

## DETERMINASI *NEED* DAN *DEMAND* DALAM PEMANFAATAN LAYANAN POLI KIA DI KOTA SURABAYA

Aqila Tsabitul Azmi<sup>1</sup>, Laura Navika Yamani<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Departemen Epidemiologi, Biostatistika, Kependudukan, dan Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, <sup>2</sup>Research Center on Global Emerging and Re-emerging Infectious Diseases, Institute of Tropical Disease, Universitas Airlangga

---

### Article Info

#### Article history:

Received 06/05/2026

Revised 09/05/2026

Accepted 18/05/2026

---

#### Keywords:

Need

Demand

Poli KIA

Perempuan

Surabaya

---

### ABSTRACT

*The Maternal and Child Health (MCH) Clinic plays a strategic role in reducing maternal and child mortality and improving reproductive health quality. Responsive service planning requires information on need and demand. This study aimed to analyze the determinants of need and demand for MCH Clinic utilization among women in Surabaya City. A descriptive quantitative design with a cross-sectional approach was applied. The sample comprised 50 women aged 20–52 years in Surabaya, selected by purposive sampling. Data were collected through an online questionnaire with adequate reliability (Cronbach's alpha = 0.81), then analyzed univariately (frequency distribution) and bivariately (Fisher's exact test). Results showed 88.0% of respondents needed MCH services and 80.0% intended to use them. The most needed additional services were early child development screening (26.0%) and maternal postpartum mental health (26.0%); for adolescents, reproductive health counseling was most preferred (38.0%). The main barriers were long waiting times (40.0%) and limited facilities (32.0%); 78.0% reported that cost influenced their interest in using services. As many as 86.0% would use services more frequently if affordable, and 92.0% wished for an online appointment system. Bivariate analysis of need versus demand yielded  $p = 0.086$  with an odds ratio of 5.29 (95% CI: 0.88 to 31.74), indicating a positive but non-significant tendency and suggesting determinants of demand beyond need itself. Practical implications include developing life-cycle based services for women, integrating adolescent services, and implementing digital queue and appointment systems to reduce waiting times in primary care facilities.*

---

### Corresponding Author:

Laura Navika Yamani

Research Center on Global Emerging and Re-emerging Infectious Diseases, Institute of Tropical Disease, Departemen Epidemiologi, Biostatistika, Kependudukan, dan Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga  
Kampus C Universitas Airlangga, Jl. Mulyorejo (Jl. Dr. Ir. H. Soekarno), Surabaya, Jawa Timur, 60115.  
Email: [laura.navika@fkm.unair.ac.id](mailto:laura.navika@fkm.unair.ac.id)

## 1. PENDAHULUAN

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu indikator utama dalam menilai derajat kesehatan masyarakat sekaligus tolok ukur keberhasilan pembangunan kesehatan suatu negara. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) hingga saat ini masih menjadi tantangan global dan nasional, sehingga menjadi salah satu fokus utama Sustainable Development Goals (SDGs). Di tingkat nasional, AKI Indonesia tercatat 189 per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan Sensus Penduduk 2020, dengan jumlah kematian ibu pada 2023 sebanyak 4.129 kasus, masih jauh dari target SDGs sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada 2030.[1], [20]

Provinsi Jawa Timur memiliki kontribusi signifikan terhadap kondisi tersebut, dengan target AKI provinsi sebesar 95,42 per 100.000 kelahiran hidup pada 2023.[21] Khusus di Kota Surabaya, kematian ibu pada 2023 tercatat sebanyak 10 kasus, dengan penyebab utama perdarahan, gangguan hipertensi, dan infeksi.[22] Sebagian besar penyebab kematian ibu tersebut bersifat dapat dicegah melalui pelayanan antenatal yang berkualitas dan deteksi dini komplikasi di fasilitas kesehatan tingkat pertama, sehingga peran pelayanan Poli KIA di puskesmas menjadi sangat strategis.

Pelayanan kesehatan ibu dan anak mencakup rangkaian pelayanan komprehensif, meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas, imunisasi anak, pelayanan keluarga berencana, serta pelayanan kesehatan reproduksi.[2] Layanan ini ditujukan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan perempuan dan anak pada berbagai tahap kehidupan, mulai dari masa kehamilan, persalinan, hingga pertumbuhan anak.

Dalam perencanaan dan evaluasi layanan kesehatan, terdapat dua konsep utama yaitu *need* (kebutuhan) dan *demand* (permintaan). *Need* merupakan kebutuhan kesehatan yang berkaitan dengan penyimpangan fisik maupun psikologis dari keadaan sehat, sedangkan *demand* merupakan keinginan terhadap pelayanan kesehatan yang disertai kemampuan dan kesediaan individu untuk memanfaatkannya.[3] *Demand* dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pendapatan, biaya pelayanan, tingkat pendidikan, serta kualitas layanan kesehatan. Sepanjang artikel ini, kedua istilah tersebut digunakan secara konsisten dalam bentuk bahasa Inggris bercetak miring untuk merujuk pada konsep teoretis, sedangkan terjemahan bahasa Indonesia digunakan hanya pada penjelasan kontekstual.

Kesenjangan antara *need* dan *demand* merupakan fenomena yang sering terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan. Sebagian individu memiliki kebutuhan kesehatan yang tidak terkonversi menjadi pemanfaatan layanan (*unmet need*), sementara sebagian lainnya memanfaatkan layanan tanpa didasarkan pada kebutuhan klinis yang jelas (*inappropriate demand*).[4], [5] Kesenjangan ini pada pelayanan KIA dapat menyebabkan keterlambatan deteksi komplikasi kehamilan, rendahnya cakupan pelayanan antenatal, serta penggunaan layanan yang tidak tepat sasaran, yang pada akhirnya meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.

Surabaya sebagai kota metropolitan kedua terbesar di Indonesia memiliki dinamika yang khas dibandingkan wilayah lain. Pertumbuhan populasi urban yang pesat,[6] tingginya proporsi perempuan bekerja di sektor formal, serta perubahan pola pencarian informasi kesehatan melalui kanal digital menghadirkan tantangan tersendiri bagi pelayanan KIA berbasis puskesmas. Studi sebelumnya di Surabaya sebagian besar terfokus pada evaluasi program tertentu seperti Si MaNEis di RSUD[1] atau analisis cakupan kunjungan ibu (J-KESMAS) Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol. 12, No. 1, 2026: 22-34

hamil pada satu puskesmas,[8] sementara kajian yang secara eksplisit memetakan *need* dan *demand* dari sisi pengguna layanan, khususnya pada perempuan urban di seluruh siklus hidup termasuk remaja, masih terbatas. Padahal, pemahaman terhadap aspek *demand-side* merupakan prasyarat untuk merancang layanan yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat dan untuk menutup celah unmet *need* yang menyumbang pada tetap tingginya AKI di wilayah perkotaan.

Penelitian ini bertujuan menganalisis determinasi *need* dan *demand* pemanfaatan layanan Poli KIA pada perempuan di Kota Surabaya, sebagai dasar empirik pengembangan layanan yang berorientasi pada siklus hidup perempuan, kelompok remaja, dan kemudahan akses melalui digitalisasi. Implikasi penelitian diharapkan dapat memberikan masukan operasional bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan puskesmas dalam mengembangkan layanan KIA yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat urban.

## 2. METODE PENELITIAN

### Desain dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Lokasi penelitian adalah Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, dengan pertimbangan bahwa Surabaya merupakan kota metropolitan dengan dinamika populasi urban yang beragam dan tingginya cakupan jaminan kesehatan.

### Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

Populasi penelitian adalah perempuan dewasa yang berdomisili di Kota Surabaya. Sampel berjumlah 50 orang yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Penentuan besar sampel mengacu pada pedoman penelitian eksploratif *cross-sectional* pada populasi yang heterogen, di mana sampel minimal sebesar 30 dianggap memadai untuk distribusi normal asimptotik dengan pertimbangan keterbatasan waktu dan sumber daya pengumpulan data daring.[23] Sampel sebesar 50 dipilih untuk memperluas representasi kelompok usia dan pekerjaan, sekaligus menyesuaikan dengan kapasitas saturasi respons kuesioner daring dalam periode pengumpulan data.

Kriteria inklusi mencakup: (1) perempuan berusia  $\geq 17$  tahun; (2) berdomisili di Kota Surabaya; dan (3) bersedia menjadi responden setelah mengisi *informed consent* secara daring. Kriteria eksklusi meliputi responden yang mengisi kuesioner tidak lengkap atau menarik persetujuan.

### Keterbatasan teknik sampling

Penggunaan *purposive sampling* berpotensi menimbulkan selection bias, terutama karena rekrutmen berbasis kuesioner daring cenderung menjangkau responden dengan akses internet dan literasi digital yang lebih tinggi. Konsekuensinya, hasil penelitian ini bersifat eksploratif dan tidak dapat digeneralisasi pada seluruh populasi perempuan di Kota Surabaya. Mitigasi yang dilakukan meliputi diversifikasi distribusi tautan kuesioner pada berbagai komunitas perempuan urban dengan latar belakang pekerjaan dan kelompok usia yang berbeda.

## Instrumen Penelitian

Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner daring yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan kerangka konseptual *need* dan *demand* dalam pelayanan kesehatan.[3], [4] Kuesioner terdiri atas tiga bagian: (1) karakteristik responden (usia, pekerjaan, pendapatan, dan akses asuransi); (2) variabel *need* (pengetahuan tentang Poli KIA, persepsi kebutuhan layanan, kebutuhan layanan tambahan, kebutuhan layanan untuk remaja, serta kebutuhan terhadap konseling gizi, imunisasi, dan kesehatan mental); dan (3) variabel *demand* (keinginan memanfaatkan layanan, frekuensi kunjungan, pengaruh biaya, harapan terhadap mutu pelayanan, serta keinginan terhadap layanan janji temu daring). Sebagian besar pertanyaan menggunakan skala kategorik dan skala Likert empat tingkat.

## Validitas dan reliabilitas

Validitas isi instrumen diuji melalui penelaahan oleh dua ahli kesehatan masyarakat dengan bidang keilmuan administrasi dan kebijakan kesehatan, yang menilai kesesuaian butir pertanyaan dengan dimensi konseptual *need* dan *demand*. Uji coba (*pilot test*) dilakukan pada 15 perempuan di luar sampel penelitian untuk mengevaluasi kejelasan kalimat, waktu pengisian, dan konsistensi internal. Reliabilitas dievaluasi menggunakan koefisien *Cronbach's alpha* pada item skala Likert, dengan nilai  $\geq 0,70$  dianggap memadai.[24] Hasil uji reliabilitas menunjukkan koefisien *Cronbach's alpha* sebesar 0,81 yang menandakan konsistensi internal instrumen tergolong baik. Butir pertanyaan yang ambigu atau memiliki konsistensi rendah pada tahap uji coba telah direvisi sebelum pengumpulan data utama.

## Analisis Data

Data diolah menggunakan perangkat lunak pengolah data statistik dan dianalisis dalam dua tahap. Analisis univariat dilakukan untuk menyajikan distribusi frekuensi dan persentase pada setiap variabel *need* dan *demand*. Analisis bivariat dilakukan untuk menguji asosiasi antara variabel *need* (persepsi kebutuhan) dengan variabel *demand* (keinginan memanfaatkan layanan) menggunakan uji *Fisher's exact test*, mengingat tabel kontingensi  $2 \times 2$  dengan frekuensi harapan minimum kurang dari 5 pada beberapa sel. Tingkat signifikansi ditetapkan pada  $\alpha = 0,05$ . *Odds ratio* (OR) beserta interval kepercayaan 95% dilaporkan sebagai ukuran kekuatan asosiasi.

Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel ringkas dan visualisasi grafik untuk memperkuat komunikasi temuan. Etika penelitian dijaga melalui pemberian informed consent di awal kuesioner, kerahasiaan identitas responden, dan penggunaan data hanya untuk kepentingan penelitian

Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner daring yang terdiri atas tiga bagian, yaitu karakteristik responden (usia, pekerjaan, pendapatan, dan akses asuransi), variabel *need* (pengetahuan tentang Poli KIA, persepsi kebutuhan layanan, kebutuhan layanan tambahan, kebutuhan layanan untuk remaja, serta kebutuhan terhadap konseling gizi, imunisasi, dan kesehatan mental), dan variabel *demand* (keinginan untuk memanfaatkan layanan, frekuensi kunjungan, pengaruh biaya, harapan terhadap mutu pelayanan, serta keinginan terhadap layanan janji temu daring). Sebagian besar pertanyaan menggunakan skala kategorik dan skala Likert empat tingkat.

Data yang terkumpul diolah menggunakan perangkat lunak pengolah data statistik dan dianalisis secara univariat dengan menyajikan distribusi frekuensi dan persentase pada setiap variabel. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan secara naratif. Etika penelitian dijaga melalui pemberian *informed consent* di awal kuesioner, kerahasiaan identitas responden, dan penggunaan data hanya untuk kepentingan penelitian.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### Karakteristik Responden

Total responden penelitian sebanyak 50 perempuan dengan rentang usia 20–52 tahun (rerata 32,2 tahun; SD 8,6). Distribusi karakteristik responden disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden (n=50)

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<b>Kelompok Usia</b>		
20–24 tahun	12	24,0
25–34 tahun	18	36,0
35–44 tahun	17	34,0
45–54 tahun	3	6,0
<b>Pekerjaan</b>		
Karyawan swasta	20	40,0
Pelajar/Mahasiswa	11	22,0
Tidak bekerja	7	14,0
Wirausaha	4	8,0
PNS/TNI/Polri	2	4,0
Ibu rumah tangga	2	4,0
Lainnya	4	8,0
<b>Pendapatan</b>		
< Rp 500.000	12	24,0
Rp 500.000 – Rp 2.000.000	14	28,0
Rp 2.000.000 – Rp 4.500.000	14	28,0
> Rp 4.500.000	10	20,0
<b>Akses Asuransi/Jaminan Kesehatan</b>		
BPJS	49	98,0
Asuransi swasta	1	2,0

Sebagian besar responden berada pada kelompok usia produktif, yang relevan dengan sasaran utama pelayanan KIA mencakup ibu hamil, persalinan, nifas, serta pelayanan bayi dan balita.[8] Tingginya proporsi karyawan swasta menunjukkan keterikatan jam kerja yang relatif tetap, sehingga aspek waktu pelayanan dan fleksibilitas jadwal menjadi pertimbangan penting dalam pemanfaatan layanan kesehatan.

Hampir seluruh responden memiliki akses jaminan kesehatan melalui BPJS, sejalan dengan pencapaian Universal Health Coverage di Indonesia.[10], [11] Meskipun demikian, temuan pada aspek *demand* menunjukkan bahwa biaya pelayanan masih dipersepsikan berpengaruh oleh sebagian responden. Hal ini mengindikasikan bahwa kepemilikan BPJS belum sepenuhnya mengeliminasi persepsi beban biaya, terutama biaya tidak langsung seperti transportasi dan kehilangan jam kerja.[12], [13]

### Persepsi *Need* (Kebutuhan) terhadap Pelayanan Poli KIA

Hasil analisis kebutuhan responden terhadap pelayanan Poli KIA disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Distribusi *Need* terhadap Pelayanan Poli KIA

Variabel <i>Need</i>	n	%
<b>Pengetahuan tentang Poli KIA</b>		
Sangat mengetahui	21	42,0
Sedikit mengetahui	27	54,0
Tidak mengetahui sama sekali	2	4,0
<b>Persepsi membutuhkan layanan Poli KIA</b>		
Ya	44	88,0
Tidak	6	12,0
<b>Kebutuhan layanan tambahan</b>		
Deteksi dini tumbuh kembang anak	13	26,0
Kesehatan mental ibu pasca melahirkan	13	26,0
Kesehatan anak dengan kondisi khusus	10	20,0
Kesehatan reproduksi pasca melahirkan	10	20,0
Masalah tidur bayi/balita	3	6,0
Tidak ada	1	2,0
<b>Layanan untuk kalangan remaja</b>		
Konseling kesehatan reproduksi	19	38,0
Informasi kesehatan mental terkait reproduksi	14	28,0
Pemeriksaan kesehatan reproduksi	11	22,0
Edukasi gizi & kesehatan remaja	6	12,0
<b>Kebutuhan konseling gizi ibu &amp; anak</b>		
Sangat perlu	31	62,0
Cukup perlu	13	26,0

<b>Variabel Need</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tidak perlu/sangat tidak perlu	6	12,0
<b>Kebutuhan edukasi imunisasi tambahan</b>		
Sangat perlu	33	66,0
Cukup perlu	15	30,0
Tidak perlu	2	4,0
<b>Konseling kesehatan mental ibu</b>		
Sangat perlu	33	66,0
Cukup perlu	14	28,0
Tidak perlu	3	6,0
<b>Penyuluhan kesehatan reproduksi remaja</b>		
Sangat perlu	33	66,0
Cukup perlu	15	30,0
Tidak perlu	2	4,0

Tingkat pengetahuan responden mengenai pelayanan Poli KIA tergolong tinggi dan mayoritas menyatakan membutuhkan layanan tersebut. Pengetahuan yang baik merupakan determinan penting dalam perilaku pencarian layanan kesehatan.[9]

Pada aspek kebutuhan layanan tambahan, deteksi dini tumbuh kembang anak dan kesehatan mental ibu pasca melahirkan menjadi dua kebutuhan tertinggi yang setara. Tingginya kebutuhan terhadap layanan kesehatan mental pasca melahirkan mencerminkan meningkatnya kesadaran terhadap risiko postpartum depression, masalah kesehatan mental umum setelah persalinan.[16], [17]

Pada kelompok remaja, kebutuhan tertinggi adalah konseling kesehatan reproduksi diikuti informasi kesehatan mental terkait reproduksi. Temuan ini menegaskan bahwa Poli KIA relevan tidak hanya bagi ibu hamil dan menyusui, tetapi juga bagi remaja sebagai bagian dari upaya promotif dan preventif.[18]

### **Pola Demand (Permintaan) terhadap Pelayanan Poli KIA**

Distribusi *demand* responden terhadap pelayanan Poli KIA disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi *Demand* terhadap Pelayanan Poli KIA

<b>Variabel Demand</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Keinginan memanfaatkan layanan Poli KIA</b>		
Ya	40	80,0
Tidak	10	20,0
<b>Frekuensi kunjungan fasilitas kesehatan (6 bulan terakhir)</b>		
Tidak pernah	20	40,0

<b>Variabel Demand</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1–2 kali	20	40,0
3–4 kali	6	12,0
5–6 kali	2	4,0
> 6 kali	2	4,0
<b>Pengaruh biaya terhadap minat ke Poli KIA</b>		
Sangat berpengaruh	18	36,0
Cukup berpengaruh	21	42,0
Tidak/sangat tidak berpengaruh	11	22,0
<b>Kesediaan berkunjung jika biaya terjangkau</b>		
Ya	43	86,0
Tidak	7	14,0
<b>Harapan utama terhadap pelayanan</b>		
Tenaga medis ramah & profesional	22	44,0
Pelayanan cepat & efisien	15	30,0
Fasilitas memadai	6	12,0
Layanan komprehensif	5	10,0
Jadwal fleksibel	2	4,0
<b>Keinginan janji temu daring/aplikasi mobile</b>		
Sangat ingin	26	52,0
Cukup ingin	20	40,0
Tidak ingin/sangat tidak ingin	4	8,0
<b>Persepsi kecukupan fasilitas Poli KIA</b>		
Mencukupi, perlu ditingkatkan	29	58,0
Mencukupi, dipertahankan	11	22,0
Tidak mencukupi, perlu ditingkatkan	9	18,0
Tidak mencukupi, tidak perlu ditingkatkan	1	2,0
<b>Persepsi kepentingan layanan khusus remaja</b>		
Sangat penting	29	58,0
Penting	21	42,0

Mayoritas responden memiliki *demand* terhadap pelayanan Poli KIA dan menyatakan bahwa biaya pelayanan berpengaruh terhadap minat memanfaatkan layanan. Temuan ini konsisten dengan konsep health-seeking behaviour yang menempatkan biaya, termasuk biaya tidak langsung, sebagai salah satu hambatan utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan.[9], [12]

Pada aspek mutu pelayanan, harapan utama responden adalah tenaga medis yang ramah dan profesional serta pelayanan yang cepat dan efisien. Hal ini sejalan dengan dimensi mutu pelayanan kesehatan yang mencakup aspek empathy, responsiveness, dan reliability. Tingginya keinginan terhadap sistem janji temu daring menunjukkan kebutuhan pengembangan digitalisasi layanan kesehatan,[19] sementara penilaian bahwa keberadaan layanan khusus remaja penting hingga sangat penting menegaskan urgensi pengembangan layanan berbasis remaja.

### **Asosiasi *Need* dan *Demand***

Untuk menjawab pertanyaan apakah *need* merupakan determinan langsung dari *demand*, dilakukan analisis silang antara persepsi kebutuhan dan keinginan memanfaatkan layanan (Tabel 4).

Tabel 4. Analisis Silang *Need* dan *Demand* Pelayanan Poli KIA (n = 50)

<b>Persepsi <i>Need</i></b>	<b><i>Demand</i></b>		<b>Total n (%)</b>
	<b>Ya (%)</b>	<b>Tidak (%)</b>	
Membutuhkan	37 (84,1)	7 (15,9)	44 (100,0)
Tidak membutuhkan	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (100,0)
<b>Total</b>	<b>40 (80,0)</b>	<b>10 (20,0)</b>	<b>50 (100,0)</b>

Catatan: Uji Fisher's exact, p = 0,086; Odds Ratio = 5,29 (95% CI: 0,88 sampai 31,74).

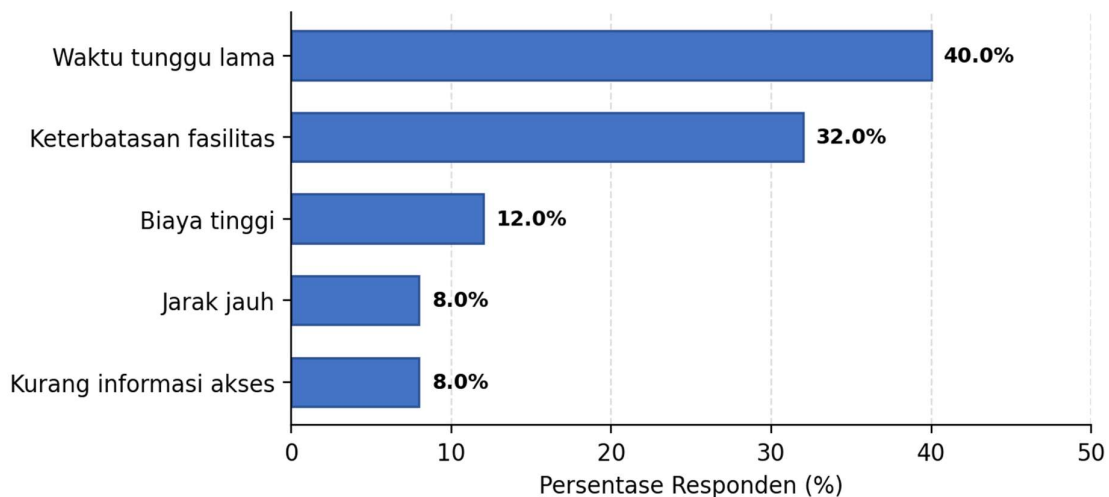
Hasil uji Fisher's exact menunjukkan nilai p = 0,086 dengan odds ratio sebesar 5,29 (95% CI: 0,88 sampai 31,74). Nilai OR yang jauh di atas 1 mengindikasikan kecenderungan asosiasi positif yang cukup kuat antara persepsi *need* dan *demand*, yaitu responden yang merasa membutuhkan layanan memiliki kemungkinan sekitar lima kali lipat untuk berkeinginan memanfaatkan layanan dibanding responden yang tidak merasa membutuhkan. Akan tetapi, lebarnya rentang interval kepercayaan yang melewati nilai 1 menunjukkan bahwa asosiasi ini belum mencapai signifikansi statistik pada  $\alpha = 0,05$ . Keterbatasan ukuran sampel (n = 50) dengan sel berfrekuensi kecil (3 responden) berkontribusi pada lebar interval kepercayaan dan rendahnya statistical power untuk mendeteksi asosiasi.

Temuan yang lebih penting dari nilai p semata adalah pola distribusinya. Dari 44 responden yang merasa membutuhkan pelayanan Poli KIA, hanya 37 (84,1%) yang berkeinginan memanfaatkannya, sementara 7 (15,9%) tidak. Sebaliknya, dari 6 responden yang tidak merasa membutuhkan, 3 (50,0%) tetap berkeinginan memanfaatkan layanan. Pola ini mengkonfirmasi keberadaan dua fenomena ketidaksesuaian. Pertama, unmet *need* sebesar 15,9%, yaitu kebutuhan yang tidak terkonversi menjadi pemanfaatan. Kedua, permintaan tanpa basis kebutuhan klinis (*non-need-based demand*) sebesar 50,0% pada subkelompok yang tidak merasa butuh.[4] Pola ini mengindikasikan bahwa *demand* tidak sepenuhnya digerakkan oleh *need* itu sendiri, melainkan dimediasi oleh determinan lain seperti persepsi biaya, kualitas layanan, waktu tunggu, dan faktor sosial budaya

### Kendala Akses dan Kesenjangan antara *Need* dan *Demand*

Distribusi kendala akses pelayanan Poli KIA yang dialami responden disajikan pada Gambar 1.

Gambar 1. Distribusi Kendala Akses Pelayanan Poli KIA (n = 50)

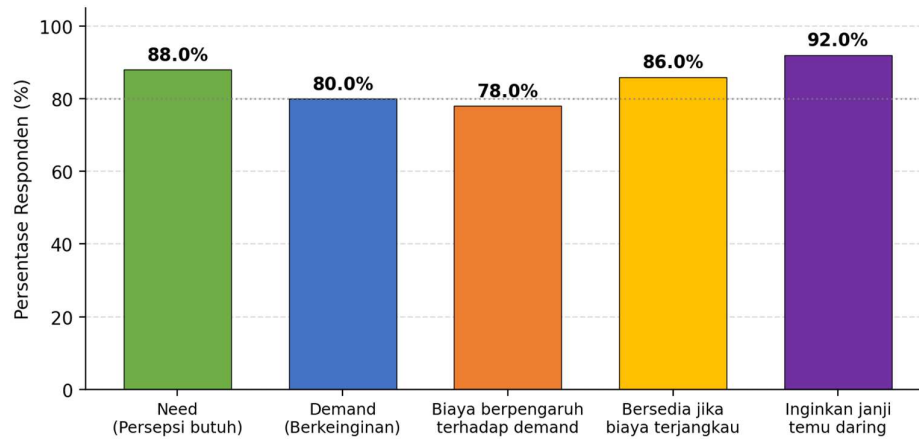


Waktu tunggu yang lama dan keterbatasan fasilitas menjadi dua kendala dominan, sementara biaya, pengetahuan akses, dan jarak hanya dirasakan oleh kelompok minoritas. Meskipun 90,0% responden menilai akses layanan tergolong mudah hingga sangat mudah, hambatan utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh aspek geografis, tetapi juga oleh faktor organisasi layanan seperti waktu tunggu, ketersediaan fasilitas, dan biaya pelayanan.[9]

Selain faktor organisasi layanan, kesenjangan antara *need* dan *demand* juga dipengaruhi oleh faktor budaya, sosial, dan perilaku kesehatan yang tidak dapat sepenuhnya dijelaskan oleh data univariat. Di wilayah urban seperti Surabaya, faktor budaya seperti norma childbearing, peran pengambil keputusan dalam keluarga (suami atau orang tua), serta stigma terhadap layanan kesehatan mental ibu pasca melahirkan dapat menurunkan konversi *need* menjadi *demand*. [7], [16] Faktor sosial seperti tingkat literasi kesehatan dan jaringan sosial pendukung juga berperan, di mana perempuan dengan keterpaparan informasi kesehatan yang lebih tinggi cenderung memiliki *demand* yang lebih ekspresif terhadap layanan promotif dan preventif. Dari sisi perilaku kesehatan, present-time orientation pada kelompok usia muda dan persepsi bahwa layanan KIA hanya relevan saat hamil dapat menyebabkan delayed care-seeking pada layanan deteksi dini, KB, dan kesehatan reproduksi remaja. Penelitian lanjutan dengan pendekatan kualitatif atau campuran direkomendasikan untuk mendalami faktor-faktor ini.

Visualisasi perbandingan *need*, *demand*, dan faktor determinasi utama pada Gambar 2 memperjelas posisi relatif setiap variabel.

Gambar 2  
Perbandingan *Need*, *Demand*, dan Faktor Determinasi Utama (n = 50)



### Implikasi Praktis dan Rekomendasi

Berdasarkan keseluruhan temuan, terdapat beberapa implikasi praktis dengan rekomendasi operasional yang dapat diterapkan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan puskesmas. Pengembangan layanan KIA perlu diarahkan pada pendekatan berbasis siklus hidup perempuan dengan penguatan layanan kesehatan mental ibu. Operasionalisasinya dapat dilakukan melalui integrasi Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) sebagai instrumen skrining rutin pada kunjungan nifas KF1 hingga KF3, pelatihan bidan dan perawat puskesmas dalam konseling first-line psychological support, serta pembentukan jalur rujukan terstruktur ke psikolog atau psikiater layanan primer untuk kasus dengan skor di atas ambang batas. Selain itu, layanan deteksi dini tumbuh kembang anak juga perlu diperkuat melalui penjadwalan terintegrasi dengan kunjungan imunisasi. Pengembangan layanan remaja dalam Poli KIA melalui pendekatan Adolescent Friendly Health Services (AFHS) sesuai pedoman WHO juga menjadi penting.[18] Implementasinya dapat berupa penyediaan ruang konseling dengan privasi terjamin, penjadwalan layanan remaja pada jam khusus di luar jam sekolah, pelatihan tenaga kesehatan terkait komunikasi remaja-sensitif, serta integrasi dengan program UKS sekolah untuk konseling kesehatan reproduksi, kesehatan mental, dan edukasi gizi. Pendekatan ini relevan dengan tingginya kebutuhan konseling kesehatan reproduksi pada kelompok remaja yang ditemukan dalam penelitian. Di sisi lain, implementasi sistem antrian dan janji temu digital di puskesmas perlu dikembangkan untuk merespons tingginya keinginan responden terhadap layanan janji temu daring serta kendala waktu tunggu yang masih dirasakan. Operasionalisasi dapat dilakukan melalui adopsi aplikasi mobile booking terintegrasi dengan Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS), pemberian estimated waiting time secara real-time, serta penerapan model staggered appointment untuk mendistribusikan beban kunjungan. Tahap awal implementasi dapat dilakukan melalui program percontohan pada beberapa puskesmas di Surabaya dengan evaluasi berbasis indikator waktu tunggu rata-rata, patient satisfaction, dan tingkat utilisasi layanan. Keseluruhan rekomendasi tersebut sejalan dengan pendekatan peningkatan akses layanan kesehatan yang menekankan dimensi ketersediaan, keterjangkauan, dan kesesuaian layanan dengan kebutuhan pengguna,[9] serta mendukung arah transformasi sistem kesehatan nasional yang menitikberatkan pada penguatan layanan primer dan digitalisasi.[20]

### **Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu dipertimbangkan dalam interpretasi hasil. Ukuran sampel yang relatif kecil ( $n = 50$ ) membatasi statistical power untuk mendeteksi asosiasi bivariat maupun multivariat, sehingga temuan penelitian lebih bersifat eksploratif. Selain itu, penggunaan teknik purposive sampling berbasis kuesioner daring berpotensi menimbulkan selection bias, terutama karena responden yang terjangkau cenderung memiliki akses internet dan literasi digital yang lebih baik. Analisis dalam penelitian ini juga masih terbatas pada hubungan antara *need* dan *demand*, sedangkan analisis multivariat dengan variabel sosiodemografi sebagai prediktor *demand* belum dapat dilakukan akibat keterbatasan ukuran sampel. Di samping itu, desain cross-sectional tidak memungkinkan peneliti melakukan inferensi kausal terhadap hubungan antarvariabel. Oleh karena itu, penelitian lanjutan disarankan menggunakan sampel yang lebih besar dan representatif melalui pendekatan stratified random sampling lintas puskesmas, menerapkan analisis multivariat seperti regresi logistik untuk mengidentifikasi determinan *demand* secara lebih komprehensif, serta menggunakan pendekatan campuran guna mengeksplorasi faktor budaya dan sosial yang memengaruhi konversi *need* menjadi pemanfaatan layanan.

## **4. KESIMPULAN**

Mayoritas perempuan di Surabaya memiliki kebutuhan (*need*) yang tinggi terhadap pelayanan Poli KIA (88,0%) dengan permintaan (*demand*) sedikit lebih rendah (80,0%), sehingga terdapat kesenjangan *need–demand* yang perlu dikelola. Kebutuhan layanan tambahan paling banyak diarahkan pada deteksi dini tumbuh kembang anak dan kesehatan mental ibu pasca melahirkan, sedangkan untuk remaja paling banyak pada konseling kesehatan reproduksi. Permintaan layanan dipengaruhi secara kuat oleh biaya, waktu tunggu, dan keinginan terhadap layanan janji temu daring. Pengembangan pelayanan Poli KIA perlu diarahkan pada layanan berbasis siklus hidup perempuan, perluasan layanan untuk remaja, serta perbaikan akses melalui digitalisasi dan efisiensi waktu pelayanan. Penelitian lanjutan disarankan menggunakan sampel yang lebih besar dan analisis multivariat untuk mengidentifikasi determinan *need* dan *demand* secara lebih mendalam.

## **5. UCAPAN TERIMA KASIH**

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas dukungan akademik yang diberikan selama penyusunan penelitian ini. Apresiasi dan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan Puskesmas Keputih atas pemberian izin serta fasilitas yang mendukung kelancaran pengambilan data penelitian. Selain itu, terima kasih kepada seluruh responden di Kota Surabaya yang telah bersedia berpartisipasi dan meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner penelitian ini.

## **DAFTAR RUJUKAN**

- [1] S. A. T. Gani and T. Rahaju, "EVALUASI PROGRAM SIDOARJO MATERNAL DAN NEONATAL EMERGENCY SMS GATEWAY ( Si MaNEis ) DI RSUD KABUPATEN SIDOARJO," *Publika*, vol. 10, no. 2, pp. 527–542, 2022.
- [2] Islamiyati, *Kesehatan Ibu dan Anak Cetakan I*. 2024.

- [3] R. I. Gusniawan, Berti Kumalasari, and Yasmin Azizah, "Preferences, Needs, and Demand Analysis of Health Facilities Development," *Journal of Consumer Sciences*, vol. 8, no. 3, pp. 340–359, 2023, doi: 10.29244/jcs.8.3.340-359.
- [4] I. Rodriguez Santana, A. Mason, N. Gutacker, P. Kasteridis, R. Santos, and N. Rice, "Need, demand, supply in health care: Working definitions, and their implications for defining access," *Health Econ. Policy Law*, vol. 18, no. 1, pp. 1–13, 2023, doi: 10.1017/S1744133121000293.
- [5] N. Monsef, E. Suliman, E. Ashkar, and H. Y. Hussain, "Healthcare services gap analysis: a supply capture and demand forecast modelling, Dubai 2018–2030," *BMC Health Serv. Res.*, vol. 23, no. 1, pp. 1–10, 2023, doi: 10.1186/s12913-023-09401-y.
- [6] Y. D. Anggraini, S. J. Sukmana, D. Sulistyowaty, F. Rohmiah, and H. Rasidi, "The Urban Planning of Surabaya City with The Aim of Creating a Green City," *Journal of Civil Engineering, Planning and Design*, vol. 3, no. 1, pp. 1–5, 2024, doi: 10.31284/j.jcepd.2024.v3i1.5277.
- [7] D. S. Mulawardani, E. Sulistyowati, and M. Zubaidah, "Gender Equality Issues in the Utilization of Maternal and Child Health Services at Rumah Sakit Tk . III Brawijaya Surabaya," pp. 79–84, 2024.
- [8] U. R. Hidayah and T. Rahaju, "PUSKESMAS DUPAK KECAMATAN KREMBANGAN KOTA SURABAYA Ulfa Rahma Hidayah Tjitjik Rahaju," *Publika*, vol. 10, no. 4, pp. 1317–1330, 2022.
- [9] J.-F. Levesque, M. F. Harris, and G. Russell, "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations," *Int. J. Equity Health*, vol. 12, no. 18, 2013, doi: 10.1002/cber.189502803178.
- [10] R. Agustina *et al.*, "Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges," *The Lancet*, vol. 393, no. 10166, pp. 75–102, 2019, doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-7.
- [11] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 21 TAHUN 2021*. 2021.
- [12] Y. Yandrizal, R. Rifa'i, and S. P. Utami, "Analisis Kemampuan Dan Kemauan Membayar Iuran Terhadap Pencapaian Uhc Jkn Di Kota Bengkulu," *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, vol. 10, no. 1, pp. 3–10, 2017, doi: 10.24893/jkma.v10i1.156.
- [13] D. Erlangga, S. Ali, and K. Bloor, "The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: evidence from panel data," *Int. J. Public Health*, vol. 64, no. 4, pp. 603–613, 2019, doi: 10.1007/s00038-019-01215-2.
- [14] Y. Mahendradhata *et al.*, *The Republic of Indonesia Health System Review: Health Systems in Transition*, vol. 7, no. 1. 2020.
- [15] World Health Organization, "Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities," *Who*, p. 73, 2016, doi: 978 92 4 151121 6.
- [16] World Health Organization, *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. 2022.
- [17] J. Slomian, G. Honvo, P. Emonts, J. Y. Reginster, and O. Bruyère, *Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes*, vol. 15. 2019. doi: 10.1177/1745506519844044.
- [18] N. P. Elna, M. Novita, Y. Yusnaini, and Y. Syahradesi, "Inovasi Program Kesehatan Reproduksi Remaja: Edukasi dan layanan untuk menunjang kesehatan seksual," *Room of Civil Society Development*, vol. 4, no. 3, pp. 509–520, 2025, doi: 10.59110/rcsd.640.
- [19] T. Mukhtar, M. N. Babur, R. Abbas, A. Irshad, and Q. Kiran, "Digital health literacy: a systematic review of interventions and their influence on healthcare access and sustainable development Goal-3 (SDG-3)," *Pak. J. Med. Sci.*, vol. 41, no. 3, pp. 910–918, 2025, doi: 10.12669/pjms.41.3.10639.