

OTONOMI PEREMPUAN DAN TRADISI DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN PEMILIHAN TEMPAT DAN PENOLONG PERSALINAN

JKMA

Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas
diterbitkan oleh:
Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas
p-ISSN 1978-3833
e-ISSN 2442-6725
12(2)57-66
@2018 JKMA
<http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/>

Diterima 15 Januari 2018
Disetujui 25 Juni 2018
Dipublikasikan 1 Juli 2018

Annisa Nurrachmawati¹✉, Anna Marie Wattie², Moh. Hakimi³, Adi Utarini⁴

¹ Departemen Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Mulawarman, Samarinda

² Jurusan Antropologi, Fakultas Ilmu Budaya Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

³ Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

⁴ Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

Abstrak

Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa 33,3% persalinan di Indonesia masih dilakukan di luar fasilitas kesehatan. Budaya dan gender berhubungan dengan pengambilan keputusan tempat dan penolong persalinan. Penelitian longitudinal kualitatif dengan studi etnografi ini bertujuan untuk mengeksplorasi faktor tradisi dan otonomi perempuan dengan dinamika pengambilan keputusan tempat dan penolong persalinan. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Muara Kaman di Kabupaten Kutai Kertanegara, Kalimantan Timur. Dilakukan wawancara mendalam terhadap 17 informan ibu hamil yang diikuti sejak kehamilan trimester pertama atau kedua sampai persalinan. Data dianalisis dengan tematik analisis. Sembilan informan melahirkan di fasilitas kesehatan dan masih terdapat delapan informan yang melahirkan di rumah. Ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan mengambil keputusan sendiri atau berdiskusi dengan pihak lain. Diantara ibu hamil yang otonom dalam memutuskan, masih terdapat ibu hamil yang bersalin di rumah, baik dengan bidan Puskesmas, bidan kampung, ataupun penolong persalinan bersama. Sedangkan ibu hamil yang pilihannya diputuskan oleh orang lain (yaitu suami, orang tua atau dukun), seluruhnya melahirkan di rumah dengan dukun sebagai penolong persalinan. Otonomi perempuan perlu diperkuat dengan peningkatan pengetahuan dan praktek perencanaan persalinan serta dukungan keluarga agar memilih persalinan di fasilitas kesehatan.

Kata Kunci: Otonomi, Tempat Persalinan, Penolong Persalinan, Kualitatif Longitudinal

WOMEN'S AUTONOMY AND TRADITION IN MAKING DECISION ON PLACE OF DELIVERY AND BIRTH ATTENDANTS

Abstract

Data from the Basic Health Research survey (Riskesdas) in 2013 showed that 33.3% deliveries in Indonesia occurred outside health facilities. Culture and gender influenced the decision-making process regarding place of delivery and birth attendants. A qualitative longitudinal study with an ethnography study design was conducted to explore the socio-cultural context and women's autonomy in the dynamics of decision making regarding place of delivery and birth attendants. This study was conducted in the working area of Muara Kaman Health Center, Kutai Kertanegara, East Kalimantan. In-depth interviews with 17 pregnant women were conducted since the first or second trimester of pregnancy until childbirth. Data were analyzed using thematic analysis. Nine informants delivered at the health facility and eight informants chose home delivery. Those who delivered at the health facility made their own decision. Nevertheless some informants who were autonomous still chose homebirth, either assisted by midwives, TBAs, or both. Women whose choice was decided by others (husbands, parents and TBAs), all gave birth at home assisted by TBAs. Women's autonomy needs to be strengthened by improved knowledge, practice of delivery plan and also increase family support to enable women to choose health facilities as place for delivery.

Keywords: Autonomy, Place of Delivery, Birth Attendance, Longitudinal Qualitative

✉ Korespondensi Penulis:

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Mulawarman Jl.Sambaliung Kampus Unmul Gunung Kelua Samarinda
Email: nasywa_mzi@yahoo.com Telepon/HP: 082154499470

Pendahuluan

Upaya penurunan angka kematian ibu (AKI) masih menjadi perhatian khusus dunia sejak berlakunya *Sustainable Development Goals* (SDGs). Indonesia menjadi salah satu dari sepuluh negara yang berkontribusi terhadap 60% kematian ibu secara global, bersama India, Nigeria, Kongo, Pakistan, Ethiopia, Sudan, Tanzania, Bangladesh, dan Afghanistan.⁽¹⁾ Sekitar 50 juta ibu di negara berkembang masih melahirkan di rumah tanpa pertolongan tenaga kesehatan (nakes).⁽²⁾ Hasil serupa dari survei demografi dan kesehatan di 48 negara berkembang (2003-2011) menemukan bahwa di Afrika Sub Sahara, Asia Selatan, dan Asia Tenggara lebih dari 70% persalinan berlangsung di rumah.⁽³⁾ Di Indonesia, standar cakupan 100% persalinan ditolong nakes menurut Permenkes no. 43 tahun 2016 belum tercapai. Data Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa 33,3% persalinan dilakukan di luar fasilitas kesehatan (faskes), 12,9% persalinan tidak ditolong nakes terlatih dan 10,9% persalinan masih ditolong oleh dukun.⁽⁴⁾ Meskipun kejadian kematian ibu hamil di propinsi Kalimantan Timur menurun dari 100 (2015) menjadi 95 kematian (2016), namun kematian ibu di Kabupaten Kutai Kertanegara meningkat dari 29 (2015) menjadi 32 (2016) dan tertinggi di Kalimantan Timur pada tahun 2016, dimana sejumlah 15.2% persalinan tidak ditolong oleh nakes.⁽⁵⁾

Berbagai penelitian menyatakan bahwa faktor sosial budaya, keterjangkauan fisik dan akses ekonomi, sosiokultural, kebutuhan dan manfaat yang dirasakan dari faskes merupakan faktor-faktor yang terkait dengan pemanfaatan layanan kesehatan. For sub-Saharan Africa (SSA Penelitian di Propinsi Jawa Barat (2010) menyebutkan bahwa ibu hamil lebih menyukai persalinan di rumah dengan ditolong oleh paraji (dukun beranak). Konstruksi sosial yang berkembang adalah bahwa persalinan dengan bidan atau nakes lainnya dilakukan pada persalinan yang bermasalah.⁽⁷⁾ Demikian pula studi kualitatif di wilayah pedesaan Bangladesh menyebutkan persalinan di rumah masih menjadi pilihan utama perempuan dengan alasan biaya lebih murah, kesulitan geografis mencapai faskes, dan rendahnya status perem-

puan dalam keluarga membuat perempuan tidak memiliki otonomi dimana keputusan dibuat oleh perempuan yang dituakan (misal ibu atau ibu mertua) yang memiliki hubungan baik dengan dukun di masyarakat.⁽⁸⁾

Otonomi didefinisikan sebagai kemampuan secara teknis, sosial dan psikologis untuk mendapatkan informasi dan menggunakannya sebagai dasar untuk membuat keputusan.⁽⁹⁾ Otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan semakin meningkat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan, usia, dan kesejahteraan.^(10,11) Selain tingkat pendidikan dan pekerjaan, otonomi perempuan juga dipengaruhi etnisitas, nilai-nilai tradisional, serta hubungan patriarkal yang tidak setara.⁽¹²⁾ Status perempuan yang rendah di daerah pedesaan Malawi dan Bangladesh menyebabkan mereka tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan dan hal ini ikut berpengaruh terhadap persalinan yang aman. Faktor budaya dan sosial dapat menghambat persalinan di faskes, baik pada persalinan normal maupun komplikasi.^(13,14)

Penelitian di Indonesia juga menegaskan pentingnya eksplorasi hambatan sosial budaya seperti tradisi, jender, dan struktur sosial pengambilan keputusan.⁽¹⁵⁾ Desa Muara Kaman Ulu merupakan asal muasal kerajaan Hindu besar, yaitu kerajaan Kutai Mulawarman. Mayoritas masyarakat Muara Kaman adalah suku Kutai yang masih memegang teguh adat budaya. Desa ini termasuk ke dalam wilayah kerja Puskesmas Muara Kaman di Kabupaten Kutai Kertanegara Kalimantan Timur, terletak di pinggir sungai dengan akses transportasi melalui jalur sungai dan jalur darat. Faskes yang tersedia di desa tersebut berupa pos pelayanan terpadu (posyandu), praktek mandiri bidan yang bekerja di Puskesmas (di luar jam kerja), dan Puskesmas. Berbagai fasilitas tersebut mudah terjangkau oleh kendaraan bermotor dengan lama tempuh sekitar 5-10 menit. Permasalahan yang ditemui adalah masih terdapat bidan kampung yang aktif menolong persalinan, serta masih terdapat para ibu yang melakukan persalinan dengan bidan kampung saja walaupun puskesmas induk berada dekat dari desa tersebut.

Kekayaan budaya dan struktur sosial di masyarakat menjadikan pentingnya pendala-

man akan faktor sosial dan budaya yang mempengaruhi pengambilan keputusan tempat dan penolong persalinan. Berdasarkan latar belakang tersebut penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi konteks-konteks sosial budaya dan otonomi perempuan dalam pembuatan keputusan mengenai tempat dan penolong persalinan.

Metode

Penelitian kualitatif ini merupakan bagian dari penelitian utama dengan desain studi longitudinal kualitatif menggunakan pendekatan etnografi. Budaya Suku Kutai menjadi salah satu konteks yang diteliti dalam eksplorasi proses pengambilan keputusan pemilihan tempat dan penolong persalinan, maka metode etnografi diaplikasikan sebagai desain penelitian. Penelitian utama bertujuan mengeksplorasi pola dan dinamika pengambilan keputusan dalam memilih tempat dan penolong persalinan di masyarakat suku Kutai di desa Muara Kaman Ulu dan Muara Kaman Ilir Kutai Kertanegara, sedangkan pada studi ini difokuskan pada aspek budaya dan otonomi perempuan yang menjadi konteks pengambilan keputusan.

Eksplorasi pengalaman ibu hamil dilakukan secara longitudinal pada kurun waktu April 2015-April 2016. Pemilihan informan ibu hamil dilakukan secara purposif menggunakan teknik *intensity sampling*, yaitu memilih beberapa kasus dengan manifestasi fenomena atau pengalaman yang intensif. Intensitas pengalaman tersebut adalah pengalaman kehamilan pertama (primigravida), kehamilan multigravida dengan pengalaman persalinan sebelumnya oleh dukun beranak atau, kehamilan multigravida dengan pengalaman persalinan sebelumnya oleh bidan dan dukun. Untuk menggambarkan dinamika pengambilan keputusan, informan ibu hamil dipilih sejak kontak pertama dengan faskes, yaitu pada kehamilan trimester pertama (sepuluh informan) atau kedua hingga pascapersalinan (tujuh informan) dan diikuti hingga pascapersalinan. Informan ibu hamil yang dipilih adalah ibu hamil yang teridentifikasi pada empat bulan pertama pengambilan data. Sejumlah 20 ibu hamil teridentifikasi, akan tetapi tiga ibu hamil dieksklusi oleh karena keguguran,

lahir prematur dan pindah ke luar desa.

Wawancara mendalam dilakukan kepada 17 ibu hamil minimal tiga kali, dengan satu kali wawancara pascapersalinan. Setiap wawancara berlangsung antara 30-90 menit, dan seluruh wawancara dilakukan di rumah informan ibu hamil. Sebagian besar wawancara tidak didampingi oleh suami ataupun anggota keluarga lainnya, sehingga informan ibu hamil dapat mengemukakan pendapatnya secara terbuka.

Untuk meningkatkan kredibilitas data kualitatif, dilakukan triangulasi berupa wawancara mendalam dengan lima tokoh masyarakat (satu laki-laki dan empat perempuan, terdiri dari tokoh adat, kedua kader kesehatan di setiap desa dan tokoh pendidikan) dan empat suami. Suami dipilih berdasarkan pekerjaan yang berbeda, yaitu nelayan, pegawai kantor, dan pedagang. Pekerjaan suami lainnya yang tidak termasuk dalam wawancara adalah pekerja perkebunan sawit dan bekerja di luar desa.

Seluruh informan telah memberikan kesediaannya secara lisan untuk diwawancarai dalam penelitian ini. Seluruh wawancara direkam dan proses wawancara dilakukan oleh penulis pertama. Data dianalisis menggunakan analisis tematik dengan tahapan membuat transkrip wawancara, koding, menyusun kategori, menentukan tema, meninjau ulang dan menyempurnakan tema.⁽¹⁶⁾ Penelitian ini telah memperoleh kelaikan etik (*ethical clearance*) dari Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada.

Hasil

Sejumlah 17 ibu hamil telah diwawancarai dengan rentang usia antara 19-37 tahun, dan seluruh informan beragama Islam. Tiga orang informan bekerja sebagai guru di berbagai jenjang pendidikan yang berlokasi di wilayah kecamatan Muara Kaman dan informan lainnya berperan sebagai ibu rumah tangga. Pendidikan terakhir yang berhasil diselesaikan oleh sebagian besar informan adalah sekolah menengah pertama. Dari 17 ibu hamil, hanya dua ibu hamil yang primigravida, dan terdapat dua ibu yang menja-

Tabel 1 Karakteristik ibu hamil di Kutai Kertanegara

Kategori	n	%
Usia		
< 20 tahun	2	11.76
20-35 tahun	14	82.35
>35 tahun	1	5.29
Paritas		
Primipara	2	11.76
multipara	15	88.24
Pekerjaan		
Guru	3	17.65
Ibu rumah tangga	14	82.35
Pendidikan		
Tamat SD	7	41.18
Tamat SMP	5	29.41
Tamat SMA	2	11.76
Perguruan tinggi	3	17.65
Tempat persalinan		
Fasilitas kesehatan	9	53
Rumah	8	47
Penolong persalinan		
Bidan puskesmas	10	58.9
Dukun	3	17.1
Bidan Puskesmas bersamadukun	4	24
Total	17	100

lani kehamilan pada usia 19 tahun. Berdasarkan tempat persalinan, ibu hamil yang memilih tempat persalinan di faskes (rumah bidan praktek, klinik bidan, Puskesmas, dan RSUD) berimbang dengan persalinan di rumah. Namun apabila dilihat dari penolong persalinannya, maka sebagian besar persalinan telah ditolong oleh bidan, atau bersama *bidan kampung* (sebutan masyarakat Kutai untuk dukun). Tiga ibu hamil masih ditolong oleh *bidan kampung* saja di rumah (Tabel 1).

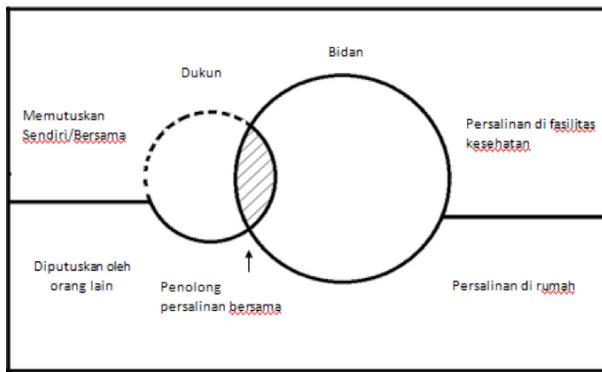
Pada persalinan di rumah yang ditolong oleh bidan kampung saja, bidan Puskesmas biasanya yang dipanggil ke rumah setelah bayi lahir. Pada persalinan di rumah dengan penolong persalinan bidan Puskesmas, biasanya bidan kampung akan dipanggil lebih dahulu, sedangkan bidan Puskesmas dipanggil setelah waktu persalinan

diperkirakan sudah dekat. Dari kedua hal tersebut terlihat peran bidan kampung masih cukup besar sejak masa kehamilan.

Seperti halnya di masyarakat lain pada umumnya, masyarakat Kutai menganggap kehamilan merupakan peristiwa istimewa, sehingga kepedulian ibu hamil, keluarga dan masyarakat cukup tinggi. Kepedulian ibu hamil terwujud dari pemeriksaan kehamilan secara rutin yang dilakukan di Posyandu atau bidan praktek mandiri serta mematuhi adat budaya masyarakat setempat. Masyarakat Kutai mempercayai *tuhing* (pantang makanan dan perilaku) yang dianggap dapat membahayakan ibu dan bayi pada masa kehamilan dan persalinan.

Makanan yang dianggap sebagai pantangan adalah jeruk nipis dan buah nangka. Buah nangka dan kulitnya tidak boleh dimakan karena dapat menyebabkan kulit bayi saat lahir akan kotor bergetak seperti getah nangka. Selain pantangan makanan, masyarakat juga percaya pantangan perilaku, seperti saat terbangun dari tidur, ibu hamil harus segera bangun dan keluar dari kelambu (agar bayi tidak malas). Jika pantangan ini dipatuhi, maka persalinan akan berjalan dengan mudah, lancar dan selamat (*beranak murah*). Apabila terdapat ibu yang hamil, maka masyarakat akan terus mengingatkan ibu hamil tersebut untuk mematuhi berbagai pantangan tersebut, sebagai bentuk kepedulian mereka.

Keterikatan ibu hamil terhadap budaya tersebut turut menjadi konteks dalam pengambilan keputusan mengenai tempat dan penolong persalinan. Berdasarkan kebiasaan di masyarakat Kutai, informan meyakini bahwa persalinan cukup dilakukan di rumah. Persalinan di Puskesmas dilakukan apabila terjadi masalah selama persalinan seperti pernyataan berikut, "*kalau saya sih mau saya ya normal aja di rumah gitu sih di sini, biasanya kalau dibawa ke puskesmas itu lumayan gawat*" (informan bumil 1, 32 tahun). Merencanakan persalinan di faskes pada masa kehamilan dianggap sama saja dengan menginginkan terjadinya masalah saat persalinan. Jika sedari awal telah direncanakan akan melahirkan di tempat tertentu dengan bantuan orang tertentu, maka dipercaya bahwa bayi tidak akan lahir kecuali di tempat dan



Gambar 1. Pola hubungan otonomi perempuan dengan pengambilan keputusan tempat dan penolong persalinan

penolong sebagaimana telah direncanakan sebelumnya. Hal ini dianggap mempersulit ibu sendiri, sehingga memilih untuk tidak merencanakan persalinan.

Keyakinan ini melekat kuat pada ibu hamil oleh karena informasi disampaikan secara turun temurun, “bilang abahku jangan sampai diniatkan di rumah sakit kalau bisa tuh disini aja mudah-mudahan aja minta normal jangan sampai operasi jangan sampai diniatkan di rumah sakit kalau bisa di rumah di rumah aja kan” (informan bumil 13, 19 tahun)”. Kepatuhan terhadap budaya lebih dominan dibanding dengan informasi yang diperoleh dari bidan ketika memeriksakan kehamilan. Informan ibu hamil sebenarnya mengetahui bahwa di buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) terdapat informasi mengenai pentingnya merencanakan persalinan, “sebenarnya sih kalo saya lihat dari buku KIA tuh memang harus direncanakan kayanya, yo cuma dari kebiasaan orang kampung itu ndak boleh” (informan bumil 1, 32 tahun). Pada ibu multipara, sekalipun telah mendapat informasi dari bidan, namun ibu bersikeras melahirkan di rumah karena keyakinan bahwa persalinan kali ini pun akan selamat seperti pada persalinan sebelumnya.

Secara kualitatif, gambar 1 menggambarkan pola tempat (faskes vs persalinan rumah), penolong (nakes vs bidan kampung) dan pengambil keputusan (memutuskan sendiri, bersama keluarga vs diputuskan orang lain). Kuatnya budaya persalinan di rumah tercermin dari hasil penelitian yang menunjukkan pola yang berimbang antara persalinan di rumah dan di faskes. Di faskes, pada umumnya persalinan ditolong oleh nakes tanpa

didampingi oleh bidan kampung. Berbeda halnya dengan persalinan di rumah, yang pola tenaga penolong persalinannya lebih seimbang antara bidan dengan bidan kampung, bahkan terdapat satu ibu hamil yang didampingi oleh keduanya.

Terkait dengan pengambilan keputusan, maka hasil penelitian ini menunjukkan fenomena yang menarik. Pengambilan keputusan oleh ibu hamil sendiri ataupun bersama keluarga cenderung memutuskan persalinan di faskes atau ditolong nakes. Sedangkan persalinan di rumah lebih bervariasi pihak yang mengambil keputusannya. Sekalipun demikian, ibu hamil yang telah memiliki otonomi untuk membuat keputusan sendiri, tidak sepenuhnya memilih persalinan di faskes. Sebagai ilustrasi, salah seorang informan bersikeras melahirkan di rumah walaupun telah mendapat nasihat bidan untuk melahirkan di Puskesmas, “di sini aja buk, habis melahirkan baru kiau [memanggil] bidan tu suntik” (informan bumil 6, 37 tahun). Pengalaman informan lain menunjukkan keputusan ibu untuk melahirkan dengan ditolong oleh bidan kampung saja tidak didukung oleh pihak keluarga, yang berusaha memastikan persalinan di rumah tetap aman bagi ibu dan bayi dengan cara memanggil bidan Puskesmas, “nek suminya dulu kan dipanggil, terus tu bilangny mau melahirkan jua ni, ipar-ipar saya hak panggil bidan Susi, gabung aja biar aja takut ada apa-apa panggil bidan Susi” (informan bumil 4, 34 tahun).

Informan ibu hamil tampaknya memiliki keleluasaan untuk memilih tempat dan penolong persalinan. Suami sebagaipencari nafkah utama tetap sebagai pengambil keputusan, tetapi urusankesehatan dan penyediaan kebutuhan sehari-hari diserahkan kepada istri. Istri berperan sebagai pengatur keuangan keluarga, memiliki keleluasaan untuk beraktivitas di luar rumah termasuk untuk memeriksakan kehamilan secara rutin di posyandu. Berikut ungkapan ibu hamil “kalo suami sih dia ngikut aja kalo bilangny bawa kerumah sakit bawa yang pentingkan keselamatan dulu bilangny kaya gitu”(informan bumil, 27 tahun).Ketika hal ini dikonfirmasi dengan informan suami, para suami menyatakan bahwa mereka menyerahkan keputusan kepada istri de-

ngan alasan mendukung pilihan istri agar membuat istri merasa nyaman, serta para istri lebih mengetahui kondisi kesehatannya. Pada beberapa informan yang berbeda keinginan tempat persalinannya antara suami dan istri, justru suami yang mengalah mengikuti pilihan istri, “ kalau suami-gini pas bulan 9 langsung bawa ke rumah sakit gitu takut kan apa-apa katanya cuma kan aku ndak mau, di rumah aja mba pengennya” (informan bumil 13, 19 tahun).

Bidan Puskesmas merupakan salah satu pihak yang nasihatnya dipertimbangkan oleh ibu hamil. Ibu hamil yang memilih persalinan di rumah dengan bidan Puskesmas sebagai penolong menyatakan bahwa mereka memahami dan lebih mempercayai informasi dari bidan Puskesmas yang menyebutkan bahwa persalinan yang aman adalah di faskes. Meskipun demikian, karena ibu hamil tetap menginginkan persalinan normal dan nyaman di rumah, sehingga sebagai jalan tengah dipilih persalinan di rumah dengan bidan Puskesmas sebagai penolong persalinan, “takutnya segala pendarahan kan ada bidan puskesmas, amunnya bidan kampung kiau bidan kampung takut segala nyawa apa, jadi baik bekiau [panggil] beduanya” (informan bumil 17, 27 tahun). Pada persalinan di rumah, masyarakat memiliki kebiasaan memanggil bidan kampung terlebih dahulu, dan setelah saat persalinan diperkirakan sudah dekat, barulah bidan Puskesmas dipanggil. “Ada bidan kampung sama bidan Puskesmas yang datang” (informan toma 5, 55 tahun).

Informan yang memilih persalinan di faskes mengemukakan alasan karena fasilitas di rumah sakit lengkap, peralatan di rumah sakit itu lebih steril, penanganan cepat dan petugas kesehatan yang terampil membuat ibu juga merasa aman. “Ya saya sendiri yang mutuskan, aku pikir kalo rumah sakit kan lengkap, fasilitasnya lengkap lebih bagus di sana” (informan bumil 5, 33 tahun).

Pengambilan keputusan bersama dilakukan terutama pada persalinan di rumah dengan penolong persalinan bidan Puskesmas. Peran suami dan keluarga cukup penting pada informan yang memilih persalinan di rumah karena keluarga dan suami tidak segan membantu pekerjaan domestik ketika dan sesudah persalinan. Suami telah

menyerahkan keputusan atau mendukung pilihan istri, atau dapat menerima keputusan tersebut. Ibu hamil membuat keputusan bersama agar tidak merasa dipersalahkan jika terjadi sesuatu dalam proses proses persalian dan menganggap baik meminta pendapat dari orang tua, amunnya [kalau] kemauan saya sorang takutnya salah, amunnya anu tu sama mamak tu baik (informan bumil 10, 22 tahun)

Sedangkan pada informan yang tidak memutuskan sendiri, pihak yang mengambil keputusan adalah suami, orang tua dan anggota keluarga lainnya. Salah satu informan yang membiarkan suami mengambil keputusan sebenarnya menginginkan persalinan di Puskesmas, namun saat persalinan bidan Puskesmas tidak berhasil dihubungi per telepon, sehingga suami memanggil bidan kampung di sebelah rumah yang lebih mudah diakses.. Pada kasus lain justru pihak keluarga yang mendorong informan agar mau dirujuk ke Puskesmas. Persalinan yang semula akan ditolong oleh bidan kampung tidak mengalami kemajuan, sehingga pihak keluarga kemudian memanggil bidan Puskesmas yang merujuk ibu untuk melahirkan di Puskesmas, “saya kan sakit perut tuh kan ndik anu jadi bidan W omongkan ke suami ini ndak mungkin beranak dirumah: anu jangan penyesalan nanti, dari pada apa-apa nuruti suami disinikan, sama mertua sebelah tuh kan” (informan bumil 7, 24 tahun).

Pembahasan

Hasil studi ini menunjukkan perempuan memiliki otonomi yang luas dalam hal penentuan tempat dan penolong persalinan, meskipun masih terdapat keputusan yang dibuat bersama oleh ibu dengan keluarga, dan keputusan dibuat oleh orang lain. Otonomi yang luas tersebut muncul antara lain sebab suami menyerahkan keputusan kepada istri walaupun pada beberapa informan terjadi perbedaan keinginan antara suami dan istri. Para informan juga memiliki keleluasaan untuk bepergian atau beraktivitas di luar rumah, serta diperkuat adanya kebiasaan keuangan keluarga diatur oleh istri. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan di daerah pedesaan negara sedang berkembang, bahwa perempuan dengan

kontrol terhadap finansial keluarga, pengambilan keputusan dalam urusan rumah tangga dan pelayanan kesehatan, adanya komunikasi yang baik antar pasangan membuat perempuan memiliki otonomi.^(17,18)

Studi di daerah pedesaan Indonesia menunjukkan bahwa perilaku persalinan aman dipengaruhi oleh kesetaraan status sosial ibu dengan suami, dukungan sosial kepada perilaku sehat, dan nilai sosial ibu yang tinggi bagi keluarga. Ketika membandingkan desa dengan angka kematian ibu rendah dan tinggi, 99,2% ibu di daerah dengan angka kematian rendah melakukan persalinan aman.⁽¹⁹⁾

Pada penelitian ini sebagian besar informan ibu hamil telah memiliki otonomi untuk membuat keputusan pilihan tempat dan penolong persalinan. Studi di Pakistan menyatakan perempuan yang memiliki kekuatan untuk membuat keputusan sendiri berkorelasi positif dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal.⁽²⁰⁾ Pentingnya kesetaraan suami dan istri dalam memutuskan juga dinyatakan oleh penelitian di wilayah miskin di Tanzania. Suami istri yang memiliki persepsi yang sama tentang pentingnya persalinan di faskes mempunyai probabilitas yang lebih besar untuk melakukan persalinan di faskes.⁽²¹⁾ Meskipun demikian otonomi saja tidak cukup untuk membuat perempuan memilih persalinan di faskes. Dari sisi tradisi terdapat kebiasaan persalinan di rumah, serta kengangan untuk merencanakan tempat dan penolong persalinan. Hasil studi ini konsisten dengan temuan di Jawa Barat dengan konstruksi sosial persalinan dengan bidan atau nakes lainnya adalah untuk persalinan yang bermasalah.⁽⁷⁾ Perilaku persalinan di rumah perlu diubah sebab perempuan yang lebih memilih persalinan di rumah pada umumnya belum melakukan perencanaan persalinan, dan menganggap persalinan di faskes tidak diperlukan. Penelitian di pedesaan Kutai ini memperkaya hasil penelitian lain. Perempuan tidak mau merencanakan tempat persalinan di faskes karena persepsi merencanakan persalinan di faskes sama dengan mengharapkan persalinan yang bermasalah.

Pengaruh pihak lain dalam mengambil keputusan tempat dan penolong persalinan ti-

dak dapat diabaikan, baik di Indonesia maupun negara lain seperti di Ghana⁽²²⁾ dan Uganda⁽²³⁾. Di Gorontalo, sebagian besar ibu yang melahirkan di dukun merupakan keputusan dari keluarga. Secara statistik, ada pengaruh yang bermakna antara dukungan keluarga dengan keputusan dalam memilih persalinan di dukun.⁽²⁴⁾

Di Etiopia status perempuan di masyarakat yang rendah, relasi dalam keluarga dan rendahnya keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga, berperan sebagai penghambat pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Otonomi perempuan dipengaruhi oleh dominasi otonomi laki-laki dalam pengambilan keputusan. Di beberapa negara Afrika dengan sistem patriarki, laki-laki atau suami berperan sebagai pengambil keputusan yang mendominasi dan tidak memberi kesempatan untuk dialog sehingga menempatkan perempuan dalam posisi yang lemah dalam pengambilan keputusan, baik mengenai urusan domestik terlebih urusan publik.⁽²²⁾ Situasi ini ditemui pula di negara Asia dimana patriarki menonjol. Di Pakistan, kuasa pengambilan keputusan yang tinggi pada laki-laki berhubungan dengan rendahnya pemanfaatan ANC dan persalinan di faskes.⁽²⁰⁾ Sedangkan di Gambia, ketimpangan relasi antara suami dan istri dalam rumah tangga turut menjadi faktor penghambat. Perempuan memiliki beban kerja domestik yang berat, dan tidak diberikan izin serta biaya untuk ANC dan persalinan di faskes.⁽²⁶⁾ Sebaliknya jika suami terlibat dalam ANC dan perawatan kehamilan, akan meningkatkan probabilitas persalinan dengan nakes terlatih.⁽¹⁸⁾ Studi di Gorontalo memperlihatkan dukungan suami dalam bentuk pengurusan kepesertaan jaminan kesehatan pada masa kehamilan mendorong istri memilih persalinan di faskes.⁽²⁴⁾

Fakta di atas menunjukkan perlunya intervensi yang menargetkan berbagai pihak. Pentingnya meningkatkan pengetahuan tidak saja bagi perempuan serta pelibatan suami pada daerah dimana masih banyak keputusan dibuat bersama antara ibu hamil, suami dan keluarga. Peningkatan pengetahuan dan praktek perencanaan persalinan dapat dicapai melalui pengefektifan kelas ibu hamil dan pencegahan komplikasi pada

saat ANC. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, merupakan upaya terobosan Kementerian Kesehatan dalam rangka menuju persalinan yang aman dan selamat.⁽²⁷⁾

Penyuluhan kesehatan tentang program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi efektif terhadap peningkatan pengetahuan P4K pada ibu hamil.⁽²⁸⁾ Peningkatan pengetahuan ini mendorong kepatuhan ibu hamil dalam melaksanakan P4K, apalagi jika ibu memperoleh dukungan suami.^(29,30) Kepatuhan ibu terhadap pelaksanaan P4K penting sebab komplikasi pada saat kehamilan dan persalinan lebih kecil probabilitasnya pada ibu yang melaksanakan P4K.⁽³¹⁾ Sosialisasi mengenai program P4K juga perlu ditujukan kepada sasaran masyarakat yang lebih luas. Oleh karena itu nakes perlu menjalin relasi kemitraan dengan kader posyandu juga tokoh masyarakat secara aktif dan berkesinambungan dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam upaya promotif dan preventif.⁽³²⁾

Kesimpulan

Studi kualitatif ini menyimpulkan bahwa pada masyarakat yang memiliki budaya dan tradisi yang kuat, otonomi perempuan saja tidak cukup untuk mewujudkan persalinan di faskes. Otonomi perempuan perlu diperkuat dengan upaya penyadaran pentingnya perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sejak masa kehamilan. Upaya promosi kesehatan mengenai persalinan di faskes penting tidak saja bagi perempuan usia reproduktif tetapi juga melibatkan suami dan tokoh masyarakat agar mendukung perempuan untuk pada akhirnya memilih persalinan di faskes. Dengan demikian keberadaan tradisi yang kuat dapat berjalan selaras dengan pemilihan persalinan di faskes.

Ucapan Terima kasih

Terima kasih kepada ibu Anna Marrie Wattie atas bimbingannya, Dinas Kesehatan Kabu-

paten Kutai Kartanegara, Kepala Desa Muara Kaman, Kepala Puskesmas Muara Kaman, seluruh bidan di Puskesmas Muara Kaman, seluruh informan yang terlibat dalam penelitian, juga kepada Tantim Filial Resti asisten riset yang membantu pengambilan data penelitian ini. Artikel ini merupakan bagian dari studi disertasi di Prodi S3 Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada dengan pembiayaan dari Beasiswa Pascasarjana (BPPS), Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi.

Daftar Pustaka

1. Bank TW, The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Organization 2010;32(5):1-55. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
2. Maccormack CF. Women on the Front Lines of Health Care. Vol. 88, Children. 2010. 62-69 p.
3. Montagu D, Yamey G, Visconti A, Harding A, Yoong J. Where do poor women in developing countries give birth? a multi-country analysis of Demographic and health survey data. PLoS One. 2011;6(2).
4. Kementerian Kesehatan RI. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016. Kementeri Kesehat RI. 2017;100. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin>
5. Dinas Kesehatan Kalimantan Timur. Profil kesehatan Propinsi Kalimantan Timur tahun 2016. Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur. (2017).
6. Bhattacharyya S, Srivastava A, Roy R, Avan BI. Factors influencing women's preference for health facility deliveries in Jharkhand state, India: A cross sectional analysis. BMC Pregnancy Childbirth. BMC Pregnancy and Childbirth; 2016;16(1):1-9.
7. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Utilization of village midwives and other trained delivery attendants for home deliveries in Indonesia: Results of Indonesia demographic and health survey 2002/2003 and 2007. Matern

- Child Health J. 2011;15(8):1400–15.
8. Sarker BK, Rahman M, Rahman T, Hossain J, Reichenbach L, Mitra DK. Reasons for preference of home delivery with traditional birth attendants (TBAs) in Rural Bangladesh: A qualitative exploration. *PLoS One*. 2016;11(1):1–19.
 9. Dyson T, Moore M. On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India. *Popul Dev Rev*. 1983;9(1):35.
 10. Senarath U, Nalika Sepali Gunawardena. Women’s autonomy in decision making for health care in South Asia. *Asia-Pacific J Public Heal*. 2009;21(2):137–43.
 11. Wanjira C, Mwangi M, Mathenge E, Mbugua G, Ng’Ang’A Z. Delivery practices and associated factors among mothers seeking child welfare services in selected health facilities in Nyandarua South District, Kenya. *BMC Public Health*. 2011;11(1):360.
 12. Acharya DR, Bell JS, Simkhada P, van Teijlingen ER, Regmi PR. Women’s autonomy in household decision-making: a demographic study in Nepal. *Reprod Health*. 2010;7(1):15–26.
 13. Seljeskog, L., Sundhy, J., Chimango, J. Factors influencing women’s choice of place of delivery in rural Malawi an explorative study, *African Journal of Reproductive Health* 2006; vol.10 No.3.
 14. Becker SMMS. Measurement of Women’s Empowerment in Rural Bangladesh. 2013;40(3):610–9.
 15. Makowiecka K, Achadi E, Izati Y, Ronsmans C. Midwifery provision in two districts in Indonesia: How well are rural areas served? *Health Policy Plan*. 2008;23(1):67–75.
 16. Braun, V., Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3, pp.77-101.(2006).
 17. Mistry R, Galal O, Lu M. “Women’s autonomy and pregnancy care in rural India: A contextual analysis.” *Soc Sci Med*. 2009;69(6):926–33.
 18. Thapa DK, Niehof A. Women’s autonomy and husbands’ involvement in maternal health care in Nepal. *Soc Sci Med*. 2013;93:1–10.
 19. Widodo Y, Amanah S, Pandjaitan NK, Susanto D. Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Dan Budaya Terhadap Perilaku Persalinan Di Perdesaan Daerah Angka Kematian Ibu Rendah Dan Tinggi. *J Kesehat Reproduksi* 2017;8(1):77–88.
 20. Hou X, Ma N. The effect of women’s decision-making power on maternal health services uptake: Evidence from Pakistan. *Health Policy Plan*. 2013;28(2):176–84.
 21. Danforth E, Kruk P, Mbaruku G, Galea S. Household Decision – making about Delivery in Health Facilities: Evidence from Tanzania. *J Heal Popul Nutr*. 2009;27(5):696–703.
 22. Ganle JK, Obeng B, Segbefia AY, Mwinyuri V, Yeboah JY, Baatiema L. How intra-familial decision-making affects women’s access to, and use of maternal healthcare services in Ghana: A qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*; 2015;15(1):1–17.
 23. Peter R. Atekyerza KM. Influence of Pregnancy perception on patterns of seeking antenatal care among women of reproductive age of masaka district, Uganda. *Tanzan J Health Res*. 2014;16(4):1–12.
 24. Parenden RD. Analisis Keputusan Ibu Memilih Penolong Persalinan Di Wilayah Puskesmas Kabila Bone Analysis of Decision Mother to Choosing Delivery Helper In Kabila Bone Health Center. :362–72.
 25. King R, Jackson R, Dietsch E, Hailemariam A. Barriers and facilitators to accessing skilled birth attendants in Afar region, Ethiopia. *Midwifery*. 2015;31(5):540–6.
 26. Lowe M, Chen D-R, Huang S-L. Social and Cultural Factors Affecting Maternal Health in Rural Gambia: An Exploratory Qualitative Study. *PLoS One* . 2016;11(9)
 27. Usaid. Panduan operasional sistim jejaring rujukan kegawardaruratan pada ibu dan bayi baru lahir: Puskesmas-Rumah Sakit. US-AID. 2014
 28. Wahyuni, S., Wahyuningsih, E. Efektifitas penyuluhan kesehatan tentang program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi terhadap peningkatan pengetahuan P4K pada ibu hamil di wilayah Puskesmas Karangnongko Klaten. *Motorik* 2016; vol.11(23);64-76.

29. Pramasanthi RI. Hubungan Pengetahuan Ibu Hamildan Dukungan Suami Dengan Kepatuhan Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4k) Di Kota Salatiga. *J Sist Kesehat*. 2016;1(4):179-85.
30. Widodo, R. Peningkatan Peran Suami dalam Kesehatan Ibu dan Anak. *Kesehat Masy Andalas*, 2015; 9(2);63-4.
31. Werdiyanti N made, Mulyadi, Karundeng M. Hubungan Penerapan Program Perencanaan Persalinan Dengan Komplikasi Kehamilan Di Puskesmas. *E-journal Keperawatan (EKP)*. 2017;5
32. Chasanah SU. Peran Petugas Kesehatan Masyarakat dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Pasca MDGs. *Kesehat Masy Andalas*. 2015;9(2):73-9.