Jawa Timur, 2020

Gambar 1.2 Cakupan Pelayanan Kesehatan Balita di Kabupaten Gresik, Lamongan, dan Tuban Tahun 2018-2020

Cakupan pelayanan kesehatan balita merupakan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang dimulai pada tahun 2017. Cakupan ini dihitung berdasarkan jumlah balita yang melakukan kunjungan pelayanan sesuai standar dibagi balita sasaran. Angka cakupan pelayanan kesehatan balita yang tidak memenuhi target bisa disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut ialah kurangnya informasi mengenai pelayanan balita, akses ke fasyankes yang sulit, pelayanan yang tidak dilaporkan dari jaringan dan fasyankes swasta ke puskesmas, balita mendapatkan pelayanan di luar wilayah kerja kabupaten/kota, kendala biaya, dan kendala sosial budaya (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019). Sedangkan beberapa hal yang mempengaruhi kunjungan pelayanan balita lainnya adalah pengetahuan orang tua tentang pentingnya kunjungan, dukungan keluarga, sosiobudaya, pekerjaan dan keterjangkauan (Amalia, Syahrída and Andriani, 2019). Bukan hanya itu, pada pandemi COVID-19 ini sejumlah ibu lebih memilih menunda akses pelayanan kesehatan bagi

balitanya. Penelitian dengan mayoritas responden Jawa Timur menyebutkan ada 34% ibu tercatat menunda akses pelayanan kesehatan balita selama COVID-19 (Kemenkes RI, 2020b).

Faktor aksesibilitas pelayanan kesehatan memang menjadi salah satu faktor penting saat ini. Berdasarkan hasil penelitian berupa pertanyaan terbuka menyatakan ibu yang jarang ke posyandu mengeluhkan jarak tempat tinggal yang jauh sehingga malas untuk mengantarkan anaknya. Ibu dengan jarak rumah yang jauh dan memiliki pekerjaan menyebabkan ibu semakin malas untuk mengantar anaknya. Hal ini disebabkan oleh jadwal posyandu yang sama dengan jam kantor (Amalia *et al.*, 2019).

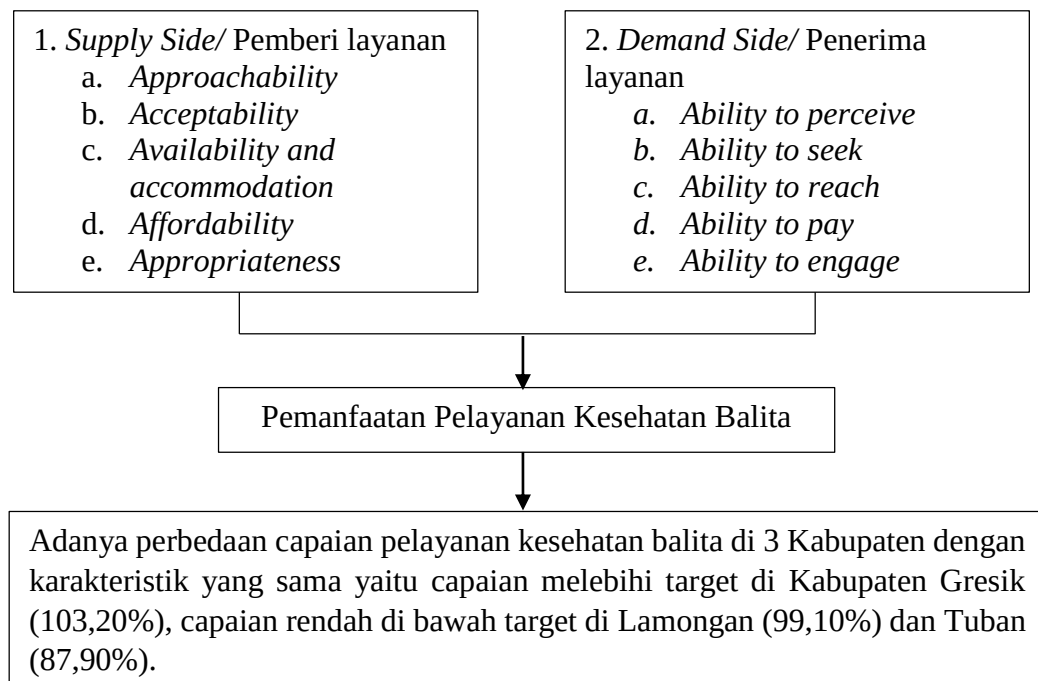
Peters *et al.* (2008) mengatakan bahwa aksesibilitas merupakan aktualisasi dari pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor aksesibilitas menurut Levesque *et al.* (2013) adalah kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan untuk mencari pelayanan kesehatan. Ada 5 dimensi aksesibilitas pelayanan kesehatan yaitu *Approachability*, *Acceptability*, *Availability* and *accommodation*, *Affordability*, dan *Appropriateness*. Sedangkan dalam mencapai 5 dimensi ini ada 5 dimensi kemampuan dari sisi konsumen yang bisa menghasilkan akses ke pelayanan kesehatan yaitu meliputi *ability to perceive* (Kemampuan untuk menerima), *Ability to seek* (Kemampuan untuk mencari), *Ability to reach* (Kemampuan untuk menjangkau), *Ability to pay* (Kemampuan untuk membayar), dan *Ability to engage* (Kemampuan untuk ikut serta).

Maka berdasarkan data-data yang telah tertera di atas, masalah yang diangkat pada penelitian ini yaitu adanya perbedaan capaian pelayanan kesehatan

balita di 3 Kabupaten dengan karakteristik yang sama yaitu capaian melebihi target di Kabupaten Gresik (103,20%), Capaian rendah di bawah target di Lamongan (99,10%) dan Tuban (87,90%). Perlu peninjauan lebih lanjut mengenai faktor apa saja yang berpengaruh terhadap pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan balita. Sehingga bisa dilakukan peningkatan capaian pelayanan kesehatan balita di Kabupaten Lamongan dan Kabupaten Tuban, serta mempertahankan capaian pelayanan kesehatan balita di Kabupaten Gresik.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan masalah yang diangkat diatas, Berikut ini adalah faktor-faktor yang bisa menjadi penyebab tinggi rendahnya cakupan pelayanan kesehatan balita di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur. yaitu diantaranya:



Gambar 1.3 Identifikasi Penyebab Masalah

1. *Supply side/* Pemberi Layanan

a. *Approachability*

Approachability berkaitan dengan fakta bahwa orang yang menghadapi kebutuhan kesehatan sebenarnya dapat mengidentifikasi beberapa bentuk layanan yang ada, dapat dicapai, dan berdampak pada kesehatan individu. Berbagai aspek yang bisa dinilai pada *approachability* yaitu transparansi tenaga kesehatan, informasi mengenai pelayanan kesehatan balita, serta deteksi dini/skrining terhadap balita dapat berkontribusi untuk membuat layanan kurang lebih mudah didekati (Levesque *et al.*, 2013).

b. *Acceptability*

Acceptability berkaitan dengan faktor budaya dan sosial yang menentukan kemungkinan bagi setiap orang untuk menerima aspek layanan, dalam hal ini pelayanan kesehatan balita. Penerimaan masyarakat terhadap pemberi pelayanan ini bisa berasal dari elemen gender dan latar belakang sosial pemberi pelayanan kesehatan balita (Levesque *et al.*, 2013). Aspek pelayanan kesehatan balita antara lain nilai profesional, norma, budaya, dan gender dari pemberi pelayanan kesehatan balita. Apabila keseluruhan aspek tersebut dipandang baik dan positif oleh masyarakat dan diterima oleh mereka, maka masyarakat akan cenderung untuk memilih dan berusaha mencari pelayanan kesehatan balita yang diperlukan.

c. *Availability and accommodation*

Availability and accommodation mengacu pada fakta bahwa setiap layanan kesehatan (baik ruang fisik atau mereka yang bekerja dalam pelayanan

kesehatan) dapat dicapai baik secara fisik maupun tepat waktu (Levesque *et al.*, 2013). *Availability and accommodation* adalah bagaimana kesediaan pemberi layanan kesehatan balita dan akomodasi masyarakat untuk ke sana. Ketersediaan ini termasuk dalam ketersediaan sumber daya pemberi layanan kesehatan balita seperti kader, bidan, dokter yang berperan dalam pelayanan kesehatan balita di dalam gedung (puskesmas) ataupun pelayanan kesehatan balita di luar gedung (posyandu). Aspek lainnya yang biasanya menjadi pertimbangan masyarakat yaitu lokasi, jam buka pelayanan, dan mekanisme administrasi dan pendaftaran pelayanan kesehatan yang dituju.

d. *Affordability*

Affordability atau keterjangkauan biaya mencerminkan kapasitas ekonomi bagi masyarakat untuk menghabiskan sumber daya dan waktu untuk menggunakan layanan yang sesuai (Levesque *et al.*, 2013). Keterjangkauan biaya dalam hal ini adalah terkait dengan biaya yang harus dikeluarkan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan balita di posyandu atau puskesmas. Semakin besar biaya yang harus dikeluarkan, maka akan semakin kecil keinginan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan balita.

e. *Appropriateness*

Appropriateness atau kelayakan merupakan kondisi pelayanan kesehatan balita di dalam gedung maupun di luar gedung yang dianggap layak oleh penggunaanya yaitu balita. Beberapa aspek dari *Appropriateness* yaitu

kualitas teknis dan interpersonal pelayanan, kecukupan pelayanan yang diterima, dan koordinasi serta kontinuitas dari pelayanan kesehatan balita. Seluruh komponen tersebut akan mempengaruhi konsekuensi pelayanan kesehatan balita yang dirasakan oleh balita dan ibu balita.

2. *Demand Side/* Penerima Layanan

a. *Ability to perceive*

Ability to perceive merupakan kemampuan masyarakat untuk mengetahui dan menyadari kebutuhannya akan pelayanan kesehatan tertentu. Kemampuan ibu balita untuk mengetahui dan menyadari bahwa mereka membutuhkan pelayanan kesehatan untuk balitanya akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan balita. *Ability to perceive* dapat diketahui berdasarkan literasi kesehatan, kepercayaan, serta keyakinan dan harapan ibu terhadap pelayanan kesehatan balita yang akan diberikan pada anaknya.

b. *Ability to seek*

Ability to seek berkaitan dengan bagaimana kemampuan masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan balita yang dibutuhkan untuk balitanya. Beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan pencarian pelayanan kesehatan balita yaitu nilai pribadi, sosial, budaya, gender, otonomi pribadi, dan niat dalam memperoleh pelayanan kesehatan (Levesque *et al.*, 2013).

c. *Ability to reach*

Ability to reach merupakan kemampuan masyarakat dalam mencapai pelayanan kesehatan balita. Salah satu hambatan dalam mencapai pelayanan kesehatan balita ini bisa dipengaruhi oleh aspek tempat tinggal, lingkungan,

transportasi, fleksibilitas kerja, dan dukungan sosial (Levesque *et al.*, 2013).

d. *Ability to pay*

Ability to pay adalah kemampuan masyarakat dalam membayar atau mengeluarkan biaya dari pendapatannya, modal, aset, ataupun jaminan kesehatan yang dimiliki (Levesque *et al.*, 2013). Program pelayanan kesehatan balita memang tidak membutuhkan biaya dari masyarakat karena program tersedia di posyandu dan puskesmas. Namun, apabila ada kondisi balita yang harus dirawat dan membutuhkan biaya tambahan yang tidak tercover oleh BPJS maka kemampuan membayar disini sangatlah dibutuhkan. Seseorang yang cenderung memiliki ekonomi yang baik akan merasa lebih mudah dalam memperoleh pelayanan kesehatan karena tidak terdapat halangan dalam segi pembiayaan pelayanan kesehatan.

e. *Ability to engage*

Ability to engage merupakan kemampuan keterlibatan masyarakat dalam pelayanan kesehatan balita. Kemampuan keterlibatan yang dimaksud di sini meliputi pemberdayaan, informasi, ketaatan, dan dukungan pemberi layanan (Levesque *et al.*, 2013).

1.3 Pembatasan Masalah

Pada penelitian ini *supply side access barriers* atau hambatan akses dari pemberi layanan tidak diteliti sebab hambatan akses tidak ditemukan oleh pemberi layanan, tetapi ditemukan pada penerima layanan. Sebuah penelitian baru-baru ini dengan mayoritas responden Jawa Timur menyebutkan bahwa ada 34% ibu

menunda akses ke pelayanan kesehatan balita selama COVID-19 (Kemenkes RI, 2020b). Oleh sebab itu penelitian dilakukan untuk mengungkap hambatan akses dari sisi *demand* saja. Selain itu, pada variabel *ability to seek* sub variabel budaya tidak diteliti karena dianggap bahwa ketiga kabupaten penelitian memiliki budaya yang sama. Begitupun sub variabel gender karena dianggap bahwa tidak ada faktor gender pada pelayanan kesehatan balita. Selanjutnya pada variabel *ability to pay*, sub variabel aset dan modal sosial juga tidak diteliti. Hal ini disebabkan pelayanan kesehatan balita yang diteliti hanya pada posyandu dan puskesmas yang tidak membutuhkan pembiayaan besar.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah yang ada, maka ditetapkan beberapa rumusan masalah yaitu:

1. Bagaimanakah *ability to perceive*, *ability to seek*, *ability to reach*, *ability to pay*, *ability to engage* pelayanan kesehatan balita pada masa pandemi COVID-19 di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur?
2. Bagaimanakah pemanfaatan pelayanan kesehatan balita pada masa pandemi COVID-19 di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur?
3. Apakah terdapat pengaruh faktor *ability to perceive*, *ability to seek*, *ability to reach*, *ability to pay*, dan *ability to engage* terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan balita pada masa pandemi COVID-19 di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur?

1.5 Tujuan

1.5.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh faktor *demand side access barriers* terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan balita pada masa pandemi COVID-19 di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur.

1.5.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *ability to perceive, ability to seek, ability to reach, dan ability to pay, ability to engage* pemanfaatan pelayanan kesehatan balita pada masa pandemi COVID-19 di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur.
2. Mengidentifikasi pemanfaatan pelayanan kesehatan balita pada masa pandemi COVID-19 di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur
3. Menganalisis pengaruh faktor *ability to perceive, ability to seek, ability to reach, ability to pay, dan ability to engage* terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan balita pada masa pandemi COVID-19 di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur.

1.6 Manfaat

1.6.1 Bagi Peneliti

Sebagai sumber pembelajaran dalam menulis karya ilmiah lain serta memperoleh wawasan terkait pelayanan kesehatan balita pada masa pandemi COVID-19 di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur.

1.6.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair

Penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai referensi dan pembanding konsep dan teori yang sudah ada.

1.6.3 Bagi Puskesmas di 3 Kabupaten Wilayah Pantai Utara Jawa Timur

Sebagai saran atau masukan tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan balita di 3 kabupaten wilayah pantai utara Jawa Timur ketika pandemi COVID-19.