

KETEPATAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN BIDAN DALAM MERUJUK PASIEN PERSALINAN

Edisi Revisi

**Indarwati,
Wahyuni,
Rina Sri Widayati**

**KETEPATAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN BIDAN
DALAM MERUJUK PASIEN PERSALINAN**

KETEPATAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN BIDAN DALAM MERUJUK PASIEN PERSALINAN

Penulis : Indarwati, S.K.M., M.Kes.
Wahyuni, S.K.M., M.Kes., M.M.
Rina Sri Widayati, S.K.M., M.Kes.
Desain Cover : Normanta Agus Purwasandi
Layout isi : Aprilia Saraswati
Preliminary : i - x
Halaman Isi : 1 - 61 halaman
Ukuran Buku : 17,5 x 25 cm

Cetakan Pertama, November 2016
Cetakan Kedua, Desember 2021 (Edisi Revisi)
ISBN : 978-602-6363-17-6

Hak Cipta © pada penulis.
Hak Cipta dilindungi Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014.
Dilarang memperbanyak/memperluas dalam bentuk apapun
tanpa izin dari penulis dan penerbit.

Diterbitkan :
P3M (Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat)
Universitas Aisyiah Surakarta
Jln. Kapulogo No. 2, Pajang, Laweyan, Surakarta
Telp. 0271 711270 eks: 114, E-mail: p3m.stikesaisyiah@gmail.com

Dicetak :
CV. INDOTAMA SOLO
Penerbit & Supplier Bookstore
Jl. Pelangi Selatan, Perum PDAM, Kepuhsari
Mojosongo, Jebres, Surakarta 57127
Telp. 085102820157, 08121547055, 081542834155
E-mail: hanifpustaka@gmail.com, pustakahanif@yahoo.com
Anggota IKAPI No. 165/JTE/2018



KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada saya, sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah berupa buku hasil penelitian kami yang berjudul “Ketepatan Pengambilan Keputusan Bidan dalam Merujuk Pasien Persalinan” Buku ini merupakan hasil penelitian yang memberikan gambaran kepada kita bahwa fenomena di masyarakat terkait dengan pengambilan keputusan bidan dalam merujuk pasien sangatlah kompleks factor yang mempengaruhinya. Sulitnya seorang bidan yang sebenarnya melaksanakan tugasnya tanpa mengenal lelah justru kadang merenggut kariernya sendiri. Ketrampilan kegawatan obstetrik memang menjadi bekal utama yang harus dimiliki oleh bidan dilanjutkan dengan pengambilan keputusan merujuk. Namun memutuskan merujuk pasien di daerah juga sangat berhubungan dengan pengetahuan dan kesadaran pasien dan keluarganya akan pentingnya dirujuk. Dalam penelitian ini kami menyajikan secara naratif gambaran fenomena pengambilan keputusan yang disampaikan oleh bidan sebagai informan kunci.

Dengan buku ini penulis berharap agar para pembaca, mendapatkan pengalaman yang berharga tentang kasus tersebut di masyarakat sehingga bisa menjadikan kehati-hatian dalam pengambilan keputusan. Pembaca juga bisa memahami betapa sulitnya posisi bidan ketika mengalami kasus persalinan yang sangat rumit.

Penulis sangat bersyukur kepada Allah SWT, yang telah memberikan karunianya kepada keluarga saya sehingga dengan lancar buku ini dapat diselesaikan dengan baik. Tidak lupa penulis berterimakasih khususnya kepada informan kunci yang bersedia bekerjasama menyampaikan pengalamannya dalam menolong persalinan dengan kasus yang rumit. Tidak lupa penulis juga mengucapkan terimakasih kepada suami dan anak-anak, yang telah memberikan kesempatan dan dorongan moril selama ini, sehingga buku ini dapat saya selesai tepat pada waktunya.

Surakarta, Desember 2021



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
RINGKASAN.....	ix
BAGIAN 1 LATAR BELAKANG MASALAH PENELITIAN KEPUTUSAN BIDAN DALAM MERUJUK PASIEN PERSALINAN	1
BAGIAN 2 FOKUS KAJIAN, LINGKUP PENELITIAN, TUJU- AN PENELITIAN DAN LUARAN PENELITIAN	5
2.1 Fokus Pengkajian.....	5
2.2 Lingkup Penelitian.....	6
2.3 Tujuan Penelitian	6
2.4 Luaran Penelitian	7
BAGIAN 3 KAJIAN PUSTAKA.....	8
3.1 Derajat Kesehatan dan Faktor yang Berpengaruh	8
3.2 Teori Pengambilan Keputusan	12
3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan	14
3.4 Perilaku Persalinan dan Beberapa Faktor yang Berpengaruh.....	15
3.5 Faktor Penyebab Kematian Ibu.....	16
3.6 Bidan dan Tugasnya.....	17
3.7 Peran Bidan.....	19
3.8 Kewenangan Bidan.....	20
3.9 Definisi Rujukan	24

3.10	Sistem Rujukan.....	24
3.11	Tata Cara Rujukan	26
3.12	Rujukan Kebidanan.....	30
3.13	Penanganan Proses Rujukan Komplikasi Obstetri	33
3.14	Jumlah dan Penyebaran Fasilitas Rujukan.....	34
3.15	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Rujukan	35
BAGIAN 4	METODE DAN RANCANGAN PENELITIAN.....	36
4.1	Metode dan Langkah Penelitian	36
4.2	Rancangan Penelitian.....	37
BAGIAN 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	40
5.1	Gambaran Wilayah Binaan Dinas Kesehatan Lokasi Penelitian.....	40
5.2	Upaya Kesehatan Rujukan.....	42
5.3	Kemampuan Bidan Mengambil Keputusan Merujuk Pasien Persalinan.....	43
5.4	Kendala Bidan dalam Pelaksanaan Rujukan Pasien Persalinan	48
BAGIAN 6	KESIMPULAN DAN SARAN	53
6.1	Simpulan	53
6.2	Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	55



RINGKASAN

Angka kematian ibu khususnya di Jawa tengah berdasarkan buku saku kesehatan 2012 pada tri bulan ke dua, terlihat cukup tinggi, yaitu 347/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan berdasarkan profile kesehatan kabupaten tempat penelitian tahun 2011, AKI terlihat ada kecenderungan naik, yaitu 80,98/100.000 di tahun 2008, 80,81/100.000 di tahun 2010 dan 99,55/100.000 kelahiran hidup di tahun 2011. Tingginya angka kematian ibu di jawa tengah menjadi satu keprihatinan dan menjadikan prioritas program di jawa tengah, yang selanjutnya jawatengah berusaha bergerak cepat mengatasi lonjakan angka kematian tersebut.

Hasil studi pendahuluan secara wawancara dengan beberapa bidan, mendapatkan temuan bahwa tiga bidan menjelaskan merujuk pasien persalinan dilakukan apabila bidan tidak bisa memberikan pertolongan persalinan, dan dua bidan masih mencoba memimpin ibu bersalin jika ibu masih sanggup bertahan. Data tersebut menjadi daya Tarik peneliti untuk melakukan kajian terhadap kasus kematian ibu.

Penelitian ini dilakukan dengan maksud mendapatkan gambaran secara nyata kemampuan bidan dalam mengambil keputusan merujuk pasien dan gambaran kendala bidan dalam melaksanakan rujukan pasien.

Metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dipilih untuk menjawab pertanyaan penelitian dengan Informan kunci adalah bidan, pengumpulan data dilakukan dengan indept interview.

Hasil penelitian di lapangan memberikan gambaran bahwa bidan belum mampu memutuskan secara tepat waktu merujuk pasien ke rumah sakit. Tidak tepatnya bidan dalam memutuskan merujuk pasien didasari kurang mampu nya bidan dalam membaca tanda-tanda penyulit persalinan, dan mendiagnosa kebidanan secara benar. Selain itu faktor yang tidak kalah pentingnya adalah kurang trampilnya bidan dalam penanganan kegawat daruratan obstetric. Kendala yang sering ditemui bidan dalam merujuk

pasien pada umumnya dari keluarga ataupun pasien sendiri. Kendala tersebut disebabkan kurangnya pengetahuan dan latar belakang ekonomi, serta adanya budaya patriakal dimana pengambilan keputusan datangnya harus dari suami. Sehingga dalam keadaan apapun harus menunggu keputusan suami.

BAGIAN



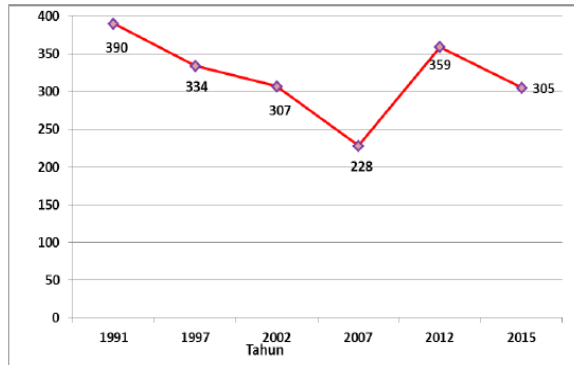
LATAR BELAKANG MASALAH PENELITIAN KEPUTUSAN BIDAN DALAM MERUJUK PASIEN PERSALINAN

1.1 Latar Belakang

Persarikatan Bangsa Bangsa (PBB) merupakan salah satu organisasi yang besar tingkat dunia yang anggotanya terdiri dari 191 negara termasuk salah satunya adalah Negara Indonesia. Dalam kegiatan bidang kesehatan, PBB melalui Millenium Development Goals (MDGs) menargetkan terwujudnya kesehatan ibu di seluruh negara anggota. Yang mana kesehatan ibu menjadi tujuan ke lima yang akan dicapai tahun 2015. Mengurangi 2/3 AKI saat melahirkan (1990-2015) dengan meningkatkan kesehatan ibu dan terjangkau akses terhadap pelayanan kesehatan standar hingga tahun 2015. Indonesia menyatakan bahwa AKI ditargetkan turun dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Upaya yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia untuk mencapai target AKI 102 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015 ternyata belum membuahkan hasil yang maksimal. Dimana capaian pada tahun 2012 AKI masih sangat tinggi yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup. Dan tahun 2015 AKI di Indonesia menurut survey Penduduk Antar Sensus adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup.

ANGKA KEMATIAN IBU DI INDONESIA
TAHUN 1991 - 2015



Sumber: BPS, SDKI 1991-2012

Data tersebut menunjukkan bahwa selama 24 tahun upaya yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Data AKI masih di atas 200 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan demikian potret keberhasilan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia belum menggembirakan. Sementara target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) di Indonesia adalah 226 / 100.000 kelahiran hidup, dan target MDGs adalah 102/100.000 kelahiran hidup ditahun 2015. Sehingga dapat dikatakan derajat kesehatan ibu di Indonesia masih rendah.

Jika kita lihat data angka kematian ibu khususnya di Jawa tengah berdasarkan buku saku kesehatan 2012 pada tri bulan ke dua, terlihat cukup tinggi, yaitu 347/100.000 kelahiran hidup. Dan jika dilihat berdasarkan tingkat kabupaten, di lokasi penelitian masih dikategorikan jauh lebih rendah dibandingkan kabupaten lainnya. Namun berdasarkan profile kesehatan kabupaten lokasi penelitian tahun 2011, AKI terlihat ada kecenderungan naik, yaitu angka AKI 80,98/100.000 di tahun 2008, 80,81/100.000 di tahun 2010 dan 99,55/100.000 kelahiran hidup di tahun 2011.

Berdasarkan data SDKI tahun 2007 di Indonesia sekitar 54% kelahiran dilakukan di rumah, 36 % di instansi swasta, 10 % di instansi pemerintah dan hal tersebut disebabkan oleh berbagai faktor

diantaranya adalah terbatasnya sarana pelayanan untuk ibu hamil, adat istiadat, terbatasnya pendidikan masyarakat khususnya wanita, dan terbatasnya alat transportasi untuk merujuk. (DJoko W, 2008) dan (SDKI, 2007).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan dan menjadi salah satu komponen indeks pembangunan maupun indeks kualitas hidup (Sumarmi, 2017). Tingginya AKI merupakan salah satu tantangan yang harus dihadapi Indonesia sehingga menjadi salah satu komitmen prioritas nasional.

Penyebab tingginya angka kematian Ibu di Indonesia satu diantaranya adalah kematian akibat persalinan. Kematian akibat persalinan sendiri disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain; 1) perdarahan, 2) eklamsi, 3) Infeksi 4) komplikasi masa puerperium, 5) persalinan macet, 6) abortus, 7) emboli obstetri, 8 lainnya (Profil Kesehatan Indonesia, 2007)

Selain penyebab langsung kematian ibu bersalin, akibat tidak langsung yang mempengaruhi kematian ibu dalam persalinan adalah keterlambatan dalam merujuk pasien ke tempat pelayanan kesehatan yang lebih lengkap fasilitasnya seperti RS. Keterlambatan merujuk bisa datang dari keluarga pasien maupun dari pengambilan keputusan oleh tenaga kesehatan. Oleh karena itu kelancaran rujukan dapat menjadi faktor yang menentukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan perinatal terutama dalam mengatasi keterlambatan.

Bidan sebagai tenaga kesehatan harus memiliki kesiapan untuk merujuk ibu dan bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika menghadapi penyulit. Jika bidan lemah atau lalai dalam melakukannya akan berakibat serius bagi keselamatan ibu dan bayi. (Safrudin, 2009)

Hasil penelitian yang terkait dengan kematian ibu yang dilakukan oleh Elmiyati (2003) di Medan menjelaskan bahwa determinan rujukan persalinan adalah faktor ekonomi, bidan tidak menggunakan partograf dalam pertolongan persalinan dan spekulasi bidan dalam menolong persalinan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti terhadap 5 orang bidan menjelaskan ada beberapa kendala dalam merujuk pasien diantaranya pemahaman keluarga yang kurang. Keluarga beranggapan bahwa bidan merujuk pasien karena bidan tidak sabar menolong pasien. Selanjutnya hasil wawancara peneliti terhadap bidan mendapatkan hasil, dua bidan menyatakan bila pasien masih mampu dibimbing persalinan diusahakan untuk dapat ditolong, dan tiga bidan mengatakan pasien akan dirujuk apabila bidan sudah tidak sanggup menolong pasien.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk mempelajari apakah bidan sudah tepat dalam menentukan keputusan merujuk pasien persalinan sehingga tidak terlambat dan dapat segera ditangani. Untuk menjawab permasalahan tersebut peneliti mengajukan judul penelitian “Studi Ketepatan Pengambilan Keputusan Bidan dalam Merujuk pasien persalinan”

Penelitian ini penting dilakukan, untuk mengkaji penyebab kematian ibu bersalin yang masih tinggi apakah kematian ibu bersalin selama ini ada hubungannya dengan keterlambatan bidan dalam merujuk pasien persalinan? dan apakah ada faktor lain yang lebih kuat berkontribusi terhadap kematian ibu bersalin? untuk menjawab permasalahan tersebut, penelitian ini dilakukan secara kualitatif dengan pendekatan fenomenologi.

BAGIAN



FOKUS KAJIAN, LINGKUP PENELITIAN, TUJUAN PENELITIAN DAN LUARAN PENELITIAN

2.1 Fokus Pengkajian

Merupakan masalah penelitian yang akan digali fenomenanya, dalam penelitian kuantitatif fokus penelitian sama juga maknanya dengan rumusan masalah penelitian. Rumusan masalah penelitian yang bagus apabila dituangkan dalam laporan penelitian secara detail atau rinci yang sifatnya tidak berubah rubah. Sedangkan focus penelitian kualitatif secara substansi tidak berubah, namun dalam perjalanan penelitian saat penggalan data bisa dimungkinkan ada penambahan masalah sehingga dihasil akhir masalah penelitian bisa menjadi berkembang. Namun demikian tidak akan jauh dari fokus penelitian yang telah ditetapkan di awal.

Penelitian tentang rujukan yang telah dilakukan oleh para pendahulu sudah banyak di beberapa wilayah. Untuk membatasi banyaknya pembahasan yang terkait dalam masalah penelitian ini serta untuk membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya, maka fokusing masalah penelitian perlu disampaikan dengan rinci. Penelitian ini difokuskan pada masalah pelaksanaan rujukan pasien persalinan khususnya mengkaji kemampuan bidan dalam mengambil keputusan merujuk pasien agar tidak terlambat, serta kendala yang dialami. Oleh karena itu informasi atau permasalahan yang ingin digali dari fenomena tersebut adalah :

- A. Bagaimanakah kemampuan bidan dalam memutuskan merujuk pasien persalinan?

- B. Kendala apa yang ditemui bidan dalam melaksanakan rujukan pasien persalinan?
- C. Apakah ada kendala budaya atau keyakinan yang kuat dari pasien maupun keluarga pasien yang diyakini sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan dalam merujuk pasien?

Kemampuan merujuk pasien ini termasuk didalamnya adalah kemampuan untuk segera mengambil sikap menolak memberikan pelayanan pertolongan persalinan dan mengambil sikap secara cepat merujuk pasien hamil yang beresiko. Sedangkan Kendala melaksanakan rujukan yang dibahas pada penelitian ini adalah kendala negosiasi dengan pasien dan keluarganya.

2.2 Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian bidang kesehatan khususnya terkait rujukan persalinan. Seperti yang disampaikan oleh Indarwati (2012) bahwa penelitian yang baik apabila fokus kajiannya spesifik dan dapat memberikan informasi yang tepat sehingga mampu memberikan solusi pemecahan masalah dengan tepat pula. Oleh karena itu penelitian ini hanya akan mengungkapkan tentang kemampuan bidan dalam mengambil keputusan merujuk pasien persalinan dalam sudut pandang kriteria waktu merujuk, serta kendala yang dialami bidan dalam pelaksanaan rujukan pasien.

Kriteria waktu merujuk dalam penelitian yang dimaksud adalah ketentuan waktu kapan saat bidan menentukan harus dirujuk, sedangkan kendala dalam merujuk adalah kendala yang dialami bidan dalam bernegosiasi dengan keluarga pasien bahkan pasien sendiri untuk memberikan edukasi keharusan merujuk.

2.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini terdiri dari:

- 2.3.1 Mendiskripsikan fenomena kemampuan bidan mengambil keputusan merujuk pasien persalinan.

2.3.2 Mengeksplorasi kendala yang dialami bidan dalam melakukan rujukan pasien persalinan.

2.4 Luaran Penelitian

Luaran yang ditargetkan dari penelitian ini adalah :

- 2.4.1 Bahan ajar khususnya bidang ilmu kesehatan masyarakat dan maternitas.
- 2.4.2 Menghasilkan informasi yang akurat tentang kemampuan bidan dalam menentukan rujukan pasien persalinan sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan dari pimpinan daerah untuk perencanaan program selanjutnya.
- 2.4.3 Artikel ilmiah sebagai wacana bagi masyarakat pendidikan dalam mempelajari sistem rujukan melalui publikasi jurnal hasil penelitian tarap nasional ber ISSN.

BAGIAN



KAJIAN PUSTAKA

3.1 Derajat Kesehatan dan Faktor yang Berpengaruh

Derajat kesehatan merupakan salah satu ukuran kesejahteraan dan kualitas sumber daya manusia, yang dapat digambarkan dari indicator utama kesehatan seperti angka kematian, angka kesakitan, kelahiran, status gizi dan lain-lain. Angka kematian Ibu yang tinggi di suatu negara menjadikan satu indicator kesehatan masyarakat dinegara tersebut. Hal ini bisa dijelaskan bahwa jika ibu meninggal maka urusan rumah tangga termasuk mengurus anak, kebersihan lingkungan maupun perawatan kesehatan lingkungan keluarga juga terganggu. Dengan demikian akan meningkatkan resiko untuk mengalami gangguan kesehatan dalam keluarga tersebut, yang selanjutnya berdampak pula pada kesehatan masyarakat.

Menurut Hendrick L Blum bahwa masalah kesehatan penduduk dipengaruhi oleh beberapa factor, diantaranya adalah:

3.1.1 Perilaku masyarakat

Perilaku merupakan faktor kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat atau tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri. Di samping itu, juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kebiasaan, kepercayaan, pendidikan sosial ekonomi, dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada dirinya.

Perilaku masyarakat dalam menjaga kesehatan sangat memegang peranan penting untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010. Hal ini dikarenakan budaya hidup bersih dan

sehat harus dapat dimunculkan dari dalam diri masyarakat untuk menjaga kesehatannya. Diperlukan suatu program untuk menggerakkan masyarakat menuju satu misi Indonesia Sehat 2010. Sebagai tenaga motorik tersebut adalah orang yang memiliki kompetensi dalam menggerakkan masyarakat dan paham akan nilai kesehatan masyarakat. Masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat akan menghasilkan budaya menjaga lingkungan yang bersih dan sehat.

3.1.2 Lingkungan

Lingkungan memiliki pengaruh yang dan peranan terbesar diikuti perilaku, fasilitas kesehatan dan keturunan. Lingkungan sangat bervariasi, umumnya digolongkan menjadi tiga kategori, yaitu yang berhubungan dengan aspek fisik dan sosial. Lingkungan yang berhubungan dengan aspek fisik contohnya sampah, air, udara, tanah, iklim, perumahan, dan sebagainya. Sedangkan lingkungan sosial merupakan hasil interaksi antar manusia seperti kebudayaan, pendidikan, ekonomi, dan sebagainya.

Berbicara mengenai lingkungan sering kali kita meninjau dari kondisi fisik. Lingkungan yang memiliki kondisi sanitasi buruk dapat menjadi sumber berkembangnya penyakit. Hal ini jelas membahayakan kesehatan masyarakat kita. Terjadinya penumpukan sampah yang tidak dapat dikelola dengan baik, polusi udara, air dan tanah juga dapat menjadi penyebab. Upaya menjaga lingkungan menjadi tanggung jawab semua pihak untuk itulah perlu kesadaran semua pihak.

Disamping lingkungan fisik juga ada lingkungan sosial yang berperan. Sebagai makhluk sosial kita membutuhkan bantuan orang lain, sehingga interaksi individu satu dengan yang lainnya harus terjalin dengan baik. Kondisi lingkungan sosial yang buruk dapat menimbulkan masalah kejiwaan.

3.1.3 Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan keperawatan serta kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas dipengaruhi oleh lokasi, apakah dapat dijangkau atau tidak. Yang kedua adalah tenaga kesehatan pemberi pelayanan, informasi dan motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas dalam memperoleh pelayanan serta program pelayanan kesehatan itu sendiri apakah sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang memerlukan.

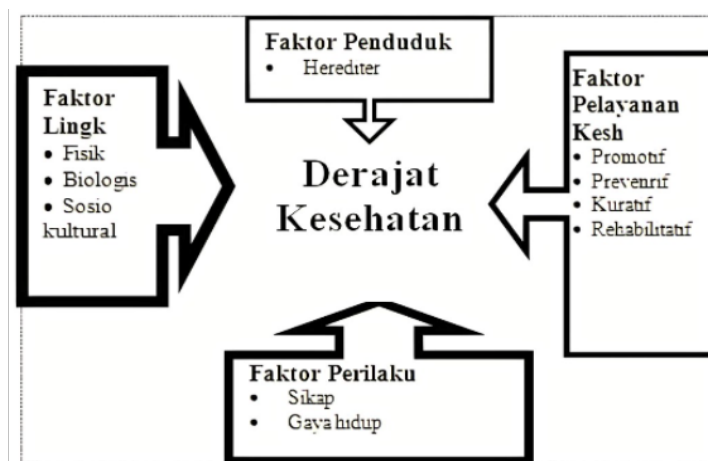
Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang banyak dibutuhkan masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga mesti ditingkatkan.

Banyak kejadian kematian yang seharusnya dapat dicegah seperti diare, demam berdarah, malaria, dan penyakit degeneratif yang berkembang saat ini seperti jantung koroner, stroke, diabetes militus dan lainnya. Penyakit itu dapat dengan mudah dicegah asalkan masyarakat paham dan melakukan nasehat dalam menjaga kondisi lingkungan dan kesehatannya.

3.1.4 Genetik/Keturunan (Heriditas)

Genetik atau keturunan merupakan determinan terjadinya masalah kesehatan, jika jauh sebelumnya telah diketahui terdapat penyakit keturunan maka akan mempermudah perawatannya dan dapat diantisipasi lebih lanjut sehingga mampu menekan kejadian sakit dan mati

Gambar berikut mengilustrasikan factor determinan derajat kesehatan masyarakat.



Gambar 2. Teori H.L Blum tentang Faktor yang berkaitan dengan derajat kesehatan masyarakat.

Gambar tersebut memberikan makna bahwa factor lingkungan berpengaruh besar terhadap kesehatan seseorang ataupun masyarakat, dilanjutkan factor perilaku dan factor pelayanan kesehatan. Dan factor yang berkontribusi lebih kecil adalah factor hereditier atau keturunan.

Sebagai ilustrasi dalam penjelasan teori H.L Blum tersebut adalah Kasus kematian akibat Perdarahan ibu bersalin. Seorang ibu bersalin mengalami perdarahan jika dilihat dari penyebabnya tentunya banyak factor seperti, factor lingkungan dipegunungan dengan medan yang sulit untuk perjalanan menuju ke fasilitas kesehatan beresiko mengalami trauma fisik, factor biologis seperti kondisi ibu yang anemi. Selanjutnya factor sosio kultural seperti status ekonomi yang rendah maka daya beli makanan bergizi juga rendah yang menyebabkan kesehatan terganggu. Status ekonomi rendah maka tingkat pendidikan juga rendah karena tidak mampu membiayai sekolah.

Budaya dan keyakinan juga bisa menjadi penyebab tidak langsung adanya kematian ibu akibat perdarahan. Sebagai contoh adanya budaya atau keyakinan bahwa ibu hamil tidak boleh makan sembarang makanan, adanya budaya penentu keputusan dalam segala hal termasuk

kesehatan harus dari laki-laki. Beberapa factor tersebut berpengaruh terhadap kesejahteraan ibu bersalin.

Fasilitas kesehatan, secara tidak langsung bisa juga menjadi penyebab kematian ibu. Tenaga kesehatan yang secara kuantitas dan kualitas sangat dibutuhkan oleh masyarakat. Ibu hamil yang akan bersalin perlu pelayanan yang adekuat, dalam hal keputusan tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan sangat diperlukan ketrampilan yang benar benar kompeten dan teruji profesionalitasnya. Sehingga benar benar kompeten untuk menolong persalinan. Dalam layanan transportasi sangat menentukan nasib ibu bersalin, kesulitan transportasi bisa memperlama mendapatkan pelayanan segera dan bisa berakibat fatal.

3.2 Teori Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan merupakan pemikiran yang kritis sebagai upaya pemecahan masalah. Ketrampilan memutuskan perlu dilatih, dan berkaitan dengan pengalaman. Sebagai contoh keputusan untuk memilih tempat untuk melahirkan. Pertimbangan dalam memutuskan sesuatu dipengaruhi oleh banyak faktor. Potter dan Perry (2009) dalam bukunya tentang “Buku Ajar Fundamental Keperawatan” menjelaskan bahwa ketika orang mengambil keputusan mereka harus mencocokkan tiap pilihan dengan kriteria yang dipunyai (pengalaman, keramahan, dan reputasi) mencoba pilihan yang mungkin diambil (bicara langsung dengan beberapa tenaga kesehatan), mempertimbangkan konsekuensi dari keputusan yang diambil dan membuat keputusan akhir.

Definisi pengambilan keputusan menurut ilmuwan Nigro dalam Ridho, 2003 adalah pilihan sadar dan teliti terhadap salah satu alternative yang memungkinkan dalam suatu posisi tertentu untuk merealisasikan tujuan yang diharapkan. Disisi lain pengambilan keputusan merupakan bagian dari peristiwa yang terdiri dari diagnose, seleksi tindakan dan implementasi (Beach & Cannolly, 2005)

Berdasarkan tahap-tahap pengambilan keputusan menurut Cooke & Slack (dalam Moordiningsih, 2006) menjelaskan ada 9 tahap yang

dilalui individu dalam mengambil keputusan, Sembilan tahap tersebut adalah:

1. Observasi, Individu memperhatikan bahwa ada sesuatu yang keliru atau kurang sesuai. Suatu kesadaran bahwa keputusan sedang diperlukan. Kesadaran ini diikuti oleh satu periode perenungan.
2. Mengenal masalah
Setelah melewati perenungan, maka individu akan semakin sadar bahwa kebutuhan untuk memutuskan sesuatu menjadi semakin nyata.
3. Menetapkan Tujuan
Masa mempertimbangkan harapan yang ingin dicapai dalam mengambil keputusan.
4. Memahami Masalah
Merupakan suatu kebutuhan individu untuk memahami secara benar permasalahan, yaitu mendiagnosa akar permasalahan yang terjadi, Kesalahan mendiagnosa dapat terjadi karena memformulasikan masalah secara salah
5. Menentukan pilihan.
Jika batas-batas keputusan telah didefinisikan dengan lebih sempit, maka pilihan-pilihan dengan sendirinya lebih mudah tersedia. Namun jika keputusan yang diambil masih didefinisikan secara luas, maka proses pilihan merupakan proses kreatif.
6. Mengevaluasi Pilihan
Fase ini melibatkan penentuan yang lebih luas mengenai ketepatan masing-masing pilihan terhadap tujuan pengambilan keputusan.
7. Memilih
Pada fase ini salah satu dari beberapa pilihan keputusan yang tersedia telah dipilih dengan pertimbangan apabila diterapkan akan menjanjikan suatu kepuasan.
8. Menerapkan
Fase ini melibatkan perubahan-perubahan yang terjadi karena pilihan yang telah dipilih. Efektifitas penerapan ini tergantung pada

ketrampilan dan kemampuan individu dalam menjalankan tugas serta sejauh mana kesesuaian pilihan tersebut dalam penerapan.

9. Memonitor

Monitoring dilakukan setelah penerapan keputusan untuk mengetahui efektifitas dalam pemecahan masalah.

3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan

Faktor-faktor yang mempengaruhi individu dalam mengambil keputusan menurut (Wilson, 2001) di pengaruhi oleh dua factor, yaitu faktor internal yang berasal dari dalam diri seseorang (kreatifitas, persepsi, nilai-nilai yang dimiliki individu, motivasi dan kemampuan dalam menganalisis masalah) dan factor eksternal yang berasal dari luar individu (waktu dalam mengambil keputusan, informasi dan komunitas individu saat mengambil keputusan; seperti peran pengaruh social maupun peran kelompok)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan adalah pengalaman. Pengalaman yang bersumber dari endapan keahlian membantu seseorang terutama ketika menghadapi permasalahan dalam tekanan waktu. Pengalaman seperti ini disebut intuisi yang dapat bersumber dari individu maupun pengalaman keahlian orang lain (Moordiningsih & Faturochman, 2006).

Sedangkan Moordiningsih & Faturochman (2006) juga menjelaskan bahwa kualitas pengambilan keputusan didukung oleh sensitifitas, pengetahuan intelgensi, ketrampilan mendapatkan informasi dan pengalaman individu. Selanjutnya kualitas pengambilan keputusan dapat menjadi rendah dikarenakan factor; wawasan pengetahuan yang kurang, keterbatasan ketrampilan untuk mencari informasi dan melakukan interpretasi terhadap informasi yang diperoleh, ketidak telitian dalam proses, factor kelelahan individu dan suasana hati yang kurang baik.

3.4 Perilaku Persalinan dan Beberapa Faktor yang Berpengaruh

Terdapat beberapa factor yang dapat berpengaruh dalam perilaku persalinan, diantaranya adalah factor social, ekonomi, budaya, dukukangan kebijakan, kemudahan akses fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) tidak menjamin merubah perilaku ibu hamil bersalin di fasilitas kesehatan yang nantinya ditolong oleh tenaga kesehatan yang berkualitas. Alasan pokok mereka tidak mau melahirkan di fasilitas kesehatan karena di fasilitas kesehatan biaya lebih mahal dan belum tentu berkualitas dalam pertolongan persalinan (Mainde *et al*, 2007)

Hasil penelitian Widodo *et al* (2017) menunjukkan bahwa di daerah dengan status AKI yang rendah perilaku persalinan yang aman dipengaruhi oleh beberapa factor diantaranya kesetaraan status social istri/ibu dengan suami dalam keluarga dan masyarakat, dukungan lingkungan social untuk berperilaku sehat dan nilai social ibu yang tinggi bagi keluarga.

Fenomena tersebut menunjukkan bahwa akar masalah ibu hamil tidak melakukan persalinan yang aman adalah kurang dukungan keluarga, kurang dukungan lingkungan sosial, kekhawaritan adanya diskrimisasi dalam pelayanan, ketidakpastian biaya pelayanan, dan persyaratan dokumen untuk kelengkapan administrasi. Akar masalah tersebut tidak mungkin dapat diatasi hanya dengan penyediaan fasilitas kesehatan, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, pemberian bantuan biaya persalinan, serta penyuluhan yang didominasi oleh topik yang bersifat medis. Upaya yang paling efisien untuk mengatasi masalah tersebut adalah pelayanan penyuluhan untuk meningkatkan dukungan keluarga dan dukungan lingkungan sosial, memberikan jaminan kesetaraan kualitas pelayanan dan kepastian biaya pelayanan, serta memfasilitasi kelengkapan administrasi. Widodo *et al* (2017)

Perilaku persalinan yang aman menurut Shen C (1999) menyebutkan pula bahwa status perempuan dalam keluarga sangat

besar pengaruhnya. Selain itu dijelaskan pula bahwa ketidak setaraan gender dan tingkat keberdayaan perempuan yang rendah berdampak pada status kesehatan perempuan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

3.5 Faktor Penyebab Kematian Ibu

Salah satu indicator kesejahteraan suatu Negara serta keberhasilan program pembangunan adalah kesehatan Ibu dan Anak. Di Indonesia upaya yang selalu menjadi prioritas pembangunan dari tahun ke tahun adalah kesehatan ibu dan anak melalui ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi (Depkes RI, 2012)

Angka kematian ibu-ibu dipengaruhi oleh banyak factor, namun untuk mengetahui determinan factor utama penyebab kematian ibu tidak mudah. McCarthy & Deborah(1992) menjelaskan bahwa kematian ibu dipengaruhi oleh tiga factor, diantaranya adalah:

3.5.1. Determinan terdekat

Maksudnya adalah factor kondisi kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan serta komplikasi pasca persalinan (nifas)

3.5.2. Determinan antara

Adalah faktor yang mempengaruhi determinan dekat secara langsung. Determinan antara terdiri dari status kesehatan ibu, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan, dan perilaku penggunaan pelayanan kesehatan.

3.5.3. Determinan jauh

Faktor yang ketiga adalah determinan jauh. Determinan jauh mempengaruhi determinan antara yang meliputi faktor budaya dan ekonomi yaitu status wanita dalam keluarga dan

Sedangkan Fibriana (2007) menjelaskan bahwa kematian ibu dipengaruhi oleh factor ibu itu sendiri, status reproduksi, pelayanan kesehatan, factor social ekonomi serta factor social budaya setempat.

3.6 Bidan dan Tugasnya

Definisi bidan menurut Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai persyaratan yang berlaku. Sedangkan definisi bidan menurut WHO adalah seseorang yang telah diakui secara regular dalam program pendidikan bidan, sebagaimana yang diakui secara yuridis. Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan, mendapat kualifikasi, terdaftar, disahkan, serta memperoleh izin praktik kebidanan.

Menurut Jannah (2011) bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan mempunyai tugas sebagai berikut:

3.6.1 Tugas mandiri

Tugas mandiri diantaranya adalah;

- 1) menerapkan manajemen kebidanan,
- 2) memberikan pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pra perkawinandengan melibatkan klien,
- 3) memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa kehamilan,
- 4) memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien dan keluarga,
- 5) memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien dan keluarga,
- 6) memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan KB,
- 7) memberikan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan system reproduksi, dan wanita masa klimakterium dan menopause,
- 8) memberikan asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga.

3.6.2 Tugas Kolaborasi

Tugas kolaborasi bidan diantaranya adalah;

- 1) memberikan asuhan kebidanan kepada ibu hamil dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi,
- 2) memberikan asuhan kebidanan kepada ibu nifas dengan resiko tinggi yang memerlukan tindakan kolaborasi,
- 3) memberikan asuhan kebidanan kepada ibu bersalin dengan resiko tinggi dan pada kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi,
- 4) memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi,
- 5) memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi dan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi.

3.6.3 Tugas Rujukan

Tugas rujukan diantaranya adalah;

- 1) menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan di luar lingkup kewenangan dan memerlukan rujukan,
- 2) memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan kegawatdaruratan,
- 3) memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan dalam masa persalinan dengan tingkat kesulitan tertentu,
- 4) memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan,

- 5) memberikan asuhan kebidanan pada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan.

Sedangkan rincian tugas bidan menurut Ide (2012) tugas rujukan diantaranya adalah :

- 1) mengkaji adanya penyulit dan keadaan kegawatdaruratan,
- 2) menentukan atau menerima diagnose,
- 3) memberikan pertolongan pertama pada kasus rujukan,
- 4) mengirim klien untuk intervensi lebih lanjut,
- 5) membuat catatan dan pelaporan.

3.7 Peran Bidan

Berbicara tentang peran bidan, terlebih dahulu kita jelaskan yang dimaksud dengan peran atau *role*. Peran menurut Ide A (2012) adalah suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, sikap yang diharapkan oleh masyarakat yang muncul dan menandai sifat dan tindakan pemegang status atau kedudukan social. Peran mencakup tiga hal:

- a. Norma yang dihubungkan dengan posisi atau kedudukan seseorang di masyarakat
- b. Konsep tentang apa yang dilakukan oleh individu dalam masyarakat
- c. sebagai individu, Perilaku individu yang penting bagi struktur social masyarakat

PERAN BIDAN MENURUT IDE, A TAHUN 2012 :

1. Peran sebagai pengelola, yaitu

Mengembangkan pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat, berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sector lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun, kader kesehatan dan tenaga kesehatan lain yang ada di bawah bimbingannya.

2. Peran sebagai Pendidik, yaitu
 - a. Memberikan pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga kelompok dan masyarakat khususnya yang berhubungan dengan KIA dan KB dan keperawatan di wilayah kerjanya,
 - b. Melatih dan membimbing kader dan dukun termasuk mahasiswa kebidanan
3. Peran sebagai Infestigator

Mengidentifikasi kebutuhan investigasi, menyusun rencana, melaksanakan investigasi, mengolah/menginterpretasikan data hasil, menyusun laporan, memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan kesehatan khususnya kebidanan
4. Peran sebagai pelaksana

Peran sebagai pelaksana, bidan dalam menjalankan tugas mempunyai tiga kateori yaitu; tugas mandiri, tugas kolaborasi, tugas rujukan
5. Peran sebagai fasilitator

Bidan memberikan bimbingan teknis dan memberdayakan pihak yang sedang didampingi (dukun bayi, kader, tokoh masyarakat) untuk tumbuh kembang kearah pencapaian tujuan yang diinginkan.

3.8 Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan diatur oleh pemerintah melalui peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 yang berisi tentang izin penyelenggaraan Praktik Bidan. Perihal khusus kewenangan bidan diatur tepatnya pada bab III pasal 9 hingga pasal 14 yang diantaranya di jabarkan sebagai berikut:

Pasal 9 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010.

Bidan dalam menjalankan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Pasal 10 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010.

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.

1. Pelayanan kesehatan ibu sebagai mana dimaksud pada ayat 1 meliputi ;
 - a. Pelayanan konseling pada masa pra hamil
 - b. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
 - c. Pelayanan persalinan normal
 - d. Pelayanan ibu nifas normal
 - e. Pelayanan ibu menyusui
 - f. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan
2. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 berwenang untuk:
 - a. Episiotomy
 - b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
 - c. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
 - d. Pemberian Fe pada ibu hamil
 - e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - f. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
 - g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan post partum
 - h. Penyuluhan dan konseling
 - i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil

- j. Pemberian surat keterangan kematian dan
- k. Pemberian surat keterangan cuti hamil

Pasal 11 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010.

1. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana yang dimaksud pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, anak balita dan anak pra sekolah
2. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat 1 berwenang untuk:
 - a. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (c-28 hari) dan perawatan tali pusat.
 - b. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
 - c. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
 - d. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
 - e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
 - f. Pemberian konseling dan penyuluhan`
 - g. Pemberian surat keterangan kelahiran
 - h. Pemberian surat keterangan kematian

Pasal 12 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010.

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk :

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- b. Memberikan kontrasepsi oral dan kondom

Pasal 13 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010.

- a) Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10, pasal 11, dan pasal 12, badan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi;
 - 1) Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit;
 - 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan dibawah supervise dokter
 - 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan
 - 4) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja dan penyehatan lingkungan.
 - 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah.
 - 6) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas
 - 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap infeksi menular seksual (IMS) termasuk pemberian kondom dan penyakit lainnya
 - 8) Pencegahan penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
 - 9) Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program pemerintah.
- b) Pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, asuhan antenatal terintegrasi, penanganan bayi dan anak balita sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan, terhadap infeksi menular seksual (IMS) dan penyakit lainnya. Serta pencegahan penyalahgunaan narkotika. Psikotropika dan zat Adiktif lainnya (NAPZA) hanya dapat dilakukan oleh badan yang dilatih untuk itu.

Pasal 14 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010.

- a. Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangannya sebagaimana dimaksud dalam pasal 9
- b. Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana dimaksud ayat 1 adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.
- c. Dalam hal daerah sebagaimana dimaksud pada ayat 2 telah terdapat dokter kewenangan bidan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 tidak berlaku

3.9 Definisi Rujukan

Definisi Rujukan adalah penyerahan tanggungjawab dari satu pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang lain. Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu system jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbale-balik atas masalah yang timbul, baik secara vertical maupun horizontal ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional, dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi (Safrudin, 2008). Sedangkan definisi sistem rujukan menurut permenkes no 1 tahun 2012 adalah” merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.”

3.10 Sistem Rujukan

Sistem rujukan merupakan sistem yang mengatur jalannya alur rujukan dari mana kemana seseorang yang merasakan adanya masalah kesehatan pada dirinya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Ali, et al., 2015). Tujuan diaturnya sistem rujukan agar efektif dan efisien dalam proses rujukan, sehingga waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bisa lebih pendek,

berkurangnya layanan rujukan yang tidak perlu karena kasus tersebut sebenarnya sudah bisa ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Kemenkes RI, 2012). Penjelasan selanjutnya diperkuat BPJS (2014) yang menyebutkan bahwa di era Jaminan Kesehatan Nasional memberlakukan system rujukan yang berjenjang dimana seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan harus dimulai dari fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat pertama.

Penjelasan secara umum tentang system rujukan dijelaskan pada pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan no 1 tahun 2012 pasal 3 sebagai berikut;

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.

Penjelasan secara lengkap sistem rujukan secara umum pada Peraturan Menteri Kesehatan no 1 tahun 2012 pasal 4 adalah:

1. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama.
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama.
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama.
4. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/ atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.
5. Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), dan ayat (4) dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis.

Sedangkan penjelasan siapa yang boleh mendapatkan layanan rujukan, dijelaskan pada pasal 5 sebagai berikut

1. Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan.
2. Peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan yang berjenjang.
3. Setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mengikuti sistem rujukan.

Selanjutnya terkait aksesibilitas pelayanan rujukan dijelaskan pada pasal 6

Dalam rangka meningkatkan aksesibilitas, pemerataan dan peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan, rujukan dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien. <http://www.djpp.depkmham.go.id> 5 2012, No.122

3.11 Tata Cara Rujukan

Tata cara dalam melakukan rujukan harus dijelaskan dengan rinci sehingga dalam pelaksanaan rujukan agar tidak mengalami kendala. Tatacara rujukan dijelaskan pula pada permenkes no 1 tahun 2012 tepatnya pada pasal 7 samapi pasal 17, lebih lengkapnya adalah sebagai berikut pasal 7

1. Rujukan dapat dilakukan secara vertikal dan horizontal.
2. vertikal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan.
3. Rujukan horizontal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan.
4. Rujukan vertikal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

Terkait keterbatasan fasilitas pelayanan rujukan, maka tempat layanan kesehatan tidak boleh memaksakan diri memberikan pelayanan pada pasien mengingat keselamatannya, sehingga diberikan penjelasan solusinya pada pasal 8 yaitu Rujukan horizontal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (3) dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.

Berkaitan dengan ketentuan rujukan vertical, Peraturan Menteri Kesehatan no 1 tahun 2012 dijelaskan secara detail pada bab 9 berikut

Pasal 9 Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (4) dilakukan apabila:

1. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau sub spesialistik;
2. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.

Berkaitan dengan pelaksanaan rujukan vertical dari tingkat pelayanan yang lebih tinggi ke rendah secara rinci dijelaskan pada Pasal 10.

Sebagaimana dijelaskan bahwa rujukan vertical sesuai pasal 7 ayat 4 bisa dilakukan apabila:

1. ayat 1 Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;
2. ayat 2 Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut;
3. Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang;

4. dan/atau perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

Terkait dengan kewajiban melakukan rujukan, telah dijelaskan secara rinci pada pasal 11.

Pada Pasal 11 dijelaskan tentang kewajiban merujuk pasien sebagai berikut:

1. Ayat 1 Setiap pemberi pelayanan kesehatan berkewajiban merujuk pasien bila keadaan penyakit atau permasalahan kesehatan memerlukannya, kecuali dengan alasan yang sah dan mendapat persetujuan pasien atau keluarganya.
2. ayat 2 Alasan yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah pasien tidak dapat ditransportasikan atas alasan medis, sumber daya, atau geografis.

Pasal 12, berkaitan dengan persetujuan rujukan dari pasien dan keluarga. Pada pasal 12 ini terdiri dari tiga ayat sebagai berikut:

1. Rujukan harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya.
2. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien dan/atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang
3. Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan;
 - b. alasan dan tujuan dilakukan rujukan;
 - c. risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan;
 - d. transportasi rujukan; dan
 - e. risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan

Pasal 13 tentang kewajiban perujuk sebelum merujuk, Perujuk sebelum melakukan rujukan harus:

1. Melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan;
2. Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat; dan
3. Membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan.

Pasal 14 menjelaskan tentang kewajiban penerima rujukan yatiu dalam komunikasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf b, penerima rujukan berkewajiban:

1. menginformasikan mengenai ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan; dan
2. memberikan pertimbangan medis atas kondisi pasien.

Pasal 15 penjelasan tentang unsur surat pengantar rujukan. Surat pengantar rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 huruf c sekurang-kurangnya memuat:

1. Identitas pasien;
2. hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan;
3. diagnosis kerja;
4. terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
5. tujuan rujukan dan
6. nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan

Pasal 16 penjelasan tentang transportasi rujukan, yang terdiri dari tiga ayat yaitu

1. Transportasi untuk rujukan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien dan ketersediaan sarana transportasi.
2. Pasien yang memerlukan asuhan medis terus menerus harus dirujuk dengan ambulans dan didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
3. Dalam hal tidak tersedia ambulans pada fasilitas pelayanan kesehatan perujuk, rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat dilakukan dengan menggunakan alat transportasi lain yang layak.

Dan pasal 17 penjelasan tentang kewajiban penerima rujukan setelah pasien sampai di tempat tujuan rujukan, yaitu :

1. Rujukan dianggap telah terjadi apabila pasien telah diterima oleh penerima rujukan.
2. Penerima rujukan bertanggung jawab untuk Melakukan pelayanan kesehatan lanjutan sejak menerima rujukan.
3. Penerima rujukan wajib memberikan informasi kepada perujuk mengenai perkembangan keadaan pasien setelah selesai memberikan pelayanan.

3.12 Rujukan Kebidanan

3.12.1 Pengertian

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetri adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal adalah rujukan dan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap, misalnya rujukan dari rumah sakit tipe C ke rumah sakit tipe B. Rujukan horizontal adalah konsultasi dan komunikasi antar unit yang ada dalam satu rumah sakit, misalnya antara bagian kebidanan dan bagian ilmu kesehatan anak. (Safrudin, 2008)

3.12.2 Tujuan

Tujuan dari sistem rujukan adalah :

- 1) setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan yang sebaik-baiknya,
- 2) menjalin kerja sama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya,
- 3) menjalin pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (transfer of knowledge and skill) melalui pendidikan dan pelatihan antara pusat dan daerah. (Safrudin, 2008)

Keuntungan dari sistem rujukan ini adalah :

- 1) pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarganya,
- 2) dengan adanya penataan yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan patugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing-masing,
- 3) masyarakat desa dapat menikmati tenaga ahli.(Safrudin, 2008).

3.12.3 Jenis rujukan

3.12.3.1 Rujukan medic yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertical maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. Jenis rujukan medic antara lain:

- 1) *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostic, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

- 2) *Transfer of specimen*. Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- 3) *Transfer of knowledge/personal*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.

3.12.3.2 Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional.

Persiapan yang harus dipersiapkan dan diperhatikan dalam melakukan rujukan dapat disingkat menjadi BAKSOKU : (Wignyoastro, G *et al*, 2008)

- 1) B (bidan) : pastikan ibu / bayi / klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawadaruratan.
- 2) A (alat) : bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan seperti spuit, infu set, tensimeter, dan stetoskop.
- 3) K (keluarga) : beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menemani ibu (klien) ke tempat rujukan.
- 4) S (surat) : beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu, alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat-obat yang telah diterima ibu.
- 5) O (obat) : bawa obat-obat esensial diperlukan selama perjalanan merujuk.
- 6) K (kendaraan) : siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu dalam kondisi yang nyaman

dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu yang cepat.

- 7) U (uang) : ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan.

3.12.4 Jalur Rujukan

Dalam kaitan ini jalur rujukan untuk kasus gawat darurat dapat dilaksanakan sebagai berikut :

Dari Kader Dapat langsung merujuk ke :

- 1) Puskesmas pembantu
- 2) Pondok bersalin / bidan desa
- 3) Puskesmas / puskesmas rawat inap
- 4) Rumah sakit pemerintah / swasta

Dari Posyandu Dapat langsung merujuk ke :

- 1) Puskesmas pembantu
- 2) Pondok bersalin / bidan desa
- 3) Puskesmas / puskesmas rawat inap
- 4) Rumah sakit pemerintah / swasta

Dari Puskesmas Pembantu dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta

Dari Pondok bersalin / Bidan Desa

Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta

3.13 Penanganan Proses Rujukan Komplikasi Obstetri

Kemampuan Fasilitas Pelayanan di Tiap Tingkatan. (Djoko W, 2008)

- 3.13.1 Kemampuan pertolongan pertama pada gawat darurat obstetri di tingkat pelayanan terdepan (bidan). Diharapkan semua bidan Puskesmas dan bidan di desa mengetahui gejala

dini komplikasi obstetri dan dapat melakukan pertolongan pertama sebelum dirujuk.

3.13.2 Kemampuan dalam Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar (PONED) di tingkat Puskesmas.

3.13.3 Kemampuan dalam Pelayanan Obstetri Emergensi Komprehensif (PONEK) purnawaktu di RSUD Kabupaten.

Hal yang perlu ditinjau dalam melaksanakan PONEK purnawaktu adalah keberadaan dokter spesialis atau dokter umum terlatih kebidanan dan tenaga pendukung, ketersediaan alat dan obat untuk penanganan kegawatdaruratan obstetri serta pengaturan pelayanan purnawaktu.

3.14 Jumlah dan Penyebaran Fasilitas Rujukan

Berkaitan dengan hal yang perlu diperhatikan tentang jumlah dan penyebaran fasilitas rujukan adalah sebagai berikut :

3.14.1 Jumlah PONED dan PONEK di Wilayah Kabupaten

Minimal diperlukan satu fasilitas PONEK purnawaktu dan 4 PONED di wilayah Kabupaten. Untuk pengembangan PONED diutamakan Puskesmas dengan ruang rawat inap yang dapat digunakan sebagai subsenter rujukan di wilayah Kabupaten.

3.14.2 Jumlah bidan di desa yang terampil dalam pertolongan pertama komplikasi obstetri.

Bidan yang bekerja di desa yang waktu tempuhnya untuk mencapai PONED atau PONEK lebih dari 2 jam, diharapkan terampil dalam pertolongan pertama komplikasi obstetri.

3.14.3 Penyebaran dan lokasi PONED

Lokasi Puskesmas yang diprioritaskan untuk mampu PONED diharapkan cukup strategis sehingga mudah dijangkau oleh penduduk dari wilayah yang akan dijangkaunya. Kelayakan lokasi subsenter rujukan sangat membantu dalam memperluas jangkauan pelayanan kegawatdaruratan obstetri

3.15 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Rujukan

Tindakan merujuk merupakan salah satu kewajiban bidan apabila tidak dapat menangani (Peraturan Daerah 2004). Tindakan merujuk pasien yang tepat akan membantu mencegah kematian ibu bersalin akibat komplikasi.

Kematian Ibu Bersalin salah satunya disebabkan oleh pelaksanaan rujukan yang tidak berjalan dengan lancar. Pelaksanaan rujukan dapat berjalan dengan baik apabila seluruh komponen penunjang berfungsi dengan baik pula. Pernyataan tersebut sejalan dengan Penelitian Astuti (2008) yang menjelaskan bahwa kematian ibu bersalin terjadi akibat adanya keterlambatan mengenal resiko tinggi persalinan, terlambat dalam mencari pertolongan, terlambat dalam mengambil keputusan merujuk ke RS, dan terlambat mencari transportasi.

Penelitian lain yang berkaitan dengan rujukan persalinan dilakukan Sukmawati F.A *et al* (2012), yang menjelaskan bahwa persentase kasus rujukan oleh bidan adalah kasus komplikasi kehamilan yaitu 33.3%. dan Kasus rujukan komplikasi kehamilan yang dikirim oleh bidan dikarenakan ingin mengakses jampersal.

BAGIAN



METODE DAN RANCANGAN PENELITIAN

4.1 Metode dan Langkah Penelitian

Merupakan cara atau proses yang dipilih oleh peneliti secara spesifik untuk menyelesaikan permasalahan penelitian dalam suatu riset atau penelitian. Pemilihan metode penelitian sangat berhubungan dengan masalah penelitian serta maksud dan tujuan dari penelitian itu sendiri. Oleh karena itu seorang peneliti sebelum menentukan metode penelitian apa yang akan dipilih perlu dilihat masalah penelitian serta maksud tujuan penelitian yang ingin dicapai.

Metode penelitian yang dipilih pada penelitian ini adalah survei dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif yaitu penelitian dengan tujuan mendeskripsikan fenomena yang ada tanpa melakukan pengambilan keputusan dengan uji statistik. Pendekatan yang digunakan adalah secara fenomenologis, pendekatan ini dipilih karena sesuai tujuan penelitian yang ingin menggambarkan tentang fenomena bidan dalam mengambil keputusan merujuk pasien serta mendeskripsikan kendala yang dialami bidan dalam merujuk pasien persalinan. Untuk menyelesaikan permasalahan atau focus penelitian ini perlu diatur langkah langkah penelitian yang dilakukan. Langkah –langkah yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

1. Survei atau studi awal untuk menentukan permasalahan yang muncul di masyarakat terkait dengan isu pelayanan persalinan
2. Wawancara awal dengan mencari informan kunci terkait masalah penelitian yang akan dilakukan. Wawancara awal ini sifatnya masih umum, untuk melakukan pendekatan serta melakukan observasi

psikologi social informan yang akan ditunjuk dalam penelitian ini. Selanjutnya wawancara mengarah pada fokus penelitian ini yaitu tentang :

- 2.1 kemampuan bidan dalam memutuskan merujuk pasien persalinan
- 2.2 Kendala apa yang ditemui bidan dalam melaksanakan rujukan pasien persalinan
- 2.3 kendala budaya atau keyakinan yang kuat dari pasien maupun keluarga pasien yang diyakini sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan dalam merujuk pasien.
3. Kemudian data hasil wawancara, dikomparasikan dengan studi dokumentasi dan observasi.
4. Diskusi team peneliti, untuk mengerucutkan temuan data, juga diskusi dengan informan kunci yang aktif serta welcome tentang penelitian ini. Wawancara terus dilakukan selama proses pengumpulan data.
5. Tri angulasi dilakukan pula untuk validasi data dari informan satu ke informan lainnya hingga terasa ada kejenuhan jawaban. Selanjutnya uji instrumen dilakukan dengan uji keabsahan data melalui triangulasi. Triangulasi dilakukan dengan informan kunci yang dipilih adalah IBI, Bidan dan Kepala Bidang Pelayanan Medis RS Rujukan
6. Studi dokumentasi, dilakukan dengan tujuan memperkuat data serta untuk komparasi hasil wawancara dengan pustaka terkait system rujukan.

4.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian pada dasarnya adalah rencana atau sketsa penelitian yang meliputi penentuan lokasi penelitian, informan kunci, tehnik pengumpulan data, alat pengumpulan data, analisa data dan penarikan kesimpulan. Berikut merupakan unsur rancangan penelitian yang ditetapkan dalam penelitian ini:

4.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di salah satu wilayah Kabupaten di Jawa Tengah. Peneliti mengambil daerah tersebut dengan alasan adanya peningkatan kejadian Angka kematian Ibu yang sebelumnya pada tahun 2010 AKI tercatat 80,81/100.000 kelahiran hidup di tahun 2011 AKI naik menjadi 92,55/100.000 kelahiran hidup.

4.2.2 Informan penelitian

Pemilihan informan dilakukan dengan pertimbangan variasi geografis dan epidemiologi yang ada di wilayah lokasi penelitian. Informan dipilih yang pernah terlibat dalam penanganan kasus persalinan yang dirujuk ke Rumah Sakit. Informan kunci adalah bidan praktek swasta yang pernah melakukan pertolongan persalinan dan pasien meninggal.

4.2.3 Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, data dikumpulkan dengan pendekatan retrospektif, dengan indept interfiew dengan bidan praktek swasta. Wawancara mendalam (indept interview) dengan bidan pelaksana, dilakukan untuk menggali bagaimana bidan dalam mengambil keputusan akan merujuk pasien persalinan dan kendala yang dialami bidan dalam merujuk pasien sekaligus untuk kros cek pelaksanaan rujukan yang telah mereka lakukan selama ini.

4.2.4 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Peneliti atau asisten peneliti sebagai alat langsung pengumpul data
- b. Pedoman wawancara, pedoman ini dibuat berdasarkan proses pelaksanaan rujukan dan indikator yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan rujukan pasien persalinan, sehingga pasien dapat selamat.

- c. Alat tulis, digunakan untuk mencatat hasil wawancara dan hasil pengamatan saat proses wawancara
- d. Tape Recorder, digunakan untuk merekam wawancara peneliti atau asisten peneliti dalam mengumpulkan data

4.2.5 Analisa Data dan Penarikan Kesimpulan

Analisa data dilakukan secara deskriptif dengan koding dan kategorisasi pada hasil pengumpulan data baik wawancara mendalam dengan bidan praktek swasta dan dengan pihak rumah sakit maupun serta dari IBI.

BAGIAN

5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Wilayah Binaan Dinas Kesehatan Lokasi Penelitian

Kabupaten lokasi penelitian merupakan salah satu kabupaten di lingkungan Karesidenan Surakarta, letaknya berbatasan langsung dengan 6 Kabupaten/kota yaitu di sebelah utara berbatasan dengan kota Surakarta dan Kabupaten Karanganyar, disebelah selatan berbatasan dengan kabuapten Gunung Kidul (DIY) dan kabuapten Wonogiri, serta di sebelah barat berbatasan dengan Kabuapten Klaten dan Boyolali.

Luas wilayah tercatat 466,66 Ha yang merupakan 1,43 % dari luas Propinsi jawa Tengah, terdiri dari 12 kecamatan dan 167 Desa / kalurahan. Kecamatan terluas adalah Kecamatan Polokarto dengan luas 62.18 Km² (13,32%) dan wilayah terkecil Kecamatan Kartosuro dengan luas 19.23 Km² (4.12%)

Topografi Kabupaten lokasi penelitian terdiri dari wilayah daratan, sebagai berikut :

- a. Sebagian besar merupakan daerah datar dan hanya sebagian kecil yang merupakan daerah miring dan bergelombang
- b. Berdasarkan kemiringan tanah 48,7% memiliki kemiringan antara 2-15%
- c. 76,4% terletak pada ketinggian 100-500m dari permukaan laut
- d. Sejak dibangun dan berfungsinya bendungan Gajah Mungkur di Kabupaten Wonogiri, hampir seluruh wilayah di kabupaten lokasi penelitian cocok sebagai lahan pertanian, dan Kabupaten lokasi penelitian merupakan salah satu lumbung padi Provinsi Jawa Tengah

Letak daerah Kabuapten Lokasi penelitian apabila ditinjau dari posisi koordinat adalah sebagai berikut:

1. Bagian ujung sebelah timur : 110 57 33,70" LS
2. Bagian ujung Sebelah Barat : 110 42 6.79" LS
3. Bagian ujung sebelah Utara : 7 32. 17.00" BT
4. Bagian ujung sebelah Selatan : 7 49 , 32,00" BT

(Dihitung dari Meredian Greenwich)

Sumber: badan Pertanahan Nasinal Kabuapten Sukoharjo

Gambaran Angka Kematian

Angka Kematian ibu maternal (AKI)

Angka kematian ibu maternal menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan dan ketersediaan pelayanan kesehatan pada ibu hamil, melahirkan dan nifas. Berdasarkan laporan rutin yang diterima dari bidan desa dan Rumah sakit pada tahun 2011 terdapat kematian ibu maternal yang terdiri dari 1 kematian ibu hamil, 3 kematian ibu bersalin dan 9 kematian ibu nifas. Sehingga estimasi Angka kematian Ibu pada tahun 2011 adalah 92.55/100.000 kelahiran hidup. Angka ini meningkat bila dibandingkan tahun 2010 sebesar 80.81/100.000 kelahiran hidup. Angka ini relative sama bila dibandingkan 2008 sebesar 80.9/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2007 sebesar 93.55/100.000 kelahiran hidup dan tahun 2006 sebesar 55.2/100.000 kelahiran hidup. jumlah kematian yang tinggi adalah 3 kematian di Kecamatan polokarto. (Profile DKK, 2011)

Kematian maternal dilihat berdasarkan indikator waktu, data terakhir yang dapat penulis himpun adalah data kematian tahun 2010 dari dinas kesehatan kabupaten. Data tersebut menunjukkan bahwa kematian ibu kurang dari 48 jam sejumlah 14 kasus dan kematian lebih 48 jam sebanyak 7 kasus.

Kematian berdasarkan status meninggalnya, tiga kasus meninggal saat hamil, sebelas kasus meninggal saat bersalin dan tujuh kasus meninggal saat nifas.

Angka Kematian bayi

Angka kematian bayi tahun 2011 di Kabupaten lokasi penelitian terdapat 128 kematian. Oleh karena itu estimasi Angka Kematian bayi pada tahun 2011 adalah 9,1/1000 kelahiran hidup. Jumlah kematian bayi pada tahun 2011 menurun bila dibandingkan tahun 2010 sebanyak 138 kematian bayi, Jumlah kematian tinggi masing-masing terjadi di Kecamatan Grogol 18 kasus, Kecamatan Polokarto, Kecamatan Mojolaban dan Kecamatan Baki, masing-masing 14 kematian (Profile DKK Sukoharjo)

Angka Kematian balita

Pada tahun 2011 berdasarkan data laporan register dari bidan desa dan Rumah sakit terdapat 18 kematian balita. Dibandingkan tahun 2010 yang dilaporkan ada 19 kematian balita sehingga ada penurunan jumlah kematian, kematian balita tertinggi di Kecamatan Mojolaban, Grogol dan Baki masing-masing ada 3 kematian

5.2 Upaya Kesehatan Rujukan

Sampai tahun 2011 di kabupaten Lokasi penelitian telah operasional 8 buah Rumah Sakit, yaitu 4 rumah sakit Umum dan Rumah sakit Khusus, Rumah sakit Umum yaitu RSUD Daerah yang merupakan RS Pemerintah daerah dan 3 RS Swasta, Sedangkan RS khusus terdiri dari 1 RS Khusus Orthopedi Dr Soeharso yang merupakan RS Pusat Rujukan khusus Bedah dan RS Ibu anak.

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana RS antara lain pemanfaatan tempat tidur dan rasionya terhadap jumlah penduduk RSUD Daerah adalah RS type B dengan 176 tempat tidur RSOP Prof, Soeharso yang merupakan RS type B dengan 222 tempat tidur, RS Sokasari husada adalah RS Khusus type C dengan 18 tempat tidur 18 tempat dan 3 Rs swasta yaitu RS Dr oen Solobaru type C dengan 227 Tempat tidur) RSI Surakarta (type C dengan 206 tempat tidur) dan RS Nirmala Suri (type C dengan 50 tempat tidur) sehingga total terdapat 964 tempat tidur di 8 RS (Profile Dinas Kesehatan, 2011)

Rasio Rumah Sakit terhadap penduduk adalah 3,55 RS per 500.000 penduduk, sedangkan ratio tempat tidur terhadap akit sangat bervariasi di antara 8 Rumah Sakit yang ada di Kabupaten lokasi penelitian, penduduk adalah 78,5 tempat tidur per 100.000 penduduk.

5.3 Kemampuan Bidan Mengambil Keputusan Merujuk Pasien Persalinan

Bidan dalam menjalankan tugasnya di masyarakat meliputi pelayanan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas), pelayanan kesehatan bayi dan anak balita, pelayanan Keluarga Berencana, termasuk kesehatan reproduksi, mengelola program KIA, meningkatkan peran serta masyarakat khususnya dalam pelayanan KIA.

Bidan dalam menjalankan tugasnya dibekali kemampuan profesional terkait dengan pelayanan tersebut, baik kemampuan secara mandiri, kolaborasi dan ketergantungan dengan profesi lain.

Kemampuan bidan dalam menolong Persalinan membutuhkan keahlian khusus, karena dalam hal kasus persalinan ibu yang kehamilannya sehat dan normal belum tentu proses persalinannya normal, begitu pula ibu yang kehamilannya kurang sehat, bisa saja melahirkan secara normal. Proses persalinan yang tidak bisa diprediksi secara pasti tersebut, membutuhkan keahlian yang cukup tinggi dari bidan agar dalam menolong persalinan mampu melakukan asuhan yang tepat sehingga ibu dan bayi selamat.

Kemampuan yang harus dimiliki oleh bidan diantaranya adalah; mampu melakukan pengkajian ibu bersalin, mampu menentukan diagnosa kebidanan, mampu mengenal masalah dan kebutuhan pasien, mampu mengenal komplikasi dan deteksi dini potensial kegawatan, mampu melakukan tindakan segera sebagai antisipasi munculnya kegawatan, mampu merencanakan tindakan sesuai kewenangannya dan mampu melakukan evaluasi asuhan kebidanan.

Kemampuan seorang bidan profesional dalam menolong ibu bersalin, merupakan satu kontribusi yang besar untuk menekan terjadinya kematian Ibu dan bayi akibat proses persalinan. Sehingga

diwajibkan bagi seluruh bidan untuk meningkatkan kemampuannya dalam menjalankan fungsinya sebagai bidan melalui pendidikan minimal diploma III kebidanan.

Namun pada kenyataannya fenomena kematian Ibu masih tinggi. Berikut adalah salah satu kasus kematian ibu akibat ketidakmampuan bidan mengenali tanda-tanda penyulit persalinan serta ketidakmampuan mendiagnosa kebidanan sehingga terlambat memutuskan merujuk pasien.

Kasus yang pernah saya tolong; pasien diantar suami, pasien tampak Kurang Energi Kronis (KEK) kesakitan dan ketuban sudah pecah, dah kering, trus beberapa waktu kemudian pembukaa, jarak 0.5 jam dah lahir, lalu plasenta belum lahir, peristiwanya sangat cepat bu.... Ternyata perdarahan ndak berhenti bu...ternyata itu lho bu apa.... perdarahan tidak berhenti itu lho bu, atoni uteri....., trus ari-ari lengket ndak bisa keluar, sudah saya coba tolong, ndak bisa lepas apa tu buu namanya..... ehm.... solusio plasenta, lalu saya telpon ambulan Rumah Sakit "XX", dan beberapa waktu kemudian sudah sampai di rumah sakit, namun hanya mampir ke UGDsaya dampingi dengan suami saya dan perawat Rumah Sakit "XX", langsung di kirim lagi ke Rumah Sakit 'Y'

Penggalan kasus di atas memberikan gambaran bahwa bidan kurang mampu dalam penanganan awal pada pasien dengan kegawatan obstetrik, dimana pasien datang dalam kondisi ketuban sudah pecah dan sudah tidak ada air ketubannya dan pasien kurang energi kronis (KEK) langkah awal yang seharusnya bidan lakukan adalah stabilisasi pasien dahulu dengan rehidrasi pasien untuk mencegah terjadinya syok serta memberikan kekuatan pada pasien untuk mengejan. Namun pada kenyataan bidan tidak melakukan hal tersebut.

Selanjutnya pada penggalan kalimat berikut memperkuat bukti bahwa pasien mengalami persalinan dengan kasus partus presipitatus

"jarak setengah jam dari pembukaan bayi sudah lahir namun plasenta belum segera lahir serta pada kalimat "peristiwanya sangat cepat bu.."

Dalam hal kelolaan pasien partus presipitatus, bidan harus segera tanggap akan resiko berikutnya yang mungkin akan dialami pasien, yaitu perdarahan, namun bidan tampak tidak memahami kasus pasien kelolaannya, sehingga perkembangan pasien menjadi buruk hingga terjadi perdarahan hebat dan mengalami syok hipovolemik karena perdarahan.

Penggalan cerita bidan tersebut dalam menolong persalinan, menunjukkan ketidak mampuan bidan dalam mengenal tanda-tanda kegawatan obstetrik. Ketidak mampuan bidan dalam mengenal tanda-tanda kegawatan obstetrik berakibat terlambat mengambil keputusan dan terlambat merujuk pasien, sehingga pasien terlambat dalam penanganan yang akhirnya membawa kematian ibu.

Berdasarkan kasus tersebut, dapat dinyatakan bahwa kualitas pengambilan keputusan bidan adalah rendah. Rendahnya kualitas pengambilan keputusan tersebut disebabkan karena kurangnya pengetahuan bidan mengenal tanda-tanda penyulit persalinan.

Temuan ini membuktikan kebenaran dari pernyataan Moordiningsih dan Fathchurohman (2006), bahwa seseorang kurang berkualitas dalam mengambil keputusan, salah satu faktor sebabnya adalah karena faktor kurangnya pengetahuan.

Selanjutnya jika dicermati lebih lanjut, kematian ibu bersalin tersebut, jika dianalisa berdasarkan waktu, menunjukkan bahwa ibu meninggal kurang 48 jam. Artinya kematian ibu bersalin yang telah dirujuk bidan secara kronologis di sebabkan oleh proses pertolongan persalinan yang kurang profesional.

Temuan berikutnya adalah ketidakmampuan bidan dalam menentukan diagnosa kebidanan terkait penyulit persalinan terletak pada kalimat berikut:

.....lalu plasenta belum lahir, perdarahan ndak berhenti bu... ternyata itu lho bu apaaah perdarahan tidak berhenti itu lho bu, atoni uteri?..... , trus ari-ari lengket ndak bisa keluarndak bisa lepas apa tu bu namanya.....ehm.... solusio plasenta ya??

Ketidakmampuan bidan mendiagnosa terkait adanya penyulit persalinan dapat dianalisa dari penuturan bidan, yang mengatakan bahwa plasenta lengket tidak bisa keluar bidan menyebutnya "solusio plasenta". Sedangkan yang benar plasenta lengket adalah retensio plasenta.

Dilihat dari sisi ketepatan melakukan rujukan pada penggalan indept interview dengan informan pertama di atas, menunjukkan bahwa bidan sudah terlambat memutuskan merujuk pasien ke rumah sakit yang lebih lengkap fasilitasnya. Pada kasus di atas, bidan baru memutuskan merujuk pasien setelah terjadi perdarahan dengan menghubungi RS "XX" untuk dikirim ambulan.

Berdasarkan kasus kematian yang dituturkan informan pertama di atas, tampak pula adanya ketidak mampaun bidan dalam memilih Rumah Sakit yang tepat dengan fasilitas yang lengkap sehingga pasien dapat segera tertolong. Bukti analisa tersebut dapat dicermati pada penggalan kalimat berikut;

... lalu saya telpon ambulan Rumah Sakit "XX", dan beberapa waktu kemudian sudah sampai di rumah sakit, namun hanya mampir ke UGD tok itu sudah kejang-kejang, saya dampingi dengan suami saya dan perawat Rumah Sakit "XX", langsung di kirim lagi ke Rumah Sakit 'Y'

Paparan diatas memberikan gambaran bahwa kematian maternal yang terjadi diawali adanya ketidak mampuan bidan mendeteksi potensial kegawatan obstetrik sehingga bidan terlambat memutuskan merujuk pasien ke tempat yang tepat dan pada akhirnya pasien terlambat mendapatkan penanganan profesional. Penemuan hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Fibriana (2007) dan Astuti (2008). Kedua Penelitian tersebut menjelaskan bahwa kematian ibu bersalin disebabkan karena keterlambatan bidan dalam merujuk pasien ke rumah sakit. Keterlambatan merujuk

pasien menurut penelitian Astuti (2008), lebih banyak terjadi karena terlambat keluarga menyetujui keputusan bidan untuk merujuk pasien. Sedangkan penelitian Fibriana (2007) keterlambatan merujuk pasien disebabkan karena terlambat mengenal komplikasi persalinan. Dan temuan penelitian ini keterlambatan bidan merujuk pasien ke rumah sakit dikarenakan bidan kurang mampu mengenal potensial kegawatan obstetrik.

Gambaran ketidaktepatan bidan dalam memutuskan merujuk pasien juga di tuturkan pula oleh informan kunci ke dua, beliau adalah seorang bidan praktek swasta yang pernah menolong persalinan dengan pasien meninggal. Berikut gambaran riwayat pertolongan persalinan yang pernah dikelola informan ke dua;

..... awalnya pasien datang kerumah sekitar jam 7 pagi saya mau berangkat kerja.....berhubung saya ibaratnya sudah buka warung yach.....? dan karena tugas tanggung jawab saya, ..saya terima pasiennya. Pasien bilang sudah “ wayahe melahirkan bu bidan? “keluhan kenceng-kenceng sejak tadi malam sudah terasa “ slemet slemet bu,nanging mboten mesti, kadang kenceng kadang ical bu”, terus seperti biasanya bu, saya langsung periksa dalam, ... trus sudah ada bukaan 4 jari, ya saya tinggal kerja dulu bu.... Karena pikir saya baru anak pertama.... “ masih sak untawis bu...” jam 10 saya dibel pembantu saya, pasien dah kenceng mbatek pengen kebelakang, trus saya ngebut pulang, allhamdulillah sampai rumah pasien sudah telentang sama ngeden” unkgag-ungkeg bu, ndak ada tenaga, karena sudah lama saya pimpin cuma ndak maju-maju ya saya minta asisten untuk ndorong sakuwate trus 2 kali dorongan mak broll...lahir. Allhamduliilah, saya melahirkan plasenta lancar dan lengkap.....trus saya tinggal kerja lagi saya dibel dari rumah.....pasien syur-syuran buuuu sampe beberapa jarak. Saya minta untuk di observasi dulu trus.....selang 30 menit rencana mau saya rujuk malah sudah ngleles, lemes dan tidak tertolong bu.....pengalaman yang berharga dan tidak akan saya ulangi.

Penggalan hasil wawancara tersebut memberikan gambaran bahwa bidan telah melakukan tindakan yang sangat berbahaya, yaitu melakukan tindakan *cruisteler* dengan mendorong rahim ibu secara kuat untuk membantu melahirkan bayi. Tindakan bidan tersebut dapat menyebabkan ruptur uteri, yang ditandai dengan perdarahan yang

banyak. Tindakan bidan yang kurang cermat dan kurang hati-hati tersebut, juga terbaca dari kalimatnya yang menyatakan bahwa "pasien setelah melahirkan di tinggal kerja lagi" sedangkan pada masa dua jam post partum seharusnya bidan melakukan manajemen aktif kala III dilanjutkan untuk observasi pada pasien, tentang perdarahan dan deteksi potensial munculnya kegawatan obstetrik. Namun bidan tidak melakukannya dengan baik.

Berdasarkan kasus tersebut di atas memberikan gambaran bahwa bidan kurang hati-hati dalam melakukan kelolaan pasien sehingga tidak tepat mengambil keputusan untuk segera merujuk pasien ke rumah sakit agar pasien segera mendapatkan pertolongan lebih lanjut, yang pada akhirnya harus menghilangkan nyawa ibu bersalin.

Teori pengambilan keputusan yang dikemukakan oleh Cooke & Slack (dalam Moordiningsih, 2006) menjelaskan bahwa memahami masalah adalah dengan mendiagnosa akar permasalahan yang terjadi. Kesalahan mendiagnosa dapat terjadi karena memformulasikan masalah secara salah. Kesalahan mendiagnosa berhubungan dengan kualitas pengambilan keputusan.

Menurut (Wilson, 2001) factor yang mempengaruhi pengambilan keputusan ada dua factor, yaitu faktor internal yang berasal dari dalam diri seseorang (kreatifitas, persepsi, nilai-nilai yang dimiliki individu, motivasi dan kemampuan dalam menganalisis masalah) dan factor eksternal yang berasal dari luar individu (waktu dalam mengambil keputusan, informasi dan komunitas individu saat mengambil keputusan; seperti peran pengaruh social maupun peran kelompok). Berdasarkan kasus tersebut, dapat dianalisa bahwa factor yang menyebabkan bidan terlambat mengambil keputusan adalah dari faktor internal, yaitu bidan kurang mampu memahami masalah pasien.

5.4 Kendala Bidan dalam Pelaksanaan Rujukan Pasien Persalinan

Kemampuan bidan dalam melaksanakan fungsinya di masyarakat salah satunya adalah mampu melaksanakan rujukan ke tempat pelayanan kesehatan yang lebih lengkap fasilitasnya yaitu rumah

sakit. Namun pada kenyataan di lapangan sering bidan dalam melaksanakan rujukan mengalami berbagai macam kendala yang mempengaruhi keterlambatan dalam merujuk ke rumah sakit. Seperti fenomena yang dituturkan oleh informan pertama maupun ke dua sebagai bidan praktek swasta yang pernah menolong persalinan dan pada akhirnya ibu tidak dapat tertolong.

Penggalan hasil indept interview informan pertama menyatakan bahwa ketika akan merujuk pasien, kendala yang sering ditemui adalah dari pasien dan keluarga. Berikut penggalan hasil wawancara yang dapat kami tangkap;

Kendala yang sering saya temui dari keluarga bu.....pasien juga takut kalau di rujuk ke rumah sakit pasti akan di operasi, sedangkan kalau orang yang ndak punya uang kan yaaach.. tentunya pikir-pikir dulu kan bu.... ketika mau merujuk pasien keluarga pasien masih mau berupaya dengan kejawen bu, sehingga saya harus menunggu keputusan dari keluarga juga.....

Fenomena kendala melakukan rujukan pasien, diperkuat pula oleh kasus yang pernah dialami oleh informan ke dua, dimana ketika bidan akan merujuk pasien kerumah sakit pasien dan keluarga menolak dengan berbagai alasan karena faktor biaya. Berikut penggalan hasil wawancara yang berhasil peneliti rekam.

Komplek bu..... yang sering muncul adalah dilemma dari pasien dan keluarga bu.....kadang kita sebagai bidan sering muncul konflik dan dilemma etis, misalnya begini bu ada pasien mau melahirkan anak pertama datang dengan hasil pemeriksaan ternyata presentasi bokong, tetapi keinginan pasien dan keluarga mendesak untuk tetap melahirkan ditempat saya, salah satu alasan yang membuat dilemma adalah pada saat keluarga bilang tidak ada uang lebih bu..... dan mereka tetap pengen melahirkan ditempat bidan,

Hasil wawancara dengan informan pertama maupun kedua tersebut, menunjukkan bahwa bidan dalam memutuskan merujuk pasien mengalami Hasil indept interfiew diatas memberikan gambaran bahwa masih ada keyakinan dari keluarga mencari alternatif kejawen

agar dapat membantu memperlancar proses persalinan dan dapat melahirkan cukup di tempat bidan saja tidak perlu sampai di RS. Selain itu ada rasa ketakutan dari pasien dan keluarga jika di rujuk akan dioperasi sehingga biayanya akan lebih mahal. Dengan fenomena tersebut bidan menghadapi kendala dari pasien dan keluarga dalam melakukan rujukan ke rumah sakit. Pada penggalan kalimat tersebut bidan dalam posisi ketidaknyamanan secara psikologis dimana bidan mengalami dilema secara etik. Bidan tahu bahwa kasus tersebut adalah patologis sehingga bidan tidak boleh menolong persalinan dan harus segera di rujuk, namun pasien dan keluarga menghendaki tetap melahirkan di rumah bidan saja karena takut di operasi dan tentunya dengan biaya yang tidak sedikit.

Temuan penelitian ini memperkuat penjelasan (Suprabowo,2006). Bahwa memang terdapat hubungan antara persepsi ibu terhadap kualitas pelayanan kesehatan baik terdekat maupun rujukan akan mempengaruhi ibu memanfaatkan pelayanan kesehatan rujukan. Artinya ibu bersalin dengan persepsi yang kuat tentang pelayanan tenaga kesehatan yang telah dianggap bagus, maka dia akan memperkuat keputusan untuk menentukan pilihan tempat persalinannya.

Kendala terkait persetujuan melakukan rujukan karena pasien dan keluarga tidak mau dirujuk, memang merugikan bidan disatu sisi. Hal ini dikarenakan sesuai peraturan menteri kesehatan no 1 tahun 2012 tepatnya pada pasal 11 ayat 1 yang berbunyi “Setiap pemberi pelayanan kesehatan berkewajiban merujuk pasien bila keadaan penyakit atau permasalahan kesehatan memerlukannya, kecuali dengan alasan yang sah dan mendapat persetujuan pasien atau keluarganya”

Pada kasus bidan mau merujuk pasien karena merasa tidak bisa mananganinya karena kasus patologis, tersebut bidan memang berusaha untuk seoptimal mungkin melakukan edukasi kepada keluarga. Namun karena suami belum dating makamasihmenunggu keputusan suami. Hal inilah yang bisa menyebabkan bidan tidak bisa bebas merujuknya , namun di sisi lain bidan merasa harus merujuk karena kondisi pasien yang harus segera mendapatkan pertolongan secepatnya.

Sulitnya bidan merujuk pasien karena harus menunggu keputusan suami memang menjadi satu kendala yang sering ditemukan di masyarakat. Karena peran suami merupakan bagian dari fungsi sosial budaya serta fungsi keluarga seperti yang disampaikan dalam WHO (2012) bahwa peran suami merupakan bagian dari gender yang dibentuk oleh masyarakat sesuai nilai – nilai yang diyakini dan berlaku di masyarakat di periode waktu tertentu.

Penelitian ini membuktikan kebenaran pernyataan Idawati &Yeni H (2014) yang menjelaskan bahwa dukungan keluarga dalam hal ini adalah suami sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kehadiran suami dalam proses persalinan menjadi satu kebutuhan ibu bersalin sehingga akan memperlancar proses persalinannya.

Penelitian ini didukung oleh (Widodo Y *et al.*, 2017) yang menjelaskan fenomena masih ada harapan dari ibu hamil dan keluarga agar jangan sampai melahirkan di rumah sakit, karena melakukan persalinan di fasilitas kesehatan atau rumah sakit dipersepsikan bahwa ibu bersalin dalam kondisi berbahaya. Selain itu dari temuan Widodo *et al* (2017) bahwa mereka ibu yang hamil dan keluarga besarnya didaerah lebis suka untuk melahirkan di rumah atau di klinik bidan dan jangan sampai di rujuk ke rumah sakit.

Pengaruh keluarga terhadap status kehamilan ibu secara umum masih kental untuk masyarakat pedesaan di Indonesia. Hasil studi etnografi menunjukkan peran keluarga (tidak hanya suami) dalam pengambilan keputusan, pemeriksaan hamil, dan persalinan masih kuat pada suku Aceh, suku Dayak (Kabupaten Landak) dan suku Rote (Kabupaten Rote Ndao).

Hasil penelitian ini memperkuat pendapat Ide (2012) dalam bukunya tentang Sosiologi Kebidanan, yang menjelaskan bahwa di daerah terutama pedesaan keputusan terhadap perawatan medis apa yang akan dipilih harus dengan persetujuan kerabat yang lebih tua atau keputusan berada di tangan suami yang sering kali menjadi panik melihat keadaan krisis yang terjadi. Kepanikan dan ketidak

tahuan akan gejala-gejala tertentu saat persalinan dapat menghambat tindakan yang seharusnya dilakukan dengan tepat.

Berdasarkan penggalan penuturan informan kedua, tampak ada rasa bersalah dari bidan karena berupaya melakukan pertolongan awal dulu, yang sebenarnya ada unsur percobaan.

Pada sisi lain, fenomena kesulitan bidan dalam merujuk pasien ke rumah sakit, juga di perkuat oleh penuturan dari informan ke tiga, beliau membenarkan salah satu kendala bidan merujuk pasien adalah dari keluarga. Berikut hasil penggalan indepth interview peneliti;

Kendala memang masih ditemukan bu dari pasien atau keluarga, Cuma sekarangkan masyarakat juga sudah pinter-pinter, jadi kalau akan dirujuk mereka ya cepat-cepat kok bu..., hanya di masyarat yang plosok ndeso gitu masih pinginnya di bidan aja. Pernah pasien itu diberitau bidan karena kehamilannya resiko tinggi...disarankan melahirkan ke RS, malah tidak datang ke bidan lagi dan tidak ke RS, dia bilangnya, bu bidan ki malah meden medeni.

BAGIAN

6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Penelitian tentang ketepatan bidan dalam memutuskan merujuk pasien persalinan di Sukoharjo ini dilakukan secara kualitatif, dimana peneliti melakukan indept interfiew dengan informan kunci, dan di analisa secara diskriptif. Hasil dari indept interfiew dengan 5 orang informan kunci, pada prinsipnya adalah sebagai berikut; 1) dalam hal kemampuan bidan memutuskan merujuk pasien persalinan, fakta di lapangan memberikan gambaran bahwa bidan belum mampu memutuskan secara tepat merujuk pasien ke rumah sakit. Tidak tepatnya bidan dalam memutuskan merujuk pasien didasari ketidak mampuan bidan dalam membaca tanda-tanda pasien beresiko mengalami penyulit persalinan dan ketidak mampuan mendiagnosa kebidanan secara benar. 2) Dalam hal melakukan rujukan pasien, kendala yang sering ditemui bidan adalah dari keluarga ataupun pasien sendiri. Kendala dari sisi pasien dan keluarga disebabkan kurangnya pengetahuan dan latar belakang ekonomi, serta masih adanya keyakinan tertentu secara budaya jawa untuk alternative pertolongan pada pasien.

6.2 Saran

Berdasarkan deskripsi fenomena ketepatan bidan dalam merujuk pasien serta kendala yang ditemui, melalui penelitian ini kami sarankan; 1) Bidan diwajibkan mengupdate ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan kegawat daruratan

obsterik melalui seminar dan pelatihan, 2) Bagi institusi pendidikan sebelum kelulusan, bidan perlu dimagangkan dulu di Rumah Sakit untuk mendapatkan pengalaman pertolongan persalinan kegawat daruratan obstetric.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, F. A., Kandou, G. & Umboh, J., 2015. Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014. *JIKMU*, 5(2)
- Astuti, S.A (2008) Pola Pengambilan Keputusan Keluarga dan Bidan dalam merujuk Ibu Bersalin ke Rumah Sakit pada Kasus Kematian Ibu di Demak. *Tesis* UNDIP Semarang.
- Beach, L & Connolly, T (2005) *The Psychology of Decision Making* Thousand Oaks California. Sage Publications
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Asuhan Persalinan Normal*. JHPIEGO. Jakarta
- Dinas Kesehatan Propinsi Jateng (2012) "Buku Saku Kesehatan 2012" Jawa tengah.
- Depkes RI. 2012. *Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Djoko.W(2008). *Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak*. Duta Prima Airlangga. Surabaya
- Elmiati (2003). *Determinan Rujukan Persalinan Kegawatdaruratan Oleh Bidan Obstetri Praktek Swasta Di Kota Medan*.<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/32608>
- Fibriana, A.I (2007) "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kematian Maternal di kabupaten Cilacap" *Tesis*, Universitas Diponegoro
- [http:// www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)" *Profile Kesehatan Indonesia 2007*" (diakses tanggal 7 Maret 2013)
- <http://www.menegpp.go.id/> *AKI pada Ibu Melahirkan Menurut SDKI 2007*. (Akses tanggal 8 juni 2011).

<http://www.dinkesjatengprov.go.id> Buku Saku Kesehatan 2012, (diakses tanggal 23 Maret 2013)

Idawati & Yeni H (2014) Dukungan Keluarga Terhadap Kelancaran Proses Persalinan Di Bps Muksinin, *Jurnal Keperawatan*, Volume X, No. 1

Ide, A (2012) *Sosiologi Kebidanan*, Rona Pancaran Ilmu, Yogyakarta

Jannah, N (2011) *Konsep kebidanan*, Ar-Ruzz Media, Jogjakarta

Kemendes RI, 2012. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 01 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Jakarta: Kemendes RI

Moordiningsih & Faturachman (2006) Proses Pengambilan Keputusan Dokter, *Jurnal Psikologi*; vol 33 no 2, p 1-15

Maine D. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. *Lancet*. 2007;370(9595):1380.

McCarthy, J., Deborah, M. 1992. A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. *Study in Family Planning*, [ejournal] 23 (1): pp. 23–33.

Peraturan daerah no 15 tahun 2004 “tentang Ijin Praktek Bidan”

Peraturan Menteri Kesehatan RI no 1464/Mendes/PER/2010 “ izin dan penyelenggaraan Praktik Bidan” Direktorat bina pelayanan keperawatan direktorat bina pelayanan medic menteri kesehatan RI, Jakarta

Permenkes 2012 [Permenkes Nomor 1 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan.pdf \[d49ordj05249\] \(idoc.pub\)](#)

Perry, A, Potter. (2009). Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Edisi 7. Jakarta: EGC

Purwanti, D.D. 2010. Faktor yang Mempengaruhi Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008. Skripsi. Universitas Airlangga.

- Safrudin, H.D. 2009. *Kebidanan Komunitas*. EGC. Jakarta.
- Shen C, Williamson JB (1999). Maternal mortality, women's status, and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis. *Soc Sci Med.* ;49(2):197–214.
- Sukmawati, F.A., Purnami, C.T., Nugroho, R.D (2012) Strategi Informasi Geografis Jejaring Rujukan Ibu di Rujuk dan Karakteristiknya di Kota Semarang, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol 1 (2) P 163-176
- Sumarmi, Sri. (2017). “Model Sosio Ekologi Perilaku Kesehatan dan Pendekatan Continuum of Care untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu”. *The Indonesian Journal of Public Health*, Vol. 12, No. 1, hal. 129–141
- Suprabowo, E. (2006). Praktik Budaya dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas pada Suku Dayak Sanggau, Tahun 2006. *Kesmas: National Public Health Journal*, 1(3), 112- 121
- Widodo Y., Amanah S., Panjaitan, N.K., dan Susanto D (2017) Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Dan Budaya Terhadap Perilaku Persalinan Di Perdesaan Daerah Angka Kematian Ibu Rendah Dan Tinggi. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1) : 77-88
- Wilson,G(2001) *Problem Solvig and Decision Making*. New Delhi; kogan page India PVT.LTD
- Wignyoastro, G., Prayanti, M., Nurani, V (2008) *Modul Pelatihan Penyegaran Ketrampilan Klinis Bidan, Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal Serta Kontrasepsi*, Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan, Jakarta

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM PADA INFORMAN TRIANGULASI

=====

Kode Informan :

Tanggal pengumpulan data :

A. Perkenalan

1. Perkenalan diri
2. Tujuan wawancara :
 - a. Mendapatkan informasi dan tanggapan informan tentang pelaksanaan rujukan di RS
 - b. Semua gagasan dan tanggapan serta saran baik yang positif maupun yang negative akan diterima sehingga bebas mengeluarkan pendapat sesuai pandangan informan.

B. Prosedur

1. Setiap informasi yang diberikan penting untuk dicatat
2. Semua tanggapan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk tujuan penelitian ini
3. Beberapa masalah yang harus dibicarakan dan disampaikan dapat ditambahkan bila perlu

C. Pertanyaan

- a. Macam kasus persalinan yang sering dirujuk bidan apa saja?
- b. Selama ini apakah bidan atau tenaga kesehatan lain dalam merujuk pasien sudah tepat dalam hal alasan (penentuan diagnose) maupun tepat dalam waktu mengirim pasien?.
- c. Menurut anda apakah bidan mampu mendiagnosa kasus kegawatan persalinan dengan tepat?
- d. Dalam hal mengirim pasien, sering bidan mengalami kendala, menurut anda Kendala apa yang diketemukan selama ini terkait dengan pelaksanaan rujukan dan bagaimana upaya yang dilakukan?
- e. Apakah selama ini bidan dalam merujuk pasien sudah memenuhi prosedur yang berlaku?

PEDOMAN WAWANCARA INFORMAN KUNCI BIDAN PRAKTEK SWASTA

=====

Kode Informan :
Tanggal pengumpulan data :

D. Perkenalan

1. Perkenalan diri
2. Tujuan wawancara :
 - a. Mendapatkan informasi tentang kasus persalinan yang pernah bidan tolong, namun ibu bersalin meninggal
 - b. Mendapatkan informasi tentang pelaksanaan pengambilan keputusan merujuk pasien
 - c. Mendapatkan informasi dari informan tentang kemampuan mendiagnosa kebidanan
 - d. Semua gagasan dan tanggapan serta saran baik yang positif maupun yang negative akan diterima sehingga bebas mengeluarkan pendapat sesuai pandangan informan.

E. Prosedur

1. Setiap informasi yang diberikan penting untuk dicatat
2. Semua tanggapan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk tujuan penelitian ini
3. Beberapa masalah yang harus dibicarakan dan disampaikan dapat ditambahkan bila perlu

F. Pertanyaan

1. Macam kasus persalinan yang pernah di tolong bidan apa saja?
2. Apakah anda pernah menolong pasien persalinan yang pada akhirnya meninggal?
3. Kasus persalinan apa yang pernah anda tolong dan akhirnya meninggal?

4. Bagaimana kronologi kasus persalinan yang pernah ibu bidan tolong dan pasiennya meninggal?
5. Macam persalinan yang seperti apa yang perlu di rujuk?
6. Kendala apa yang ibu temui ketika merujuk pasien persalinan?.
7. Apakah selama ini bidan dalam merujuk pasien sudah memenuhi prosedur yang berlaku?

BIODATA PENULIS



Indarwati, S.K.M., M.Kes., lahir di Klaten, pada 21 November 1969. Saat ini berprofesi sebagai dosen tetap di Universitas Aisyiyah Surakarta. Menamatkan studi D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Semarang tahun 1991. Jenjang pendidikan sarjana di selesaikan di program kesehatan masyarakat di Universitas Diponegoro Semarang tahun 1997. Jenjang Pascasarjana diselesaikan di Program Magister Kesehatan Ibu-Anak dan Reproduksi di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2006. Mata kuliah yang diampu meliputi: Metodologi Penelitian dan Kesehatan Reproduksi.



Wahyuni, S.K.M., M.Kes., M.M., lahir di Sukoharjo 25 Mei 1966, lulus Akper Muhammadiyah Semarang, lulus sarjana FKM Undip Tahun 1994, lulus Magister kesehatan UGM Tahun 2006, lulus Magister Manajemen STIE AUB Tahun 2013, sebagai Dosen STIKES AISYIYAH Surakarta. Buku yang pernah ditulis, Epidemiologi Kebidanan, Etika Keperawatan, Panduan Kehamilan untuk Umum dan Muslimah, Epidemiologi dan Demografi.



Rina Sri Widayati, S.K.M., M.Kes., Lahir di Sragen, 25 September 1979 , Lulus dari akademi kebidanan Aisyiyah tahun 2001, lulus sarjana kesehatan Masyarakat UNDIP tahun 2004, Lulus Magister Kesehatan peminatan manajemen kesehatan ibu dan Anak UNDIP Tahun 2012. Sebagai dosen Universitas Aisyiyah Surakarta prodi Sarjana kebidanan. Mata kuliah yang diampu Gizi kesehatan reproduksi, asuhan kebidanan komunitas dan Metodologi penelitian.