

Hambatan Akses Pelayanan Infertilitas pada Pasien dari Kawasan Urban dan Rural yang Berobat di Klinik Bayi Tabung Halim Fertility Center RSIA Stella Maris

Binarwan Halim¹, Ermi Girsang², Sri Lestari Ramadhani Nasution³, Putranto Manalu³

¹ Mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Prima Indonesia

² Bagian Kesehatan Lingkungan, Fakultas Kedokteran, Universitas Prima Indonesia

³ Bagian Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Prima Indonesia

*Corresponding author: ermigirsang@unprimdn.ac.id

Info Artikel : Diterima 26 Februari 2020 ; Disetujui 19 Juni 2020 ; Publikasi 1 Agustus 2020

ABSTRAK

Latar belakang: Masalah infertilitas dihadapi 15-20% pasangan usia subur yang membawa dampak masalah pada sosial dan psikologis kepada pasangan, keluarga maupun masyarakat. Secara garis besar, pasangan yang mengalami infertilitas akan menjalani proses panjang, dimana proses ini dapat menjadi beban fisik dan psikologis bagi pasangan infertilitas. Saat ini terdapat 12% pasangan infertilitas yang tersebar di seluruh Indonesia baik di desa maupun di kota. Mengingat pelayanan infertilitas yang masih belum merata dan hanya terpusat pada kota-kota yang besar. Pelayanan kesuburan belum merambah ke seluruh lapisan masyarakat.

Metode: Penelitian ini bertujuan untuk melihat perbedaan hambatan terhadap akses pelayanan infertilitas pada masyarakat *urban* dan *rural* yang berobat di Klinik Bayi Tabung Halim Fertility Center RSIA Stella Maris Medan. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan teknik wawancara menggunakan kuesioner. Data yang diperoleh dilakukan analisis deskriptif dan analitik. Sebanyak 130 responden terbagi dalam dua kelompok masing-masing 65 responden kelompok *rural* dan 65 responden kelompok *urban*.

Hasil: Pada penelitian ini ditemukan tiga variabel yang signifikan ($p=0,014$, $p=0,023$ dan $p=0,005$) dalam analisis multivariat yaitu tingkat ekonomi dengan nilai OR 2,606 (95% IK 1,210-5,611), letak geografi dengan nilai OR 3,905 (95% IK 1,203-12,677), dan sosial budaya dengan nilai OR 5,299 (95% IK 1,659- 16,929).

Simpulan: Terdapat perbedaan bermakna tingkat ekonomi, letak geografi dan sosial budaya pada pasien kawasan perkotaan dan perdesaan dalam akses pelayanan infertilitas di Klinik Bayi Tabung Halim Fertility Center RSIA Stella Maris Medan.

Kata kunci: hambatan akses, infertilitas, *urban*, *rural*

ABSTRACT

Title: Infertility Care Access Barriers in Patient of Urban and Rural Areas of the Treatment Clinic IVF Fertility Center RSIA Halim Stella Maris

Background: The problem of infertility is faced by 15-20% of couples of childbearing age that have an impact on social and psychological problems for couples, families and communities. Broadly speaking, infertile couples will undergo a long process, where this process can be physical and psychological burden for the couple infertile. Currently, there are 12% of couples infertile scattered throughout Indonesia, both in villages and cities. Given the infertility services that are still not evenly distributed and only focused on large cities. Fertility services have not penetrated to the whole society.

Method: The research looked at how different barriers to access to infertility services in urban and rural communities who seek treatment at the Fertility Clinic Halim tube baby center RSIA Stella Maris Medan. This type of research used in this study is quantitative with interview techniques using a questionnaire. The data

obtained were analyzed descriptively and analytically. A total of 130 respondents were divided into two groups each 65 rural respondents and 65 urban respondents.

Result: This study found three significant variables ($p = 0.014$, $p = 0.023$ and $p = 0.005$) in multivariate analysis that economic level with OR 2.606 (95% CI 1.210 to 5.611), geography with OR 3.905 (95% CI 1.203 to 12.677), and socio-cultural with OR 5.299 (95% CI 1.659- 16.929).

Conclusion: There are significant differences in economic levels, geographical and socio-cultural patient urban and rural areas in access to infertility services at the Clinic IVF Fertility Center RSIA Halim Stella Maris Medan.

Keywords: barriers to access, infertility, urban, rural

PENDAHULUAN

Infertilitas adalah kegagalan suatu pasangan untuk mendapatkan kehamilan sekurang-kurangnya dalam 12 bulan berhubungan seksual secara teratur tanpa kontrasepsi. Masalah infertilitas dapat memberikan dampak besar bagi pasangan suami istri yang mengalaminya, selain menyebabkan masalah medis, infertilitas juga dapat menyebabkan masalah ekonomi maupun psikologis.¹ Secara garis besar, pasangan yang mengalami infertilitas akan menjalani proses panjang, di mana proses ini dapat menjadi beban fisik dan psikologis bagi pasangan infertilitas.²

Fertilitas atau kesuburan seseorang dapat dipengaruhi oleh genetik, keturunan, dan usia. Infertilitas digolongkan menjadi dua jenis yaitu infertilitas primer dan infertilitas sekunder. Infertilitas primer adalah pasangan suami-istri belum mampu dan belum pernah memiliki anak setelah 1 tahun berhubungan seksual sebanyak 2-3 kali per minggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun. Sedangkan infertilitas sekunder adalah pasangan suami istri telah atau pernah memiliki anak sebelumnya, tetapi saat ini belum mampu memiliki anak lagi setelah 1 tahun berhubungan seksual sebanyak 2-3 kali per minggu tanpa menggunakan alat atau metode kontrasepsi dalam bentuk apapun.³

Di Amerika Serikat kesenjangan layanan kesehatan juga terjadi pada layanan pencegahan dan perawatan infertilitas. Tingginya harga perawatan, tidak dapat diaksesnya perawatan medis, langkah pencegahan infertilitas yang tidak dilakukan (misalnya, infeksi yang tidak diobati yang mengarah ke kerusakan tuba), dan perbedaan tingkat keberhasilan perawatan menimbulkan beban yang sangat besar bagi individu yang tidak subur. Mayoritas pasien yang menjalani perawatan dengan metode *in vivo fertility* (IVF) di Amerika Serikat membayar sendiri karena tidak memiliki asuransi kesehatan atau paket jaminan asuransi tidak menanggung biaya IVF, hanya mencakup diagnosis infertilitas saja. Biaya rata-rata perawatan dengan metode IVF di Amerika Serikat, termasuk obat-obatan berkisar pada \$19.200.⁴ Faktor-faktor lain yang berkontribusi terhadap kesenjangan akses ke pengobatan infertilitas yang efektif adalah kondisi geografis, ras, etnis, agama, orientasi seksual, identitas gender, status perkawinan, dan diskriminasi secara sadar atau tidak sadar.⁵

WHO dan PBB telah menjadikan kesehatan reproduksi sebagai prioritas perawatan kesehatan global. Dorongan perlu diberikan agar semua pemangku kepentingan tergerak untuk membangukan layanan dan perawatan infertilitas yang terjangkau, aman, efektif untuk populasi yang kurang terlayani dan yang tidak memiliki cakupan asuransi untuk perawatan yang diperlukan.⁶ Masalah lainnya adalah kebanyakan daerah di dunia yang memiliki yang memiliki angka infertilitas yang tinggi kesulitan untuk mengakses teknik reproduktif berbantu/*assisted reproductive techniques* (ARTs), seperti klinik pengobatan infertilitas yang langka dan mahal, sehingga kebanyakan perempuan menjadi tidak peduli dengan masa depannya tanpa seorang anak.⁷ Namun hanya sekitar 25% pasangan infertil yang mengakses pelayanan pengobatan infertilitas baik di negara maju maupun di negara berkembang.⁸

Prevalensi infertilitas menurut *World Health Organization* (WHO) diperkirakan 8-10% pasangan di dunia mempunyai riwayat sulit untuk memperoleh anak. Sebagian besar pasangan tidak subur dan tidak memiliki anak adalah penduduk di negara berkembang. Oklusi tuba bilateral karena penyakit menular seksual (PMS) dan infeksi terkait kehamilan adalah penyebab infertilitas yang paling umum di negara berkembang.⁹ Angka infertilitas di Indonesia bekisar 12-15%. Menurut sensus penduduk terdapat 12% baik di desa maupun di kota atau sekitar 3 juta pasangan infertilitas tersebar di seluruh Indonesia.¹⁰

Negara Indonesia memiliki 20 klinik fertilitas yang menawarkan berbagai pilihan dari *in-vitro fertilization* (IVF) dan *intracytoplasmic sperm injection* (ICSI) kepada pasangan Indonesia infertil yang telah menikah. Tetapi penggunaan akan fasilitas ini masih sangat rendah. Hal ini tercermin dari jumlah siklus IVF yang dilakukan di mana angkanya sangat rendah berbanding jumlah penduduk di Indonesia dibandingkan dengan negara lain. Penyebabnya adalah klinik fertilitas cenderung berpusat pada kota-kota besar, khususnya kota di pulau Jawa, dan pendistribusian pasien dan siklus IVF yang tidak sesuai dengan klinik yang ada.¹¹

Berdasarkan SDKI 2017, angka fertilitas di Sumatera Utara menurun dari 3% pada tahun 2012 menjadi 2,9 % pada tahun 2017. Dengan kata lain, angka infertilitas mengalami peningkatan setiap

tahunnya di Sumatera Utara.¹² Salah satu klinik kesuburan yang ada di Sumatera Utara yaitu Halim Fertility Center juga mengalami kenaikan kunjungan pasien baru setiap tahunnya di mana rata-rata kunjungan pasien baru yang berobat setiap tahunnya adalah berjumlah 1300 pasien.

Pelayanan infertilitas memang cukup berperan dalam kehidupan masyarakat dengan adanya pelayanan klinik fertilitas. Namun pemanfaatan pada klinik fertilitas yang ada belum memadai untuk masyarakat, sehingga perlu diketahui berbagai faktor yang menghambat akses ke pelayanan klinik fertilitas ini ditinjau dari sudut masyarakat yang berasal dari *urban* (perkotaan) dan *rural* (pedesaan).

Hambatan akses yang dihadapi oleh pasien infertilitas untuk mencapai klinik fertilitas bisa berbeda bila ditinjau dari asal pasien, apakah berasal dari perkotaan ataupun pedesaan. Hambatan bisa berbagai faktor seperti hambatan pengetahuan, hambatan geografis, hambatan sosial budaya, hambatan agama, sosial ekonomi, pekerjaan maupun hambatan dari tenaga pelayanan infertilitas itu sendiri. Jenis hambatan yang dihadapi masyarakat perkotaan bisa berbeda variasi dengan jenis hambatan yang dihadapi masyarakat pedesaan.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat berbagai variasi dari faktor hambatan yang dihadapi

masyarakat perkotaan (*urban*) maupun pedesaan (*rural*), sehingga dengan adanya hasil penelitian ini, peneliti dapat memetakan langkah strategi pendekatan untuk membantu pasien infertilitas sehingga dapat memperoleh keturunan.

MATERI DAN METODE

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross-sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner. Penelitian dilaksanakan di Klinik Bayi Tabung Halim Fertility Center RSIA Stella Maris pada bulan September – Oktober 2019. Populasi penelitian ini adalah pasien yang berasal dari Klinik Bayi Tabung Halim Fertility Center RSIA Stella Maris dengan rata-rata kunjungan sebanyak 1300 orang/tahun. Sampel penelitian ada sebanyak 130 orang responden yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu *urban* dan *rural*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling*.

Data yang digunakan adalah data primer. Analisis data menggunakan uji *chi-square* dan *Kruskal Wallis* untuk uji bivariat, sedangkan analisis data multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda dengan metode *enter*. Hasilnya akan disajikan dalam bentuk narasi sesuai dengan teori yang terkait.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari data yang dikumpulkan dapat dilihat bahwa distribusi usia responden diperoleh hasil uji statistik dengan menggunakan *chi-square* tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan usia pada kelompok *urban* maupun *rural* ($p = 0,254$) (lihat pada Tabel 1). Informasi yang semakin mudah didapat karena jaringan internet bahkan juga mudah diakses untuk daerah *rural* membuat masyarakat juga tentu lebih mudah mendapat informasi tentang kesehatan kesuburannya, sehingga banyak dari mereka yang mendatangi klinik kesuburan untuk mendapat pengobatan saat usia produktifnya atau <35 tahun. Sementara itu distribusi usia responden saat menikah diperoleh hasil uji statistik yang signifikan ($p = 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan usia menikah pada kelompok *urban* maupun *rural* ($p = 0,365$). Penelitian yang dilakukan oleh Bennet *et al.* (2012) menunjukkan bahwa usia rata-rata pernikahan untuk wanita adalah 26 tahun atau tidak menikah dini.¹¹

Uji statistik pada variabel lama menikah dengan menggunakan *Kruskal Wallis* menunjukkan hasil tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan lama menikah antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 0,199$). Sedangkan pada hasil uji statistik usia pertama kali berobat dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* diperoleh hasil tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan usia pertama kali berobat antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 1,000$). Bennet *et al.*

(2012) menyatakan bahwa usia rata-rata wanita pada kunjungan pertama mereka untuk perawatan kesuburan adalah 28 tahun.¹¹

Berdasarkan distribusi pendidikan responden dengan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh hasil yang tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan pendidikan antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 0,517$). Pendidikan saat ini merupakan suatu kebutuhan, tidak hanya bagi masyarakat yang tinggal di perkotaan melainkan juga di pedesaan. Emansipasi wanita juga telah membuat banyak kaum wanita dapat menempuh pendidikan hingga ke perguruan tinggi sehingga kesenjangan pendidikan antara laki-laki dan perempuan mulai pudar. Sedangkan pada kelompok *urban* sendiri, tekanan hidup dan emansipasi wanita mempengaruhi mereka sehingga lebih banyak yang bekerja dan pada menjadi seorang ibu rumah tangga.

Sementara itu hasil uji statistik pada distribusi pekerjaan responden dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* diperoleh hasil yang signifikan ($p < 0,05$) atau terdapat perbedaan pekerjaan antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 0,030$). Meskipun pendidikan antara *urban* dengan *rural* terbukti serupa yakni sama-sama telah mengemban perguruan tinggi, hal ini belum tentu sejalan bahwa dari segi pekerjaan juga harus sama. Hambatan terdapat pada kondisi sosial budaya masyarakat *rural* yaitu wanita tetap saja selalu diidentikkan kodratnya sebagai ibu rumah tangga ketika telah

membangun rumah tangga. Hal ini yang membuat kebanyakan wanita berpendidikan yang telah menikah, kembali lagi menjadi ibu rumah tangga untuk menjalankan peran dan tanggung jawabnya sebagai seorang isteri.¹³

Pada variabel kondisi pekerjaan responden, hasil uji dengan menggunakan uji *Chi Square* diperoleh hasil yang tidak signifikan ($p>0,05$) atau tidak terdapat perbedaan pekerjaan antara kelompok *urban* dan *rural* ($p=0,280$). Kondisi pekerjaan masyarakat yang bekerja sebagai karyawan saat ini

tentu memiliki cuti, karena pada setiap perusahaan baik itu milik negara maupun swasta telah memberikan jatah cuti bagi setiap karyawannya. Bahkan, jatah cuti dan jenis cuti yang diperoleh pun telah dicantumkan pada Undang-Undang Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. Kemudian pada masyarakat *rural* sendiri yang mayoritas adalah sebagai ibu rumah tangga tentu secara otomatis dapat mencutikan dirinya dari pekerjaan harian karena mereka tidak terikat kontrak oleh perusahaan manapun.¹⁴

Tabel 1. Perbedaan Karakteristik Responden *Urban* dan *Rural*

Karakteristik	Urban		Rural		P
	n (65)	% (100)	n (65)	% (100)	
Usia					
< 35 tahun	48	73,8	42	64,6	0,254a
> 35 tahun	17	26,2	23	35,4	
Usia Menikah					
MD	1	1,5	4	3,8	0,365a
Tidak MD	64	98,5	61	96,2	
Lama Menikah					
< 1 tahun	5	7,7	6	9,2	0,199b
1-3 tahun	23	35,4	17	26,2	
4-5 tahun	15	23,1	9	13,8	
> 5 tahun	22	33,8	33	50,8	
Usia pertama kali berobat					
< 35 tahun	57	87,7	57	87,7	1,000a
> 35 tahun	8	12,3	8	12,3	
Pendidikan					
SMP&SMA	12	18,5	15	23,1	0,517a
D3/S1/S2	53	81,5	50	76,9	
Pekerjaan					
Wira swasta	28	43,1	14	21,5	0,030b
PNS	6	9,2	10	15,4	
IRT&Lainnya	31	47,7	41	63,1	
Kondisi Pekerjaan					
Ada cuti	54	83,1	49	75,4	0,280a
Tidak ada cuti	11	16,9	16	24,6	
Lama Bekerja					
40 jam kerja/minggu	43	66,2	45	69,2	0,708a
>40 jam kerja/minggu	22	33,8	20	30,8	
Kunjungan berobat pertama kali					
Dukun	3	4,6	2	3,1	0,791b
Pera wat,Bidan, dr Umum	1	1,5	2	3,1	
dr SpOG & dr SpOG (K)	49	75,4	52	80,0	
Belum Pernah	12	18,5	9	13,8	
Jumlah dr Obgyn yang dikunjungi					
1 dr Obgyn	21	32,3	18	27,7	0,584b
2-3 dr Obgyn	27	41,5	26	40,0	
≥ 4 dr Obgyn	5	7,7	10	15,4	
Tidak ada	12	18,5	11	16,9	
Lama Pengobatan Sebelumnya					
≤ 1 Tahun	43	66,2	38	58,5	0,133b
> 1 Tahun	9	13,8	18	27,7	
Tidak ada	13	20,0	9	13,8	
Riwayat Pengobatan Sebelumnya					
Operasi (Miom/Kista)	5	7,7	8	12,3	0,862b
Penggunaan Obat Subur	34	52,3	31	47,7	
Inseminasi	4	6,2	3	4,6	

BT/IVF	1	1,5	2	3,1
Belum pernah	21	32,3	21	32,3

*keterangan: a) *Chi-Square* b) *Kruskal Walli*

Hasil uji pada distribusi lama bekerja responden diperoleh hasil tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan lama bekerja antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 0,708$). Sama halnya dengan kondisi pekerjaan, masyarakat yang bekerja sebagai karyawan swasta tentu kebanyakan akan bekerja <40 jam kerja dalam seminggu karena diatur dalam Undang-Undang (UU) Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan.¹⁴

Sementara itu berdasarkan kunjungan berobat pertama kali diperoleh hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* yaitu tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan bermakna pada kunjungan berobat pertama kali antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 0,791$). Kesadaran masyarakat *urban* maupun *rural* mengenai tempat tujuan untuk mengatasi masalah atau mencari solusi bila mengalami ketidaksuburan sudah tepat, ini menunjukkan informasi edukasi mengenai hal tersebut sudah baik yang menggunakan sosial media maupun dari mulut ke mulut sudah baik di masyarakat.

Berdasarkan jumlah dokter *obgyn* yang dikunjungi responden diperoleh hasil uji statistiknya dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan bermakna pada jumlah dokter *obgyn* antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 0,584$). Alasan biasanya kelompok *urban* maupun *rural* paling

sering berpindah dokter adalah karena tidak berhasil hamil, dokternya tidak informatif, tidak berhasil hamil, mencari pendapat lain dan mendengar ada dokter lain yang lebih hebat. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bennet *et al.* (2012) di mana dalam hasil penelitiannya diperoleh sebanyak 76% responden mengganti dokter 1-3 orang.¹¹

Sedangkan berdasarkan lama pengobatan sebelumnya diperoleh hasil uji statistiknya dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* adalah tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan bermakna pada lama pengobatan sebelumnya antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 0,133$). Pada kedua kelompok juga terlihat bahwa lamanya pengobatan paling banyak masih di bawah 1 tahun. Rata-rata ingin mencari pendapat kedua mengenai ketidakberhasilan program mereka.

Berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya diperoleh hasil uji statistiknya dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* adalah tidak signifikan ($p > 0,05$) atau tidak terdapat perbedaan bermakna pada riwayat pengobatan sebelumnya antara kelompok *urban* dan *rural* ($p = 0,862$). Melihat latar belakang riwayat pengobatan kesuburannya, kelompok terbanyak masih dalam batas konsumsi obat penyubur. Biasanya pemilihan cara ini dilakukan karena dapat diterima, mudah dilakukan, dan murah.

Tabel 2. Distribusi Proporsi Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akses Pelayanan Infertilitas

Faktor yang mempengaruhi	Urban		Rural		p
	N	%	N	%	
Pengetahuan					
Baik	19	29,2	23	35,4	0,453^a
Kurang baik	46	70,8	42	64,6	
Ekonomi					
≤ 5 jt	32	49,2	46	70,8	0,012^a
> 5 jt	33	50,8	19	29,2	
Geografis					
Ada hambatan	60	92,3	50	76,9	0,015^a
Tidak ada hambatan	5	7,7	15	23,1	
Psikologis/Emosional					
Khawatir	39	60,0	40	61,5	0,857^a
Tidak khawatir	26	40,0	25	56,9	
Sosial Budaya					
Kurang mendukung	49	75,4	60	92,3	0,009^a
Mendukung	16	24,6	5	7,7	
Agama					
Bertentangan	46	70,8	54	83,1	0,096^a
Tidak bertentangan	19	29,2	11	16,9	

Faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan infertilitas dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan, tingkat ekonomi, geografis, psikologis/emosional, sosial budaya, dan agama. Berdasarkan tingkat pengetahuan responden diperoleh hasil uji statistiknya dengan menggunakan uji *Chi Square* tidak signifikan ($p>0,05$) atau tidak terdapat perbedaan bermakna pada tingkat pengetahuan kelompok *urban* dan *rural* ($p=0,453$). Melihat dari sudut pandang tingkat pengetahuan tentang fertilitas kedua kelompok tidak memiliki perbedaan yang bermakna, rata-rata memiliki pengetahuan yang sudah cukup baik. Jaringan internet telah mampu mencapai daerah terpencil, sehingga masyarakat mudah mengakses informasi dan pengetahuan mengenai fertilitas.

Hasil uji statistik pada tingkat ekonomi responden diperoleh hasil signifikan ($p<0,05$) atau terdapat perbedaan bermakna pada tingkat ekonomi kelompok *urban* dan *rural* ($p=0,012$). Tingkat pendapatan pada kelompok *rural* lebih rendah dibanding dengan *urban* secara bermakna, ini dapat dimaklumi bahwa biasanya orang kaya lebih banyak menetap di kota. Tentunya kemampuan ekonomi ini berpengaruh dalam akses pengobatan kesuburan yang berbiaya cukup mahal.

Pada kondisi geografis, hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh hasil signifikan ($p<0,05$) atau terdapat perbedaan bermakna pada geografis kelompok *urban* dan *rural* ($p=0,015$). Jika dilihat dari hambatan geografis, jelas menunjukkan kelompok terutama yang jauh dari pusat mengatasi kesuburan akan mengalami kesulitan. Pengobatan kesuburan membutuhkan kunjungan yang berulang dan memakan waktu yang tidak sedikit. Hal ini juga akan mempengaruhi tingkat pekerjaan, ekonomi dan biaya.

Berdasarkan tingkat psikologis/emosional diperoleh hasil uji statistik tidak signifikan ($p>0,05$) atau tidak terdapat perbedaan bermakna pada tingkat psikologis/emosional kelompok *urban* dan *rural* ($p=0,857$). Pada dasarnya seseorang memiliki

perasaan malu atau khawatir akan kondisi kesuburannya terutama ketika mendapat tekanan dari keluarga, lingkungan tempat tinggal atau lingkungan kerjanya. Diagnosis infertilitas dapat menjadi beban yang luar biasa bagi pasien. Rasa sakit dan penderitaan pasien infertilitas adalah masalah utama. Pasien harus diberikan konseling dan didukung ketika mereka menjalani perawatan.¹⁵ Beban pikiran membuat seseorang merasa khawatir bahkan mungkin stress dalam melakukan perawatan kesuburan.

Hasil uji statistik pada variabel sosial budaya diperoleh hasil yang signifikan ($p<0,05$) atau terdapat perbedaan bermakna pada sosial budaya kelompok *urban* dan *rural* ($p=0,009$). Dari segi sosial budaya terlihat pada kelompok *rural* menyatakan hambatan berupa kurangnya dukungan lebih banyak daripada dibanding dengan kelompok *urban*. Pada kelompok *rural*, tingkat kepentingan mempunyai anak dalam keluarga sangat besar, bukan lagi kepentingan suami istri itu saja, bahkan ikut orang tuanya dan saudaranya, sehingga keluarga sangat mendorong pasangan yang masih belum punya anak untuk mencari pengobatan yang lebih baik. Namun, dalam pelayanan infertilitas sendiri masih ada sebagian yang khawatir bahwa nantinya keturunan yang dihasilkan bukan dari darah dagingnya, sehingga lingkungan sosial budaya pada kelompok *rural* banyak yang kurang mendukung.

Pada segi agama, diperoleh hasil uji statistik yang signifikan ($p>0,05$) atau tidak terdapat perbedaan bermakna pada kelompok *urban* dan *rural* ($p=0,096$). Dari segi agama, kedua kelompok tidak menunjukkan perbedaan bermakna dalam hambatan karena faktor agama. Pada dasarnya lingkungan hidup di Indonesia baik di kota dan desa, pengaruh agama dalam hidup berkeluarga masih besar. Masing-masing menyatakan adanya hambatan dari segi keagamaan. Pasangan juga menghadapi pandangan masyarakat dan agama yang tidak seragam mengenai program bayi tabung.¹⁶

Tabel 3. Analisa Multivariat

Variabel	Koefisien	P	OR	95% IK
Seleksi 1				
Ekonomi	0,965	0,014	2,625	1,216-5,669
Geografi	1,362	0,023	3,905	1,205-12,653
Sosial Budaya	2,026	0,018	7,583	1,412-40,727
Agama	-0,404	0,559	0,668	0,172-2,589
Konstanta	-2,184	0,001	0,113	
Seleksi 2				
Ekonomi	0,958	0,014	2,606	1,210-5,611
Geografi	1,362	0,023	3,905	1,203-12,677
Sosial Budaya	1,668	0,005	5,299	1,659-16,929
Konstanta	-2,187	0,001		

Tabel 3 di atas menunjukkan hasil analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik berganda (metode *enter*). Adapun variabel yang memenuhi syarat untuk diuji ($p < 0,25$) adalah ekonomi, geografi, sosial budaya dan agama. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa terdapat tiga variabel yang signifikan ($p = 0,014$, $p = 0,023$ dan $p = 0,005$) dalam analisa multivariat yaitu tingkat ekonomi dengan nilai OR 2,606 (95% IK 1,210-5,611), letak geografi nilai OR 3,905 (95%

IK 1,203-12,677), dan sosial budaya dengan nilai OR 5,299 (95% IK 1,659-16,929), sedangkan variabel agama tidak berpengaruh secara signifikan ($p > 0,05$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tingkat ekonomi, letak geografi dan sosial budaya berpengaruh terhadap pasien *urban* dan *rural* dalam akses pelayanan infertilitas di Klinik Bayi Tabung Halim Fertility Center RSIA Stella Maris Medan.

SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan:

- 1) Tidak ada perbedaan bermakna pada karakteristik usia, usia menikah, lama menikah, usia pertama kali berobat, tingkat pendidikan, kondisi pekerjaan, lamanya bekerja, kunjungan berobat pertama kali, jumlah dokter obstetric dan ginekologi yang dikunjungi, dan riwayat pengobatan sebelumnya antara kelompok *urban* dan *rural*.
- 2) Terdapat perbedaan bermakna pada karakteristik jenis pekerjaan kelompok *urban* dan *rural*, perbedaan tersebut lebih banyak pada ibu rumah tangga kelompok *rural*.
- 3) Tidak ada perbedaan bermakna tingkat pengetahuan, tingkat emosional psikologis dan agama pada kedua kelompok *rural* dan *urban*
- 4) Terdapat perbedaan bermakna pada faktor ekonomi, faktor geografis, dan sosial budaya kelompok *urban* dan *rural*
- 5) Korelasi yang paling bermakna dalam hambatan akses untuk *rural* dibanding dengan *urban* adalah sosial budaya, geografi dan ekonomi.

DAFTAR PUSTAKA

1. HIFERI. *Konsensus Penanganan Infertilitas*. Jakarta: Himpunan Endokrinologi Reproduksi dan Fertilitas Indonesia, 2013.
2. Irianto K. *Panduan Lengkap Biologi Reproduksi Manusia Untuk Paramedis dan Nonmedis*. Bandung: Alfabeta, 2014.
3. Anwar R. Diagnostik Klinik Dan Penilaian Infertilitas. In: *Fertilitas Endokrinologi Reproduksi Bagian Obstetri dan Ginekologi RSHS/FKUP Bandung*. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, 2005.
4. Wu AK, Odisho AY, Washington SL, et al. Out-of-pocket fertility patient expense: Data from a multicenter prospective infertility cohort. *J Urol* 2014; 191: 427-432.
5. Peterson MM. Assisted reproductive technologies and equity of access issues. *J Med Ethics* 2005; 31: 280-285.
6. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Disparities in access to effective treatment for infertility in the United States: An Ethics Committee opinion. *Fertil Steril* 2015; 104: 1104-1110.
7. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: New thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update* 2014; 21: 411-426.
8. Sadeghi MR. Access to infertility services in middle east. *J Reprod Infertil* 2015; 16: 179.
9. Ombelet W. Global access to infertility care in developing countries: a case of human rights, equity and social justice. *Facts, views Vis ObGyn* 2011; 3: 257-66.
10. Fauziah Y. *Obstetri Patologi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2012.
11. Bennett LR, Wiweko B, Hinting A, et al. Indonesian infertility patients' health seeking behaviour and patterns of access to biomedical infertility care: An interviewer administered survey conducted in three clinics. *Reprod Health* 2012; 9: 1.
12. BKKBN. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017*. Jakarta, 2017.
13. Tuwu D. Peran Pekerja Perempuan Dalam Memenuhi Ekonomi Keluarga: Dari Peran Domestik Menuju Sektor Publik. *Al-Izzah J Hasil-Hasil Penelit* 2018; 13: 63.
14. Pemerintah Republik Indonesia. Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan. Indonesia, 2003.
15. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci* 2018; 20: 41-47.
16. Thompson C. God is in the details: Comparative perspectives on the intertwining of religion and assisted reproductive technologies. *Cult Med Psychiatry* 2006; 30: 557-561.