

LAPORAN HASIL

PENELITIAN HIBAH BERSAING

**PENGAMBILAN KEPUTUSAN RUJUKAN KE RUMAH SAKIT PADA IBU
HAMIL BERESIKO TINGGI DALAM PENDEKATAN PERSPEKTIF
GENDER DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANGLI,
PUSKESMAS SILO I DAN II KABUPATEN JEMBER**



OLEH :

YUNIASIH PURWANINGRUM, S.SiT, M.Kes

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEBIDANAN
TAHUN 2018**

LEMBAR PENGESAHAN

Judul : Pengambilan Keputusan Rujukan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember

Peneliti Utama
Nama Lengkap : Yuniasih Purwaningrum, S.SiT, M.Kes
NIP : 19790605 200212 2 002
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Diploma III Kebidanan Jember
Nomor HP : 081336432511
Alamat surel (email) : Yunipurwaningrum268@gmail.com

Anggota (1)
Nama Lengkap : -
NIP : -
Program Studi : -

Anggota (2)
Nama Lengkap : -
NIP : -
Program Studi : -

Institusi/Industri Mitra : Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II di Kabupaten Jember
(jika ada)

Nama Institusi Mitra : -
Alamat : -
Penanggung Jawab : -
Tahun Pelaksanaan : 2018
Rencana Biaya Penelitian : Rp. 20.514.600

Malang,

Mengetahui,
Kepala Unit Penelitian dan Ketua,
Pengabdian Masyarakat Politeknik
Kesehatan Kemenkes Malang

Jupriyono, S.Kp., M.Kes
NIP. 19640407 198803 1 004

Yuniasih Purwaningrum, S.SiT, M.Kes
NIP. 19790605 200212 2 002

Mengesahkan,
Direktur Poltekkes Kemenkes Malang

Budi Susatia, S.Kp. M.Kes.
NIP. 19650318 198803 1 002

ABSTRAK

Sustainable development goals merupakan kelanjutan program Millennium Development Goals yang dibuat Perserikatan Bangsa-Bangsa. Salah satu target yang harus dicapai adalah menurunkan angka kematian ibu dengan kesetaraan gender terhadap kesehatan seksual, reproduksi dan hak-hak reproduksi. Penurunan angka kematian tersebut salah satunya dengan pengambilan keputusan rujukan ke Rumah Sakit pada ibu hamil berisiko tinggi guna memperbaiki kesehatan dan mencegah kematian pada ibu dan janin. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses pengambilan keputusan rujukan ke Rumah Sakit pada ibu hamil berisiko tinggi dalam perspektif gender di Wilayah Puskesmas Mangli dan Puskesmas Silo Kabupaten Jember. Metode penelitian : Desain penelitian ini menggunakan *crosssectional*. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II di Kabupaten Jember. Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data menggunakan *probability sample*. Analisis data menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian didapatkan bahwa pengambil keputusan ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Berisiko Tinggi yaitu, suami sebanyak 78 orang (86,7%) dan ibu hamil sebanyak 12 orang (13,3%). Keputusan Rujukan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Berisiko Tinggi yaitu, Bersedia sebanyak 60 orang (66,7%) dan Tidak Bersedia sebanyak 30 orang (33,3%). Hasil analisis berdasarkan uji *Chi Square* diperoleh nilai *p-value* 0,048, $p\text{-value } 0,048 < \alpha 0,05$ maka H_0 ditolak yaitu terdapat hubungan Pengambilan Keputusan ke Rumah Sakit pada Ibu Hamil Berisiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember dengan besar koefisien 0,204 yang artinya kekuatan hubungan antar variabel rendah/ lemah tapi pasti. Saran yang seharusnya dilakukan oleh pasangan suami istri dengan ibu hamil seharusnya keduanya memberikan kontribusi yang sama didalam pengambilan keputusan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penyusunan Laporan Hasil Penelitian dengan judul “Pengambilan Keputusan Rujukan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember”, ini dapat terselesaikan.

Dengan terselesaikannya penulisan Laporan Hasil Penelitian ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Budi Susatia, S.Kp, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang.
2. Prof. Mulyohadi Ali selaku Ketua Pakar Risbinakes Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Jupriyono, S.Kp., M.Kes, selaku kepala Unit Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Poltekkes Kemenkes Malang.
4. Herawati Mansur, SST, M.Pd, M.Psi, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang.
5. Sugijati, SST, M.Kes. selaku Ketua Program Studi D III dan D IV Kebidanan Jember Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang.

Penulis menyadari banyak kekurangan dalam penyusunan Laporan Hasil Penelitian ini, karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan penulisan ini.

Jember, 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Kehamilan	4
2.1.1 Pengertian Kehamilan.....	4
2.1.2 Tanda Bahaya Kehamilan.....	4
2.1.3 Kematian Maternal.....	12
2.2 Pengambilan Keputusan Rujukan	20
2.3 Bidan	27
2.4 Gender	33
2.4.1 Pengertian Gender	33
2.4.2 Perspektif Gender	33
2.4.3 Analisis Gender	35
2.5 Kerangka Konseptual	36
BAB 3 TUJUANN DAN MANFAAT PENELITIAN	37
3.1 Tujuan Penelitian	37
3.2 Manfaat Penelitian	37
BAB 4 METODE PENELITIAN	38
4.1 Desain Penelitian	38
4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	38
4.2.1 Populasi	38
4.2.2 Sampel	38
4.2.3 Teknik Sampling	39
3.3 Kriteria Sampel.....	39
3.4 Variabel Penelitian.....	39
3.5 Definisi Operasional	40
3.6 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	40
3.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	41
3.8 Alat Ukur.....	41
3.9 Teknik Pengelohan Data.....	41
3.10 Etika Penelitian.....	42
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	43
.....	44
.....	44
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	45

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Konferensi PBB di Rio de Janeiro Juni 2012 telah menyepakati peluncuran sebuah proses untuk tujuan pembangunan berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs). Program SDGs merupakan kelanjutan program dari MDGs. Program SDGs memiliki 17 tujuan yang akan dicapai. Salah satu programnya adalah target nomor tiga point satu yaitu dapat menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dari 289.000 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013 menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup secara global pada tahun 2030. Pencapaian target AKI pada tahun 2030 harus dipastikan dengan mempromosikan kesejahteraan dan hidup sehat pada semua umur (United Nation, 2014; WHO, 2014).

PBB juga menyebutkan bahwa target SDGs nomor lima tentang pencapaian kesetaraan gender yaitu semua perempuan dan anak harus diberdayakan, terutama untuk menjamin akses universal terhadap kesehatan seksual, reproduksi dan hak-hak reproduksi yang disepakati sesuai dengan Program Aksi Inetenasional Conference on Population Development (ICPD) dan Beijing Platform for Action dan dokumen hasil review konferensi mereka(United Nation, 2014). Hal ini berarti bahwa dalam pencapaian target penurunan AKI diperlukan hak-hak reproduksi untuk mencapai kesetaraan gender.

Secara budaya di Indonesia, pemerintah telah mengeluarkan regulasi penghapusan tindakan diskriminatif terhadap perempuan berdasarkan hasil The Convention of All Forms Discrimination Against Women (CEDAW) yang telah diselenggarakan oleh PBB sejak tahun 1979 yang mebesarkan isu ketidaksetaraan gender yang sudah diratifikasi oleh Indonesia pada UU No. 7 tahun 1984 tentang pengesahan konvensi mengenai penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap wanita (Dewi, 2006). Kenyataannya nilai-nilai budaya masih memiliki sifat diskriminatif, sehingga kesetaraan dan keadilan gender dalam kesehatan masih terhambat untuk mewujudkannya.

Seharusnya akses dan kontrol dimiliki laki-laki dan perempuan untuk mengambil keputusan atas diri sendiri.

Salah satu indikator penentu derajat kesehatan masyarakat adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Dalam pencapaian MDGs, telah dilakukan berbagai upaya yang terencana dan dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jarak Menengah (RPJM) tahun 2010-2014. Salah satu sasaran yang telah ditetapkan yaitu target menurunkan AKI pada tahun 2014 menjadi 118/100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan SDKI tahun 2007, AKI di Indonesia masih cukup tinggi yaitu 228/100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2012 mengalami peningkatan menjadi 359/100.000 kelahiran hidup. Padahal target MDGs tahun 2015 dalam menurunkan AKI menjadi 102/100.000 kelahiran hidup (Kemenperenas/Bappenas, 2013). Tingginya angka kematian ibu (AKI) tercermin di tingkat propinsi termasuk Jawa Timur. Pada tahun 2016 di Jawa Timur dilaporkan bahwa kematian ibu tercatat sebanyak 91 per 100 ribu ibu melahirkan. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Jember masih tergolong tinggi. Menurut Humas Dinas Kesehatan (Dinkes) Jember, dari 20.000 kelahiran setiap tahun, sekitar 40 ibu di antaranya meninggal dunia. Salah satu upaya Pemerintah Kabupaten Jember dalam menekan tingginya AKI dan AKB adalah melalui kegiatan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat dan penunjang kegiatan posyandu berupa penganangan revitalisasi Posyandu.

Unicef (2013) melaporkan bahwa setiap satu jam ada perempuan meninggal dunia setelah melahirkan atau karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan. Faktor penyebab kematian pada ibu tersebut yaitu disebabkan oleh perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi setelah melahirkan, pre-eklamsi dan eklamsi, aborsi, serta komplikasi saat persalinan.

Sebenarnya kematian ibu dapat dicegah dengan perawatan saat hamil, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan dukungan keluarga selama hamil (WHO, 2014). Penyebab kematian maternal di Indonesiadengan komplikasi kebidanan paling sering terjadi adalah

hipertensi dalam kehamilan (32%), infeksi (31%), perdarahan pasca bersalin (20%), abortus (4%) dan lain-lain (13%) (Kemenkes, 2014).

Selain faktor-faktor penyebab kematian maternal tersebut, kematian maternal dapat disebabkan oleh cepat atau tidaknya dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga dengan melakukan perundingan antar anggota keluarga (suami, orang tua dan anak) dan tetangga sehingga dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk merujuk ke Rumah Sakit. Keterlambatan pengambilan keputusan rujukan dapat disebabkan oleh pihak keluarga yang terlambat dalam mengenali risiko tinggi ibu bersalin, terlambat dalam mencari pertolongan persalinan, terlambat dalam mencari transportasi, dan terlambat dalam mengambil keputusan membawa ke Rumah Sakit yang disebabkan adat istiadat (Fibriana, 2007).

Dari uraian mengenai pengambilan keputusan rujukan, penulis ingin mengambil penelitian dengan judul penelitian “Pengambilan Keputusan Rujukan Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli dan Puskesmas Silo Kabupaten Jember”

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah : ”Adakah Hubungan Pengambilan Keputusan Rujukan Ke Rumah Sakit pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember?”

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu anugerah dari Tuhan yang harus dijaga dan perlu mendapat perhatian dan dukungan dari keluarga (BKKBN, 2003). Kehamilan adalah keadaan mengandung janin dalam rahim karena sel telur dibuahi oleh spermatozoa (KBBI, 2014). Kehamilan merupakan suatu keadaan hamil selama sembilan bulan atau seorang ibu membawa janin dan bayi di dalam rahimnya. Selain itu kehamilan bagi sebagian besar perempuan merupakan masa kebahagiaan yang luar biasa. Namun selama kehamilan, keduanya (ibu dan janin) akan menghadapi berbagai risiko kesehatan. Karena alasan ini penting bahwa semua kehamilan harus dipantau oleh ahli penyedia layanan (WHO, 2014).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Hamil normal yang dirasakan ibu selama 280 hari (40 minggu atau sembilan bulan lebih tujuh hari) yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam tiga triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai usia kehamilan 12 minggu, triwulan kedua dimulai dari usia kehamilan masuk minggu ke 13 sampai usia kehamilan 28 minggu, dan trimester ketiga dimulai dari usia kehamilan masuk minggu ke 29 sampai 40 minggu (Prawiroharjo, 2010).

2.1.2 Tanda Bahaya Kehamilan

Sebagian besar kaum perempuan menginginkan kehamilan dan melahirkan lancar. Namun komplikasi kehamilan datang kapan saja dan tidak dapat diprediksi. Masalah ini benar-benar terjadi dan penting untuk dipastikan bahwa kejadian ini harus segera mendapat pertolongan dan tidak boleh ditunda dalam memberikan pertolongan.

Oleh karena itu, semua ibu hamil, suami dan keluarganya harus menyadari dan mengetahui tanda-tanda bahaya dan komplikasi kehamilan serta dapat mencari pelayanan kesehatan yang tepat. Hal ini sangat penting untuk deteksi dini dan juga merupakan bagian penting dari rencana kelahiran bayi dan darurat untuk dilakukan pengambilan tindakan lanjutan dan rujukan yang tepat (WHO, 2013).

Tanda bahaya kehamilan dan komplikasi kehamilan sudah disebut dengan kehamilan berisiko tinggi. Kehamilan berisiko tinggi merupakan kehamilan disertai dengan kondisi yang dapat mengakibatkan risiko terjadinya kelainan atau ancaman bahaya pada ibu dan janin. Kehamilan berisiko tinggi memerlukan penanganan khusus terhadap ibu dan janin. Jika kehamilan berisiko tinggi tidak segera mendapat penanganan maka kehidupan atau kesehatan ibu dan janin akan terancam bahaya karena adanya gangguan kehamilan (Bobak *et al*, 2005).

Menurut WHO (2013) bahwa jika ibu hamil sudah diketahui tanda-tanda bahaya kehamilan, maka ibu hamil harus segera dibawa ke rumah sakit agar segera mendapat pertolongan. Berikut tanda-tanda bahaya kehamilan secara umum, yaitu: perdarahan pervaginam yang tidak wajar, kejang, sakit kepala berat dan pandangan kabur, demam dan terlalu lemah untuk bangkit dari tempat tidur, nyeri berat hebat, dan napas cepat atau susah bernapas.

Apabila ibu hamil sudah memiliki gejala seperti: panas, nyeri perut, terasa sakit, dan bengkak pada jari, wajah dan kaki, maka segera diperiksakan ke pelayanan kesehatan terdekat agar mendapat pelayanan kesehatan lebih lanjut.

Lebih jelasnya, tanda bahaya dalam kehamilan dibagi dalam trimester, karena tanda bahaya dalam kehamilan ini tiap trimesternya berbeda-beda dan komplikasi yang dialami juga berbeda-beda pula. Oleh karena itu, tanda bahaya dalam kehamilan dibagi menjadi tiga trimester sebagai berikut :

1) Trimester pertama

a) Perdarahan pervaginam. Perdarahan selama trimester kehamilan dapat memprediksi komplikasi ibu dan janin. Komplikasi yang terjadi, yaitu kehamilan ektopik, mola dan abortus (Riahinejad *et al*, 2011). Perdarahan pada awal kehamilan ini harus segera mendapat penanganan yang serius yaitu dengan menyiapkan fasilitas tindakan gawat darurat, lakukan pemeriksaan secara cepat keadaan umum ibu, termasuk tanda vital (nadi, tekanan darah, respirasi dan temperatur). Jika dicurigai adanya syok, segera lakukan tindakan meskipun tanda-tanda syok belum terlihat. Ingat bahwa saat melakukan evaluasi lebih lanjut kondisi ibu dapat memburuk dengan cepat. Jika terjadi syok, sangat penting untuk segera memulai penanganan syok, yaitu pasang infus dan berikan cairan intravena. Lakukan restorasi cairan darah sesuai dengan keperluan (Saifuddin, 2002).

b) Mual muntah berlebihan. Mual dan muntah yang terjadi dalam kehamilan biasanya relatif sedikit dan jangka waktu yang singkat, serta akan berhenti sekitar minggu ke 12-14. Mual muntah ini disebabkan karena meningkatnya hormon estrogen dan HCG dalam serum. Jika ibu hamil mengalami mual dan muntah berkepanjangan, maka akan mengakibatkan suatu komplikasi yang disebut hiperemesis gravidarum (Tiran, 2014). Penanganan mual muntah menurut Tiran (2014) pada ibu hamil adalah pertama, istirahat, tidur, mengambil cuti kerja, dan menjaga dehidrasi. Kedua, melakukan akupunktur /akupresur pada pergelangan akurat berada pada titik Ketiga, minum minuman herbal dan mencium aroma terapi, seperti: teh jahe-menghindari jika menderita mulas, pada antikoagulan, pendarahan dan teh *peppermint* menghindari jika kardiovaskular penyakit (jantung stimulan). Keempat, melakukan terapi homeopati

adalah energi berbasis terapi dan tidak bekerja suatu obat. Obat harus secara individual ditentukan oleh praktisi tepat terlatih. Kelima, melakukan hipnoterapi, hal ini sangat bermanfaat jika riwayat stres, kecemasan, depresi pernah dialami. Hipnoterapi bisa dilakukan dengan *self-help* DVD tersedia atau mencari bantuan profesional. Keenam, adaptasi nutrisi dengan makan sedikit-sedikit dan sering, makan apa pun yang menarik, serta minum suplemen vitamin B6 dan suplemen mungkin dapat membantu. Ketujuh, jika stres, maka lakukan konsultasikan dengan praktisi yang memenuhi syarat berpengalaman dalam pekerjaan bersalin. Gunakan aromaterapi dan pijat refleksi lembut misalnya Tai chi atau Qi gong.

- c) Sakit kepala hebat. Sakit kepala selama kehamilan terjadi secara signifikan mengakibatkan gangguan kesehatan umum (Turner, 2012). Sakit kepala atau pusing sering dialami oleh pada ibu hamil pada awal kehamilan karena adanya peningkatan tuntutan darah ke tubuh sehingga ketika akan mengubah posisi dari duduk/tidur ke posisi yang lain (berdiri) tiba-tiba, sistem sirkulasi darah merasa sulit beradaptasi. Sakit kepala/pusing yang lebih sering daripada biasanya dapat disebabkan oleh faktor fisik maupun emosional. Pola makan yang berubah, perasaan tegang dan depresi juga dapat menyebabkan sakit kepala (Sulistyawati, 2009).
- d) Kram perut yang hebat. Kram perut saat trimester awal kehamilan seperti kram saat menstruasi di bagian perut bawah atau rasa sakit seperti ditusuk yang timbul hanya beberapa menit dan tidak menetap adalah normal. Hal ini sering terjadi karena adanya perubahan hormonal dan juga karena adanya pertumbuhan dan pembesaran dari rahim dimana otot dan ligamen merenggang untuk menyokong rahim (Sulistyawati, 2009).

- e) Selaput kelopak mata pucat. Selaput kelopak mata pucat dapat diakibatkan kadar hemoglobin dalam darah kurang (Hemoglobin normal pada ibu hamil adalah 10,5-12 gr/dl, maka disebut anemia. Anemia merupakan masalah medis yang banyak terjadi pada wanita hamil. Jumlah sel darah merah dalam keadaan rendah, kuantitas dari sel-sel ini tidak memadai untuk memberikan oksigen yang dibutuhkan oleh bayi. Anemia sering terjadi pada kehamilan karena volume darah meningkat kira-kira 50% selama kehamilan. Darah terbuat dari cairan dan sel. Cairan tersebut biasanya meningkat lebih cepat daripada sel-selnya. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan hematokrit (volume, jumlah atau persen sel darah merah dalam darah). Penurunan ini dapat mengakibatkan anemia (Hanifa, 2007).
- f) Demam tinggi. Ibu hamil menderita demam dengan suhu tubuh lebih 38°C dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan umumnya dengan: istirahat baring, minum banyak, kompres untuk menurunkan suhu. Komplikasi yang ditimbulkan akibat mengalami demam tinggi antara lain: sistitis (infeksi kandung kencing), pielonefritis Akut (infeksi saluran kemih atas) (Saifuddin, 2002).
- g) Kejang. Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejalasakitkepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklamsia. Penanganan umumnya dengan baringkan pada sisi kiri tempat tidur arah kepala ditinggikan sedikit untuk mengurangi kemungkinan aspirasi secret, muntahan, atau darah, bebaskan jalan nafas, dan hindari jatuhnya pasien dari tempat tidur. Lakukan

pengawasan ketat. Komplikasi yang dapat timbul antara lain: syok, eklamsia, hipertensi, proteinuria (Saifuddin, 2002).

2) Trimester kedua

- a) Pre-eklamsi merupakan komplikasi serius dari kehamilan yang berpotensi mengancam kehidupan ibu dan bayi. Ia meliputi sejumlah kelainan yang mungkin ada di dalam kondisi klinis yang lain. Pre-eklampsia merupakan penyebab utama dari kematian dan kesakitan ibu dan perinatal dan juga sindrom yang dapat mengakibatkan ibu gagal ginjal, gangguan hati, cerebral atau *coagulatory* fungsi sendiri atau komplikasi. Hipertensi setelah 20 minggu kehamilan adalah penting untuk diagnosis (Barden, 2006). Pre-eklampsia ditandai dengan tiga tanda yang sering disebut trias, yaitu: bengkak pada beberapa bagian tubuh, protein urin positif, dan tekanan darah lebih dari 160/100 mmHg.
- b) Eklamsi ditandai dengan tiga tanda pre-eklamsi dan disertai dengan kejang.
- c) Keluar cairan ketuban. Apabila ibu merasa ada aliran cairan yang keluar dari jalan lahir, sebaiknya segera dibawa ke fasilitas kesehatan. Peralnya, tanda ini merupakan indikasi ketuban pecah dini yang membahayakan janin.
- d) Janin tidak bergerak. Normalnya, janin bergerak lebih dari 12 kali gerakan yang dirasakan ibu.
- e) Denyut jantung janin abnormal. Tanda bahaya yang terakhir adalah abnormalitas DJJ dan gerakan janin. Denyut jantung janin normalnya antara 120-160 x/permenit. Gejala tersebut menandakan bahaya *fetal distress* yang berujung pada kematian janin.

3) Trimester ketiga

- a) Perdarahan vagina dalam kehamilan. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau *spotting* disekitar waktu pertama haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi, dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda dari servik yang rapuh atau erosi. Perdarahan semacam ini mungkin normal atau mungkin suatu tanda adanya infeksi. Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan dengan nyeri. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau kehamilan ektopik. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang -kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa atau abrupsio plasenta (Pusdiknakes, 2003).
- b) Keluar air ketuban sebelum waktunya. Sering dinamakan ketuban pecah dini, apabila terjadi sebelum persalinan berlangsung yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intra uteri atau oleh kedua faktor tersebut, juga karena adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan servik dan penilaiannya ditentukan dengan adanya cairan ketuban di vagina. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (nitrazin test) merah menjadi biru (Saifuddin, 2002).
- c) Kejang. Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala -gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia (Saifuddin, 2002).

- d) Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal tiga kali dalam satu jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan kelima atau keenam. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit tiga kali dalam satu jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Pusdiknakes, 2003).
- e) Demam Tinggi. Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Saifuddin, 2002). Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas (Pusdiknakes, 2003).
- f) Nyeri perut yang hebat. Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah istirahat. Hal ini bisa berarti appendiksitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio placenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Pusdiknakes, 2003).
- g) Sakit kepala hebat. Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidak nyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang

menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia (Pusdiknakes, 2003).

- h) Selaput kelopak mata pucat. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11gr% pada trimester pertama dan ketiga, <10,5gr% pada trimester kedua. Nilai tersebut dan perbedaannya dengan wanita tidak hamil terjadi hemodilusi, terutama pada trimester kedua. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi zat besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi (Saifuddin, 2002).

2.1.2 Kematian Maternal

a. Definisi Kematian Maternal

Kematian maternal menurut batasan dari *The Tenth Revision of The International Clasification of Desease (ICD-10)* mendefinisikan kematian ibu hamil merupakan kematian perempuan selama hamil atau selama 42 hari setelah melahirkan, tanpa membedakan letak dan waktu kehamilan, dari berbagai sebab yang terkait oleh kehamilan maupun penanganannya tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau penyakit lain. Dari definisi ini dapat dibedakan kematian maternal menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian langsung merupakan kematian yang diakibatkan oleh komplikasi obstetrik pada kondisi kehamilan (kehamilan, kelahiran, hingga pasca kelahiran), intervensi, penanganan yang tidak tepat, atau gabungan dari hal-hal tersebut. Kematian tidak langsung merupakan kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah ada sejak sebelum hamil maupun yang timbul saat hamil dan tidak diakibatkan oleh penyebab obstetrik

langsung namun diperparah oleh efek fisiologis dari kehamilan (WHO, 2012).

Kasus kematian maternal langsung yaitu disebabkan oleh pendarahan, infeksi, eklampsia, persalinan lama dan abortus (Broek & Falconer, 2011). Hal ini sering disebabkan oleh beberapa faktor yang berkaitan dengan pemberian layanan kesehatan (rendahnya keterampilan petugas kesehatan, sulitnya membuat kondisi steril, kurangnya akses terhadap transfusi darah, anestesi, dan obat-obatan) serta faktor sosial (agama, kemiskinan, rendahnya kedudukan dan peranan perempuan, serta rendahnya kemampuan dan tingkat pendidikan perempuan) (Piane, 2008).

b. Determinan Kematian Maternal

Risiko terjadinya kematian maternal pada negara berkembang adalah lebih dari 200 kali lipat penduduk dibandingkan pada penduduk di Eropa Barat dan Amerika Utara. Pada tahun 2005 hampir 99% kematian maternal terjadi di negara berkembang (Piane, 2008).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kematian maternal menurut McCarthy dan Maine (1992) dikelompokkan menjadi tiga determinan, yaitu sebagai berikut:

1) Determinan dekat

Determinan dekat merupakan proses yang paling dekat dengan kejadian kematian ibu. Determinan dekat terdiri dari kejadian kehamilan yang mengalami komplikasi kehamilan serta komplikasi kehamilan dan persalinan merupakan penyebab komplikasi langsung kematian yang disebabkan oleh perdarahan, infeksi, eklamsi, partus macet dan ruptur uteri (Syarifudin dan Hamidah, 2009).

Penyebab kematian maternal di Indonesia tahun 2010 dengan komplikasi kebidanan paling sering adalah hipertensi dalam kehamilan (32%), infeksi (31%), perdarahan pasca

bersalin (20%), abortus (4%), dan lain-lain (13%) (Kemenkes, 2014).

- a) Komplikasi kehamilan. Komplikasi kehamilan dapat mengancam jiwa dan bahkan sampai mengakibatkan kematian. Komplikasi yang sering terjadi pada ibu hamil adalah hipertensi dalam kehamilan, infeksi dan perdarahan pasca bersalin (Kemenkes, 2014).
- b) Komplikasi persalinan dan nifas. Komplikasi yang timbul pada persalinan dan masa nifas merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi yang terjadi menjelang persalinan, saat dan setelah persalinan terutama adalah perdarahan, partus macet atau partus lama dan infeksi akibat trauma pada persalinan (Kemenkes, 2014). Komplikasi kehamilan ibu dapat dicegah dan ditangani bila : ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan, tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai dengan menggunakan pemantauan partograf, manajemen aktif kala tiga untuk mencegah perdarahan, tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi, apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan mampu memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilitas pasien sebelum melakukan rujukan, proses rujukan efektif, dan pelayanan di rumah sakit cepat dan tepat guna.

2) Determinan antara

- a) Status kesehatan ibu. Status kesehatan ibu yang berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu meliputi status gizi, anemia, penyakit yang diderita ibu, dan riwayat komplikasi pada kehamilan dan persalinan (Kemenkes, 2013).

- b) Status kesehatan reproduksi. Status kesehatan reproduksi sangat penting untuk diketahui pada ibu hamil berisiko tinggi sehingga dapat mengakibatkan kematian maternal.

Kematian maternal dapat diakibatkan oleh usia ibu hamil, jumlah kelahiran, jarak kehamilan dan status perkawinan ibu hamil (Depkes RI, 2008) :

(1) Terlalu tua

Perempuan hamil pada usia lebih dari 35 tahun dapat menyebabkan perempuan terpapar komplikasi medik dan obstetrik, seperti risiko terjadinya hipertensi kehamilan, diabetes, penyakit kardiovaskuler, penyakit ginjal dan gangguan fungsi paru. Selain itu perdarahan, insidensi perdarahan akibat solusio plasenta dan plasenta previa, cara persalinan dengan seksio sesaria, persalinan prematur akan meningkat (De Chaney & Natan, 2003).

(2) Terlalu muda

Perempuan hamil pada usia di bawah 20 tahun juga merupakan risiko tinggi untuk hamil dan melahirkan (Depkes RI, 2004). Komplikasi kehamilan di usia muda juga sering timbul adalah anemia, partus dan partus macet. Selain itu kurangnya akses ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama terjadinya kematian maternal di usia muda. Keadaan ini diperburuk oleh kemiskinan dan kebuta-hurufan, ketidaksetaraan kedudukan antara pria dan wanita, pernikahan usia muda dan kehamilan yang tidak diinginkan (WHO, 2000).

(3) Terlalu sering

Jumlah kehamilan atau sering disebut paritas, 2–3 paritas merupakan paritas paling aman jika ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas ≤ 1 (belum pernah melahirkan/baru melahirkan pertama kali) dan paritas > 4 memiliki angka kematian maternal lebih tinggi. Paritas lebih dari tiga dengan usia tua, secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. Namun, pada kehamilan kedua atau ketigapun jika kehamilannya terjadi pada keadaan yang tidak diharapkan (gagal KB, ekonomi tidak baik, interval terlalu pendek), dapat meningkatkan risiko kematian maternal (Depkes RI, 2004). Menurut hasil SKRT 2001, proporsi kematian maternal tertinggi terdapat pada ibu yang berusia > 34 tahun dan paritas > 4 (18,4%) (Djaja *et al*, 2003).

(4) Terlalu dekat

Meningkatnya risiko kehamilan untuk terjadinya kematian maternal dapat juga disebabkan karena jarak antar kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari dua tahun). Sehingga persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan (terlalu sering) sudah merupakan kelompok risiko tinggi untuk terjadi perdarahan postpartum, kesakitan dan kematian ibu. Jarak antar kehamilan yang disarankan adalah paling sedikit dua tahun, untuk memungkinkan tubuh wanita dapat pulih dari kebutuhan ekstra pada masa kehamilan dan laktasi (Depkes RI, 2004).

c) Akses pelayanan kesehatan. Akses pelayanan kesehatan merupakan kemudahan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan individu dengan kebutuhan akan

pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan faktor penentu antara jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial (Depkes RI, 2008).

- d) Perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan. Perilaku penggunaan fasilitas kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap rangsangan obyek yang berhubungan dengan sakit, sistem layanan kesehatan, makanan dan lingkungan dalam penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan (Maulana, 2007). Perilaku yang dilakukan ibu hamil berisiko tinggi meliputi perilaku ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya secara rutin serta mengikuti saran bidan atau dokter agar masalah dan komplikasi yang dialami segera terdeteksi sehingga ibu hamil akan segera mendapatkan penanganan dan tempat pelayanan rujukan yang tepat dengan harapan tidak akan terjadi kematian maternal.

3) Determinan jauh

Determinan jauh secara tidak langsung mempengaruhi kematian maternal. Determinan jauh dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu meliputi: pertama, status perempuan dalam keluarga dan masyarakat terdiri dari pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Kedua, status keluarga dalam masyarakat terdiri dari pendapatan keluarga, tempat tinggal, pendidikan anggota keluarga, dan pekerjaan anggota keluarga. Ketiga, status masyarakat meliputi kesejahteraan dan sumber daya di masyarakat (Fibriana, 2007).

Determinan jauh pada kematian maternal berkaitan erat dengan *the Three Delays Models* menurut Thorsen *et al* (2012), yaitu:

- a) Terlambat dalam pengambilan keputusan

Mengungkapkan bahwa keterlambatan dalam pengambilan keputusan pada ibu hamil berisiko tinggi masih sering terjadi. Anggota keluarga atau orang lain baru

mengambil keputusan untuk mencari pertolongan untuk ibu hamil berisiko tinggi ketika ibu tersebut hampir meninggal dunia (Thorsen *et al*, 2012). Faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan rujukan untuk ibu hamil berisiko tinggi sebagai berikut :

(1) Mengetahui tanda, gejala dan keseriusan

Untuk mendapatkan perawatan kesehatan maternal dengan komplikasi kebidanan berawal dari pengenalan tanda dan gejala bahaya kehamilan. 11 dari 32 maternal memiliki tanda dan gejala penyakit pada dua hari hingga satu bulan sebelumnya dan mereka atau keluarga mereka baru memutuskan untuk mencari perawatan di rumah sakit. Mereka cenderung meremehkan keselamatan maternal dengan masalah kebidanan. Suami mereka berpendapat bahwa mereka menunda karena mereka pikir masalah itu tidak serius dan dengan kepercayaan maternal tersebut akan menjadi lebih baik (Thorsen *et al*, 2012).

(2) Melakukan persalinan tradisional dan persalinan rumah Faktor lainnya adalah ibu hamil yang meninggal dunia karena telah mendapat pertolongan persalinan dari petugas tradisional (*tradisional birth attendant*) atau melahirkan di rumah daripada memutuskan untuk langsung ke pelayanan kesehatan. Dalam kasus yang lain penolong persalinan tradisional biasa dipanggil untuk melakukan persalinan di lokasi terpencil yang jauh dari fasilitas kesehatan dan biasanya dalam keadaan mendesak (Thorsen *et al*, 2012).

b) Terlambat mencapai fasilitas rujukan

Ketika rumah sakit jauh dari tempat tinggal, transportasi pun menjadi penting untuk mengambil tindakan segera sehingga akan diterima dan konsekuensi dalam menolong nyawa ibu dan bayi. Tiga dari 17 keluarga mengatakan bahwa transportasi menjadi hambatan dalam pengambilan keputusan. Satu keluarga tersebut tinggal di area yang padat penduduk di dekat rumah sakit. Namun, suami masih memiliki masalah untuk menemukan transportasi pada waktu yang tepat dengan kenyataan dalam keadaan darurat. Dua keluarga tinggal di daerah pedesaan dan mereka hanya memiliki gerobak. Dalam keadaan darurat, ibu hamil berisiko tinggi dibawa ke rumah sakit dengan menggunakan gerobak. Namun dalam perjalanan ke rumah sakit, ibu hamil tersebut meninggal dunia. Dari tiga kasus tersebut, semua memiliki masalah transportasi yang mengakibatkan ibu hamil berisiko tinggi menjadi terlambat dalam menuju fasilitas kesehatan dan terlambat menerima pengobatan (Thorsen *et al*, 2012).

c) Terlambat mendapat pertolongan

Ketika ibu hamil berisiko tinggi terlambat mencapai fasilitas kesehatan, mereka tidak mendapatkan perawatan atau tindakan yang tepat sehingga terlambat dalam mendapatkan pertolongan. Kurangnya tenaga kesehatan yang terampil, tindakan klinis tidak memadai (dokumentasi dan riwayat pasien), diagnosa yang tidak terjawab, kurangnya komunikasi antara tenaga kesehatan dengan keluarga, penyangkalan terhadap keterbatasan keterampilan teknis, kurangnya pengawasan dan perhatian pada pasien, kekurangan darah dan kurangnya cairan (Thorsen *et al*, 2012).

2.2 Pengambilan Keputusan Rujukan

a. Definisi Keputusan Rujukan

Menurut Salusu (2006) keputusan merupakan suatu hasil atau keluaran yang diambil dari proses mental dan kognitif yang membawa pada pemilihan suatu jalur tindakan dari beberapa alternatif yang tersedia. Keputusan tersebut memiliki suatu tujuan dengan melalui pelaksanaan atau tindakan.

Keputusan menurut Salusu (2006) memiliki empat tingkatan dengan kadar yang berbeda-beda. Empat tingkatan keputusan tersebut adalah :

1) Keputusan otomatis

Keputusan yang dibuat dengan keputusan yang sangat sederhana.

2) Keputusan berdasarkan informasi yang diharapkan

Keputusan ini sedikit kompleks, karena informasi yang ada memberi aba-aba untuk mengambil keputusan. Namun jika keputusan belum dibuat, maka informasi tersebut harus dipelajari terlebih dahulu.

3) Keputusan berdasarkan pertimbangan

Keputusan ini merupakan tingkat keputusan yang harus lebih banyak membutuhkan informasi. Informasi tersebut dikumpulkan dan kemudian dianalisis untuk dipertimbangkan dalam mendapatkan keputusan.

4) Keputusan berdasarkan ketidakpastian ganda

Keputusan ini merupakan tingkat yang paling kompleks, karena jika semakin banyak informasi yang diperlukan dan informasi tersebut ternyata sudah terdapat ketidakpastian sehingga keputusan tersebut banyak mengandung risiko dan terdapat keraguan dalam pengambilan keputusan.

Keputusan menurut Suwanto (2009) dibagi menjadi dua jenis, yaitu keputusan pribadi dan keputusan bersama. Keputusan pribadi merupakan keputusan yang diambil untuk kepentingan diri sendiri dan dilakukan secara perorangan. Sedangkan keputusan bersama merupakan keputusan yang diambil berdasarkan kesepakatan

bersama dan untuk kepentingan bersama dan tidak boleh menggantungkan satu pihak dan merugikan pihak yang lainnya.

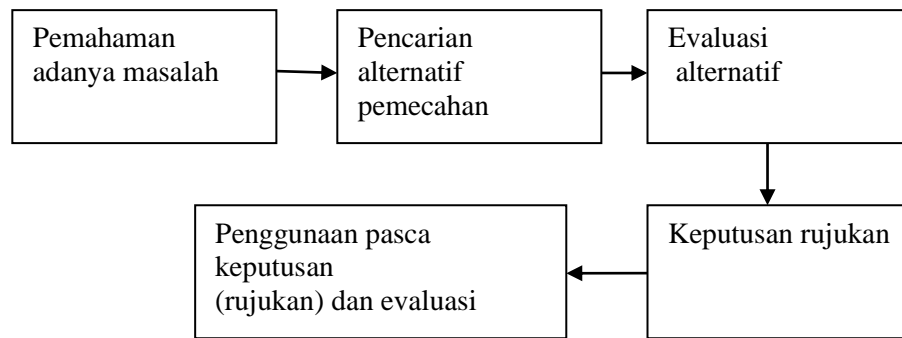
Menurut Salusu (2006) keputusan dikategorikan menjadi empat apabila dilihat dari cara memperoleh informasi, yaitu keputusan representasi merupakan keputusan yang dihadapi dengan banyak informasi dan mengetahui dengan tepat bagaimana memanipulasi informasi tersebut, keputusan empiris merupakan keputusan yang kurang memiliki informasi namun mengetahui bagaimana memperoleh informasi dan pada saat informasi diperoleh, keputusan informasi merupakan keputusan yang kaya akan informasi namun informasi harus diliputi dengan kontroversi tentang bagaimana memperoleh informasi tersebut, serta keputusan eksplorasi merupakan keputusan yang kurang akan informasi dan tidak ada katasepakat yang dianut untuk mencari informasi serta tidak tahu dari mana usaha pengambilan keputusan akan dimulai.

Pengambilan keputusan merupakan suatu proses pengintegrasian yang dikombinasikan dengan pengetahuan untuk mengevaluasi dua atau lebih perilaku alternatif dan memilih satu diantaranya (Setiadi, 2003). Menurut Shull, pengambilan keputusan merupakan proses kesadaran manusia terhadap kejadian seseorang maupun sosial berdasarkan kejadian yang faktual serta nilai pemikiran mencakup aktivitas perilaku pemilihan satu atau beberapa alternatif sebagai jalan keluar untuk memecahkan masalah yang dihadapi (Rochaety, 2008). Dapat disimpulkan bahwa pengambilan keputusan merupakan proses yang dilakukan seseorang berguna untuk mempertahankan diri dalam kehidupannya dengan memecahkan permasalahan yang timbul melalui pencarian jawaban pemecahan masalah yang tepat dan sesuai. Rujukan dalam pelayanan kesehatan bisa dikatakan merujuk. Permenkes RI No. 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan layanan kesehatan perseorangan menjelaskan bahwa merujuk merupakan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas masalah kesehatan dan kasus-kasus penyakit yang dilakukan secara

timbang balik baik secara vertikal maupun horizontal yang menjadi kewajiban tenaga kesehatan. Sehingga tenaga kesehatan perlu mencarikan fasilitas kesehatan yang lebih memadai dan menghantarkan agar pasien tersebut segera mendapatkan pertolongan kesehatan dalam keadaan yang membahayakan.

Pengambilan keputusan pada ibu hamil berisiko tinggi untuk dirujuk ke pelayanan kesehatan yang lebih memadai merupakan suatu pengambilan keputusan yang berbelit dan sering melibatkan beberapa pihak, yaitu suami dan keluarga karena ibu hamil berisiko tinggi sering tidak memiliki kekuatan dalam pengambilan keputusan rujukan.

Proses pemecahan masalah dilakukan dengan aliran timbal balik yang berkesinambungan diantara faktor lingkungan, proses kognitif dan afektif serta tindakan. Proses pemecahan masalah terdapat lima tahapan yang berjalan berurutan, yaitu pemahaman adanya masalah merupakan adanya perbedaan yang dirasakan antara status hubungan yang ideal dengan yang sebenarnya, pencarian alternatif pemecahan masalah merupakan proses mencari informasi yang relevan dari lingkungan luar untuk memecahkan masalah, atau mengaktifkan pengetahuan dari ingatan, evaluasi alternatif merupakan suatu proses untuk mengevaluasi alternatif yang ada dalam konteks kepercayaan utama tentang konsekuensi yang relevan dan mengkombinasikan pengetahuan untuk membuat keputusan(rujukan), penggunaan pasca keputusan (rujukan) dan evaluasi ulang alternatif yang dipilih merupakan pemakaian alternatif merujuk dan mengevaluasi berdasarkan kinerja yang dihasilkan (Setiadi, 2003).



Gambar 2.1 Model Pemecahan Masalah (Setiadi, 2003)

b. Pengambilan keputusan keluarga ke Rumah Sakit

Perempuan memiliki suatu periode krisis dalam kehidupan, salah satunya yaitu hamil. Kehamilan dapat menimbulkan suatu perubahan yang cukup drastis, baik perubahan fisik maupun perubahan psikologis. Perubahan secara fisik pada ibu hamil seperti perubahan bentuk tubuh yang ditandai dengan meningkatnya berat badan, timbulnya kloasma gravidarum pada wajah (topeng pada wajah), timbulnya garis-garis pada akibat peregangan kulit (biasanya pada kulit perut, kulit paha) dan lain sebagainya. Sehingga perubahan fisik tersebut dapat mempengaruhi perubahan secara psikologis. Perubahan psikologis akan menimbulkan suatu pengharapan dengan disertai kecemasan dalam menyambut kelahiran bayi. Sehingga akan menimbulkan suatu sikap dan reaksi antar anggota dalam keluarga, seperti sikap dan reaksi seorang suami pada kehamilan istri akan berbeda pada setiap suku, bangsa serta mungkin akan lebih tergantung pada budaya/ada istiadat setempat.

Keluarga merupakan sistem yang terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh lingkungan (masyarakat). Keluarga memiliki anggota yang terdiri ayah, ibu dan anak serta seseorang yang tinggal di dalam rumah tangga tersebut. Keluarga memiliki kontribusi dalam menyampaikan informasi kesehatan, memberikan dukungan yang kuat dalam status kesehatan anggota keluarga, sebagai tempat penemuan kasus dini, menjadi dukungan

sosial bagi anggota keluarga lainnya, mempengaruhi dan menentukan penggunaan pelayanan kesehatan, serta dapat mengembangkan sistem perawatan di dalam keluarga (Efendi & Makhfudli, 2009).

Masyarakat di Indonesia yang tinggal di pedesaan dengan tingkat pendidikan yang rendah serta memiliki status ekonomi-sosial yang rendah pula, masih menganut garis keturunan patrilineal. Patrilineal merupakan keluarga yang dihubungkan dengan jalur keturunan dari laki-laki (suami). Sehingga masyarakat cenderung menerima konsep peranan antara laki-laki dan perempuan secara tradisional yang dalam pengambilan keputusan ditingkat keluarga adalah laki-laki (suami). Di dalam keluarga di pedesaan, suamilah yang paling sering banyak berbicara sehingga pengambilan keputusan terakhir di dalam keluarga adalah suami (Efendi & Makhfudli, 2009).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan rujukan Faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan rujukan adalah sebagai berikut :

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu manusia terhadap sesuatu atau segala perbuatan manusia untuk memahami atau hasil suatu obyek yang dihadapinya atau hasil usaha manusia untuk memahami suatu objek tertentu (Surajiyo, 2007).

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu umur yang dihitung sejak dilahirkan sampai berulang tahun yang terakhir sebagai lama waktu hidup seseorang, tingkat pendidikan mempengaruhi persepsi seseorang untuk lebih mudah mengambil keputusan dan bertindak, media massa (televisi, radio, koran, majalah dan lain sebagainya) memberikan informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif sehingga menghasilkan perubahan dalam peningkatan pengetahuan, lingkungan akan menimbulkan adanya interaksi

timbang balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan seseorang (Wawan & Dewi, 2011).

2) Sikap

Sikap merupakan suatu hal mental dan syaraf berhubungan dengan kesiapan untuk menanggapi, diorganisasikan melalui pengalaman dan memiliki pengaruh yang mengarahkan dan atau dinamis terhadap perilaku. Sikap merupakan kecenderungan dalam memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang disenangi maupun tidak disenangi (Setiadi, 2003).

3) Persepsi

Persepsi merupakan proses akhir dari pengamatan yang dimulai dari proses penginderaan sampai individu mengalami apa yang telah dilakukan sehingga dapat menyadari dan mengungkapkan dari proses penginderaan tersebut. Persepsi dapat timbul secara spontan ketika seseorang mendapat rangsangan (pengalaman) sehingga seseorang dapat menginterpretasikan hasil dari pengindraannya (Sunaryo, 2006).

4) Sosial budaya

Sosial budaya merupakan salah faktor yang mempengaruhi keputusan dalam merujuk. Sosial budaya membentuk kepribadian tidak lain adalah pola perilaku konsisten yang menggambarkan sejarah *reinforcement* (penguatan, ganjaran) yang dimiliki. Pola *reinforcement* dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut, bukan untuk sikap dan perilaku yang lain (Azwar, 2005). Selain itu, sosial budaya juga merupakan suatu kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk.

Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan (Wawan& Dewi, 2011).

5) Ekonomi

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu (Wawan & Dewi, 2011). Sehingga, keadaan ekonomi akan mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan. Membayar biaya perawatan kesehatan merupakan suatu masalah besar bagi masyarakat (Kozier, 2010). Biaya yang dikeluarkan oleh pasien yang berobat ke pelayanan kesehatan menimbulkan persepsi bahwa biaya perawatan kesehatan yang mahal atau biaya kesehatan yang murah (Tjiptono, 2005). Keadaan ekonomi di dalam keluarga termasuk pekerjaan, beban tanggungan biaya hidup di dalam keluarga, dan penghasilan di dalam keluarga dapat mempengaruhi pengambilan keputusan rujukan ke rumah sakit pada ibu hamil berisiko tinggi. Karena keluarga yang memiliki cukup uang, maka mereka dapat memilih tempat pelayanan kesehatan yang sesuai, aman dan berkualitas. Sedangkan keluarga yang tidak memiliki cukup uang, maka mereka akan mencari berbagai macam bantuan yang telah diprogramkan pemerintah sebagai akses pembiayaan untuk dapat membawa ibu hamil berisiko tinggi ke rumah sakit. Akses pelayanan kesehatan yang dibuat baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah seperti mengikuti program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau BPJS.

Masyarakat di Indonesia yang tinggal di pedesaan dengan tingkat pendidikan yang rendah serta memiliki status ekonomi-sosial yang rendah pula, masih menganut garis keturunan patrilineal. Patrilineal merupakan keluarga yang dihubungkan dengan jalur keturunan dari laki-laki (suami). Sehingga masyarakat cenderung menerima konsep peranan antara laki-

laki dan perempuan secara tradisional yang dalam pengambilan keputusan ditingkat keluarga adalah laki-laki (suami). Di dalam keluarga di pedesaan, suamilah yang paling sering banyak berbicara sehingga pengambilan keputusan terakhir di dalam keluarga adalah suami (Efendi & Makhfudli, 2009).

Hal ini tidak terlepas bahwa informan adalah orang Jawa sehingga kental dengan budaya patriarki. Pinem (2009) menyatakan bahwa patriarki merupakan keadaan masyarakat yang menempatkan kedudukan dan posisi laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan dalam segala aspek kehidupan sosial, budaya dan ekonomi.

2.3 Bidan

Bidan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 363/Mekes/Per/IX/1980 menyebutkan bahwa bidan adalah seseorang yang telah mengikuti dan menyelesaikan program bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku. Siswa yang dapat mengikuti pendidikan bidan adalah siswa yang telah lulus Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) 22) . Perda No. 15 Tahun 2004 tentang Ijin Praktek Bidan pasal 1 ayat (1) menyebutkan bahwa bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai persyaratan yang berlaku 23) . Departemen Kesehatan RI dalam panduan bidan di tingkat desa tahun 1996, menyebutkan bahwa bidan desa adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya yang meliputi satu sampai dua desa. Dalam melaksanakan tugasnya bidan bertanggungjawab kepada Kepala Puskesmas setempat dan bekerjasama dengan perangkat desa. Tugas pokok bidan desa adalah sebagai berikut : a) Melaksanakan pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya dalam mendukung pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas, pelayanan kesehatan bayi dan anak balita, serta pelayanan KB; b) Mengelola program KIA di wilayah kerjanya dan memantau pelayanan KIA di wilayah desa berdasarkan data riil sasaran, dengan

menggunakan PWS-KIA; dan c) Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA, termasuk pembinaan dukun bayi dan kader. Pembinaan wahana/forum peran serta masyarakat yang terkait melalui pendekatan kepada pamong dan tokoh masyarakat. Fungsi bidan di desa adalah sebagai berikut : a) Memberikan pelayanan kesehatan ibu; b) Memberikan pelayanan kesehatan balita; c) Memberikan pertolongan pertama atau pengobatan lanjutan pada kesakitan yang sering ditemukan atau menjadi masalah kesehatan setempat terutama pada ibu, dan balita, misalnya ISPA, diare, kecacingan, malaria di daerah endemis, pencegahan gonok di daerah endemis, dan lain-lain; d) Mengelola pelayanan KIA dan upaya pendukungnya yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian hasil; e) Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA; dan f) Membantu sasaran/individu dan keluarga untuk meningkatkan hidup sehat secara mandiri. Mayasari 24) menjelaskan bahwa peran dan fungsi bidan dalam pelayanan kebidanan meliputi pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti. Keempat peran dan fungsi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut : a. Sebagai pelaksana Sebagai pelaksana, bidan melaksanakannya sebagai tugas mandiri, kolaborasi/kerjasama, dan ketergantungan/merujuk. 1) Tugas mandiri bidan adalah tugas sebagai pelaksana yang dilakukan secara mandiri dan terdiri dari : (a) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan, (b) Memberikan pelayanan pada anak dan wanita pra nikah dengan melibatkan klien, (c) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, (d) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga, (e) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, (f) Memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga, (g) Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana, (h) Memberikan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa

klimakterium dan menopause, dan (i) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi, balita dengan melibatkan keluarga. 2) Tugas kolaborasi bidan adalah tugas sebagai pelaksana yang dilakukan dengan kerjasama bersama pihak lain (seperti bidan lain, dukun bayi, dokter) yang meliputi hal-hal sebagai berikut : (a) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga, (b) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi, (c) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga, (d) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam kedaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan klien dan keluarga, (e) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawat daruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga, dan (f) Memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi atau kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga. 3) Tugas ketergantungan/merujuk bidan adalah tindakan yang harus diambil oleh bidan untuk melakukan rujukan kepada rumah sakit sebagai instansi yang memiliki fasilitas dan tenaga yang lebih terampil dan lebih banyak untuk upaya penyelamatan pasien yang berada dalam kondisi kritis atau status risiko tinggi. Tugas ketergantungan / merujuk tersebut mencakup : (a) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga, (b) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan kegawat daruratan, (c) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga, (d) Memberikan asuhan

kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu masa nifas dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga, (e) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan keluarga, dan (f) Memberikan asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan klien dan keluarga b. Sebagai pengelola

- 1) Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, kelompok dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien. (a) Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya, (b) Menyusun rencana sesuai dengan hasil pengkajian dengan masyarakat, (c) Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB sesuai dengan program, (d) Mengkoordinir, mengawasi dalam melaksanakan program/kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB, (e) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program dan sektor terkait, (f) Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dan memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada, (g) Mempertahankan, meningkatkan mutu dan kegiatankegiatan dalam kelompok profesi, dan (h) Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan
- 2) Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan dan tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya. (a) Bekerjasama dengan puskesmas, institusi sebagai anggota tim dalam memberikan asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut, (b) Membina hubungan baik dengan dukun, kader kesehatan / PLKB dan masyarakat,

(c) Memberikan pelatihan, membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain, (d) Memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi, dan (e) Membina kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.

c. Sebagai pendidik

- 1) Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat tentang penanggulangan kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait kesehatan ibu, anak, dan KB.
 - (a) Bersama klien mengkaji kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak dan KB,
 - (b) Bersama klien dan pihak terkait menyusun rencana penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek atau jangka panjang,
 - (c) Menyiapkan alat dan bahan pendidikan serta penyuluhan sesuai rencana yang telah disusun,
 - (d) Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan rencana jangka pendek dan jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur yang terkait termasuk masyarakat,
 - (e) Bersama klien mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat dan menggunakannya untuk memperbaiki dan meningkatkan program di masa yang akan datang, dan
 - (f) Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat secara lengkap dan sistematis.
- 2) Melatih dan membimbing kader termasuk siswa bidan serta membina dukun di wilayah atau tempat kerjanya.
 - (a) Mengkaji kebutuhan latihan dan bimbingan kader, dukun dan siswa,
 - (b) Menyusun rencana latihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian,
 - (c) Menyiapkan alat dan bahan untuk keperluan latihan bimbingan peserta latihan sesuai dengan rencana yang telah disusun,
 - (d) Melaksanakan pelatihan dukun dan kader sesuai dengan rencana yang telah disusun dengan melibatkan unsur-unsur terkait,
 - (e) Membimbing siswa bidan dalam lingkup kerjanya,
 - (f) Menilai hasil latihan dan bimbingan yang telah diberikan,
 - (g) Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program bimbingan, dan
 - (h) Mendokumentasikan semua kegiatan

termasuk hasil evaluasi pelatihan dan bimbingan secara sistematis dan lengkap. d. Sebagai peneliti Melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun secara kelompok. (1) Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan, (2) Menyusun rencana kerja pelatihan, (3) Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana, (4) Mengolah dan menafsirkan data hasil investigasi, (5) Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut, (6) Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan. Tanggung jawab bidan menurut Mayasari 24) adalah : a. Konseling yang meliputi remaja putri, pranikah, prahamil, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, klimakterium, dan menopause. b. Pelayanan kebidanan normal yang meliputi kehamilan, persalinan, nifas, pemeriksaan fisik, senam hamil, pengendalian anemia, amniotomi, uterotonika dan ASI eksklusif. c. Pelayanan kebidanan abnormal yang meliputi : (1) Hamil yang terdiri dari abortus imminens, hiperemesis tingkat I, preeklamsi, anemia, dan suntikan penyulit, (2) Persalinan yang terdiri dari letak sungsang, KPD tanpa infeksi, HPP, laserasi, dan distonia, (3) Pertolongan nifas abnormal yang meliputi retensio plasenta, renjat dan infeksi, plasenta manual, jaringan konsepsi, kompresi bimanual, uterotonik kala III dan IV, dan (4) Ginekologi yang terdiri dari keputihan, penundaan haid dan rujuk. d. Pelayanan kebidanan pada anak yang meliputi intranatal, hipotermi, kontak dini, ASI eksklusif, perawatan tali pusar, resusitasi pada bayi asfiksia, minum sonde dan pipet, stimulasi tumbuh kembang, imunisasi lengkap dan pengobatan ringan pada penyakit ringan. e. Pelayanan KB yang meliputi penanganan efek samping, pemberian alat kontrasepsi sesuai pilihan, suntik KB, pasang AKBK, melepas AKBK tanpa penyulit, serta penyuluhan IMS dan narkoba. f. Pelayanan kesehatan masyarakat meliputi pembinaan peran serta, pelayanan kebidanan komunitas, deteksi dini, pertolongan I rujuk, IMS, narkoba dan pertolongan I narkoba.

2.4 Gender

2.4.1 Pengertian Gender

Istilah Gender digunakan untuk menjelaskan perbedaan peran perempuan dan laki-laki yang bersifat bawaan sebagai ciptaan Tuhan. Gender adalah pembedaan peran, kedudukan, tanggung jawab, dan pembagian kerja antara laki-laki dan perempuan yang ditetapkan oleh masyarakat berdasarkan sifat perempuan dan laki-laki yang dianggap pantas menurut norma, adat istiadat, kepercayaan atau kebiasaan masyarakat.

Gender tidak sama dengan kodrat. Kodrat adalah sesuatu yang ditetapkan oleh Tuhan YME, sehingga manusia tidak mampu untuk merubah atau menolak. Sementara itu, kodrat bersifat universal, misalnya melahirkan, menstruasi dan menyusui adalah kodrat bagi perempuan, sementara mempunyai sperma adalah kodrat bagi laki-laki.

Ketidakadilan gender merupakan kondisi tidak adil akibat dari sistem dan struktur sosial, sehingga perempuan maupun laki-laki menjadi korban dari pada sistem tersebut. Laki-laki dan perempuan berbeda hanya karena kodrat antara laki-laki dan perempuan berbeda. Keadilan gender akan dapat terjadi jika tercipta suatu kondisi di mana porsi dan siklus sosial perempuan dan laki-laki setara, serasi, seimbang dan harmonis.

2.4.2 Perspektif Gender

Perspektif Gender adalah konstruksi dan tatanan sosial mengenai berbagai perbedaan antara jenis kelamin yang mengacu kepada relasi-relasi sosial antara perempuan dan laki-laki, atau suatu sifat yang telah ditetapkan secara sosial maupun budaya (Elizabeth Eviota 1992: 7-11). Berawal dari istilah tersebut kemudian munculah paham mengenai pembagian peran antara laki-laki dan perempuan secara sosial dan budaya. Peran secara gender, dibedakan dari kodrati yaitu peran yang didasarkan pada kodrat. Peran gender sebagai peran yang ditetapkan secara budaya terbuka untuk dipertukarkan antara laki-laki dan perempuan, sementara peran kodrati seperti mengalami haid,

hamil, melahirkan, dan menyusui pada perempuan adalah peran yang tidak dapat dipertukarkan karena sudah demikian sejak diciptakannya. Istilah gender mengacu pada makna sosial, budaya, dan biologis. Peran gender bisa berubah karena dipengaruhi oleh ideologi, ekonomi, adat, agama, dan sosial budaya, etnik, waktu, tempat, dan kemajuan iptek. Perubahan sosial yang selama ini bersifat androsentris, dapat dilihat sebagai ketimpangan structural dalam perspektif gender (Susanti, 2000: 1- 4). Berdasarkan pada pemahaman tersebut kemudian muncul aksi perempuan di berbagai kegiatan khususnya berkesenian. Perspektif gender mengarah pada suatu pandangan atau pemahaman tentang peran perempuan dibedakan secara kodrati, dan peran gender yang ditetapkan secara sosial budaya. Perbedaan gender akan menjadi masalah jika perbedaan itu mengakibatkan ketimpangan perlakuan dalam masyarakat serta ketidakadilan dalam hak dan kesempatan baik bagi laki-laki maupun perempuan (Susanti, 2000: 2-3). Hal ini masih perlu selalu dicanangkan agar seniman perempuan Indonesia mendapatkan perlakuan sebagaimana mestinya.

Di Indonesia masih sedikit jumlah koreografer tari yang ternama dan aktif dalam kancah tingkat nasional maupun internasional, seperti pendahulu yang memang patut dibanggakan misalnya, Andi Nurhani Sapada (pembaharu seni pertunjukan Sulawesi), dan Maruti (revitalis tari tradisi Surakarta). Namun demikian dari waktu ke waktu selalu bermunculan koreografer perempuan muda pada tingkat daerah, walaupun jumlahnya lebih sedikit dari pada jumlah koreografer laki-laki. Hal ini diduga masih tampak sempit ruang yang tersedia untuk mewadahi kegiatan berkesenian khususnya koreografer perempuan, sehingga jarang kita lihat pertunjukan tari yang khusus menampilkan koreografer perempuan. Walaupun demikian masih dapat kita saksikan beberapa kali pertunjukan di Yogyakarta dan Surakarta telah diagendakan setiap dua tahun sekali sejak tahun 1998.

2.4.3 Analisis Gender

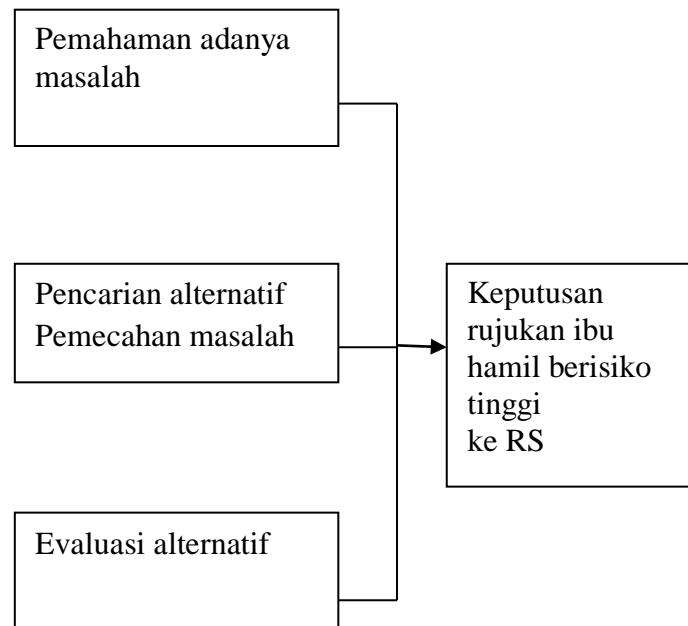
Kajian terhadap perbedaan dan kesenjangan peran laki-laki dan perempuan, ketidakseimbangan kekuasaan dalam hubungan mereka, hambatan dan kesempatan serta dampak perbedaan tersebut terhadap kehidupan mereka.

Analisis Gender adalah proses menganalisis data dan informasi secara sistematis tentang laki-laki dan perempuan untuk mengidentifikasi dan mengungkapkan kedudukan, fungsi, peran dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Analisis Gender ini dapat digunakan untuk menganalisis dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kebijakan program dan kegiatan dalam berbagai aspek pembangunan .

Menurut Vitayala (2010), gender adalah suatu konsep yang menunjuk pada suatu sistem peranan dan hubungannya antara perempuan dan lelaki yang tidak ditentukan oleh perbedaan biologi, akan tetapi ditentukan oleh lingkungan sosial, politik, dan ekonomi. WHO (2012) mendefinisikan gender adalah seperangkat peran, perilaku, kegiatan, dan atribut yang dianggap layak bagi laki-laki dan perempuan, yang dikonstruksikan secara sosial dalam suatu masyarakat.

Kebijakan, program, kegiatan strategis yang ternyata bias dan netral gender direformulasikan menjadi kebijakan, program, kegiatan yang responsif gender. Tujuan kebijakan, program, kegiatan baru yang responsif gender harus dituliskan dan dibandingkan dengan tujuan yang lama. Program, kegiatan pokok yang responsif gender, tuliskan dan pilih program dan kegiatan pokok yang responsif gender berdasarkan tujuan baru yang akan dicapai.

2.5 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka konseptual

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1 Tujuan Umum

Mengetahui Pengambilan Keputusan Rujukan ke Rumah Sakit pada Ibu Hamil Berisiko Tinggi dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember.

3.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Pengambil Keputusan Ibu Hamil Berisiko Tinggi dalam Pendekatan Perspektif Gender ke Rumah Sakit di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember.
2. Mengidentifikasi Proses Rujukan Ibu Hamil Berisiko Tinggi ke Rumah Sakit di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember.
3. Menganalisa Hubungan Pengambil Keputusan Rujukan ke Rumah Sakit pada Ibu Hamil Berisiko Tinggi dalam Perspektif Gender dengan Proses Rujukan ke Rumah Sakit di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember.

3.2 Manfaat Penelitian

- 3.2.1 Memperkaya informasi mengenai pengambilan keputusan rujukan pada ibu hamil resiko tinggi dalam perspektif gender.
- 3.2.2 Membantu masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui pengambilan keputusan rujukan pada ibu hamil resiko tinggi dalam perspektif gender.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data (Nursalam, 2003).

Jenis penelitian yang digunakan adalah experimental dan desain yang digunakan adalah survei analitik dengan pendekatan *crosssectional*.

4.2 Populasi sample dan teknik sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian / obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2002) populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasangan suami dan istri dengan kehamilan trimester ke-3 yang beresiko yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari obyek yang diteliti yang di anggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002 ; 79) pada penelitian ini pengambilan sample menggunakan rumus Slovin (Notoatmodjo, 2002).

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

n = 30 orang

Keterangan

n = besarnya sampel

N = besarnya populasi

D = tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (biasanya 0,05)

4.2.3 Teknik sampling

Pada penelitian ini menggunakan sample wilayah atau area *probability sample* yaitu teknik sampling yang dilakukan dengan mengambil wakil dari setiap wilayah yang terdapat dalam populasi (Arikunto, 2002).

4.3.Kriteria Sampel

4.3.1 Kriteria inklusi dan eklusi

Kriteria inklusi adalah untuk digunakan sebagai responden

4.3.1.1 Seluruh pasangan suami dan istri dengan kehamilan trimester ke-3 yang beresiko yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II.

4.3.1.2 Bersedia menjadi responden dengan menandatangani surat persetujuan responden.

4.4 Variabel penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu.

Berdasarkan hubungan fungsional antara variabel-variabel satu dengan yang lainnya:

Variabel di bedakan menjadi dua yaitu variabel independent (bebas) dan variable Dependent (tergantung) (Notoatmodjo, 2002 ; 70).

Variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel independent

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengambil keputusan dalam perspektif gender untuk melakukan rujukan ke rumah sakit pada ibu hamil berisiko tinggi

2. Variabel dependent

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah proses rujukan ke rumah sakit pada ibu hamil berisiko tinggi oleh ibu hamil dan pasangan

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel – variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrument atau alat ukur (Notoatmodjo, 2002).

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SKALA UKUR
1	Variabel Independen pengambil keputusan dalam perspektif gender untuk melakukan rujukan ke rumah sakit pada ibu hamil berisiko tinggi	Seseorang yang mengambil keputusan untuk melakukan rujukan ibu hamil berisiko tinggi	1. Ibu Hamil 2. Suami 3. Keluarga	Kuisisioner	Nominal	Skala likert
2	Variabel dependen proses rujukan ke rumah sakit pada ibu hamil berisiko tinggi oleh ibu hamil dan pasangan	Keputusan yang diambil untuk melakukan rujukan ke rumah sakit	1. Ya 2. Tidak	Kuisisioner	Nominal	Skala likert

4.6 Lokasi dan waktu penelitian

4.6.1 Lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mangli dan Puskesmas Silo I dan II.

4.6.2 Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober sampai dengan Nopember 2018.

4.7 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner kepada responden. Sebelumnya peneliti menggunakan permohonan kepada responden dan selanjutnya responden mengisi lembar persetujuan menjadi responden. Kuesioner yang disediakan diisi dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Melaksanakan perijinan penelitian
2. Melakukan pendekatan pada bidan di Wilayah Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II
3. Menjaring ibu hamil yang beresiko tinggi dan melibatkan pasangan ibu hamil
4. Memberikan kuisisioner kepada responden yaitu pasangan suami dan istri dengan kehamilan trimester III yang terdeteksi dini resiko tinggi pada ibu hamil

4.8 Alat ukur

Alat ukur dalam penelitian ini berupa kuesioner yang bersifat terbuka.

4.9 Teknik Pengolahan data atau analisa data

4.9.1. Penyusunan data

Setelah semua data terkumpul, maka dilakukan editing yaitu pengecekan identitas, mengecek kelengkapan data, mengecek macam-macam isian data, kemudian dilakukan tabulasi memberikan skor terhadap item-item yang diberikan skor, mengubah jenis data disesuaikan atau dimodifikasi. Memberikan coding (kode dalam hubungan dengan pengolahan data) setelah itu dilakukan transferring memindahkan jawaban atau kode jawaban ke dalam media tertentu (Arikunto, 2002).

4.9.2 Analisa Data

Setelah data terkumpul dikelompokkan tabulasi data dan kemudian di analisis dengan uji *chi-square* karena dalam penelitian salah satu jenis uji komparatif non parametris yang dilakukan pada dua variabel.

4.10 Etika penelitian

Penelitian yang digunakan manusia sebagai obyek tidak boleh bertentangan dengan etika. Tujuan penelitian harus etis dalam arti hak responden harus dilindungi (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini peneliti akan mengajukan permohonan ijin kepada Kepala Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II dan Bakesbangpol melalui permohonan dari instansi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang setelah mendapatkan persetujuan baru mengadakan penelitian.

Dengan menekankan masalah etika sebagai berikut :

a. Informed consent

Lembar persetujuan diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek menjadi mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya jika subyek bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien (A. Azis AH, 2002).

b. Anomity (tanpa nama)

Merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data (A. Azis AH, 2002).

c. Confidentiality (kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (A. Azis AH, 2002).

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Dalam bab ini akan diuraikan mengenai hasil penelitian tentang Pengambilan Keputusan ke Rumah Sakit Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember yang dilaksanakan pada bulan Oktober-November 2018. Penelitian ini menggunakan alat pengumpulan data berupa Kuisisioner. Dari data yang diambil didapatkan 90 responden yang terdiri dari 45 ibu hamil beresiko tinggi dan 45 suami. Dengan menggunakan teknik probability sampling, maka sampel yang diambil sebanyak 30 orang dari masing-masing wilayah puskesmas yang digunakan sebagai tempat penelitian.

Data yang diambil berdasarkan data primer dengan tanya jawab secara langsung kepada responden. Data disajikan dalam bentuk tabel menurut karakteristik responden seperti berikut.

5.5.1 Data Umum

Data umum diuraikan tentang karakteristik ibu hamil dan suami. Karakteristik yang dimaksud adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan kepemilikan kartu jaminan kesehatan.

a. Karakteristik Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Usia

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Usia di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Umur	Frekuensi	Presentase(%)
< 20 tahun	5	11,1
20 s/d 35 tahun	38	84,4
> 35 tahun	2	4,5
Total	45	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.1 diperoleh karakteristik usia ibu hamil beresiko tinggi sebagai berikut, usia < 20 tahun sebanyak 5 orang (11,1%), usia 20 s/d 35 tahun sebanyak 38 orang (84,4%) dan usia > 35 tahun sebanyak 2 orang (4,5%).

b. Karakteristik Suami Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Suami Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Usia di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Umur	Frekuensi	Presentase(%)
< 20 tahun	0	0
20 s/d 35 tahun	40	88,9
> 35 tahun	5	11,1
Total	45	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.2 diperoleh karakteristik suami ibu hamil beresiko tinggi berdasarkan usia sebagai berikut, usia < 20 tahun tidak ada, usia 20 s/d 35 tahun sebanyak 40 orang (88,9%) dan usia > 35 tahun sebanyak 5 orang (11,1%).

c. Karakteristik Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Pendidikan	Frekuensi	Presentase(%)
SD	20	44,4
SMP	10	22,2
SMA	13	28,9
Perguruan Tinggi	2	4,5
Total	45	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh karakteristik pendidikan ibu hamil sebagai berikut, ibu hamil dengan riwayat pendidikan SD sebanyak 20 orang(44,4%), SMP sebanyak 10 orang(22,2%), SMA sebanyak 13 orang(28,9%) dan Perguruan Tinggi sebanyak 2 orang (4,5%).

d. Karakteristik Suami Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Suami Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Pendidikan	Frekuensi	Presentase(%)
SD	17	37,7
SMP	9	20
SMA	17	37,8
Perguruan Tinggi	2	4,5
Total	45	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.4 diperoleh karakteristik pendidikan suami ibu hamil beresiko tinggi sebagai berikut, suami ibu hamil beresiko tinggi dengan riwayat pendidikan SD sebanyak 17 orang(37,7%),

SMP sebanyak 9 orang(20%), SMA sebanyak 17 orang(37,8%) dan Perguruan Tinggi sebanyak 2 orang (4,5%).

e. Karakteristik Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Pendidikan	Frekuensi	Presentase(%)
IRT	42	93,3
Pedagang	2	4,5
Guru	1	2,2
Total	45	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh karakteristik pekerjaan ibu hamil beresiko tinggi sebagai berikut, ibu hamil dengan pekerjaan IRT sebanyak 42 orang (44,4%), Pedagang sebanyak 2 orang (4,5%) dan Guru sebanyak 1 orang (2,2,%).

f. Karakteristik Suami Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Suami Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Pendidikan	Frekuensi	Presentase(%)
Petani	16	35,6
Pedagang	2	4,5
Wiraswasta	25	55,5
Karyawan Swasta	1	2,22
PNS	1	2,22
Total	45	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.6 diperoleh karakteristik pekerjaan suami ibu hamil beresiko tinggi sebagai berikut, sebagai Petani sebanyak 16

orang (35,6%), Pedagang sebanyak 2 orang (4,5%), Wiraswasta sebanyak 25 orang (55,5%), Karyawan Swasta sebanyak 1 orang (2,22%) dan PNS sebanyak 1 orang (2,2,%).

g. Karakteristik Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Kepemilikan Kartu Jaminan Kesehatan

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Kepemilikan Kartu Jaminan Kesehatan di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Kepemilikan Kartu Jaminan Kesehatan	Frekuensi	Presentase(%)
Punya	36	80
Tidak Punya	9	20
Total	45	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.7 diperoleh karakteristik kepemilikan kartu jaminan kesehatan ibu hamil beresiko tinggi sebagai berikut, Punya sebanyak 36 orang (80%) dan Tidak Punya sebanyak 9 orang (20%).

h. Karakteristik Suami Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Kepemilikan Kartu Jaminan Kesehatan

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Suami Ibu Hamil Beresiko Tinggi Berdasarkan Kepemilikan Kartu Jaminan Kesehatan di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Kepemilikan Kartu Jaminan Kesehatan	Frekuensi	Presentase(%)
Punya	36	80
Tidak Punya	9	20
Total	45	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.8 diperoleh karakteristik kepemilikan kartu jaminan kesehatan suami ibu hamil beresiko tinggi sebagai berikut,

Punya sebanyak 36 orang (80%) dan Tidak Punya sebanyak 9 orang (20%).

5.1.2 Data Khusus

Data khusus merupakan kelompok data yang terdapat dalam variabel. Pada bagian ini akan disajikan hasil pengumpulan data Pengambilan Keputusan ke Rumah Sakit Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember.

a. Identifikasi Pengambil Keputusan Ibu Hamil Beresiko Tinggi Ke Rumah Sakit

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Pengambil Keputusan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Pengambil Keputusan	Frekuensi	Presentase(%)
Suami	78	86,7
Ibu Hamil	12	13,3
Jumlah	90	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.9 diperoleh hasil identifikasi Pengambil Keputusan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi yaitu, suami sebanyak 78 orang (86,7%) dan ibu hamil sebanyak 12 orang (13,3%).

b. Identifikasi Keputusan Rujukan Ibu Hamil Beresiko Tinggi Ke Rumah Sakit

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Keputusan Rujukan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Keputusan Rujukan	Frekuensi	Presentase(%)
Bersedia	60	66,7
Tidak Bersedia	30	33,3
Jumlah	90	100

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.10 diperoleh hasil identifikasi Keputusan Rujukan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi yaitu, Bersedia sebanyak 60 orang (66,7%) dan Tidak Bersedia sebanyak 30 orang (33,3%).

c. Analisa Hubungan Pengambil Keputusan Dengan Keputusan Rujukan Ibu Hamil Beresiko Tinggi Ke Rumah Sakit

Tabel 5.11 Tabel Silang Pengambil Keputusan Dengan Keputusan Rujukan Ibu Hamil Beresiko Tinggi Ke Rumah Sakit di Wilayah Puskesmas Mangli, Silo I dan II Tahun 2018

Pengambil Keputusan	Keputusan Rujukan				Total
	Bersedia		Tidak Bersedia		
	Frekuensi	Presentase (%)	Frekuensi	Presentase (%)	
Suami	49	54,4	29	32,2	78
Ibu Hamil	11	12,2	1	1,2	12
Jumlah	60	66,6	30	33,4	90

(Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 5.11 diperoleh hasil identifikasi pengambil keputusan suami dan bersedia dirujuk sebanyak 49 orang (54,4%), pengambil keputusan suami dan tidak bersedia dirujuk sebanyak 29 orang (32,2%), pengambil keputusan ibu hamil dan bersedia dirujuk sebanyak 11 orang (12,2%), pengambil keputusan ibu hamil dan tidak bersedia dirujuk sebanyak 1 orang (1,2%).

Setelah dianalisa menggunakan uji *Chi Square* diperoleh nilai *p-value* 0,048, $p\text{-value } 0,048 < \alpha 0,05$ maka H_0 ditolak yaitu terdapat hubungan Pengambilan Keputusan ke Rumah Sakit Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember dengan besar koefisien 0,204 yang artinya kekuatan hubungan antar variabel rendah/ lemah tapi pasti.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Identifikasi Pengambil Keputusan Ibu Hamil Beresiko Tinggi Ke Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.9 adalah pengambil keputusan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi yaitu, suami sebanyak 78 orang (86,7%) dan ibu hamil sebanyak 12 orang (13,3%).

Keputusan merupakan suatu hasil atau keluaran yang diambil dari proses mental dan kognitif yang membawa pada pemilihan suatu jalur tindakan dari beberapa alternatif yang tersedia. Keputusan tersebut memiliki suatu tujuan dengan melalui pelaksanaan atau tindakan (Salusu, 2015).

Pengambil keputusan dalam menentukan proses rujukan responden laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan. Berdasarkan data yang ada bahwa anggapan dimasyarakat segala sesuatu hal didalam melakukan pengambilan keputusan yang paling banyak berwenang adalah suami. Ibu hamil yang beresiko tinggi tidak mendapatkan kesempatan yang sama untuk mengambil keputusan

untuk dirujuk karena kehamilan ibu termasuk pada kehamilan yang beresiko tinggi.

5.2.2 Identifikasi Keputusan Rujukan Ibu Hamil Beresiko Tinggi Ke Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian keputusan rujukan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi yaitu, Bersedia sebanyak 60 orang (66,7%) dan Tidak Bersedia sebanyak 30 orang (33,3%).

Pengambilan keputusan merupakan suatu proses pengintegrasian yang dikombinasikan dengan pengetahuan untuk mengevaluasi dua atau lebih perilaku alternatif dan memilih satu diantaranya (Setiadi, 2003). Menurut Shull, pengambilan keputusan merupakan proses kesadaran manusia terhadap kejadian seseorang maupun sosial berdasarkan kejadian yang faktual serta nilai pemikiran mencakup aktivitas perilaku pemilihan satu atau beberapa alternatif sebagai jalan keluar untuk memecahkan masalah yang dihadapi (Rochaety, 2008). Dapat disimpulkan bahwa pengambilan keputusan merupakan proses yang dilakukan seseorang berguna untuk mempertahankan diri dalam kehidupannya dengan memecahkan permasalahan yang timbul melalui pencarian jawaban pemecahan masalah yang tepat dan sesuai.

Keputusan rujukan yang terbanyak adalah kategori bersedia yang artinya keputusan merupakan keputusan yang berencana. Hal ini menunjukkan bahwa keputusan yang berencana dapat mengantisipasi

terjadinya komplikasi yang lebih berat, karena ibu hamil pada saat ini sudah termasuk kelompok ibu hamil yang bersiko tinggi.

Untuk kendala proses rujukan sebenarnya tidak menjadi kendala apabila ditinjau dari segi keuangan hal ini ditunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah memiliki Kartu Jaminan Kesehatan.

5.2.3 Analisa Hubungan Pengambil Keputusan Dengan Keputusan Rujukan Ibu Hamil Beresiko Tinggi Ke Rumah Sakit

Berdasarkan tabel 5.11 diperoleh hasil identifikasi pengambil keputusan suami dan bersedia dirujuk sebanyak 49 orang (54,4%), pengambil keputusan suami dan tidak bersedia dirujuk sebanyak 29 orang (32,2%), pengambil keputusan ibu hamil dan bersedia dirujuk sebanyak 11 orang (12,2%), pengambil keputusan ibu hamil dan tidak bersedia dirujuk sebanyak 1 orang (1,2%).

Setelah dianalisa menggunakan uji *Chi Square* diperoleh nilai *p-value* 0,048, $p\text{-value } 0,048 < \alpha 0,05$ maka H_0 ditolak yaitu terdapat hubungan Pengambilan Keputusan ke Rumah Sakit Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember.

Pengambil keputusan terbanyak adalah suami hal ini suami memberikan kontribusi terbesar didalam pengambilan keputusan. Berdasarkan teori perspektif gender mengarah pada suatu pandangan atau pemahaman tentang peran perempuan dibedakan secara kodrati, dan peran gender yang ditetapkan secara sosial budaya. Perbedaan

gender akan menjadi masalah jika perbedaan itu mengakibatkan ketimpangan perlakuan dalam masyarakat serta ketidakadilan dalam hak dan kesempatan baik bagi laki-laki maupun perempuan (Susanti, 2000: 2-3). Adanya anggapan dalam masyarakat bahwa perempuan itu emosional, irrasional sebagai pemimpin (sebagai pengambil keputusan), maka akibatnya perempuan ditempatkan pada posisi yang tidak penting dan tidak strategis (second person).

Analisis Gender adalah proses menganalisis data dan informasi secara sistematis tentang laki-laki dan perempuan untuk mengidentifikasi dan mengungkapkan kedudukan, fungsi, peran dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Analisis Gender ini dapat digunakan untuk menganalisis dalam perencanaan menentukan kesediaan rujukan bagi ibu hamil yang beresiko tinggi sehingga resiko tinggi bisa teratasi sedini mungkin yang berdampak pada kesejahteraan pada ibu hamil dan janin.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang kesimpulan dari penelitian yaitu 'Pengambilan Keputusan ke Rumah Sakit Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember.'

6.1 Kesimpulan

- 6.1.1 Pengambil Keputusan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi yaitu, suami sebanyak 78 orang (86,7%) dan ibu hamil sebanyak 12 orang (13,3%).
- 6.1.2 Keputusan Rujukan Ke Rumah Sakit Pada Ibu Hamil Beresiko Tinggi yaitu, Bersedia sebanyak 60 orang (66,7%) dan Tidak Bersedia sebanyak 30 orang (33,3%).
- 6.1.3 Hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p-value* 0,048, *p-value* 0,048 < α 0,05 maka H_0 ditolak yaitu terdapat hubungan Pengambilan Keputusan ke Rumah Sakit Ibu Hamil Beresiko Tinggi Dalam Pendekatan Perspektif Gender di Wilayah Kerja Puskesmas Mangli, Puskesmas Silo I dan II Kabupaten Jember dengan besar koefisien 0,204 yang artinya kekuatan hubungan antar variabel rendah/ lemah tapi pasti.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Masyarakat

Diharapkan pengambilan keputusan rujukan bagi ibu hamil yang beresiko tinggi dapat dibuat sebagai keputusan bersama antar ibu hamil dengan suami.

6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut dengan banyak variabel yang lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abushaikha, L. & Khalaf, I. 2014. "Exploring the Roles of Family Members in Women's Decision to Use Postpartum Healthcare Services from the Perspectives of Women and Health Care Providers". *Woman & Health* Vol. 54 no. 6 hlm. 502-512.
- Aditama, C.Y. 2002. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta : UI Press.
- Astuti, S.P. 2008. *Pola Pengambilan Keputusan Keluarga dan Bidan Dalam Merujuk Ibu Bersalin Ke Rumah Sakit pada Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Demak*. Semarang: Tesis Universitas Diponegoro.
- Azwar, Saifuddin. 2005. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Barden. 2006. Pre-Eclampsia: "Contribution of Maternal Constitutional Factors And The Consequences For Cardiovascular". *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology* vol. 33 hlm. 826-830.
- BKKBN. 2003. *Kamus Istilah Kependudukan KB dan Keluarga Sejahtera*. Jakarta.
- Bobak, Lowdermilk, Jansen. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Broek, N.R., Van Den, dan Falconer, A. D. 2011. "Maternal Mortality and Millennium Development Goal 5". *British Medical Bulletin* vol. 99 hlm. 25-38.
- Cambroner-Saiz, B. 2013. *Gender Policies and Advertizing Practices that Affect Women's Health*. Spain: Department of Public Health, University of Alicante.
- Cresswell, J.W. 2003. *Research Design and Marketing Qualitative, Quantitative, and Mixes Methodes Approachhes*. USA: SAGE Publications.
- De Cheney, A.H. & Nathaan, L. 2003. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9th edition*. Mc. Graw – Hill: Inc.
- Depkes RI. 2004. *Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia*. Jakarta: Balibangkes.
- Depkes RI. 2008. *Program Pelayanan Reproduksi dan Pelayanan Integratis di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta.
- Depkes RI. 2008. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Nasional 2007*. Jakarta.
- Dewi, S.R. 2006. "Gender Mainstreaming: Feminisme, Gender dan Transformasi Institusi". *Jurnal Perempuan* vol. 50 hlm. 7-16.
- Djaja, S., Mulyono., L, dan Afifah, T. 2003. "Penyebab Kematian Maternal di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001". *Majalah Kedokteran Atmajaya* vol. 2 no.3 hlm. 191-202.
- Efendi, F & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Praktik Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fakih, M. 2003. *Analisis Gender dan Transformasional*, Yogyakarta : Pustaka pelajar.
- Fibriana, A.I. 2007. *Faktor-faktor Risiko yang Mempengaruhi Kematian Maternal (Studi Kasus di Kabupaten Cilacap)*. Semarang : Tesis Universitas Diponegoro.
- Hanifa, W. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Henslin, J.M. 2007. *Sosiologi dengan Pendekatan Membumi*. Jakarta: Erlangga.

- Kemenkes. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2013*. Jakarta.
- Kusumo, RAB., Charina, A., Mukti, GW. 2013. "Analisis Gender Dalam Kehidupan Keluarga Nelayan Di Kecamatan Pangandaran Kabupaten Ciamis". *Jurnal Social Economic of Agriculture* Vol. 2 (1) hlm. 42-5.
- March, C., Smyth, I., Mukhopadyay, M. 2005. *A Guide to Gender Analysis and Planning*. Oxford: Oxfam UK.
- Pinem, S. 2009. *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. Jakarta : Trans Media.
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Pusdinakes, WHO, dan JHPIEGO. 2003. *Asuhan Antenatal*. Jakarta.
- Saifudin, B.S. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sulistiyawati, A. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Penerbit: Salemba Medika.
- Sulasu. 2015. *Pengambilan Keputusan Strategik*. Jakarta. Penerbit : Grasindo

Lampiran 1**KUISIONER:**

Nama Responden :
 Usia Suami :
 Pekerjaan Suami :
 Pendapatan Suami :
 Nama Istri :
 Usia Istri :
 Pekerjaan Istri :
 Pendapatan Istri :
 Usia Kehamilan Istri :
 Kelompok Resiko Kehamilan :

KUISIONER PENELITIAN

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah bapak mengetahui kalau kehamilan ibu termasuk kedalam kelompok resiko tinggi		
2.	Apakah bapak mengetahui bahaya/komplikasi yang akan dialami oleh ibu apabila tidak dilakukan proses rujukan		
2.	Apakah bapak mengetahui tempat bersalin yang disarankan oleh bidan (Puskesmas/Rumah Sakit)		
3.	Apakah bapak didalam mengambil keputusan untuk dilakukan rujukan terhadap ibu langsung menyetujui		
4.	Apakah didalam mengambil keputusan proses rujukan melibatkan peran serta ibu/istri		
5.	Apakah didalam mengambil keputusan proses rujukan bapak membutuhkan saran dari keluarga terdekat (ibu/bapak suami atau ibu/bapak istri)		

6.	Apakah didalam mengambil keputusan rujukan bapak masih harus melakukan musyawarah bersama		
7.	Apakah didalam merencanakan keputusan rujukan masih mempertimbangkan biaya		
8.	Apakah didalam merencanakan keputusan rujukan masih mempertimbangkan jarak rumah dengan tempat pelayanan kesehatan		
9.	Apakah didalam merencanakan keputusan rujukan masih mempertimbangkan alat transportasi yang akan digunakan		
10.	Apakah didalam merencanakan keputusan rujukan masih mempertimbangkan budaya yang berlaku di masyarakat		

Lampiran 2

HASIL UJI SPSS**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	3.894 ^a	1	.048		
Continuity Correction ^b	2.704	1	.100		
Likelihood Ratio	4.743	1	.029		
Fisher's Exact Test				.055	.043
Linear-by-Linear Association	3.851	1	.050		
N of Valid Cases	90				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.204	.048
N of Valid Cases	90	