



Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Anak Indonesia: Pengaruh Kemiskinan dan Karakteristik Ibu

Healthcare Utilization on Indonesian's Children: The Effect of Poverty and Maternal Characteristics

Ririn Kuncaraning Sari^{1*}, Dwini Handayani¹

¹Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia

*Email korespondensi : ririn.kuncaraning@gmail.com

ARTICLE INFO

Article History:

Received May, 15th, 2020

Revised form Jun, 7th, 2020

Accepted Aug, 31st, 2020

Published online Sept, 30th, 2020

Kata Kunci:

Pelayanan kesehatan;

kemiskinan;

karakteristik ibu;

Keywords:

Healthcare;

poverty;

maternal characteristic;

ABSTRAK

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan, khususnya pada anak. Namun, kemiskinan dan karakteristik orang tua khususnya ibu sering kali menjadi faktor utama yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada anak. Penelitian ini menggunakan data Susenas 2017 dan Podes 2018 untuk melihat pengaruh kemiskinan dan karakteristik ibu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak. Unit analisis dalam penelitian ini adalah 50.437 anak yang memiliki keluhan kesehatan, terganggu aktifitas dalam sebulan terakhir dan tinggal bersama ibu kandung. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan menggunakan regresi logistik. Hasil menunjukkan jika sekitar satu dari tiga anak tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan ketika sakit. Selanjutnya, dengan metode regresi logistik, terbukti jika kemiskinan keluarga berpengaruh signifikan dan negatif terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak di Indonesia (OR=0,79). Sedangkan pendidikan dan status bekerja ibu berpengaruh positif dan signifikan. Penelitian ini menunjukkan perlunya memberikan kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan pada anak yang ada pada rumah tangga miskin, disamping perlunya meningkatkan pemberdayaan perempuan, khususnya ibu untuk dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya rawat jalan pada anak.

ABSTRACT

Utilization of health care is an important determinant to improve health status, especially for children. However, poverty and parental characteristics especially mother are important determinant of healthcare utilization for children. This use Indonesia National Socio-Economic Survey (SUSENAS) 2017 and Village Potential Statistic (PODES) 2018 to study the effect of that variables to outpatient healthcare utilization for children. The sample in this research are 50.437 children who has the health complaints, disrupted activity in the past month and living with mother. Data analysis was carried out descriptively and using logistic regression. The result showed that one out of three children do not utilizing healthcare for outpatient when sick. Furthermore, logistic regression shows that family poverty has negative and significant effect on the children's utilization of healthcare for outpatient in Indonesia (OR=0,79). While maternal education and employment status have significant and positive effect. This result showed that there are necessarily to provide an ease access to healthcare for the children in poor household and to improve maternal empowerment to be able to increase the utilization of healthcare especially outpatient care for children.

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) menyebutkan jika progres pengurangan angka kematian neonatal dan balita secara global saat ini menunjukkan hasil yang positif.¹ Namun, angka kematian neonatal dan balita di Indonesia masih tinggi jika dibandingkan negara Asia Tenggara lainnya seperti Singapura, Malaysia, Brunai, Thailand dan Vietnam.¹ Tingginya angka kematian neonatal dan balita di Indonesia perlu terus mendapatkan perhatian karena menunjukkan jika banyak anak belum mendapatkan haknya untuk memperoleh perawatan dan perlindungan kesehatan. Padahal dalam *convention of the right of the child* yang diselenggarakan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 1989, disebutkan jika setiap anak berhak untuk memperoleh status kesehatan tertinggi dan setiap negara yang meratifikasi konferensi tersebut, termasuk Indonesia memiliki kewajiban untuk menyediakan akses universal terhadap pelayanan kesehatan anak.

Salah satu upaya untuk mencapai target dalam mengakhiri angka kematian neonatal balita adalah dengan peningkatan status kesehatan anak. Peningkatan status kesehatan anak juga merupakan salah satu tolok ukur kesejahteraan dan kemakmuran masyarakat. Hal tersebut dikarenakan tingkat kesehatan yang baik pada anak merupakan investasi untuk menjamin kualitas generasi penerus bangsa di masa yang akan datang. Anak dengan status kesehatan yang buruk, terlebih lagi yang terhimpit masalah kemiskinan semenjak kecil merupakan pintu masuk bagi kehidupan remaja

dengan kesehatan yang rendah dan jika dikombinasikan dengan pendidikan yang kurang akan berakibat pada pendapatan yang rendah di usia dewasa yang berujung pada kemiskinan.²

Teori determinan kesehatan menyebutkan jika pelayanan kesehatan atau perawat medis dari tenaga kesehatan profesional merupakan salah satu faktor penting yang dapat memengaruhi status kesehatan individu dan anak pada khususnya.³ Persentase anak Indonesia yang memiliki keluhan kesehatan dan berobat jalan menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2018 sebesar 53,93%. Indikator tersebut menunjukkan variasi yang tinggi antar provinsi dan terdapat kecenderungan lebih rendah di daerah perdesaan dan pada wilayah Indonesia timur.⁴ Keputusan untuk berobat di fasilitas kesehatan (faskes) dipengaruhi oleh berbagai faktor populasi yang terdiri dari karakter sosial-demografi, kemampuan dan karakteristik penyakit.⁵ Namun, pada negara berkembang khususnya, kemiskinan merupakan salah satu hambatan terbesar dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.⁶

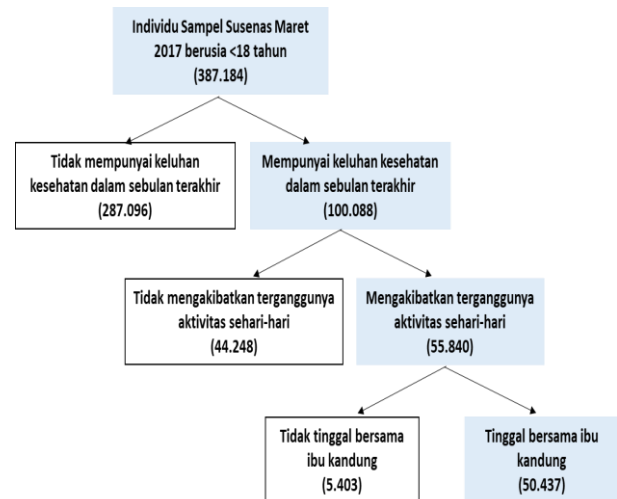
Selain aspek ekonomi, orang tua sebagai *primary keeper* merupakan pihak paling bertanggung jawab terhadap anaknya yang menentukan jumlah dan kualitas kesehatan.² Pilihan cara pengobatan pada anak sangat tergantung pada kemampuan ekonomi dan literasi orang tuanya karena mereka belum mampu menentukan pilihannya sendiri. Ibu sebagai *caregiver* utama untuk anak merupakan pihak yang sedari awal menyadari gejala penyakit pada anak dan penentu perilaku

berobat pada anak.^{7,8} Hal tersebut membuat karakteristik ibu sangat menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada anak. Otonomi ibu yang dilihat dari berbagai variabel misalnya pendidikan dan status pekerjaan cenderung mampu meningkatkan kesehatan anak karena memungkinkan perempuan untuk memiliki pengetahuan dan kemampuan ekonomi sehingga dapat mengakses pelayanan kesehatan.⁹⁻¹¹

Data BPS menunjukkan jika pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk anak di Indonesia belum merata.⁴ Sementara itu, kondisi capaian pendidikan perempuan Indonesia yang dilihat dari rata-rata lama sekolah menunjukkan adanya ketimpangan di daerah perdesaan dan antar provinsi.¹² Sedangkan angka partisipasi kerja untuk perempuan cenderung stagnan dan rendah dibandingkan laki-laki.¹³ Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh kemiskinan, karakteristik ibu serta faktor sosial-demografi lainnya terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak di Indonesia.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan data sekunder Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Maret 2017 untuk melihat karakteristik individu dan Potensi Desa (PODES) 2018 untuk mengetahui keberadaan faskes dan kemudahan aksesnya. Unit analisis dalam penelitian ini adalah 50.437 anak yang mengalami keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir, terganggu aktivitas sehari-hari dan tinggal bersama dengan ibu kandung (Gambar 1).



Gambar 1. Skema Pemilihan Sampel

Klasifikasi anak berdasarkan pada UU Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak yaitu, individu dengan usia <18 tahun. Berdasarkan kode tempat tinggal pada level desa, sampel anak kemudian dihubungkan dengan data PODES 2018 untuk melihat akses terhadap faskes.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan ketika sakit dalam sebulan terakhir yang berupa kategori. Individu diklasifikasikan berobat jalan (Kode 1) ketika dalam sebulan terakhir melakukan pengobatan di faskes formal seperti rumah sakit, praktik dokter/bidan, klinik/praktik dokter bersama, dll. Klasifikasi tersebut dapat berupa berobat sendiri dan berobat jalan di faskes dalam sebulan terakhir, atau hanya berobat jalan ke faskes. Status kemiskinan dilihat berdasarkan perbandingan pengeluaran perkapita dengan garis kemiskinan kabupaten/kota per provinsi.¹⁴ Pendidikan ibu dilihat melalui pendidikan terakhir yang ditamatkan. Sementara itu, pengelompokan varia-

bel status bekerja dilakukan berdasarkan klasifikasi *International Labour Organization* (ILO).¹⁵

Menganalisis pemanfaatan pelayanan kesehatan (variabel dependen) yang berupa data kategorik, salah satu metode analisis yang dapat digunakan adalah regresi logistik.¹⁶ Bentuk umum model regresi logistik dengan p variabel adalah:

$$\pi(x) = \frac{\exp(\hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 x_1 + \dots + \hat{\beta}_p x_p)}{1 + \exp(\hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 x_1 + \dots + \hat{\beta}_p x_p)}$$

Diketahui:

$\pi(x)$: peluang kejadian "sukses" ($Y=1$)

β_j : koefisien parameter, $j=0,1,2,\dots,p$

Model tersebut kemudian ditransformasikan menjadi bentuk linear dengan transformasi *log*:

$$\begin{aligned} \hat{g}(x) &= \ln \hat{\pi}(x) - \ln[1 - \hat{\pi}(x)] \\ &= \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 x_1 + \dots + \hat{\beta}_p x_p \end{aligned}$$

Interpretasi koefisien parameter dalam regresi logistik tidak dapat dilakukan secara langsung melainkan dalam bentuk *odd ratio (OR)* atau rasio kecenderungan:

$$OR = \exp(\hat{\beta}_j), \text{ dimana } j = 1, 2, \dots, p$$

HASIL

Persentase anak yang sakit dalam sebulan terakhir dan berobat di faskes atau dengan kata lain memanfaatkan pelayanan kesehatan formal sebesar 65,13%. Hal ini juga menunjukkan jika paling tidak satu dari tiga anak belum mendapatkan perawatan di faskes ketika sakit karena berbagai alasan. Tabel 1 menunjukkan jika anak yang tinggal pada keluarga miskin memiliki persentase pemanfaatan faskes untuk rawat jalan lebih rendah dibandingkan dengan anak yang ada pada keluarga tidak miskin

(59,90%, 65,93%). Selanjutnya, persentase anak yang sakit dan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan di faskes semakin meningkat seiring dengan pendidikan ibu yang semakin baik. Serupa dengan hal itu, pemanfaatan pelayanan kesehatan pada anak juga cenderung lebih besar pada anak dengan ibu yang bekerja dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (65,63%, 64,65%). Namun, jika dilihat berdasarkan umur ibu, terlihat jika ibu yang berumur lebih tua memiliki persentase melakukan rawat jalan ke faskes lebih rendah (Tabel 1).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa persentase anak yang sakit dan berobat jalan di faskes cenderung berkurang seiring dengan umur anak yang semakin dewasa, lebih rendah pada anak perempuan dan pada anak yang tidak memiliki jaminan kesehatan (jamkes). Selanjutnya, untuk melihat karakteristik penyakit, penelitian ini menggunakan pendekatan durasi lama sakit,¹⁷ dan persepsi terhadap penyakit.¹⁸ Durasi lama sakit yang diklasifikasikan menurut rata-rata hari sakit dari sampel menunjukkan jika anak yang sakit selama lebih dari 4 hari memiliki persentase berobat jalan ke faskes lebih tinggi, demikian pula pada anak dengan persepsi penyakit yang parah. Sedangkan akses terhadap faskes yang dilihat dari keberadaan dan kemudahan terhadap faskes di tingkat kelurahan/desa menunjukkan jika anak dengan tempat tinggal yang memiliki akses sulit terhadap sarana kesehatan memiliki persentase berobat jalan yang lebih rendah, begitupula anak yang tinggal di daerah perdesaan (Tabel 1).

Tabel 1. Pemanfaatan Faskes pada Anak menurut Karakteristik

Karakteristik	Berobat Jalan ke Faskes (Sebulan Terakhir)				Total	
	Tidak		Ya		n	%
	n	%	n	%		
Kemiskinan						
Miskin	2.695	40,10	4.026	59,90	6.721	100
Tidak miskin	14.894	34,07	28.822	65,93	43.716	100
Pendidikan Ibu						
Sekolah dasar ke bawah	7.928	38,63	12.596	61,37	20.524	100
Tamat sekolah menengah	8.022	32,65	16.547	67,35	24.569	100
Tamat perguruan tinggi	1.639	30,67	3.705	69,33	5.344	100
Status Bekerja Ibu						
Tidak bekerja	8.222	35,35	15.040	64,65	23.262	100
Bekerja	9.367	34,47	17.808	65,63	27.175	100
Umur Ibu (Tahun)						
< 20	122	29,47	292	70,53	414	100
20-34	7.892	33,19	15.885	66,81	23.777	100
≥ 35	9.575	36,48	16.671	63,52	26.246	100
Umur Anak (Tahun)						
0-4	5.365	29,38	12.896	70,62	18.261	100
5-12	8.677	36,60	15.030	63,40	23.707	100
>12	3.547	41,88	4.922	58,12	8.469	100
Jenis Kelamin Anak						
Laki-laki	9.041	34,54	17.133	65,46	26.174	100
Perempuan	8.548	25,23	15.715	64,77	24.263	100
Kepemilikan Jamkes						
Tidak	8.212	37,29	13.810	62,71	22.022	100
Ya	9.377	33,00	19.038	67,00	28.415	100
Durasi Lama Sakit (Hari)						
≤ 4	14.003	38,10	22.750	61,90	36.753	100
> 4	3.586	26,21	10.098	73,79	13.684	100
Persepsi Keparahan Penyakit						
Parah	1.299	18,01	5.913	81,99	7.212	100
Tidak parah	16.290	37,69	26.935	62,31	43.225	100
Akses terhadap Faskes						
Sulit	1.275	38,99	1.995	61,01	3.270	100
Mudah	16.314	34,59	30.853	65,41	47.167	100
Wilayah Tempat Tinggal						
Perdesaan	10.352	36,47	18.035	63,53	28.387	100
Perkotaan	7.237	32,82	14.813	67,18	22.050	100
Total	17.589	34,87	32.848	65,13	50.437	100

Sumber: Data Sekunder Susenas, 2017 dan PODES, 2018

Hasil olah data dengan menggunakan regresi logistik pada Tabel 2 menunjukkan beberapa model yang dibuat untuk melihat ketangguhan (*Robustness check*) dari variabel utama yang diteliti. *Robustness check* menunjukkan seberapa pasti estimasi koefisien regresi dari variabel inti ketika model diubah dengan menambahkan atau mengurangi reg-

resor.¹⁹ Sebelumnya, Uji *overall* dilakukan untuk melihat signifikansi model secara keseluruhan. Hipotesis dalam uji tersebut adalah ada sekurang-kurangnya satu variabel yang memengaruhi model, dengan keputusan tolak H_0 apabila $p\text{-value} < \alpha$. Keseluruhan model menunjukkan nilai $p\text{-value}$ yang lebih kecil dari α (0,01), dengan demikian cukup bukti untuk me-

ngatakan jika paling tidak ada satu variabel yang memengaruhi model.

Hasil *robustness check* pada variabel utama yaitu kemiskinan dan karakteristik ibu menunjukkan arah dan signifikansi yang konsisten. Namun, variabel umur ibu terlihat tidak signifikan ketika seluruh variabel kontrol dimasukkan ke dalam model walaupun dengan arah yang serupa. Selanjutnya analisis mengenai hubungan antara kemiskinan, karakteristik ibu dan pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak akan difokuskan pada model dengan variabel kontrol.

Status kemiskinan rumah tangga berpengaruh signifikan dan positif terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak. Anak yang ada pada keluarga miskin memiliki kecenderungan 0,79 kali lebih rendah dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan ketika sakit dibandingkan dengan anak dari keluarga yang tidak miskin.

Karakteristik ibu pada penelitian ini dilihat berdasarkan pendidikan, status bekerja dan umur. Pendidikan ibu menunjukkan hubungan yang positif dan signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan ketika anak sakit. Baik anak dengan ibu yang tamat pendidikan sekolah menengah (OR=1,22) maupun perguruan tinggi (OR=1,28) memiliki kecenderungan lebih tinggi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan dibandingkan anak dari ibu yang hanya berpendidikan sekolah dasar ke bawah. Selanjutnya, anak dengan ibu yang bekerja juga

memiliki hubungan positif dan signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan. Kecenderungan anak untuk berobat jalan pada ibu yang bekerja 1,11 lebih tinggi jika dibandingkan dengan anak pada ibu yang tidak bekerja (Tabel 2).

Dibandingkan dengan anak-anak usia balita, anak dengan usia 5-12 tahun dan diatas 12 tahun memiliki kecenderungan lebih rendah untuk rawat jalan di faskes ketika sakit. Selain itu, anak perempuan memiliki kecenderungan lebih rendah untuk rawat jalan di faskes ketika sakit dibandingkan dengan laki-laki, tetapi hubungannya tidak signifikan.

Tabel 2 juga menunjukkan jika persepsi mengenai keparahan penyakit dan durasi lama sakit berhubungan positif dan signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak. Persepsi penyakit yang parah meningkatkan kecenderungan untuk berobat jalan 2,45 kali lebih tinggi dibandingkan dengan persepsi penyakit yang tidak parah. Penelitian ini juga menunjukkan jika akses tempat tinggal terhadap faskes yang sulit berhubungan dengan kecenderungan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah (OR=0,89), demikian pula tinggal di wilayah perdesaan (OR=0,93).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan jika anak pada keluarga miskin memiliki kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan lebih rendah dibandingkan dengan anak yang ada pada keluarga tidak miskin. Hal tersebut dapat mengindikasikan jika walaupun

telah diberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, kemiskinan masih meru-

pakani hambatan dalam mengakses faskes khususnya pada anak.

Tabel 2. Hasil Estimasi Regresi Logistik

Karakteristik	Coef. (SE)	Coef. (SE)	Coef. (SE)	OR (SE)	95% CI
Kemiskinan					
Tidak miskin (Ref)					
Miskin	-0,27*** (0,03)	-0,20*** (0,03)	-0,23*** (0,03)	0,79*** (0,02)	0,75-0,84
Pendidikan Ibu					
Sekolah dasar ke bawah (Reff)					
Tamat sekolah menengah		0,23*** (0,02)	0,19*** (0,02)	1,22*** (0,03)	1,17-1,27
Tamat perguruan tinggi		0,30*** (0,03)	0,17*** (0,04)	1,28*** (0,04)	1,10-1,37
Status Bekerja Ibu					
Tidak bekerja (Reff)					
Bekerja		0,04** (0,02)	0,10*** (0,02)	1,11*** (0,02)	1,07-1,15
Umur Ibu (Tahun)					
< 20 (Reff)					
20-34		-0,23* (0,11)	-0,10 (0,11)	0,91 (0,10)	0,73-1,13
≥ 35		-0,35*** (0,11)	-0,09 (0,12)	0,92 (0,10)	0,74-1,14
Umur Anak (Tahun)					
< 5 (Reff)					
5-12			-0,38*** (0,02)	0,67*** (0,02)	0,66-0,72
> 12			-0,65*** (0,03)	0,53*** (0,03)	0,49-0,56
Jenis Kelamin					
Laki-laki (Reff)					
Perempuan			-0,03 (0,019)	0,98 (0,02)	0,94-1,01
Kepemilikan Jamkes					
Ya (Reff)					
Tidak			-0,28*** (0,02)	0,76*** (0,02)	0,73-0,79
Durasi Lama Sakit					
			0,06*** (0,004)	1,06*** (0,004)	1,05-1,07
Keparahan Penyakit					
Tidak parah (Reff)					
Parah			0,90*** (0,03)	2,45*** (0,08)	2,29-2,61
Akses terhadap Faskes					
Mudah (Reff)					
Sulit			-0,12*** (0,04)	0,89*** (0,04)	0,82-0,96
Wilayah Tempat Tinggal					
Perkotaan (Reff)					
Perdesaan			-0,08*** (0,02)	0,93*** (0,19)	0,89-0,96
LR Chi	91,59	324,59	2.475,66		
Prob > Chi2	0,00	0,00	0,00		
Log Likelihood	-32.569,70	-32.453,20	-31.377,67		

Sumber: Data Sekunder Susenas, 2017 dan PODES, 2018

Hal tersebut dapat terjadi karena tingginya pengeluaran kesehatan yang dikeluarkan dari kantong sendiri yang disebabkan karena banyak pengeluaran kesehatan (misalnya biaya obat, transportasi, dll) yang tidak ditanggung oleh jamkes.²⁰ Keterbatasan ekonomi dapat memengaruhi perilaku individu dalam memilih cara pengobatan, yaitu dengan mencari pengobatan yang lebih murah misalnya mengobati sendiri penyakit atau berobat di praktik pengobatan tradisional. Pilihan ini tidak sepenuhnya buruk, akan tetapi penelitian terdahulu yang dilakukan di Indonesia dan beberapa negara lain menunjukkan jika penggunaan obat tanpa saran dari tenaga kesehatan tidak tepat dalam penggunaan dan menunjukkan adanya efek samping yang merugikan.^{8,21}

Walaupun secara umum menunjukkan tren yang terus berkurang, ketimpangan pengeluaran di Indonesia masih tinggi berdasarkan tipe daerah dan berbagai provinsi.¹⁴ Kemiskinan dipandang sebagai hambatan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan karena berkaitan dengan keterbatasan *budget* untuk memenuhi atau membeli barang/jasa kesehatan, yang salah satunya merupakan pelayanan kesehatan. Teori *utility* individu Grossman (1972) menyebutkan jika individu atau keluarga dengan kendala budget akan memiliki sumberdaya yang lebih sedikit untuk menghasilkan *market good* kesehatan dan barang lain. Semakin tinggi biaya berobat baik langsung ataupun tak langsung (jarak yang jauh terhadap faskes, waktu tunggu yang lama, dll) akan mengurangi pemanfaatan pelayanan kesehatan.²² Penelitian sebelumnya di Indonesia dan berbagai negara

menghasilkan kesimpulan yang sejalan, dimana kemiskinan atau rendahnya pengeluaran akan berhubungan dengan kecenderungan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang rendah baik pada individu dewasa atau anak-anak.^{8,11,18,23,24} Penelitian di Mesir yang melihat ketimpangan sosial ekonomi dalam perilaku berobat pada anak yang mengalami diare dan infeksi saluran pernafasan menunjukkan jika keluarga dengan status sosial-ekonomi yang lebih baik berhubungan positif dengan penggunaan pelayanan kesehatan yang teratur pada anak.²⁵

Case dan Paxon pada penelitiannya di Amerika Serikat menjelaskan jika selain menghapuskan kendala finansial dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, pengaruh orang tua sangat menentukan status kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada anak.² Pendidikan dan status bekerja ibu pada khususnya berhubungan dengan kemandirian sumber daya ekonomi yang dimiliki. Pendidikan yang baik meningkatkan kesempatan seorang ibu untuk memperoleh pekerjaan dengan pendapatan yang baik.^{2,11}

Grossman juga menyebutkan jika pendidikan yang tinggi akan berhubungan dengan pengetahuan mengenai kesehatan yang baik sehingga memungkinkan seseorang untuk memiliki input kesehatan yang lebih efisien dan dapat hidup lebih sehat. Penelitian di Pakistan menunjukkan jika pengetahuan yang baik pada *caregiver* mengenai gejala penyakit berhubungan dengan cara pengobatan yang dipilih dan ketepatan waktu berobat untuk anak.⁸ Abdulkadir pada penelitiannya di Nigeria juga menyebutkan jika pendidikan yang tinggi pada

orang tua meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan serta pemahaman terhadap pentingnya pemanfaatan faskes yang ada.²⁶

Penelitian ini menunjukkan hasil yang serupa, dimana pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak semakin tinggi seiring dengan pendidikan ibu yang semakin baik. Penelitian sebelumnya yang dilakukan di Indonesia, Ethiopia juga menunjukkan jika ibu yang berpendidikan tinggi berhubungan dengan perawatan kesehatan anak yang lebih baik sehingga mengurangi kejadian malnutrisi seperti *stunting* pada anak.^{27,28} Begitupula, pendidikan ibu yang tinggi dan pengetahuan yang baik mengenai kesehatan dapat meningkatkan status kesehatan anak karena berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan *preventif* seperti imunisasi yang lebih tinggi.²⁹

Selanjutnya, Ibu yang bekerja akan memiliki kemandirian dan kemampuan ekonomi yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja, sehingga mereka mampu memberikan perawatan kesehatan yang lebih baik kepada anak baik berupa perawatan *preventif* atau *kuratif*.^{2,10,11} Hasil penelitian ini menunjukkan hasil serupa dimana anak dengan ibu yang bekerja memiliki kecenderungan pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan yang lebih tinggi.

Faktor lainnya yang penting dalam memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah kepemilikan jaminan kesehatan (jamkes). Jamkes publik pada khususnya bersifat memberikan keringanan biaya berobat.

Penelitian ini menunjukkan jika anak yang memiliki jamkes memiliki kecenderungan lebih tinggi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan. Penelitian terdahulu di Indonesia dan Filipina yang juga menunjukkan jika jamkes dapat meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap.^{24,30}

Hasil pada penelitian ini terkait durasi lama sakit menunjukkan hubungan positif dan signifikan terhadap penggunaan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak. Sejalan dengan hal tersebut, penelitian sebelumnya menjelaskan jika durasi lama sakit dapat menggambarkan keparahan penyakit, ketika lama terganggu semakin tinggi, maka kecenderungan berobat jalan di faskes akan semakin tinggi.¹⁷ Penelitian sebelumnya yang menggunakan pendekatan *self-rated health* juga menghasilkan hal yang serupa,¹⁸ dimana persepsi mengenai kesehatan yang lebih buruk akan berhubungan dengan penggunaan faskes untuk berobat yang lebih tinggi.

Karakteristik rumah tangga dalam penelitian ini dilihat melalui akses rumah tangga terhadap faskes tingkat kelurahan/desa dan wilayah tempat tinggal. Akses berhubungan dengan keberadaan faskes dan kemudahan dalam mencapainya. Beberapa penelitian terdahulu di Indonesia dan negara lain menunjukkan jika akses dari segi jarak ke faskes berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.^{6,9,31} Anak yang tinggal di perdesaan juga memiliki kecenderungan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah. Pene-

litian terdahulu menunjukkan jika rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan di perdesaan dibandingkan dengan perkotaan berhubungan dengan keberadaan faskes, sarana dan tenaga kesehatan yang lebih terbatas di perdesaan.^{26,31}

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang disampaikan sebelumnya, kesimpulan yang dapat diambil antara lain adalah kemiskinan ($p < 0,01$; $OR = 0,79$) masih menjadi hambatan bagi anak-anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan khususnya untuk rawat jalan. Selain itu, karakteristik ibu berupa pendidikan ($p < 0,01$; $OR = 1,22$ dan $OR = 1,28$) dan status bekerja ibu ($p < 0,01$; $OR = 1,11$) merupakan determinan yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak. Variabel lainnya yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk rawat jalan pada anak antara lain umur anak, kepemilikan jaminan kesehatan, keparahan penyakit, akses terhadap faskes dan wilayah tempat tinggal.

Hasil penelitian ini menunjukkan perlunya mengoptimalkan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada anak-anak yang tinggal pada keluarga miskin misalnya dengan meningkatkan cakupan kepesertaan jamkes publik. Selain itu, perlu mendorong peningkatan pemberdayaan perempuan Indonesia melalui peningkatan pendidikan dan partisipasi kerja karena perempuan yang bekerja dan berpendidikan tinggi besar kemungkinannya menjadi ibu yang lebih menyadari pentingnya perawatan kesehatan anak melalui pemanfaatan pelayanan kesehatan. Se-

lain itu, penting untuk memperhatikan akses terhadap faskes misalnya dari sisi transportasi atau infrastruktur dalam mencapai faskes.

REFERENSI

1. WHO. World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs. WHO. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Case A, Paxson C. Parental Behavior and Child Health. *Health Affairs (Project Hope)*. 2002;21(2):164-178.
3. Mosley WH, Chen LC. An Analytical Framework for Study of Child Survival in Developing Countries. *Population and Development Review*. 1984;10:25-45.
4. BPS. Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2018. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2018.
5. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?. *Journal of Health Social Behavior*. 1995;36(1):1-10.
6. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M. Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy Sciences*. 2008;1136(1):161-171.
7. Goldman N, Heuveline P. Health-Seeking Behaviour for Child Illness in Guatemala. *Tropical Medicine & International Health*. 2001;5(2):145-155.
8. Aftab W, Shipton L, Rabbani F, Sangrasi K, Perveen S, Zahidie A, et al. Exploring Health Care Seeking Knowledge, Perceptions and Practices for Childhood Diarrhea and Pneumonia and Their Context in a Rural Pakistani Community. *BMC Health Services Research*. 2018;18(44):1-10.
9. Geldsetzer P, Williams TC, Kirolos A, Mitchell S, Ratcliffe LA, Kohli-Lynch MK, et al. The Recognition of and Care Seeking Behaviour for Childhood Illness in Developing Countries: a Systematic Review. *PLoS One*. 2014;9(4):1-14.
10. Charles JO, Udonwa NE, Ikoh MU, Ikpeme BI. The Role Of Mothers in Household Health-Seeking Behavior and Decision-Making in Childhood Febrile Illness in Okurikang/Ikot

- Effiong Otop Community, Cross River State, Nigeria. *Health Care for Women International*. 2008;29(8-9):906-925.
11. Ghosh N, Chakrabarti I, Chakraborty M, Biswas R. Factors Affecting the Healthcare-Seeking Behavior of Mothers Regarding Their Children in a Rural Community of Darjeeling District, West Bengal. *International Journal of Medicine and Public Health*. 2013;3(1):12-16.
 12. BPS. Indikator Kesejahteraan Rakyat 2016: Ketimpangan Pendidikan di Indonesia. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2016.
 13. BPS. Indikator Pasar Tenaga Kerja Indonesia 2017. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2017.
 14. BPS. Penghitungan dan Analisis Kemiskinan Makro Indonesia. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2017.
 15. ILO. Measuring the Economically Active in Population Censuses: A Handbook. ILO. New York: United Nations; 2010.
 16. Wooldridge JM. Introductory Econometrics A Modern Approach. 5th ed. Ohio: Cengage Learning; 2013.
 17. Sarma S. Demand for Outpatient Healthcare: Empirical Findings From Rural India. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2009;7(4):265-277.
 18. Kuuire VZ, Bisung E, Rishworth A, Dixon J, Luginaah I. Health-Seeking Behaviour During Times Of Illness: a Study Among Adults in a Resource Poor Setting in Ghana. *Journal of Public Health*. 2016;38(4):545-553.
 19. Lu X, White H. Robustness Checks and Robustness Tests in Applied Economics. *Journal Econometrics*. 2014;178(1): 194-206.
 20. Tandon A, Prambudi ES, Harimurti P, Emiko S. Indonesia Health Financing System Assesment: Spent more, Right and Better. Washington D.C: The World Bank; 2016.
 21. Andarini S, Arif AZ, Al Rasyid H, Wahono CS, Kalim H, Handono K. Factors Associated With Health Care Seeking Behavior for Musculoskeletal Pain in Indonesia: a Cross-Sectional Study. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2019;22(7):1297-1304.
 22. Bhattacharya J, Timothy H, Tu P. Health Economics. London: Palgrave Macmillan; 2014.
 23. Rabbaniyah F, Nadjib M. Analisis Sosial Ekonomi dalam Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan untuk Berobat Jalan di Provinsi Jawa Barat: Analisis Data Susenas Tahun 2017. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2019;15(1):73-80.
 24. Palmer M, Mitra S, Mont D, Groce N. The Impact of Health Insurance for Children Under Age 6 In Vietnam: a Regression Discontinuity Approach. *Social Science & Medicine*. 2015;145:217-226.
 25. Benova L, Campbell OMR, Ploubidis GB. Socio-Economic Inequalities in Curative Health-Seeking for Children in Egypt: Analysis of the 2008 Demographic and Health Survey. *BMC Health Services Research*. 2015;15(482):1-14.
 26. Abdulkadir MB, Abdulkadir ZA. A Cross-Sectional Survey of Parental Care-Seeking Behavior for Febrile Illness Among Under-Five Children in Nigeria. *Alexandria Journal of Medicine*. 2017;53(1):85-91.
 27. Rachmawati S, Machmud PB, Hatma RD. Hubungan Praktik Kesehatan pada Awal Kehidupan dengan Kejadian Stunting pada Balita. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2019;15(2):120-127.
 28. Abreha SK, Walealign SZ, Zereyesus YA. Associations Between Women's Empowerment and Children's Health Status in Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15(7): e0235825.
 29. Herliana P, Douiri A. Determinants of Immunisation Coverage of Children Aged 12-59 Months in Indonesia: a Cross-Sectional Study. *BMJ Open*. 2017;7(12):1-14.
 30. Erlangga D, Ali S, Bloor K. The Impact of Public Health Insurance on Healthcare Utilisation in Indonesia: Evidence from Panel Data. *International Journal of Public Health*. 2019;64:603-613.

31. Awiti JO. Poverty and Health Care Demand in Kenya. *BMC Health Services Research*. 2014;14(560):1-17.