

Persepsi dan Pengalaman Ibu Hamil Dalam Menggunakan Layanan Kesehatan di Kalimantan Timur

Riska Yasmin^{1*}, Rr. Nindya Mayangsari²

^{1,2}Sarjana Kebidanan, STIKES Mutiara Mahakam Samarinda, Kalimantan Timur, Indonesia

Email Penulis Korespondensi: ¹nindyamayangsari@stikesmm.ac.id

Abstrak—Mengurangi hambatan dalam penggunaan layanan kesehatan ibu merupakan salah satu komponen penting untuk meningkatkan kesehatan ibu. Kalimantan Timur telah melakukan upaya signifikan untuk mengurangi angka kematian ibu, namun rasio kematian ibu masih tetap tinggi. Sehingga diperlukan upaya lebih lanjut. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk memahami persepsi dan pengalaman ibu dalam menggunakan layanan kesehatan ibu di Kalimantan Timur. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah di beberapa daerah, yaitu Kabupaten Berau, Kutai Barat, Kutai Kartanegara, Kutai Timur, Mahakam Ulu, Paser, Penajam Paser Utara, Kota Samarinda dan Kota Balikpapan. Sebanyak 45 wanita berpartisipasi dalam penelitian ini dari Juni hingga Agustus 2023. Hasil penelitian menyiratkan persepsi para peserta mengenai faktor-faktor yang menyebabkan penggunaan layanan kesehatan ibu yang tidak optimal. Hambatan geografis, finansial, dan sosial budaya yang diidentifikasi dalam penelitian ini menunjukkan perlunya pemahaman mendalam mengenai pengalaman dan persepsi ibu dalam menggunakan layanan kesehatan ibu. Temuan ini sangat penting bagi upaya peningkatan hasil kesehatan ibu, baik di Kalimantan Timur maupun di wilayah lain yang menghadapi tantangan serupa.

Kata Kunci: Kesehatan Ibu, Layanan Kesehatan Ibu, Hambatan Akses Layanan Kesehatan, Penelitian Kualitatif, Berpenghasilan Rendah

Abstract—Reducing barriers to maternal healthcare utilization is a crucial component in improving maternal health. East Kalimantan has made significant efforts to reduce maternal mortality rates, yet the maternal mortality ratio remains high, necessitating further efforts. This study employed a qualitative approach to understand mothers' perceptions and experiences in accessing maternal healthcare services in East Kalimantan. Data were collected through in-depth interviews and focused group discussions in several districts, namely Berau Regency, West Kutai, Kutai Kartanegara, East Kutai, Mahakam Ulu, Paser, Penajam Paser Utara, Samarinda City, and Balikpapan City. A total of 45 women participated in the study from June to August 2023. The findings highlight participants' perceptions regarding factors contributing to suboptimal use of maternal healthcare services. Geographical, financial, and socio-cultural barriers identified in this study underscore the need for a deeper understanding of mothers' experiences and perceptions in accessing maternal healthcare services. These findings are crucial for efforts to enhance maternal health outcomes, both in East Kalimantan and other regions facing similar challenges.

Keywords: maternal health, maternal healthcare services, barriers to healthcare access, qualitative research, low-income areas

1. PENDAHULUAN

Upaya untuk mengurangi kematian ibu masih belum selesai. Rasio kematian ibu saat ini menekankan pentingnya kesehatan ibu sebagai prioritas utama, sesuai dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan [1]. Meski di Kalimantan Timur telah berupaya mendorong penggunaan layanan kesehatan ibu secara tepat waktu, beberapa wanita masih menghadapi hambatan untuk mengakses layanan tersebut [2].

Berbagai studi telah menyiratkan pentingnya penggunaan layanan kesehatan ibu dari awal kehamilan hingga persalinan dan setelahnya [3]. Dilaporkan bahwa sekitar setengah dari kematian ibu terjadi dalam satu hari setelah melahirkan [4], dan banyak dari kasus ini disebabkan oleh kondisi yang tidak terdeteksi atau tidak ditangani dengan tepat waktu melalui kunjungan antenatal atau selama persalinan [5].

Survei demografi dan kesehatan Kalimantan Timur menunjukkan bahwa hanya 43,9% wanita yang menghadiri empat kunjungan antenatal dan hanya 43% yang melakukan pemeriksaan postnatal dalam dua hari setelah melahirkan [6]. Hal ini mungkin menjadi salah satu alasan mengapa wanita di Kalimantan Timur masih menghadapi hasil kesehatan ibu yang masih negatif.

Sejumlah hambatan yang menghalangi akses wanita ke layanan kesehatan ibu. Hambatan ini dapat berupa kondisi geografis, seperti kondisi jalan yang buruk selama musim hujan atau jarak ke fasilitas kesehatan dan ketersediaan transportasi. Hambatan sosial budaya, seperti peran gender yang mempengaruhi waktu wanita untuk pergi ke fasilitas kesehatan, juga memainkan peran. Selain itu, penggunaan penolong kelahiran yang tidak terlatih dan/atau tabib tradisional selama kehamilan [7]. Serta keterbatasan ekonomi seperti biaya layanan kesehatan atau pendapatan yang hilang saat menghadiri janji kesehatan ibu [8] juga menjadi faktor penghambat.

Meskipun berbagai studi telah dilakukan untuk meneliti hambatan dalam menggunakan layanan kesehatan ibu di Kalimantan Timur, Sebagian besar studi ini menggunakan analisis kuantitatif dengan data dari survei Demografi dan



Kesehatan negara tersebut Studi yang dirancang untuk mendapatkan pemahaman mendalam tentang persepsi, pengalaman, dan pandangan wanita terhadap sistem kesehatan masih jarang dan sangat diperlukan [9].

2. METODE PENELITIAN

1. Desain penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2023, menggunakan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah, yang secara intrinsik bersifat kualitatif, untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang hubungan pengalaman peserta dengan konteks sosial, politik, dan ekonomi yang lebih luas terkait akses ke layanan kesehatan ibu [10,11]. Metode ini membantu menyediakan data yang kaya dengan harapan dapat memberikan informasi untuk perbaikan potensial hasil kesehatan ibu di Kalimantan Timur.

2. Pengaturan penelitian

Penelitian ini dilakukan di beberapa daerah, yaitu Kabupaten Berau, Kutai Barat, Kutai Kartanegara, Kutai Timur, Mahakam Ulu, Paser, Penajam Paser Utara, Kota Samarinda dan Kota Balikpapan. Karena itu, dari keseluruhan daerah ini memberikan pilihan yang lebih baik untuk pengumpulan data guna memberikan perspektif dari berbagai pengaturan. Data primer dikumpulkan oleh peneliti di Puskesmas.

3. Populasi studi dan Teknik pengambilan sampel

FGD dilakukan pada ibu-ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan dan ibu-ibu yang melahirkan di rumah dalam satu tahun terakhir. Keikutsertaan ibu-ibu dalam FGD sangat menguntungkan karena mereka dapat berbagi pandangan dan pengalaman mereka dalam lingkungan kelompok. Wawancara mendalam dengan ibu-ibu yang melahirkan di rumah bertujuan untuk menggali alasan mengapa mereka memilih melahirkan di rumah daripada di fasilitas kesehatan. Melakukan wawancara mendalam ini memastikan mereka dapat berbagi pengalaman dan pandangan pribadi mereka dengan lebih terbuka dari pada di FGD [1]–[7].

Petugas kesehatan masyarakat, yang merupakan relawan di komunitas dan memberikan tindak lanjut tentang kesehatan ibu dan masalah kesehatan lainnya, digunakan untuk merekrut peserta dari berbagai komunitas. Pekerja kesehatan masyarakat bekerja sama dengan pusat kesehatan tempat perempuan mencari perawatan kesehatan ibu dan mereka bertanggungjawab atas data kesehatan ibu dan pencatatan bulanan di tingkat komunitas. Data ini mencakup jumlah kelahiran dan lokasi persalinan (rumah atau fasilitas kesehatan) di setiap desa. Peserta yang memenuhi syarat (wanita berusia di atas 18 tahun yang memiliki bayi dalam kurun waktu satu tahun) diidentifikasi oleh petugas kesehatan dan diberikan informasi tertulis dan verbal tentang studi serta informasi kontak. Sebanyak 63 wanita diidentifikasi sebagai peserta yang memenuhi syarat. Lima dari wanita ini memiliki anak yang sakit dan tidak dapat berpartisipasi dalam studi. Tujuh lainnya sibuk sepanjang hari dan tidak bisa berpartisipasi dalam studi (alasan diberikan). Pada akhirnya, 45 (75%) wanita menerima untuk berpartisipasi dalam studi dan dihubungi dengan penulis. Ukuran sampel untuk penelitian kualitatif tidak ditentukan sebelumnya melalui perhitungan ukuran sampel formal [12].

Oleh karena itu, diskusi kelompok dan wawancara dilanjutkan hingga saturasi teoritis dan data tercapai. Untuk membangun hubungan dengan peserta, peneliti menjelaskan kepada mereka tujuan dan alasan dilakukan penelitian ini.

4. Pengumpulan data

Wawancara dilakukan di tempat yang dipilih oleh peserta, baik di rumah mereka maupun di fasilitas kesehatan, tergantung dimana mereka merasa lebih nyaman. Kebanyakan wawancara dengan para ibu dilakukan di pusat kesehatan terdekat, yang dijadwalkan pada hari imunisasi. Penting untuk melakukan wawancara di lokasi yang sudah dikenal oleh peserta, sehingga mereka merasa lebih nyaman untuk berbagi cerita mereka. Mengadakan diskusi di ruangan fasilitas kesehatan adalah hal yang umum bagi para ibu di Kalimantan Timur, karena mereka sering menggunakan fasilitas tersebut untuk pertemuan atau acara lainnya, dimana mereka menerima informasi tentang promosi kesehatan, terutama setelah sesi imunisasi [13]. Wawancara dan FGD dilakukan dengan gaya percakapan untuk memfasilitasi dialog terbuka. Wawancara direkam dengan izin dari peserta, dan berlangsung selama 30-45 menit. FGD berlangsung selama 60-80 menit dan juga direkam. Semua peserta yang terpilih setuju untuk berpartisipasi penuh dalam penelitian ini, dan tidak ada yang menolak atau mengundurkan diri dari studi ini.

5. Instrument penelitian

Panduan untuk wawancara semi terstruktur dan diskusi kelompok terarah (FGD) terdiri dari pertanyaan-pertanyaan terbuka yang dirancang untuk mengumpulkan pandangan dari para wanita. Pertanyaan tersebut mencakup pemahaman mereka tentang kesehatan ibu, faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan selama kehamilan dan setelah melahirkan, serta alasan-alasan yang mendorong mereka menggunakan layanan kesehatan ibu. Untuk memperdalam pemahaman terhadap data, informasi demografis seperti usia, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, status pernikahan, dan jumlah anak juga dikumpulkan. Bahasa tubuh dan komunikasi nonverbal diamati, serta catatan lapangan dibuat. Informasi ini kemudian digunakan selama analisis untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam dari hasil wawancara.

6. Analisis data

Rekaman wawancara ditranskripsi secara kata per kata. Setiap transkrip diberi nomor ID untuk keperluan analisis. Analisis awal dilakukan dengan merenungkan dan menyoroti data penting dari wawancara [14]. Catatan tentang bahasa tubuh, komunikasi non verbal serta catatan lapangan juga dianalisis bersama data wawancara untuk memberikan penjelasan yang lebih baik. Data dari pengumpulan data awal dianalisis bersama dengan data lainnya.

Analisis data melibatkan tahap pengkodean secara baris demi baris, terbuka, dan aksial secara komparatif dan interaktif untuk mengidentifikasi tema-tema yang muncul. Pengkodean ini mencakup kode yang sudah ditentukan sebelumnya yang berasal dari pertanyaan dan tujuan penelitian, serta kode yang muncul dari pengumpulan dan analisis data wawancara dan catatan lapangan. Kode-kode ini kemudian dibagikan dalam tim penelitian, dan daftar kode disepakati sebelum menetapkan tema-tema yang muncul dari pengumpulan dan analisis data wawancara dan catatan lapangan. Kode-kode ini kemudian dibagikan dalam tim penelitian, dan daftar kode disepakati sebelum menetapkan tema-tema yang muncul.

Analisis dilakukan secara manual dengan mengelompokkan tema dan sub tema dari data yang terkumpul. Tiga rekan penulis secara terpisah mengembangkan tema-tema yang muncul dari kode yang telah dibuat, kemudian disintesis menjadi satu daftar tema untuk dianalisis. Konsep dan kategori data yang berbeda kemudian dihasilkan berdasarkan tujuan penelitian dan informasi yang diperoleh dari wawancara. Pada tahap ini, berbagai kutipan digunakan untuk mencocokkan tema-tema yang muncul dari data. Data ditinjau secara terus-menerus untuk memeriksa validitas analisis dan memastikan konsistensi dengan data asli untuk mengidentifikasi tema-tema yang muncul, seperti yang disoroti oleh Saat menafsirkan dan menjelaskan temuan. Hasil penelitian kemudian dikembalikan kepada peserta untuk mendapatkan umpan balik terkait keakuratan data yang telah mereka berikan [15].

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Para ibu yang diwawancarai (n=45) berusia antara 20 hingga 39 tahun. Sebagian besar dari mereka menikah (n=30) dan tinggal bersama suami mereka. Sebagian kecil dari mereka bercerai atau berpisah (n=11), dan sangat sedikit yang belum pernah menikah, tinggal di rumah sendiri atau bersama orangtua mereka (n=4). Para peserta memiliki bayi dalam 12 bulan terakhir. Jarak kelahiran yang dilaporkan bervariasi dari 1,5 tahun hingga 9 tahun, dan alasan untuk jarak kelahiran ini termasuk penggunaan metode kontrasepsi, jarak kelahiran yang tidak disengaja, kelahiran mati dan lainnya.

Para ibu yang diwawancarai (n=45) berusia antara 20 hingga 39 tahun. Sebagian besar dari mereka menikah (n=30) dan tinggal bersama suami mereka. Beberapa dari mereka bercerai atau berpisah (n=11), dan sangat sedikit yang belum pernah menikah, tinggal di rumah sendiri atau bersama orangtua mereka (n=4). Para peserta memiliki antara satu hingga delapan anak, dan semuanya memiliki bayi dalam 12 bulan terakhir serta dalam kondisi hamil. Jarak kelahiran yang dilaporkan bervariasi dari 1,5 tahun hingga 9 tahun, dan alasan untuk jarak kelahiran ini termasuk penggunaan metode kontrasepsi, jarak kelahiran yang tidak disengaja, kelahiran mati, dan lainnya.

B. Kebutuhan yang dirasa untuk penggunaan fasilitas kesehatan

Saat ditanya kapan seorang wanita sebaiknya mencari perawatan kesehatan ibu untuk layanan terkait kehamilan, beberapa peserta menyatakan bahwa waktu yang tepat adalah Ketika wanita tersebut mencurigai bahwa dirinya hamil dan seterusnya. Para peserta sepakat bahwa wanita harus mengikuti janji temu untuk perawatan antenatal sampai waktu melahirkan. Seorang responden mengatakan :

“Ketika seorang wanita berpikir bahwa dirinya hamil, dia harus pergi ke fasilitas kesehatan untuk tes kehamilan. Jika tesnya positif, dia harus menjalani konsultasi prenatal setiap semester, yaitu tiga kali.” (Ibu hamil, 27 tahun, dua anak, Samarinda).

Beberapa wanita setuju bahwa sebaiknya seorang wanita melakukan konsultasi prenatal setidaknya tiga kali selama masa kehamilan dan melakukan kunjungan lebih sering jika terdapat masalah kesehatan. Hanya sedikit wanita yang mengatakan bahwa wanita seharusnya melakukan kunjungan perawatan antenatal (ANC) empat kali selama kehamilan, sesuai dengan jumlah kunjungan ANC yang direkomendasikan oleh WHO. Mereka yang melakukan lebih dari empat kali kunjungan mengungkapkan bahwa mereka memiliki masalah kesehatan lain selama kehamilan.

Beberapa wanita mengatakan bahwa mereka diberitahu untuk mengunjungi ANC sebelum usia kehamilan tiga bulan, karena mereka perlu diuji HIV/AIDS dan jika hasilnya positif, tindak lanjut dapat membantu mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Beberapa responden menyoroti bahwa mereka menggunakan layanan NC terutama Ketika kedua orang tua harus diuji HIV/AIDS untuk mendapatkan layanan HIV/AIDS ibu-anak yang ditawarkan di fasilitas kesehatan. Semua peserta menyadari pentingnya mengunjungi layanan ANC, karena dapat memberikan manfaat besar bagi wanita hamil. Banyak responden juga setuju bahwa melahirkan di fasilitas kesehatan adalah yang terbaik, meskipun beberapa wanita merasa tidak ada masalah dengan melahirkan di rumah.

“Selama ibu telah mengikuti layanan perawatan antenatal, dan tidak ada masalah terkait ibu atau bayi yang ditemuka, maka tidak masalah untuk melahirkan di rumah” (Ibu hamil, 30 tahun, tiga anak, Balikpapan).



Meskipun mereka mengetahui layanan yang tersedia di fasilitas kesehatan, para wanita mengungkapkan adanya hambatan dalam penggunaan dan akses ke layanan kesehatan ibu. Secara keseluruhan, hasil studi ini mengidentifikasi tantangan geografis, finansial, dan social budaya yang dihadapi wanita saat mengakses perawatan kesehatan ibu.

C. Hambatan akses geografis

Beberapa hambatan geografis yang mencegah wanita menggunakan fasilitas kesehatan telah diidentifikasi. Beberapa wanita menyoroti bahwa jarak mempengaruhi keputusan mereka untuk menggunakan fasilitas kesehatan untuk persalinan dan menyatakan bahwa lebih banyak fasilitas kesehatan akan mengurangi jarak yang harus ditempuh oleh para ibu. *"Persalinan bisa terjadi di pusat kesehatan atau dirumah jika persalinan sudah mendekat. Itu tergantung dimana anda berada pada saat harus melahirkan dan seberapa dekat anda tinggal dengan fasilitas kesehatan."* (Ibu hamil, 32 tahun, empat anak, Penajam Paser).

Tidak hanya jarak ke fasilitas kesehatan yang menjadi masalah, tetapi juga kurangnya sarana transportasi umum yang memadai untuk mencapai fasilitas kesehatan menjadi tantangan. Walaupun wanita bersedia menggunakan sarana perjalanan yang lebih murah bersedia menggunakan sarana perjalanan yang lebih murah seperti sepeda dan sepeda motor, sarana ini tidak selalu tersedia. Pada perbukitan juga memperburuk situasi, embuat perjalanan kaki menjadi sulit, terutama bagi wanita hamil.

Tantangan ini sangat ditekankan oleh wawancara peserta di Kutai Timur, yang mengalami periode hujan lebat yang panjang. Beberapa wanita menyebutkan bahwa kondisi jalan mempengaruhi penggunaan fasilitas kesehatan. Beberapa peserta wawancara mengakui bahwa selama musim hujan, mereka kurang termotivasi untuk pergi ke fasilitas kesehatan. *"Selama musim hujan, terkadang anda harus menunggu bus berjam-jam, dan akhirnya menyerah dengan rencana pergi ke pusat kesehatan."* (Ibu Hamil, 28 tahun, satu anak, Kutai Timur).

Di Kutai Barat, Kutai Timur dan Mahakam Ulu, yang merupakan bagian terpanas matahari yang menyengat dapat mengurangi motivasi mereka untuk menggunakan fasilitas kesehatan karena jarak yang harus ditempuh dengan berjalan kaki. Namun, Sebagian besar wanita muda tidak menyatakan kekhawatiran ini, karena mereka mendapatkan tumpangan sepeda dari pasangan mereka atau diberi dana untuk membayar transportasi (sepeda motor atau bus).

Selain itu, wanita yang memiliki banyak anak seringkali merasa berpengalaman dalam masalah kesehatan ibu dan lebih cenderung memutuskan untuk tidak pergi ke fasilitas kesehatan. Ibu dengan lebih dari dua anak sering mengandalkan pengalaman sebelumnya untuk melahirkan di rumah.

D. Hambatan keuangan

Biaya yang terkait dengan layanan kesehatan ibu dapat menjadi tantangan bagi beberapa ibu untuk memanfaatkannya. Misalnya, biaya perjalanan ke fasilitas kesehatan sangat bergantung pada keuangan keluarga. Dalam beberapa kasus, wanita yang tidak mampu membayar biaya perjalanan harus berjalan kaki lebih dari satu jam untuk mencapai fasilitas kesehatan, yang menjadi hambatan untuk menggunakannya. *"Jika saya tinggal lebih dekat dengan fasilitas kesehatan, saya akan pergi untuk masalah kesehatan apapun, bahkan yang paling ringan. Tetapi saya tinggal jauh dan tidak mampu membayar transportasi selain biaya kesehatan. saya hanya pergi jika masalahnya sangat serius"*. (Ibu hamil, 26 tahun, satu anak, Kutai Kertanegara).

Selain itu, waktu yang terbuang saat menggunakan fasilitas kesehatan juga dianggap sebagai kendala keuangan. Kutipan berikut menyoroti pandangan wanita tentang memprioritaskan kesehatan mereka dibandingkan berpartisipasi dalam kegiatan penghasil pendapatan. Berbeda dengan peserta di Samarinda mereka menekankan pentingnya memaksimalkan waktu yang dihabiskan untuk Bertani: *"Ketika musim tanam, wanita cenderung kurang memperhatikan masalah kesehatan mereka, kecuali jika itu sangat serius."* (ibu hamil, 25 tahun, Samarinda).

Dimana pun mereka tinggal, sejumlah peserta menyebutkan bahwa biaya asuransi kesehatan merupakan tantangan untuk mengakses layanan kesehatan. Biasanya, wanita yang tidak memiliki asuransi kesehatan kesulitan menggunakan fasilitas kesehatan. Ini terutama ditemukan di rumah tangga miskin atau rumah tangga dengan keluarga besar yang harus membayar asuransi kesehatan untuk semua anggota keluarga. Dalam konteks ini, seorang peserta mengatakan: *"Saya melahirkan di rumah karena saya tidak memiliki asuransi kesehatan untuk mendapatkan asuransi kesehatan, anda harus membayar setiap anggota keluarga. Selain membayar untuk dua anak dan diri saya sendiri, yang tidak mampu saya bayar, mereka juga meminta saya membayar untuk suami yang telah meninggalkan saya"* (ibu hamil, 30 tahun, dua anak, Balikpapan).

Beberapa peserta menyebutkan kategori sosial ekonomi yang diberikan kepada setiap rumah tangga; ada empat kategori mulai dari paling miskin, miskin, kelas menengah, hingga kelas atas, yang menentukan apakah asuransi kesehatan mereka bisa disubsidi). Ada yang mengatakan senang karena masuk ke kategori yang tepat dan mendapat dukungan pemerintah, sementara yang lain merasadimasukkan ke kategori yang salah karena mereka hampir tidak mampu membeli makanan, apalagi membayar asuransi kesehatan. Beberapa wanita mengakui bahwa mereka melahirkan dirumah karena tidak mampu membayar asuransi kesehatan maupun layanan kesehatan. Secara keseluruhan, peserta sepakat bahwa kurangnya asuransi kesehatan terkait dengan pendapatan yang rendah. menariknya, kebanyakan wanita muda (berusia 24 tahun ke bawah) melaporkan mendapat dukungan finansial dari pasangan atau keluarga mereka (orang tua) dibandingkan dengan wanita yang lebih tua (berusia 25 tahun ke atas), yang mengatakan bahwa pasangan mereka



mengharapkan mereka mandiri secara finansial dan membayar biaya kesehatan sendiri. Hal ini juga dilaporkan oleh wanita dengan lebih banyak anak karena mereka sering kali harus mengandalkan keuangan sendiri.

E. Hambatan budaya

Selain kendala geografis dan finansial, isu sosial-budaya dan gender juga mempengaruhi akses wanita terhadap layanan kesehatan ibu. Hambatan sosial-budaya yang ditemukan dalam penelitian ini terutama terkait dengan keputusan dan pentingnya menggunakan fasilitas kesehatan. Saat ditanya tentang solusi alternatif untuk layanan kesehatan ibu, seperti dukun tradisional atau dukun beranak, beberapa responden menyebutkan bahwa di desa mereka tidak ada lagi dukun beranak tradisional. Namun, ada wanita yang masih mengandalkan dukun tradisional untuk beberapa kondisi kesehatan tertentu.

"Saya pergi ke dukun tradisional karena untuk beberapa penyakit, mereka yang bisa memberikan pengobatan lebih baik, seperti keracunan. Tetapi ketika mereka tidak bisa mengatasi penyakit saya, saya pergi ke rumah sakit." (ibu hamil, 39 tahun, lima anak, Kutai Timur).

Beberapa wanita mengaku bingung mengenai jenis masalah kesehatan mana yang harus dibawa ke fasilitas kesehatan dan mana yang bisa ditangani oleh dukun tradisional. Ini bisa memakan waktu, karena mereka tiba di fasilitas kesehatan ketika sudah terlambat untuk mengambil tindakan. Selain itu, beberapa ibu menggunakan bahan herbal selama kehamilan, meskipun sudah memanfaatkan fasilitas kesehatan, yang bisa berdampak negatif pada kehamilan mereka. Sebagian besar peserta setuju bahwa penggunaan bahan atau dukun tradisional tersebut mengurangi kemungkinan mereka menggunakan fasilitas kesehatan, sehingga membatasi akses ke layanan kesehatan ibu.

Beberapa kepercayaan juga berkaitan dengan penggunaan metode keluarga berencana jika metode tersebut tidak berhasil, yang menjadi hambatan bagi penggunaan keluarga berencana. Sebagian besar peserta menyebutkan bahwa tenaga kesehatan menyarankan mereka untuk menggunakan keluarga berencana tiga bulan setelah melahirkan. Namun, beberapa kepercayaan terkait keluarga berencana membuat wanita sulit menggunakan metode yang tersedia di komunitas.

"Saya berencana nanti akan menggunakan suntikan [Depo-Provera] untuk keluarga berencana, dan saya harus selalu pergi ke pusat kesehatan. Saya tidak bisa mempercayai petugas kesehatan masyarakat untuk menyuntik saya. Misalnya, jika ada konflik di masyarakat dan petugas tersebut HIV+ dan tidak menyukai saya, dia bisa menyuntik dirinya sendiri dan menggunakan jarum yang sama untuk menyuntik saya." (ibu hamil, 29 tahun, dua anak, FGD, Kutai Barat).

Keterlibatan pria dalam kesehatan ibu juga ditemukan sangat penting dalam penggunaan fasilitas kesehatan. Wanita menyebutkan bahwa beberapa pria tidak memberikan dukungan selama kehamilan, terutama jika mereka tidak berencana menambah anak, apalagi jika mereka sudah memiliki banyak anak. Selain itu, banyak wanita yang mengatakan bahwa pria jarang menemani mereka untuk perawatan antenatal atau masalah kesehatan lainnya. Dalam banyak kasus, wanita harus mengurus semua tugas rumah tangga sebelum atau setelah pergi ke fasilitas kesehatan, yang bisa menghalangi mereka untuk pergi atau menciptakan kesalahpahaman antara pasangan.

F. Diskusi

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar peserta menyadari pentingnya menggunakan fasilitas kesehatan untuk layanan kesehatan ibu dan memahami jenis layanan yang tersedia. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya mengenai pengetahuan dan kebutuhan akan penggunaan fasilitas kesehatan di beberapa daerah di Kalimantan Timur, seperti penelitian tentang persepsi kesehatan ibu di Namibia [16]. Namun, hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya ketidakpastian dalam mengetahui jenis kondisi kesehatan yang harus ditangani di fasilitas kesehatan dan faktor-faktor yang menghalangi wanita untuk mengakses layanan kesehatan ibu.

Temuan kami tentang hambatan dalam penggunaan layanan kesehatan ibu sesuai dengan penelitian sebelumnya dalam konteks yang berbeda [17]. Hambatan-hambatan ini meliputi hambatan geografis, di mana keterbatasan jumlah fasilitas kesehatan menghalangi ibu untuk menggunakannya atau menyebabkan keterlambatan dalam mencari perawatan. Kondisi geografis di lokasi penelitian kami menunjukkan kesamaan dan perbedaan dalam hambatan geografis yang dihadapi wanita dalam menggunakan fasilitas kesehatan. Sebagai contoh, sebagian besar wanita melaporkan hambatan akses yang terkait dengan topografi yang tinggi dan dampak curah hujan terhadap kondisi jalan serta penggunaan fasilitas kesehatan. Penelitian lain menunjukkan bahwa geografi wilayah tempat tinggal wanita, kondisi cuaca, dan jarak ke fasilitas kesehatan terdekat merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaannya. Misalnya, dalam penelitian, hambatan geografis ditemukan sebagai hambatan utama dalam penggunaan fasilitas kesehatan untuk layanan kesehatan ibu, terutama di daerah pedesaan dengan sarana transportasi terbatas [18].

Selain hambatan geografis, penelitian ini juga menemukan bahwa hambatan finansial secara signifikan mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan. Temuan ini telah diungkapkan dalam beberapa penelitian yang menyoroti kendala biaya dalam penggunaan layanan kesehatan ibu di negara-negara berkembang. Misalnya, sebuah studi tentang penggunaan layanan kesehatan ibu di India menunjukkan bahwa suku dan kasta suatu rumah tangga, yang erat kaitannya dengan status ekonomi, mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan [19].

Dalam banyak kasus yang terkait dengan hambatan ekonomi, wanita harus bergantung pada pasangan mereka untuk membayar layanan kesehatan. Bagi wanita yang tidak bergantung secara ekonomi, hal ini bisa menyebabkan penundaan dalam mencari layanan kesehatan ibu jika pasangan mereka tidak bersedia memberikan dukungan finansial.

Hal ini tidak hanya bisa menyebabkan hasil kesehatan ibu yang buruk tetapi juga bisa menyebabkan ketegangan dalam rumah tangga, yang pada gilirannya dapat memicu konflik pasangan atau kekerasan.

Beberapa peserta dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa mereka mengandalkan pasangan mereka untuk membayar semua biaya terkait layanan kesehatan. Namun, sebagian besar dari mereka adalah ibu muda yang baru pertama kali menjadi ibu.

Hasil penelitian kami menunjukkan bahwa wanita yang lebih tua dengan lebih banyak anak merasa lebih berpengetahuan tentang kesehatan ibu dan karenanya lebih jarang menggunakan fasilitas kesehatan. Dalam konteks ini, jumlah anak yang dimiliki seorang wanita memainkan peran penting dalam penggunaan layanan kesehatan. Menghubungkan jumlah anak dengan penggunaan fasilitas kesehatan untuk persalinan menyarankan bahwa wanita dengan lebih banyak anak cenderung lebih jarang menggunakan fasilitas kesehatan karena terbiasa dengan masalah kesehatan ibu [20,21,22].

Di sisi lain, wanita yang lebih tua mengungkapkan bahwa mereka harus mencari dana sendiri untuk membayar layanan kesehatan. Temuan ini bisa dikaitkan dengan penggunaan layanan kesehatan yang berhubungan dengan usia wanita. Dalam studi, menyarankan bahwa wanita berusia 20-29 tahun lebih cenderung menggunakan fasilitas kesehatan untuk persalinan dibandingkan wanita yang lebih tua. Penjelasan untuk perbedaan ini, sebagaimana ditemukan dalam penelitian kami, mungkin terkait dengan dukungan finansial yang diterima wanita muda dari pasangan mereka, sementara wanita yang lebih tua harus menyediakan dana mereka sendiri [23].

Lebih lanjut, sebuah studi menemukan bahwa keluarga miskin cenderung tidak menggunakan layanan kesehatan ibu dan menyarankan agar layanan kesehatan disubsidi untuk meningkatkan akses dan mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu yang termasuk tertinggi di dunia [24].

Kepemilikan asuransi kesehatan berkaitan dengan penggunaan layanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan. Namun, status sosial ekonomi suatu rumah tangga menentukan partisipasinya dalam asuransi kesehatan berbasis masyarakat di mana rumah tangga termiskin mungkin tidak mendaftar. Temuan ini konsisten dengan apa yang dilaporkan oleh wanita dalam penelitian ini. Mereka yang berasal dari rumah tangga miskin menyatakan bahwa mereka tidak dapat mendaftar dalam asuransi kesehatan masyarakat. Wajib membayar asuransi kesehatan untuk setiap anggota keluarga agar bisa terdaftar dalam skema asuransi kesehatan berbasis masyarakat setiap tahun [25]. Hal ini dilakukan untuk mendorong keluarga memahami bahwa setiap anggota keluarga membutuhkan asuransi kesehatan, bukan hanya wanita hamil atau anak di bawah lima tahun, atau siapa pun dengan penyakit kronis, seperti yang pernah terjadi. Namun, ini bisa menjadi hambatan bagi beberapa ibu untuk mendapatkan asuransi kesehatan, jika mereka tidak mampu membayar untuk setiap anggota keluarga.

Terakhir, temuan penelitian ini menunjukkan bahwa keterlibatan pria dalam masalah kesehatan ibu terkait pasangan mereka sangat minim. Sebagian besar wanita menunjukkan bahwa pasangan mereka hanya terlibat dalam kesehatan ibu hanya pada tahap awal ANC karena undang-undang pemerintah mewajibkan mereka untuk pergi bersama pasangan mereka untuk diuji HIV/AIDS sebagai pasangan. Prinsip yang sama digunakan di Malawi, di mana penyedia layanan kesehatan berusaha melibatkan pria dalam kesehatan ibu pasangan mereka dengan menggunakan berbagai strategi di tingkat komunitas dan fasilitas kesehatan [26]. Ketika pria menemani pasangan mereka untuk ANC, mereka juga diberi edukasi tentang masalah kesehatan ibu lainnya dan bagaimana mereka harus mendukung pasangan mereka selama momen ini. Ini juga merupakan salah satu strategi yang mendorong hasil kesehatan ibu yang positif [27].

Di sisi lain, keterlibatan keluarga besar dalam kesehatan ibu, terutama selama periode persalinan, konsisten dengan temuan dari penelitian lain, di mana seorang wanita dapat menghadapi tekanan dari keluarga jika mereka memiliki pandangan yang berbeda tentang penggunaan layanan kesehatan ibu [28]. Dalam kasus ini, seorang wanita dapat memilih untuk (tidak) menggunakan layanan kesehatan ibu, hanya untuk menjaga kedamaian dengan keluarganya, terutama ketika mereka bergantung pada mereka secara finansial [29].

Hasil penelitian ini juga menekankan peran keluarga besar terkait penggunaan obat tradisional, salah satu isu budaya yang melingkupi penggunaan layanan kesehatan ibu yang tidak memadai. Akhirnya, hasil penelitian ini menunjukkan ketidakpastian terkait pengetahuan, akses, dan penggunaan metode keluarga berencana yang dapat membatasi penggunaan metode keluarga berencana, mirip dengan temuan dari penelitian lain [30-37]. Penelitian ini juga menyoroti persepsi tentang penggunaan keluarga berencana, sebagai bentuk tantangan terhadap penggunaan layanan kesehatan ibu.

G. Batasan penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa batasan yang harus diakui. Salah satunya adalah kemungkinan adanya bias pelaporan, karena wawancara (terutama dalam Diskusi Kelompok Terarah/FGD) di lingkungan kesehatan masyarakat dapat membuat peserta melaporkan pengalaman negatif karena takut dihakimi karena tidak cukup menggunakan layanan kesehatan maternal, meskipun formulir persetujuan telah menekankan kerahasiaan. Selain itu, seperti halnya penelitian kualitatif lainnya, karena ukuran sampel yang kecil dan tidak representatif, analisis, interpretasi, dan kesimpulan mungkin tidak dapat digeneralisasikan ke wilayah lain di negara ini, meskipun banyak temuan umum di berbagai lokasi dan saturasi teoritis dan data telah tercapai.

4. KESIMPULAN

Hasil penelitian ini mengungkapkan berbagai hambatan yang dihadapi perempuan dalam upaya mereka mengakses fasilitas kesehatan. Hambatan-hambatan ini berkaitan dengan dinamika geografis dan sosial ekonomi dalam keluarga dan komunitas perempuan. Meningkatkan hasil kesehatan ibu merupakan tantangan yang kompleks dan multidimensional. Keberhasilan dalam upaya ini tergantung pada penyediaan layanan kesehatan/sosial yang mudah diakses dan perawatan klinis yang efektif, serta pemanfaatan sumber daya komunitas dan konteks lingkungan yang sering kali tidak diperhatikan.

Upaya terorganisir untuk meningkatkan hasil kesehatan ibu dengan sumber daya terbatas lainnya harus menyeimbangkan sumber daya yang tersedia dengan perbaikan yang diharapkan. Kebijakan kesehatan ibu harus mengatasi faktor sosial, struktural, dan lingkungan yang mempengaruhi hasil kesehatan ibu dan dapat diperbaiki sesuai dengan sumber daya yang ada. Misalnya, layanan kesehatan komunitas yang diberikan kepada ibu, termasuk promosi kesehatan dan kesejahteraan serta pendidikan selama masa kehamilan dan pasca-persalinan, harus menekankan berbagai aspek penggunaan layanan kesehatan ibu. Ini harus mempertimbangkan dinamika mikro yang berkaitan dengan penggunaan layanan kesehatan ibu dari perspektif perempuan dan penyedia layanan

REFERENSI

- [1]. R. N. Mayangsari, Y. E. Puri, M. Fauziyah, and A. Annisa, "Pemberdayaan Kepada Siswa di SMPN 11 Samarinda tentang Edukasi Penanganan Dismenoreia Primer," *Indones. J. Community Dedication*, vol. 2, no. 1, pp. 22–26, 2020, doi: 10.35892/community.v2i1.280.
- [2]. R. N. Mayangsari, R. D. Anggraini, M. Ardan, and Nurhasanah, "View of PEMANFAATAN LIMBAH SI KULEM (KULIT LEMON) SEBAGAI LILIN AROMATERAPI LEMON PADA IBU HAMIL DALAM MENGURANGI MUAL MUNTAH DIMASA PANDEMIK COVID." <https://abditani.jurnalpertanianunisapalu.com/index.php/abditani/article/view/172/111> (accessed Nov. 13, 2023).
- [3]. R. N. Mayangsari and F. Kartini, "Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi Hepatitis Bo dengan Waktu Pemberian Imunisasi Hepatitis Bo di Puskesmas Jetis Yogyakarta," vol. 151, pp. 10–17, 2015.
- [4]. R. N. Mayangsari and S. Noorbaya, *BUKU AJAR EVIDENCE BASED TERAPI KOMPLEMENTER DALAM ASUHAN BUKU AJAR EVIDENCE BASED TERAPI*. Jawa Tengah: PT. Pena Persada, 2023.
- [5]. R. N. Mayangsari, S. Saidah, and B. Lidia, "Hubungan Akseptor Kb Iud Dengan Kejadian Keputihan Di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta," *J. Kebidanan Mutiara Mahakam*, 2019.
- [6]. N. Mayangsari and S. Ardiyanti, "THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE OF HEPATITIS B-0 IMMUNIZATION AND HEPATITIS B-0 IMMUNIZATION TIMING IN JETIS PRIMARY HEALTH CENTRE, YOGYAKARTA, INDONESIA," *Proc. Int. Conf. Appl. Sci. Heal.*, no. 1, pp. 286–293, Feb. 2017, Accessed: Nov. 13, 2023. [Online]. Available: <https://publications.inschool.id/index.php/icash/article/view/847>
- [7]. R. Nindya Mayangsari and S. Sorta Llyod, "Perancangan Aplikasi Nindya Suamiabale Dalam Perawatan Kehamilan Berbasis Android Design," *J. Kesehat. Med. Saintika Desember*, vol. 11, no. 2, pp. 104–111, 2020, [Online]. Available: <http://dx.doi.org/10.30633/jkms.v11i1.599>
- [8]. Babalola, S., & Fatusi, A. (2009). Determinants of use of maternal health services in Nigerialooking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 43.
- [9]. Balarajan, Y., Selvaraj, S., & Subramanian, S. V. (2011). Health care and equity in India. *The Lancet*, 377(9764), 505–515.
- [10]. Bongaarts, J. (2016). WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations
- [11]. Population Division Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Geneva: World Health Organization, 2015. *Population and Development Review*, 42(4), 726–726.
- [12]. Bringer, J. D., Johnston, L. H., & Brackenridge, C. H. (2006). Using computer-assisted qualitative data analysis software to develop a grounded theory project. *Field Methods*, 18(3), 245–266.
- [13]. Bucagu, M., Kagubare, J. M., Basinga, P., Ngabo, F., Timmons, B. K., & Lee, A. C. (2012). Impact of health systems strengthening on coverage of maternal health services in Rwanda, 2000–2010: a systematic review. *Reproductive health matters*, 20(39), 50–61.
- [14]. Condo, J., Mugeni, C., Naughton, B., Hall, K., Tuazon, M. A., Omwega, A., ... & Binagwaho, A. (2014). Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. *Human resources for health*, 12(1), 71.
- [15]. Dixon, J., Luginaah, I., and Mkandawire, P. (2014) The National Health Insurance Scheme in Ghana's Upper West Region: A Gendered Perspective of Insurance Acquisition in a Resource-Poor Setting. *Social Science & Medicine*. 122: 103–112.
- [16]. Fotso J. C., Ezech A. C., & Essendi H. (2009). Maternal health in resource-poor urban settings: how does women's autonomy influence the utilization of obstetric care services? *Reprod Health*, 6(1), 9.
- [17]. Gage, A. J., & Guirlène Calixte, M. (2006). Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. *Population Studies*, 60(3), 271–288.
- [18]. Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J*, 204(6), 291–295.



- [19]. Grede, N., de Pee, S., & Bloem, M. (2014). Economic and social factors are some of the most common barriers preventing women from accessing maternal and newborn child health and prevention of mother-to-child transmission services: a literature review. *AIDS Beh*, 18(5), 516-530.
- [20]. Hagey, J., Rulisa, S., & Pérez-Escamilla, R. (2014). Barriers and solutions for timely initiation of antenatal care in Kigali, Rwanda: Health facility professionals' perspective. *Midwifery*, 30(1), 96-102.
- [21]. Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M., ... & Murray, C. J. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The lancet*, 375(9726), 1609-1623.
- [22]. Hirose, A., Borchert, M., Niksear, H., Alkozai, A. S., Cox, J., Gardiner, J., ... & Filippi, V. (2011). Difficulties leaving home: a cross-sectional study of delays in seeking emergency obstetric care in Herat, Afghanistan. *Social science & medicine*, 73(7), 1003-1013.
- [23]. Kululanga, L. I., Sundby, J., & Chirwa, E. (2011). Striving to promote male involvement in maternal health care in rural and urban settings in Malawi-a qualitative study. *Reprod Health*, 8(1), 36.
- [24]. Makaka, A., Breen, S., & Binagwaho, A. (2012). Universal health coverage in Rwanda: a report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance. *Lancet*, 380, S7.
- [25]. Ministry of Health of Rwanda. (2009). Community Health Policy, 2009. Official Gazette of the Government of Rwanda 2009.
- [26]. Moyer, C. A., & Mustafa, A. (2013). Drivers and deterrents of facility delivery in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive health*, 10(1), 40
- [27]. Mullany, B. C., Becker, S., & Hindin, M. J. (2007). The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: results from a randomized controlled trial. *Health education research*, 22(2), 166-176.
- [28]. Mwaikambo, L., Speizer, I. S., Schurmann, A., Morgan, G., & Fikree, F. (2011). What works in family planning interventions: a systematic review. *Studies in family planning*, 42(2), 67-82.
- [29]. National Institute of Statistics of Rwanda, Ministry of Health and ICF International (2015). Rwanda Demographic and Health Survey 2014-15.
- [30]. Niringiye, A., & Ayebele, C. (2012). Impact evaluation of the Ubudehe programme in Rwanda: an examination of the sustainability of the Ubudehe programme. *Journal of sustainable development in Africa*, 14(3), 141-154.
- [31]. Senanayake, H., Goonewardene, M., Ranatunga, A. et al. (2011). Achieving millennium development goals 4 and 5 in Sri Lanka. *BJOG*, 118(s2), 78-87.
- [32]. Simkhada, B., Porter, M. A., & van Teijlingen, E. R. (2010). The role of mothers-in-law in antenatal care decision-making in Nepal: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10(1), 34.
- [33]. Smith, K. V., & Sulzbach, S. (2008). Community-based health insurance and access to maternal health services: evidence from three West African countries. *Social Sci Med*, 66(12), 2460-2473.
- [34]. Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M., & Madise, N. (2006). Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa. *Amer J Public Health*, 96(1), 84-93.
- [35]. Tanser, F., Gijsbertsen, B., & Herbst, K. (2006). Modelling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: an exploration using a geographical information system. *Social Sci Med*, 63(3), 691-705.
- [36]. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015.
- [37]. Zere, E., Tumusiime, P., Walker, O., et al (2007). Research Inequities in utilization of maternal health interventions in Namibia: implications for progress towards MDG 5 targets. *Hospital*, 2000, 31