

**KAJIAN TENTANG PENGALAMAN PEREMPUAN DALAM
MEMPEROLEH HAK REPRODUKSI PADA MASA KEHAMILAN
DAN NIFAS: STUDI FENOMENOLOGI DI ARJASA
KABUPATEN JEMBER**

TESIS

**Awatiful Azza
0706195283**



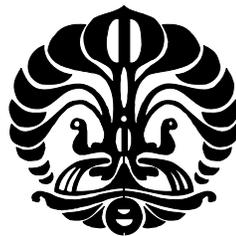
**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA
DEPOK, JULI (2009)**

**KAJIAN TENTANG PENGALAMAN PEREMPUAN DALAM
MEMPEROLEH HAK REPRODUKSI PADA MASA KEHAMILAN
DAN NIFAS: STUDI FENOMENOLOGI DI ARJASA
KABUPATEN JEMBER**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

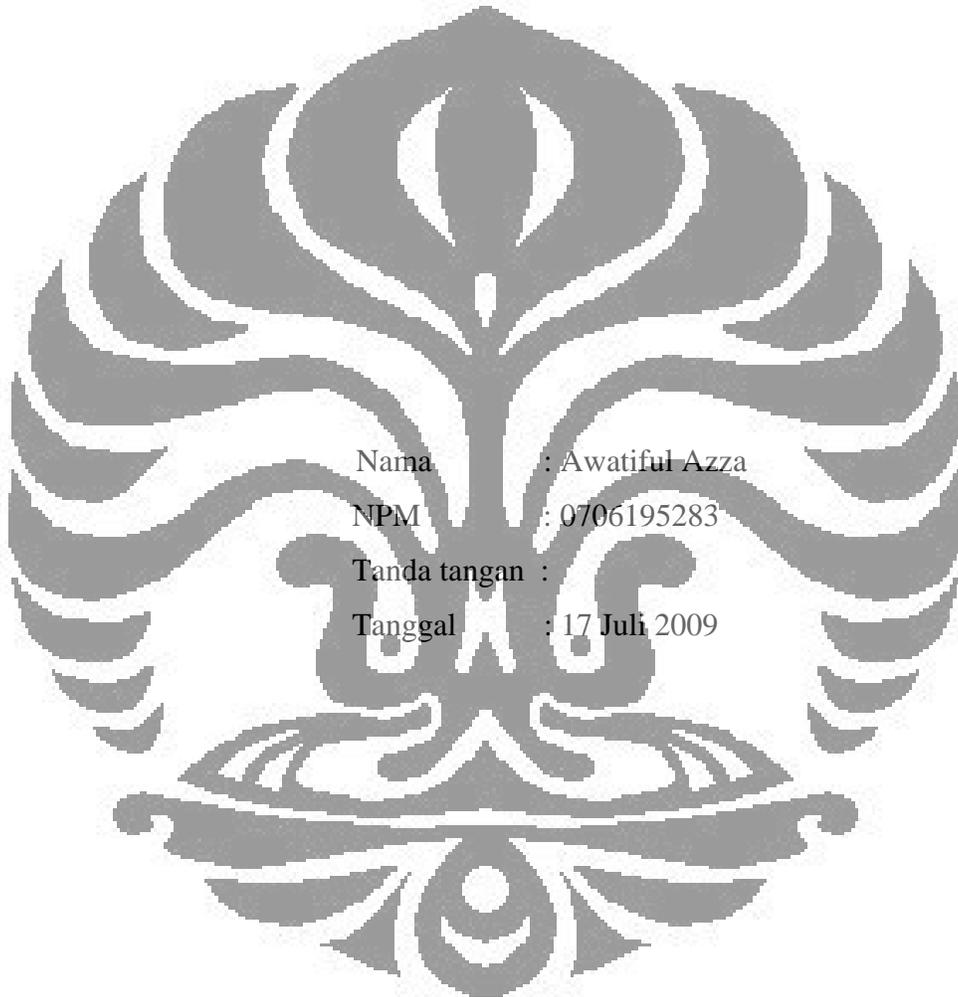
**Awatiful Azza
0706195283**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
DEPOK, JULI (2009)**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Nama : Awatiful Azza

NPM : 0706195283

Tanda tangan :

Tanggal : 17 Juli 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Awatiful Azza
NPM : 0706195283
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Kajian tentang pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas di Arjasa Kabupaten Jember.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Achir Yani S. Hamid, D.N.Sc (.....)

Pembimbing : Yati Afiyanti, SKp., M.N. (.....)

Penguji : Imam Nur Rachmawati, SKp., M.Sc (.....)

Penguji : Deswani, M Kes., Sp. Mat. (.....)

Ditetapkan di : Jakarta
Tanggal : 17 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan pada Allah, SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, sehingga peneliti dapat menyusun laporan tesis dengan judul “Kajian Tentang Pengalaman Perempuan dalam Memperoleh Hak Reproduksi Pada Masa Kehamilan dan Nifas : Studi Fenomenologi Di Arjasa Kabupaten Jember”. Laporan tesis ini disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan.

Dalam penyusunan tesis ini, peneliti mendapatkan bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Achir Yani S. Hamid, D.N.Sc, selaku pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan dan arahan yang sangat bermanfaat demi tersusunnya tesis ini.
2. Yati Afiyanti, SKp., MN., selaku pembimbing II, yang selalu memberikan semangat, dukungan dan bimbingan serta masukan sehingga dalam penyusunan tesis ini hasilnya menjadi lebih baik.
3. Para partisipan yang telah meluangkan waktu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
4. Kepala Bakesbang Linmas, dan Kepala Dinas kesehatan Kabupaten Jember yang telah memberikan izin pada peneliti untuk melakukan penelitian di Arjasa Jember.
5. Dr. Aris Tridjoko, MM selaku kepala Puskesmas Arjasa, yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama pengambilan data.
6. Bidan desa Kamal dan Darsono, kader posyandu, yang telah meluangkan waktu dan kesempatannya untuk dapat terlibat dalam penelitian ini.
7. Ibunda, suami dan anak-anakku tersayang Naufal dan Nasywa yang telah memberikan dukungan dan do'a yang tidak pernah putus.

8. Dewi Irawati, MA., Ph.D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
9. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc., sebagai Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
10. Para staf pengajar Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah banyak memberikan masukan sebagai bekal dalam penyusunan tesis ini.
11. Staf penunjang Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas dukungan dan bantuannya selama ini.
12. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember yang telah memberikan kesempatan dan dukungannya kepada peneliti untuk mengikuti pendidikan.
13. Teman-teman seperjuangan angkatan 2007 yang telah banyak memberikan suport dan masukan dalam penyelesaian tesis ini.

Peneliti berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat baik sebagai bahan kajian ilmiah maupun sebagai bahan rujukan untuk pengembangan penelitian tentang kesehatan perempuan lebih lanjut. Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat peneliti harapkan. Akhir kata, semoga Allah, SWT memberkahi, amin.

Depok, 10 Juli 2009

Peneliti

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

=====

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Awatiful Azza
NPM : 0706195283
Pogram Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif atas karya ilmiah saya yang berjudul : *Kajian Tentang Pengalaman Perempuan dalam Memperoleh Hak Reproduksi Pada Masa Kehamilan dan Nifas : Studi Fenomenologi Di Arjasa Kabupaten Jember*, beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 17 Juli 2009

Yang menyatakan

(Awatiful Azza)

ABSTRAK

Nama : Awatiful Azza
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Kajian tentang pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas: Studi fenomenologi di Arjasa Kabupaten Jember

Angka kematian ibu merupakan salah satu indikator tidak terpenuhinya hak reproduksi perempuan terutama hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan dan nifas. Studi kualitatif fenomenologi dilakukan untuk menggali berbagai pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya sepanjang masa kehamilan dan nifas. Partisipan dipilih dengan kriteria tertentu dengan metode purposif. Delapan partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah perempuan yang sudah pernah hamil dan melahirkan di Arjasa Kabupaten Jember. Data diperoleh melalui wawancara mendalam yang dilengkapi dengan catatan lapangan. Wawancara kemudian direkam dan dibuat transkrip data. Analisa data dilakukan dengan merumuskan kata kunci yang diperoleh dari pernyataan partisipan, yang selanjutnya disusun menjadi tema-tema. Hasil penelitian ini menunjukkan ada beberapa hak reproduksi yang belum diperoleh perempuan diantaranya hak menentukan pilihan pendamping hidup, membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak, belum menikmati hubungan seks yang nyaman, serta belum mempunyai kebebasan berpikir dan membuat keputusan dalam mencari bantuan kesehatan. Namun demikian, penelitian ini juga mengungkapkan bahwa sepanjang masa kehamilannya perempuan banyak mendapat dukungan dari keluarga. Implikasi keperawatan dari penelitian ini berupa informasi yang bermanfaat untuk perkembangan pelayanan keperawatan maternitas terutama pelayanan preventif dan promotif terhadap dampak tidak terpenuhinya hak reproduksi.

Kata kunci: Hak reproduksi, kesehatan perempuan, kehamilan, nifas.

ABSTRACT

Name : Awatiful Azza
StudyProgram : Post Graduate Program Faculty of Nursing
Title : A Phenomenology study of women's Experience in achieving their reproductive rights during pregnancy and postpartal period in Arjasa District, Jember.

Maternal Mortality Rate is one of the indicators of reproductive rights improvement. Particularly, the women rights to get health care services on the pregnancy and postpartal period. The aim of the study was to explore the women's experiences in accomplishing their reproductive rights during the pregnancy and postpartal period. Participants were selected by purposive method.

The participants were eight women who were pregnant and postpartal experience in Arjasa District, Jember. The data were collected through in depth interview, and completed with field notes. The interviewed data were recorded and converted into a transcript data. The data were analyzed by formulating the keywords of the participant's statements. Subsequently, the keywords organized into themes. This result demonstrated that the women were not obtaining several rights namely: the right to choose their spouse, to decide reproductive life planning, to have an enjoyable sex, and to make a decision to seek medical attention. However, the women accepted much support from their family during their pregnancy period. The nursing implication is the research provides useful information to the maternity nursing practice, precisely on the promotive and preventive nursing care delivery to overcome the impact inadequate women reproductive rights improvement.

Keyword: Reproductive rights, women health, pregnancy, postpartal period

DAFTAR ISI

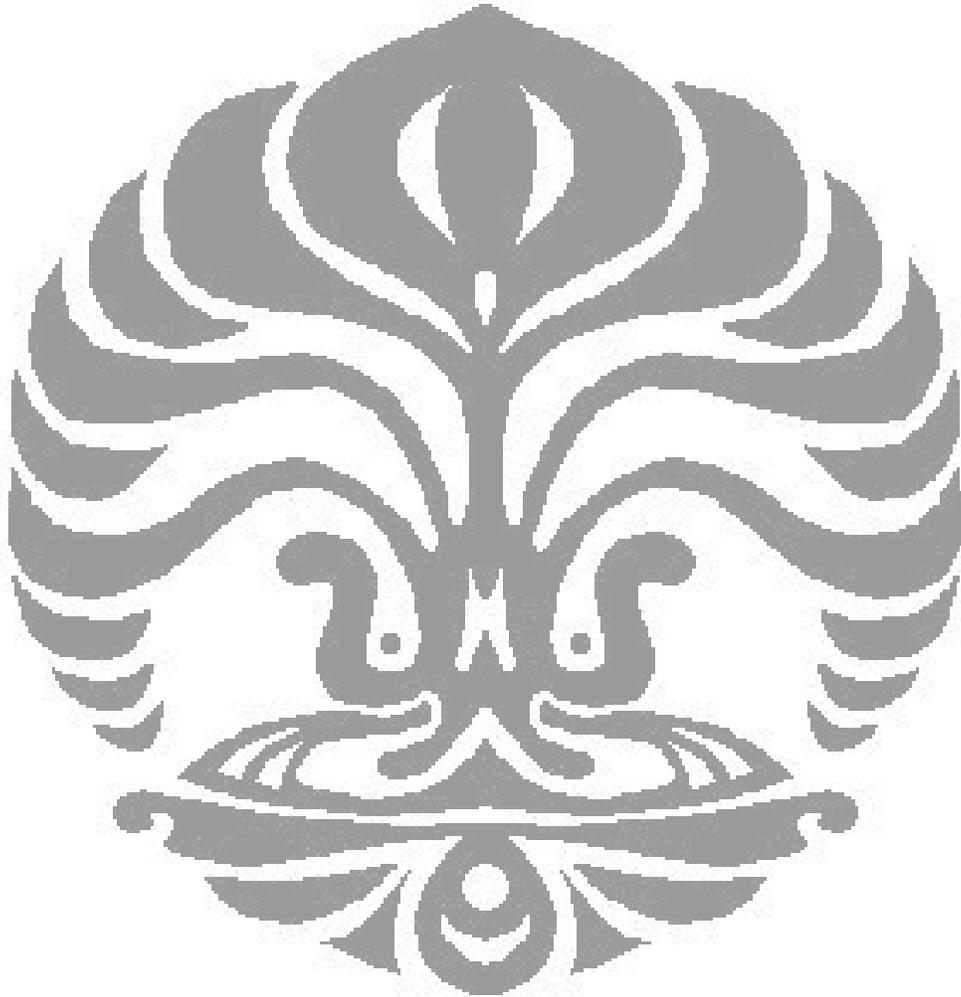
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
LAMPIRAN.....	xiii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan Penelitian.....	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Konsep Gender.....	12
2.2 Kesehatan Reproduksi.....	15
2.3 Hak Reproduksi.....	19
2.4 Kebijakan Kesehatan Reproduksi dan Hak Reproduksi.....	22
2.5 Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Nifas.....	26
2.6 Pengambilan Keputusan dalam Menentukan Pelayanan Kesehatan.....	26
2.7 Budaya yang Mempengaruhi Perempuan dalam Memperoleh Hak Reproduksi.....	28
2.8 Pendekatan King's Sistem dalam memperoleh Hak Reproduksi pada Masa Hamil dan nifas.....	34

3. METODE PENELITIAN.....	36
3.1 Rancangan Penelitian.....	36
3.2 Partisipan.....	37
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	39
3.4 Alat Bantu Pengumpulan Data.....	40
3.5 Prosedur Pengumpulan Data.....	41
3.6 Analisa Data.....	43
3.7 Keabsahan Data Penelitian.....	45
3.8 Etika penelitian.....	46
4. HASIL PENELITIAN	
4.1 Gambaran Karakteristik Partisipan.....	50
4.2 Analisis Tema.....	52
Tema 1). Belum terpenuhinya hak menentukan pilihan pendamping hidup.....	53
Tema 2). Membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak.....	56
Tema 3). Memperoleh perlakuan “istimewa” selama hamil dan nifas....	59
Tema 4). Belum menikmati hubungan sex yang nyaman.....	62
Tema 5). Kebutuhan memperoleh pelayanan kesehatan selama hamil dan nifas.....	65
Tema 6). Kebebasan berpikir dan membuat keputusan dalam mencari bantuan kesehatan.....	71
Tema 7). Harapan perempuan dalam memperoleh layanan kesehatan Reproduksi.....	76
5. PEMBAHASAN	
5.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	78
1). Belum terpenuhinya hak menentukan pilihan pendamping hidup,..	80
2). Membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran	

anak.....	83
3). Memperoleh perlakuan “istimewa” selama hamil dan nifas.....	85
4). Belum menikmati hubungan sex yang nyaman.....	87
5). Kebutuhan memperoleh pelayanan kesehatan selama hamil dan Nifas.....	89
6). Kebebasan berpikir dan membuat keputusan dalam mencari bantuan kesehatan.....	93
7). Harapan perempuan dalam memperoleh layanan kesehatan Reproduksi.....	96
5.2 Keterbatasan penelitian.....	98
5.3 Implikasi untuk Keperawatan.....	99
6. SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan.....	101
6.2 Saran.....	104
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Interaksi Kings dalam Pemenuhan Hak reproduksi Perempuan.....35



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Penjelasan tentang penelitian

Lampiran 2: Pernyataan bersedia menjadi partisipan/informan/peserta penelitian

Lampiran 3: Data demografi partisipan

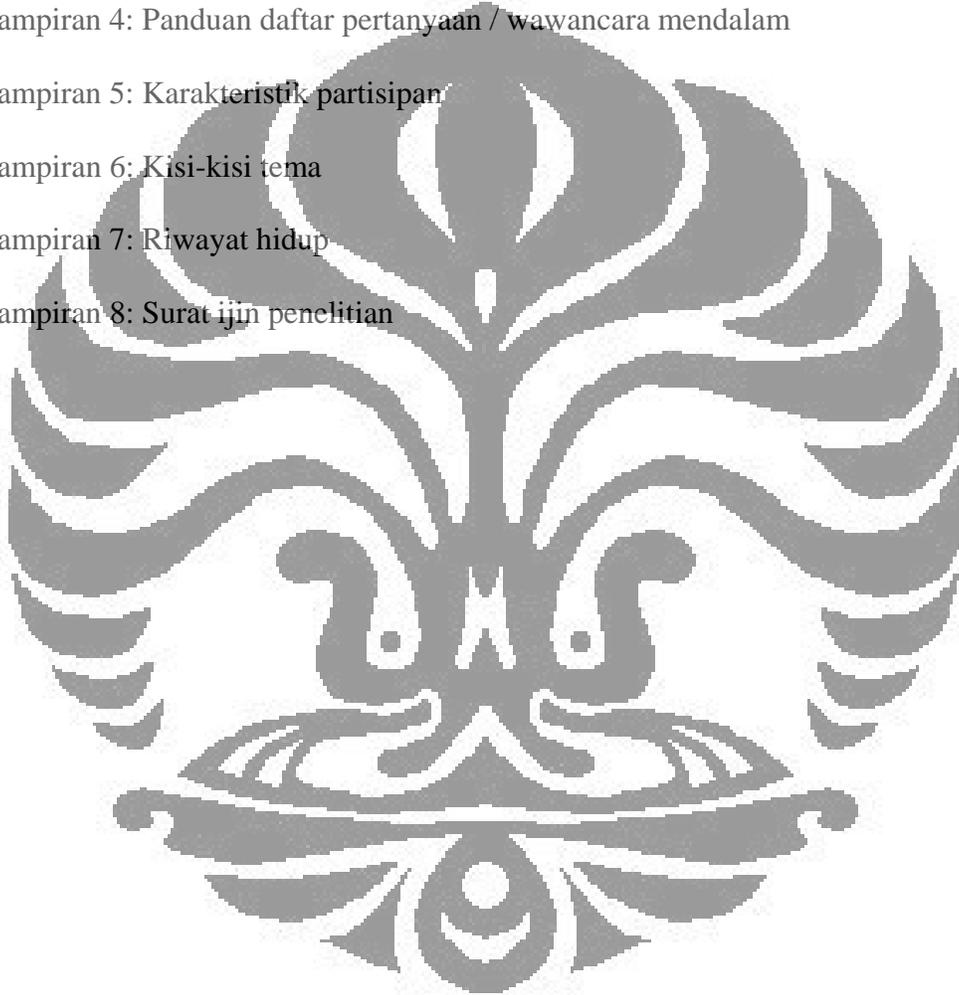
Lampiran 4: Panduan daftar pertanyaan / wawancara mendalam

Lampiran 5: Karakteristik partisipan

Lampiran 6: Kisi-kisi tema

Lampiran 7: Riwayat hidup

Lampiran 8: Surat ijin penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah tentang hak-hak perempuan merupakan kajian yang akhir-akhir ini semakin banyak mendapatkan perhatian. Fakta-fakta membuktikan bahwa nasib kaum perempuan di dunia barat tidak jauh berbeda dengan di beberapa negara. Data statistik di Amerika tahun 2003 menunjukkan banyak terjadi pembunuhan, pelecehan, dan eksploitasi terhadap perempuan. Bahkan, deklarasi HAM Perancis dan proklamasi kemerdekaan Amerika, dua negara yang dianggap sebagai pelopor demokrasi, kebebasan, dan HAM, sama sekali tidak menyentuh tentang hak-hak perempuan (Kompas, 18 Oktober, 2008).

Majalah *Le Monde Diplomatique* dalam sebuah edisinya yang terbit pada bulan April 2005 menuliskan sebuah makalah mengenai meningkatnya kekerasan terhadap kaum perempuan di Eropa. Dalam makalahnya, *Le Monde Diplomatique* menuliskan bahwa kekerasan dalam keluarga merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian perempuan di Eropa pada usia 16 tahun hingga 44 tahun. Kaum perempuan di Portugis menyampaikan bahwa 52,8 persen dari mereka telah menjadi korban kekerasan dari suami atau teman laki-lakinya. Tiga orang perempuan di Jerman tewas dibunuh oleh suaminya sendiri setiap empat hari sekali, dan di Inggris, setiap tiga hari ada satu perempuan yang tewas dibunuh suami atau kerabat dekat mereka (Anis, 2005).

Kondisi yang menyangkut kesejahteraan perempuan ini tidak jauh berbeda dengan keadaan perempuan di Indonesia. Berbagai kasus pelanggaran hak reproduksi perempuan semakin marak. Hal tersebut dapat dilihat dari banyaknya kasus perkosaan dalam perkawinan, pemaksaan perjodohan, larangan aborsi, pelecehan seksual, penyiksaan, paksaan terhadap penggunaan alat kontrasepsi, tidak adanya akses mudah terhadap informasi tentang masalah kesehatan reproduksi, dan berbagai bentuk diskriminasi yang menomorduakan kedudukan perempuan (Hadi, 2007).

Banyak proses lahirnya keputusan dipengaruhi oleh kultur kekuasaan yang menyebabkan rasa ketidakrelaan laki-laki apabila perempuan diposisikan sebagai sosok yang sama-sama mempunyai akses sebagai penentu arah kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara (Bajari, 2008). Peran *gender* yang menganggap status wanita yang rendah berakumulasi dengan indikator-indikator lain seperti kemiskinan, pendidikan, kawin muda dan beban kerja yang berat mengakibatkan wanita juga kekurangan waktu, informasi, untuk memperhatikan kesehatan reproduksinya (Savitri, 2003).

Menurut Meutia (2008), persoalan hak reproduksi pada hakikatnya menyangkut relasi *gender* yang masih timpang. Selama perempuan masih berada dalam posisi *subordinate* dan belum menjadi mitra sejajar laki-laki terutama dalam kehidupan keluarga, dan selama pemahaman tentang hak-hak reproduksi masih rendah dan seksualitas masih dianggap kodrati, selama itu pula perempuan akan tetap menanggung penderitaan dan ke gsaan berkaitan dengan fungsi reproduksinya.

Pada konferensi internasional tentang kependudukan dan pembangunan (*International Conference on Population and Development- ICPD*) di Kairo tahun

1994 kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus secara global, pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dilakukan melalui pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi (Bambang, 2005). Dengan demikian, masalah kependudukan telah bergeser ke arah yang lebih luas yang meliputi pemenuhan kesehatan reproduksi bagi laki-laki dan perempuan sepanjang siklus hidup. Termasuk didalamnya adalah hak-hak reproduksi, kesetaraan dan keadilan *gender*, pemberdayaan perempuan dan penanggulangan kekerasan berbasis *gender*, serta tanggung jawab laki-laki dalam kaitan dengan kesehatan reproduksi (Asan, 2007).

Keterkaitan perempuan dengan hal-hal diluar dirinya selalu dipaksakan oleh sistem sebagai bentuk pengabdian perempuan yang wajar. Perempuan tidak dikondisikan untuk mengenal dirinya sendiri sehingga banyak perempuan yang tidak menyadari hal-hal penting untuk dirinya seperti kesehatan dan pendidikan. Selain itu, minimnya pengetahuan atau informasi mengenai kesehatan reproduksi lengkap yang bisa mereka miliki juga turut mempengaruhi mengapa perempuan menjadi tidak perhatian terhadap masalah kesehatan reproduksinya (Sadli, 2006).

Sebagaimana kecenderungan nasional dan internasional, meskipun secara demografis perempuan lebih banyak jumlahnya, tetapi status perempuan di berbagai bidang strategis sangat jauh tertinggal dibanding laki-laki. Sebagai contoh, 67,40 persen dari total penduduk yang buta huruf terdiri dari perempuan. Kondisi perempuan di bidang kesehatan juga tidak lebih baik, masalah utama dalam kesehatan reproduksi perempuan adalah tingginya angka kematian ibu (AKI) (Hadi, 2007). Kenyataan tersebut sangat memprihatinkan, khususnya jika ditelaah dari analisis *gender*, karena dalam realitas hukum dan sosial, persoalan hak-hak kesehatan reproduksi adalah persoalan relasi kekuasaan (Hamdanah, 2005). Tidak adanya akses dan kontrol perempuan atas kekuasaan dan pengambilan keputusan yang berkaitan dengan hak reproduksi mengakibatkan

rusaknya alat reproduksi perempuan, terampasnya hak reproduksi perempuan dan hak ekonominya (Dwiyanto, 2001).

Kematian ibu atau kematian maternal pada saat melahirkan merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang sangat penting. Selama kehamilan, ibu akan mengalami perubahan baik anatomis, fisiologis, psikologis maupun perubahan lainnya, kondisi tersebut tentunya memerlukan dukungan dari lingkungan dan keluarganya untuk mengurangi resiko komplikasi maupun kematian saat melahirkan (Pillitteri, 2003). Tingginya AKI mempunyai dampak yang besar terhadap keluarga dan masyarakat (Budianto, dkk, 2002). Kematian seorang perempuan saat melahirkan sangat mempengaruhi kelangsungan hidup bayinya, karena bayi yang bersangkutan akan mengalami nasib yang sama dan keluarganya bercerai berai (Budianto, dkk, 2002).

AKI di Indonesia dewasa ini masih tinggi, sedikitnya 18.000 ibu meninggal setiap tahun karena kehamilan atau persalinan. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) (2003), menyebutkan angka kematian ibu di Indonesia 307/100.000 kelahiran hidup, dan 262/100.000 pada tahun 2005, walaupun terjadi penurunan angka ini masih lebih tinggi dari beberapa negara di ASEAN. Tingginya angka kematian ibu menggambarkan masih rendahnya tingkat kesejahteraan penduduk (Prapto, 2008).

Depkes (2002) menyebutkan bahwa faktor yang turut melatar belakangi kematian maternal secara tidak langsung adalah usia ibu pada waktu hamil terlalu muda (kurang dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun), jumlah anak terlalu banyak (lebih dari 4 orang) dan jarak antar kehamilan kurang dari 2 tahun (Depkes RI, 2002). Tingginya angka kematian ibu dan kematian balita di

Indonesia, memperlihatkan rendahnya pelayanan kesehatan yang diterima ibu dan anak serta rendahnya akses informasi yang dimiliki ibu dan anak (Prapto, 2008).

Keadaan tersebut tidak jauh berbeda dengan di Jawa Timur. Otoritas perempuan Jawa Timur masih lemah atas hak reproduksinya, hal ini tercermin pada angka akseptor keluarga berencana (KB) di mana perempuan merupakan akseptor KB yang dominan (97 persen) (Djunaidy, 2008). Angka kekerasan seksual di Jawa Timur, juga perlu mendapat perhatian khusus. Kasus perkosaan perempuan di Surabaya selama bulan Januari 2000 sampai akhir November 2001 terdapat sekitar 230 kasus, sedangkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2000 AKI di Jawa Timur 168,2/100.000 kelahiran hidup (Rohjati, dkk. 2004). Data tentang kekerasan terhadap istri juga banyak dilaporkan, diantaranya dari Savy Amira LSM perempuan di Surabaya yang melaporkan sekitar 130 kasus pada tahun 1997-2000, sedangkan penelitian yang dilakukan di Jawa Tengah ditemukan 1 (satu) dari 5 (lima) perempuan mengalami kekerasan seksual yaitu dipaksakan melakukan hubungan seks ketika perempuan tidak menginginkannya atau hubungan seks dengan menggunakan ancaman fisik (Darmono & Diatri, 2008).

Secara keseluruhan, status perempuan di daerah-daerah subkultur Madura (daerah Tapal Kuda) lebih buruk dibanding rata-rata Jawa Timur. Angka perkawinan di bawah umur di delapan kabupaten Jawa Timur rata-rata 36,11 persen, selain itu menurut hasil survey Kelompok Kerja Advokasi Kesehatan Ibu dan Balita (KIBBLA) di Jember menyatakan dari 100.000 kelahiran, sedikitnya 103 ibu meninggal dunia karena berbagai faktor pada saat melahirkan (Djunaidy, 2008).

Kondisi yang dikaitkan dengan kesehatan reproduksi di kabupaten Jember, terutama dalam hal pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, keadilan dan kesetaraan *gender*, maka pemenuhan hak reproduksi masih belum sesuai harapan, hal tersebut disebabkan karena penerapan hak reproduksi masih sangat dipengaruhi oleh faktor sosial dan budaya (Djunaidy, 2008). Bahkan lebih dari itu, ketidakadilan *gender* di Jember juga dipengaruhi persepsi tokoh agama terhadap ajaran agamanya. Tokoh agama dianggap mempunyai otoritas didalam menafsirkan ajaran agamanya, sehingga pandangan-pandangannya sangat mempengaruhi pola pikir, sikap dan perilaku masyarakat pengikutnya (Hamdani, 2005).

Komunikasi personal yang dilakukan pada ibu H warga Jubung Lor Kabupaten Jember pada tanggal 23 Pebruari 2009 tentang status kesehatan ibu selama hamil mengatakan bahwa, mereka periksa ke petugas kesehatan jika ada keluhan saja dan suami juga tidak pernah menyuruh ibu untuk selalu periksa, hal tersebut disebabkan karena ibu masih harus bekerja di pabrik atau sawah. Ibu yang bekerja di pabrik tidak bisa meninggalkan pekerjaannya, karena khawatir akan digantikan oleh orang lain, yang tentunya mereka tidak akan mendapatkan upah untuk membantu keluarganya. Keadaan tersebut tidak jauh berbeda dengan pengalaman yang disampaikan oleh ibu S dari Arjasa tanggal 27 Pebruari 2009, yang menyatakan bahwa:

“selama hamil saya lebih sering pijat ke dukun, dan suami tidak pernah menyuruh saya untuk periksa ke puskesmas karena selama ini jika ada ibu yang hamil atau melahirkan biasanya dibawa ke dukun beranak, apalagi dukunnya sudah pengalaman”.

Perempuan belum menyadari tentang haknya untuk mendapatkan akses yang mudah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan profesional. Dua fenomena tersebut di atas dapat menunjukkan bahwa keterlibatan suami dalam mendukung

perempuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai standar pada saat hamil masih belum mendapat perhatian, disamping itu perempuan yang bekerja kurang mendapatkan jaminan terhadap status kesehatannya.

Beberapa penelitian terkait tentang lemahnya posisi perempuan terhadap hak reproduksinya, terutama kurangnya kemampuan perempuan dalam mengambil keputusan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi. Penelitian yang dilakukan oleh Fatimaningsih (2008), mengatakan terbatasnya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang mudah dan terjangkau menyebabkan perempuan sangat tergantung pada laki-laki dalam mengambil keputusan tentang kesehatan. Hal tersebut berdampak pada kurangnya kesehatan reproduksi perempuan seperti memutuskan untuk ke dokter, keikutsertaan KB serta pemilihan metode KB yang tidak sesuai dengan kondisi, penanganan gagal KB, periksa kehamilan, hingga persalinan. Penelitian lain yang dilakukan Asan (2007) di NTT juga menyebutkan bahwa suami yang menentukan dan memutuskan istri menjadi peserta KB atau tidak. Laporan dari BKKBN (2005), tentang penyebab kematian maternal juga banyak memberikan bukti bahwa keterlambatan mengambil keputusan untuk memperoleh penanganan rujukan, berkaitan dengan pemahaman komitmen laki-laki dalam proses reproduksi pasangannya. Faktor lain yang dapat menjadi penyebab keterlambatan pengambilan keputusan adalah sosial ekonomi (Savitri, 2003).

AKI akan tetap tinggi apabila kesehatan reproduksi perempuan tidak ditangani secara serius dengan melibatkan dan meningkatkan partisipasi masyarakat. Hal tersebut didukung oleh data dari BKKBN yang menyebutkan bahwa tingginya angka kematian dan kesakitan ibu hamil, melahirkan dan nifas akibat komplikasi sangat terkait dengan diskriminasi *gender* dalam masyarakat. Kondisi tersebut

mengakibatkan terlantarnya perempuan bukan hanya pada saat hamil dan melahirkan tetapi sejak perempuan itu masih kecil dan remaja (BKKBN, 2005).

Pemerintah sebenarnya telah mengupayakan beberapa program dalam upaya untuk menurunkan AKI, diantaranya adalah Gerakan Sayang Ibu (GSI), yang mengajak peran aktif laki-laki dan masyarakat untuk peduli terhadap kesehatan Ibu. Pada tahun 2000 pemerintah mencanangkan Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman atau *Making Pregnancy Safer* (MPS). Fokus pembenahannya bahwa dalam setiap persalinan hendaknya ditolong oleh tenaga kesehatan terampil, setiap komplikasi persalinan mendapatkan pelayanan optimal dan setiap wanita usia subur memiliki akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan serta penanganan komplikasi aborsi (Depkes, 2002).

Kesetaraan *gender* juga sangat penting artinya dalam peningkatan kualitas kehidupan keluarga melalui penurunan tingkat fertilitas. Menurut Ilyas (2006), penurunan fertilitas dapat terjadi melalui kesetaraan *gender* di empat bidang yaitu kesetaraan ekonomi/pendapatan, kesetaraan waktu kerja dalam mencari nafkah, kesetaraan peran dalam kemasyarakatan, kesetaraan dalam pengambilan keputusan.

Komitmen terakhir dari pemerintah adalah mendeklarasikan "*Millenium Development Goals 2015*" yang bertujuan mendorong kesetaraan *gender* dan memberdayakan perempuan dalam pendidikan dasar, serta berkomitmen untuk menurunkan angka kematian ibu sebesar 75% dari tahun 1990 menjadi sebesar 124 per 100.000 kelahiran hidup (**Kompas**, 29 November 2001).

Bertitik tolak dari permasalahan yang dihadapi perempuan yang dikaitkan dengan pemenuhan hak reproduksi terutama sepanjang masa kehamilan dan nifas, maka sebagai bagian dari pemberi pelayanan kesehatan perawat maternitas mempunyai peranan yang sangat strategis untuk membantu pemerintah dalam mengurangi dampak tidak terpenuhinya hak reproduksi pada perempuan. Perawat maternitas dapat membantu meminimalkan dampak tidak terpenuhinya hak reproduksi melalui kerja sama dengan melibatkan masyarakat dan keluarga, terutama dalam mengurangi diskriminasi *gender*. Teori interaksi King's merupakan pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan hubungan interaksi antara perawat dan lingkungan dalam upaya memperbaiki kesehatan perempuan (King, 1981 dalam Tomey & Alligood, 2006).

1.2 Rumusan Masalah

Kasus-kasus kesehatan reproduksi dan seksual yang terjadi di Indonesia saat ini masih sangat memprihatinkan, baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Perkembangan masalah kesehatan reproduksi dari tahun ke tahun bukannya semakin menurun tetapi justru cenderung meningkat. Masih tingginya AKI merupakan salah satu indikator perkembangan pelayanan kesehatan terhadap kesehatan reproduksi (Sadli, 2006).

Meskipun permasalahan yang dikaitkan dengan kesehatan reproduksi sangat luas dan kompleks, namun belum ada penelitian spesifik yang mengarah kepada penggalan pengalaman dan persepsi yang berhubungan dengan hak perempuan untuk memperoleh kesehatan reproduksi sepanjang masa kehamilan dan nifas. Pengalaman spesifik yang dimaksud disini adalah bagaimana ibu memaknai persepsi dan pengalamannya dalam memperoleh hak reproduksinya pada masa kehamilan dan nifas.

Dari keadaan tersebut di atas maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut : Bagaimana makna persepsi pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengeksplorasi tentang makna persepsi pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas di Arjasa Kabupaten Jember.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1 Menguraikan arti dan makna pengalaman perempuan memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas.

1.3.2.1 Mengungkapkan pengalaman perempuan memperoleh pelayanan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas

1.3.2.1 Menggali pengalaman dalam mengambil keputusan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan dan nifas.

1.3.2.1. Mengeksplorasi berbagai harapan dan kebutuhan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi terutama sepanjang masa kehamilan dan nifas.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pengambil Kebijakan:

- 1). Dapat memberikan sumbangan informasi tentang kesehatan reproduksi baik secara langsung maupun tidak langsung untuk menjadi bahan evaluasi bagi pemerhati masalah kesehatan reproduksi perempuan serta adanya usulan perbaikan untuk mengatasi masalah tersebut.

- 2). Hasil penelitian dapat memberikan sumbangan untuk pembuat kebijakan pemerintah pusat / daerah dalam memperbaiki dan mengembangkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan berpihak kepada perempuan terutama untuk daerah terpencil.

1.4.2 Pelayanan Keperawatan.

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan pelayanan keperawatan yang tidak hanya berorientasi pada klinik saja, akan tetapi dapat juga melalui pendekatan kultur dan perilaku masyarakat sesuai dengan budaya yang ada dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan reproduksi.

1.4.3 Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat menjadi data dasar yang dapat dikembangkan lagi untuk penelitian lebih lanjut tentang budaya yang dapat mempengaruhi perempuan dalam memperoleh hak reproduksi.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Gender* dan *Patriarkhi*

Gender adalah peran dan kedudukan seseorang yang dikonstruksikan oleh budaya karena seseorang lahir sebagai perempuan atau lahir sebagai laki-laki (Adriana, 1998). Sudah menjadi pemahaman bahwa laki-laki itu akan menjadi kepala keluarga, pencari nafkah, menjadi orang yang menentukan bagi perempuan. Seseorang yang lahir sebagai perempuan, akan menjadi ibu rumah tangga, sebagai istri, sebagai orang yang dilindungi, orang yang lemah, irasional, dan emosional (Hadi, 2007).

Secara umum *gender* bisa dimaknai sebagai pembeda yang bersifat sosial budaya, akibat perbedaan jenis kelamin (Budianto dkk, 2002). Secara biologis, laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan esensial yang tidak mungkin berubah. Gaya hidup, dan peran keseharian laki-laki dan perempuan lebih disebabkan oleh interaksi mereka dengan lingkungan sosial dan apresiasi mereka terhadap nilai-nilai budaya yang disepakati bersama. *Gender* dapat berubah, dapat dipertukarkan, tergantung waktu, budaya setempat, bukan merupakan kodrat Tuhan, melainkan buatan manusia (Adriana, 1998).

Gender sama sekali berbeda dengan pengertian jenis kelamin. *Gender* hanya memuat perbedaan fungsi dan peran sosial laki-laki dan perempuan, yang terbentuk oleh lingkungan sosial. *Gender* tercipta melalui proses sosial budaya yang panjang dalam suatu lingkup masyarakat tertentu, sehingga dapat berbeda

dari satu tempat ke tempat lainnya. *Gender* juga berubah dari waktu ke waktu sehingga bisa berlainan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Anis, 2005).

Peran gender adalah peran yang diciptakan masyarakat baik laki-laki dan perempuan. Peran *gender* terbentuk melalui berbagai sistem nilai termasuk nilai-nilai adat, pendidikan, agama, politik, ekonomi, dan lain sebagainya. Dalam masyarakat tradisional- *patriarkhi* dengan jelas ada pemisahan yang tajam bukan hanya pada peran *gender* tetapi juga pada sifat *gender* (Ilyas, 2006).

Perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan dianggap sebagai konsekuensi wajar dari perbedaan biologis. Perkembangan hasil penelitian ilmu sosial tentang *gender* menunjukkan bahwa laki-laki dan perempuan berbeda tidak hanya sekedar akibat dari perbedaan biologis antara keduanya, namun proses sosial dan budaya juga telah turut mempertajam perbedaan antara laki-laki dan perempuan (Hapsari, 2007).

Pembahasan mengenai *gender*, melahirkan tiga teori yaitu :

1. Teori *Nurture*.

Menurut teori ini perbedaan laki-laki dan perempuan pada hakekatnya adalah hasil konstruksi sosial budaya sehingga menghasilkan peran dan tugas yang berbeda. Konstruksi sosial budaya selama ini menempatkan perempuan dan laki-laki dalam kelas yang berbeda. Laki-laki selalu lebih superior dibandingkan perempuan.

Perjuangan untuk persamaan dipelopori oleh kaum *feminis* internasional yang cenderung mengejar persamaan dengan konsep sama rata, konsep ini kemudian dikenal dengan istilah *perfect equality*. Perjuangan tersebut sulit tercapai karena berbagai hambatan dari nilai agama dan budaya.

2. Teori *Nature*.

Menurut teori *nature*, perbedaan laki-laki dan perempuan adalah kodrat yang harus diterima. Perbedaan biologis memberikan dampak berupa perbedaan peran dan tugas diantara keduanya. Ada peran dan tugas yang dapat dipertukarkan, tetapi ada pula yang tidak dapat dipertukarkan karena memang berbeda secara kodrat alamiah. Dalam kehidupan sosial terdapat pembagian tugas, sehingga teori ini melahirkan pemikiran struktural fungsional yang menerima perbedaan peran asal dilakukan secara demokratis dan dilandasi oleh kesepakatan bersama.

3. Teori Keseimbangan

Selain dua teori yang bertolak belakang tersebut, terdapat teori yang berusaha memberikan kompromi yang menekankan pada konsep kemitraan dan keharmonisan dalam hubungan laki-laki dan perempuan. Pandangan ini tidak mempertentangkan antara laki-laki dan perempuan namun menuntut perlunya kerjasama yang harmonis antara keduanya (William, 2006).

Fakta menunjukkan bahwa partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi masih sangat rendah di Indonesia. Survey demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003 menunjukkan bahwa laki-laki yang menggunakan kondom dan steril hanya 1,3 % artinya dari 100.000 orang laki-laki di Indonesia hanya sekitar dua orang yang terlibat dalam KB, sedangkan survey yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan UI (2002) di empat provinsi memperlihatkan adanya kesenjangan *gender* yang sangat besar pada partisipasi laki-laki dalam KB, di mana partisipasi perempuan lebih dari 61% dan hanya 3 % partisipasi laki-laki (BKKBN, 2007).

Memiliki anak bukan hanya tanggung jawab perempuan, tetapi juga peran yang harus dimainkan oleh laki-laki, karena laki-laki adalah *partner*, ayah, suami, kakak, pengambil keputusan, anggota masyarakat, dan pemimpin spiritual dalam

melindungi kesehatan perempuan (Pilliteri, 2003). Banyak perempuan di beberapa negara tidak memiliki kekuatan untuk melindunginya sendiri, hal ini disebabkan laki-laki menggunakan kekuatan yang sangat besar pada banyak aspek kehidupan perempuan. Perempuan juga tidak dapat mencapai kesetaraan *gender* dalam kesehatan seksual dan reproduksi tanpa kerjasama dan partisipasi laki-laki, oleh karena itu, untuk melindungi hak-hak reproduksi perempuan, termasuk keinginan untuk hamil atau tidak, sangat tergantung pada dukungan pasangannya (BKKBN, 2007). Pada masyarakat dengan kondisi budaya *patriarkhi*, perempuan berada pada posisi yang tertindas dan lemah, perempuan menduduki posisi subordinat laki-laki, termarginal dan terdiskriminasi (Cahyono, 2005). Target MDG's dalam upaya untuk menurunkan AKI hingga 75% pada 2015 tidak akan tercapai tanpa keterlibatan laki-laki (Widodo, 2006). Pencapaian tujuan MDG'S tersebut hanya akan dapat dilakukan dengan keikutsertaan dan kerjasama seluruh pengambil kebijakan di setiap kabupaten dan kota. Masyarakat miskin di Indonesia memerlukan akses yang lebih baik untuk mendapatkan makanan, air bersih, pelayanan kesehatan dasar dan pendidikan.

2.2 Kesehatan Reproduksi

Dewasa ini kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus secara global sejak diangkatnya *issue* tersebut dalam konferensi internasional tentang kependudukan dan pembangunan *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Kairo 1994. Hal penting dalam konferensi tersebut adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan, dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi (Bambang, 2005).

Adanya perubahan dalam paradigma tersebut, menyebabkan pengendalian kependudukan bergeser ke arah yang lebih komprehensif, meliputi pemenuhan

hak-hak reproduksi bagi laki-laki dan perempuan sepanjang siklus hidupnya, kesetaraan dan keadilan *gender*, pemberdayaan perempuan dan penanggulangan kekerasan berbasis *gender*, serta tanggung jawab kaum laki-laki dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi (Bambang, 2005). Paradigma baru ini berpengaruh besar terhadap hak dan peran perempuan sebagai subyek dalam pelayanan kesehatan diantaranya adalah KB. Perubahan pendekatan juga terjadi dalam penanganan kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS, serta kesehatan reproduksi usia lanjut (Asan, 2007).

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah kesehatan fisik, mental, sosial yang lengkap, bukan hanya ketiadaan penyakit atau cacat, semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya (WHO, 2007).

Peran perempuan dalam kesehatan sangat vital terutama dalam mendukung kesehatan anak dan balita serta keluarga pada umumnya. Perempuan memiliki fungsi penyedia kesehatan (*health provider*) bagi anggota keluarga, dan sebagai agen sosialisasi nilai-nilai hidup sehat. Kesehatan reproduksi perempuan yang baik berdampak pada kualitas kehamilan dan kelahiran yang aman dan juga akan dapat melahirkan seorang bayi yang sehat dan tidak cacat. Berdasarkan Konferensi Wanita sedunia ke IV di Beijing pada tahun 1995 dan ICPD di Kairo tahun 1994 menyepakati empat hal pokok dalam reproduksi wanita yaitu :

- 1). Kesehatan reproduksi dan seksual (*reproductive and sexual health*).
- 2). Penentuan dalam keputusan reproduksi (*reproductive decision making*)
- 3). Kesetaraan pria dan wanita (*equality and equity for men and women*)
- 4). Keamanan reproduksi dan seksual (*sexual and reproductive security*).

Adapun definisi tentang arti kesehatan reproduksi yang telah diterima secara internasional yaitu : sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental, sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistim, fungsi-fungsi dan proses reproduksi (WHO, 2003). Selain itu juga disinggung hak reproduksi yang didasarkan pada pengakuan hak asasi manusia bagi setiap pasangan atau individu untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, penjarakan anak dan menentukan kelahiran anak mereka (Bambang, 2005). Ruang lingkup dari kesehatan reproduksi mengacu pada kesepakatan Kairo 1994 meliputi : 1). Kesehatan ibu dan bayi baru lahir, 2). Keluarga berencana (KB), 3). Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk HIV/AIDS, 4). Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi, 5). Kesehatan reproduksi remaja, 6). Pencegahan dan penanganan infertilitas, 7). Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi pada usia lanjut (Depkes, 2005).

Indikator permasalahan kesehatan reproduksi menurut Savitri (2003), antara lain:

- 1). *Gender*, adalah peran masing-masing pria dan wanita berdasarkan jenis kelamin menurut budaya yang berbeda-beda. *Gender* sebagai suatu konstruksi sosial mempengaruhi tingkat kesehatan, dan karena peran *gender* berbeda dalam konteks *cross cultural* berarti tingkat kesehatan wanita juga berbeda-beda.
- 2). Kemiskinan, antara lain mengakibatkan: makanan yang tidak cukup atau makanan yang kurang gizi, persediaan air yang kurang, sanitasi yang jelek dan perumahan yang tidak layak, selain itu juga tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.
- 3). Pendidikan yang rendah.

Dalam situasi kesulitan biaya, biasanya anak laki-laki lebih diutamakan karena laki-laki dianggap sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga. Kondisi tersebut juga dipengaruhi *gender*.

4). Perkawinan usia muda.

Faktor kemiskinan menyebabkan perkawinan usia muda, orang tua cepat-cepat mengawinkan anaknya agar lepas tanggung jawabnya, sehingga anak wanita tersebut diserahkan kepada suaminya. Ini berarti wanita muda hamil mempunyai resiko tinggi pada saat persalinan. Di samping itu, resiko tingkat kematian dua kali lebih besar dari wanita yang menikah di usia 20 tahunan, dampak lain mereka putus sekolah, pada akhirnya akan bergantung kepada suami baik dalam ekonomi dan pengambilan keputusan (Husein, 2004).

5). Kekurangan gizi dan Kesehatan yang buruk.

Menurut WHO, di beberapa negara berkembang termasuk Indonesia diperkirakan 450 juta wanita tumbuh tidak sempurna pada masa kanak-kanak, karena kemiskinan. Sejak perempuan mengalami menstruasi mereka akan membutuhkan gizi yang lebih banyak dari pria untuk mengganti darah yang keluar. Zat yang sangat dibutuhkan adalah zat besi yaitu tiga kali lebih besar dari kebutuhan pria, disamping itu wanita juga membutuhkan zat yodium lebih banyak dari pria, kurangan zat ini akan menyebabkan gondok yang membahayakan perkembangan janin baik fisik maupun mental. Wanita juga sangat rawan terhadap beberapa penyakit, termasuk penyakit menular seksual, karena pekerjaan mereka atau tubuh mereka yang berbeda dengan pria (BKKBN, 2008).

6). Beban Kerja yang berat.

Wanita bekerja jauh lebih lama dari pada pria, berbagai penelitian yang telah dilakukan di seluruh dunia rata-rata wanita bekerja 3 jam lebih lama. Akibatnya wanita mempunyai sedikit waktu istirahat, yang berdampak pada terjadinya kelelahan kronis, stress (Batjari, 2008).

Upaya kesehatan reproduksi di Indonesia belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, sehingga diperlukan suatu ketentuan tentang standar pelayanan minimal yang menjadi acuan disemua

daerah. Pendekatan yang digunakan Departemen kesehatan melalui paradigma kesehatan reproduksi diantaranya :

1) Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan *gender*, 2) Menggunakan siklus kehidupan, 3) Memperluas jangkauan pelayanan secara proaktif, 4) Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas (Depkes, 2000).

2.3 Hak Reproduksi

Hak reproduksi merupakan hak dasar setiap pasangan/individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab memutuskan tentang jumlah anak, jarak melahirkan dan waktu untuk memiliki anak, serta hak untuk memperoleh informasi dan cara untuk mendapatkannya, termasuk hak untuk mendapatkan standar tertinggi kesehatan dan juga kesehatan seksual, dalam hal ini hak reproduksi terkait erat dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi (Hadi, 2007).

Upaya tentang perlindungan hak-hak reproduksi bagi masyarakat sudah menjadi kebijakan nasional. Menurut pedoman kebijakan teknis tentang upaya promosi dan pemenuhan hak-hak reproduksi yang disusun oleh BKKBN, perlindungan terhadap hak reproduksi mencerminkan salah satu misi program KB nasional. Hak-hak reproduksi ini dipandang penting artinya bagi setiap individu demi terwujudnya kesehatan individu secara utuh, baik kesehatan jasmani maupun rohani sesuai dengan norma-norma hidup sehat (BKKBN, 2007).

Hak reproduksi sebagai bagian dari hak asasi manusia dijamin dalam beberapa perjanjian internasional seperti termuat dalam *The convention on the elimination alls forms of discrimination againt woment* (CEDAW), ICPD ke 4 di Kairo dan konferensi ke 4 tentang perempuan di Beijing 1995. Hak-hak tersebut meliputi

1. Hak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi; hak tersebut terkait dengan masalah kesehatan reproduksi termasuk jaminan kesehatan dan kesejahteraan seseorang maupun keluarga.
2. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi; meliputi hak atas informasi keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan, harga diri, kenyamanan, kesinambungan pelayanan dan hak berpendapat.
3. Hak atas kebebasan berpikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksi.
4. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
5. Hak untuk hidup dan bebas dari resiko kematian karena kehamilan, atau masalah
Gender.
6. Hak mendapat kebebasan dan keamanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi; setiap individu dipercaya untuk menikmati dan mengatur kesehatan reproduksinya.
7. Hak untuk bebas dari segala bentuk penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi; termasuk hak anak-anak agar dilindungi dari eksploitasi dan penganiayaan seksual serta hak setiap orang untuk dilindungi dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual.
8. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan reproduksinya; artinya pelayanan reproduksi dilakukan dengan menghormati kerahasiaan, dan bagi perempuan diberi hak untuk menentukan sendiri pilihan reproduksinya.
9. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga:
10. Hak dalam kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang bernuansa kesehatan reproduksi, artinya setiap orang mempunyai hak untuk mendesak pemerintah agar menempatkan masalah hak dan kesehatan reproduksi sebagai prioritas dalam kebijakan politik negaranya.
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dan kesehatan reproduksi;
12. Hak mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan, termasuk pengakuan hak bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan

reproduksi dengan teknologi mutakhir yang aman dan dapat diterima (Bambang, 2005)

Tindak lanjut dari hasil konvensi Kairo adalah terbentuknya paket kesehatan reproduksi esensial (PKRE) oleh Departemen Kesehatan RI (2002), adapun pemahaman hak reproduksi menurut PKRE adalah :

1. Setiap orang berhak mendapatkan standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik
2. Setiap orang, perempuan atau laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapny tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
3. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima sesuai dengan pilihan tanpa paksaan dan melawan hukum.
4. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya yang memungkinkan sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.
5. Setiap anggota pasangan suami-istri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama; tanpa unsur pemaksaan, ancaman dan kekerasan.
6. Setiap remaja, laki-laki maupun perempuan berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab.
7. Setiap perempuan dan laki-laki berhak mendapatkan informasi dengan mudah, lengkap dan akurat mengenai infeksi menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

2.4 Kebijakan Kesehatan Reproduksi dan Hak Reproduksi

Kematian ibu dipengaruhi oleh beberapa faktor, mulai dari penyebab tidak langsung (determinan antara dan determinan jauh) dan penyebab langsung. Beberapa faktor yang termasuk dalam determinan antara adalah tingginya *total fatality rate (TFR)*, sulitnya ibu dalam mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan, dan rendahnya persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Terlambat mengenali tanda bahaya karena tidak mengetahui kehamilannya dalam risiko yang cukup tinggi, terlambat mencapai fasilitas untuk persalinan, dan terlambat untuk mendapatkan pelayanan, juga menjadi penyebab AKI secara tidak langsung (Depkes, 2002). Sedangkan penelitian Ekowati (2008) menyebutkan bahwa faktor yang dapat menjadi penyebab langsung pada kematian ibu adalah perdarahan, infeksi, eklampsi, abortus yang tidak aman.

Safe motherhood merupakan upaya pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu serta meningkatkan derajat kesehatan ibu. Gerakan ini pertama kali dicanangkan pada *International Conference on Safe Motherhood*, Nairobi, 1987. Program ini sendiri mulai dilaksanakan di Indonesia tahun 1988 dengan melibatkan secara aktif berbagai sektor pemerintah dan non-pemerintah, masyarakat, serta dukungan dari berbagai badan internasional. Empat pilar *Safe Motherhood*:

1. KB dapat menurunkan AKI karena dapat merencanakan waktu yang tepat untuk hamil, mengatur jarak kehamilan, menentukan jumlah anak. Sehingga tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan, “4 terlalu”, yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering hamil, dan terlalu banyak anak.
2. Pelayanan antenatal, tujuan pelayanan antenatal adalah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri, mendeteksi komplikasi sedini mungkin dan penanganan secara memadai dan profesional.

3. Persalinan yang bersih dan aman, memiliki tujuan memastikan setiap penolong kelahiran/persalinan mempunyai kemampuan, ketrampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang bersih dan aman, serta memberikan pelayanan nifas pada ibu dan bayi.
4. Pelayanan obstetri esensial, memastikan bahwa tempat pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan obstetri untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkan.

Namun demikian, hasil pelaksanaan program *safe motherhood* belum seperti yang diharapkan. Hal tersebut ditunjukkan dengan AKI yang masih relatif tinggi dan belum mampu mencapai target penurunan sebesar 225/100.000 kelahiran hidup (Prapto, 2008).

Departemen kesehatan (2000) telah menyusun rencana strategis (Renstra) jangka panjang sebagai upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi baru lahir. Dalam Renstra, kesehatan difokuskan pada upaya yang dibangun atas dasar sistem kesehatan yang mantap untuk menjamin pelaksanaan kegiatan dengan biaya yang efektif berdasarkan bukti ilmiah yang dikenal dengan "*Making Pregnancy Safer* (MPS)". Tiga pesan kunci MPS itu adalah: 1) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, 2) Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat akses terhadap pencegahan kehamilan yang beresiko, 3) Setiap wanita usia subur mempunyai hak atas kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Target MPS, yang diharapkan dapat dicapai pada tahun 2010 adalah angka kematian ibu menjadi 125/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi baru

lahir menjadi 15/1000 kelahiran hidup. Dalam kerangka inilah Departemen Kesehatan bersama Program *Maternal & Neonatal Health* (MNH) sejak tahun 1999 mengembangkan berbagai pendekatan baru untuk membantu memperbaiki kondisi kesehatan ibu melahirkan dan bayi baru lahir di beberapa daerah di Indonesia (Purnomo, 2006).

Persoalan hak reproduksi pada hakikatnya menyangkut relasi kuasa antara laki-laki dan perempuan, akan tetapi perempuan lebih rentan dan berisiko dalam kesehatan reproduksinya, karena mengalami kehamilan, melahirkan, aborsi yang tidak aman, pemakaian alat kontrasepsi dan juga dalam penularan Infeksi menular (IMS) serta HIV/AIDS (Hadi, 2007).

Hak reproduksi dijamin melalui serangkaian konvensi Internasional, di mana Indonesia juga terlibat di dalamnya, diantaranya ratifikasi CEDAW melalui UU Nomor 7 tahun 1984, tentang izin perkawinan, usia minimum perkawinan, dan pencatatan perkawinan. ICPD di Kairo dengan fokus kesehatan reproduksi perempuan (1994), sedangkan dalam Beijing *platform* untuk melihat perkembangan isu perempuan di berbagai bidang, mulai dari kesehatan, kemiskinan (Convention, watch, 2007). Konvensi-konvensi tersebut sampai saat ini masih belum cukup mampu untuk menghentikan keberlangsungan pelanggaran hak reproduksi perempuan. Harus ada peraturan yang lebih tegas, yang bisa menjamin perempuan untuk mendapatkan hak reproduksinya secara nyata. Maka dari itu, UU No 23 tahun 1992 tentang kesehatan harus ditinjau ulang agar hak reproduksi perempuan bisa tercakup di dalamnya (Susiani, 2008).

Pasca ICPD Kairo, telah dilakukan berbagai perubahan, penyesuaian dan pergeseran kebijakan untuk mendorong pelaksanaan program kesehatan reproduksi dalam konteks hak-hak reproduksi. Adapun dasar pertimbangan dalam

melakukan berbagai perubahan dimaksud adalah keterikatan dengan kesepakatan internasional, perkembangan teknologi, komunikasi baik regional, nasional maupun global, perubahan tata pemerintahan dari sentralisasi ke desentralisasi, upaya tersebut belum mampu menurunkan AKI secara signifikan, demikian juga indikator kesehatan reproduksi yang lain. Untuk mengantisipasi kondisi tersebut di atas, telah dikembangkan berbagai kebijakan dan strategi, melalui perubahan mendasar dalam kerangka pikir kesehatan reproduksi (Depkes, 2002).

Hasil penelitian Asan (2007), menyebutkan ada beberapa perubahan mendasar dalam kerangka pikir untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi yaitu gagasan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yang sebenarnya merupakan kristalisasi dari keterpaduan program kesehatan ibu dan anak dan KB yang sebelumnya dilaksanakan dalam *safe motherhood*. Perubahan mendasar berikutnya adalah sikap dalam kehidupan berkeluarga, yang menitik beratkan tanggung jawab di atas perilaku reproduksi serta akibatnya terhadap fungsi dan proses reproduksi dalam kehidupan berkeluarga, dan kesadaran bahwa peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi berarti pelayanan berkualitas dilihat dari perspektif klien.

Paradigma baru yang ditampilkan pada konsep kesehatan reproduksi dan hak reproduksi adalah perlunya keterpaduan tidak hanya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana (KIA-KB), tetapi komitmen program lain dalam konteks pelayanan kesehatan reproduksi (Depkes, 2002). Pendekatan multi sektoral ini akan lebih menjamin tercapainya tujuan utama kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yaitu promosi hak reproduksi dalam rangka memperoleh derajat kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi secara memadai (Meutia, 2008).

2.5 Pelayanan Kesehatan Ibu hamil Dan Nifas

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, perawat, bidan) untuk ibu selama masa kehamilannya, sesuai dengan standard minimal pelayanan antenatal yang meliputi 5T yaitu timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, pemberian imunisasi TT, ukur tinggi fundus uteri dan pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama masa kehamilan (Henderson, 2005).

Tujuan pelayanan antenatal: 1). Pengawasan kesehatan Ibu, Deteksi dini penyakit penyerta dan komplikasi kehamilan, menetapkan dan merencanakan penatalaksanaan yang optimal terhadap resiko kehamilan, 2). Menyiapkan persalinan à *well born baby* dan *well health mother*, 3). Mempersiapkan pemeliharaan bayi & laktasi, 4). Mengantarkan pulihnya keshehatan ibu optimal 5). Menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal (Depkes, 2002).

Perawatan masa nifas merupakan perawatan terhadap wanita hamil yang telah melahirkan sampai dengan alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya kira-kira 6-8 minggu (Henderson, 2005). Perawatan masa nifas dimulai sejak kala uri dengan menghindarkan adanya kemungkinan-kemungkinan perdarahan post partum dan infeksi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan masa nifas : 1). Mobilisasi, 2). Diet / makanan, 3). Buang air kecil, 4). Buang air besar , 5). Perubahan suhu tubuh ibu, 6). Involusi uterus, 7). Laktasi (Martini, 1999).

2.6 Pengambilan Keputusan Dalam Menentukan Pelayanan Kesehatan

Pengambilan keputusan mengandung arti memilih alternatif terbaik dari sejumlah alternatif yang tersedia. Teori-teori pengambilan keputusan bersangkut paut dengan masalah bagaimana pilihan-pilihan semacam itu dibuat (Swanburg, 2000).

Ada tiga teori pengambilan keputusan, yaitu : teori rasional komprehensif, teori inkremental dan teori pengamatan terpadu.

1. Teori rasional komprehensif

Teori pengambilan keputusan yang paling dikenal dan mungkin pula yang banyak diterima oleh kalangan luas ialah teori rasional komprehensif. Unsur-unsur utama dari teori ini dapat dikemukakan sebagai berikut :

- a. Pembuat keputusan dihadapkan pada suatu masalah tertentu yang dapat dibedakan dari masalah-masalah lain atau setidaknya dinilai sebagai masalah-masalah yang dapat diperbandingkan satu sama lain.
- b. Tujuan, nilai, atau sasaran yang mendasari pembuat keputusan amat jelas dan dapat ditetapkan sesuai dengan urutan kepentingannya.
- c. Berbagai alternatif untuk memecahkan masalah tersebut diteliti secara seksama.
- d. Setiap alternatif dan masing-masing akibat yang menyertainya, dapat diperbandingkan dengan alternatif-alternatif lainnya.
- e. Pembuat keputusan akan memilih alternatif dan akibat-akibatnya yang dapat meningkatkan tercapainya tujuan, nilai atau sasaran yang telah digariskan.

Lebih lanjut, pembuat keputusan kemungkinan juga sulit untuk memilih secara tegas antara nilai-nilainya sendiri dengan nilai-nilai yang diyakini masyarakat.

2. Teori inkremental

Teori inkremental dalam pengambilan keputusan mencerminkan suatu teori pengambilan keputusan yang menghindari banyak masalah yang harus dipertimbangkan.

3. Teori pengamatan terpadu (*Mixed Scanning Theory*)

Model pengamatan terpadu juga memperhitungkan tingkat kemampuan para pembuat keputusan yang berbeda-beda. Model pengamatan terpadu ini pada

hakikatnya merupakan pendekatan kompromi yang menggabungkan pemanfaatan model rasional komprehensif dan model inkremental dalam proses pengambilan keputusan.

Banyak faktor yang dapat berpengaruh dalam pengambilan keputusan, diantaranya: 1). Faktor internal, terutama dari orang yang mengambil keputusan akan mempengaruhi keputusan yang dibuatnya, misalnya pengetahuan. 2). Faktor eksternal, termasuk didalamnya adalah kondisi lingkungan, sosial, budaya, serta ekonomi (Swanburg, 2000).

Masih banyaknya kasus keterlambatan pengambilan keputusan dalam mencari bantuan kesehatan menunjukkan bahwa posisi tawar perempuan dalam keluarga masih sangat lemah. Menurut Abdullah (2000), persoalan reproduksi tidak hanya berkaitan dengan alat reproduksi dan proses reproduksi saja, tetapi juga berkaitan langsung dengan hubungan sosial yang melibatkan laki-laki dan perempuan. Penelitian senada disampaikan oleh Cholil (1998), keterlibatan laki-laki dalam pemeliharaan kehamilan dan persalinan di Indonesia masih sangat rendah. Laki-laki kurang mendapat informasi yang relevan, sehingga tidak siap untuk mengambil tindakan cepat ketika komplikasi kehamilan terjadi.

2.7 Budaya yang Mempengaruhi Perempuan dalam Memperoleh Hak Reproduksi.

Masyarakat Madura dikenal memiliki budaya yang khas, unik, stereotipikal, dan stigmatik. Identitas budaya itu dianggap sebagai deskripsi dari generalisasi jatidiri individual maupun komunal etnik Madura dalam berperilaku dan berkehidupan. Kehidupan mereka di tempat asal maupun di perantauan kerap kali membawa dan senantiasa dipahami oleh komunitas etnik lain atas dasar identitas kolektifnya itu. Akibatnya, tidak jarang di antara mereka mendapat perlakuan

sosial maupun kultural secara fisik dan/atau psikis yang dirasakan tidak adil, bahkan tidak proporsional dan di luar kewajaran. (Alwi, 2001).

Kekhususan kultural itu tampak antara lain pada ketaatan, ketundukan, dan kepasrahan mereka secara hierarkis kepada empat figur utama dalam berkehidupan, lebih-lebih dalam praktek keberagamaan. Keempat figur itu adalah “buppa, babbu, guru, dan rato (ayah, ibu, guru, dan pemimpin pemerintahan). Kepada figur-figur utama itulah kepatuhan hierarkis orang-orang Madura menampakkan wujudnya dalam kehidupan sosial budaya mereka (Wiyata, 2003).

Kepatuhan atau ketaatan kepada ayah dan ibu sebagai orang tua kandung sudah jelas, dan tegas. Secara kultural ketaatan dan ketundukan seseorang kepada kedua orang tuanya adalah mutlak. Jika tidak, ucapan atau sebutan kedurhakan akan ditimpakan oleh lingkungan sosiokultural masyarakatnya. Konsekuensi lanjutannya relatif dapat dipastikan bahwa jika pada saat ini seorang anak patuh kepada orang tuanya maka pada saatnya nanti dia ketika menjadi orang tua akan ditaati pula oleh anak-anaknya.

Tingkatan kepatuhan berikutnya pada orang Madura adalah patuh pada figur guru. Penggunaan dan penyebutan istilah guru menunjuk dan menekankan pada pengertian Kiai. Peran dan fungsi guru lebih ditekankan pada konteks moralitas. Selain itu, kepatuhan lain yang melekat pada budaya Madura adalah kepada figur *Rato* (pemimpin pemerintahan). Figur *Rato* dicapai oleh seseorang dari mana pun etnik asalnya karena keberhasilan prestasi dalam meraih status.

Budaya dan karakter yang juga lekat dengan stigma orang Madura adalah perilaku yang selalu apa adanya dalam bertindak. Suara yang tegas dan ucapan yang jujur kiranya merupakan salah satu bentuk keseharian yang bisa dirasakan jika berkumpul dengan orang Madura. Pribadi yang keras dan tegas adalah bentuk lain dari kepribadian umum yang dimiliki suku Madura (Taufiqurrahman, 2006).

2.8 Pendekatan King's System Dalam memperoleh Hak Reproduksi Perempuan

King mengidentifikasi kerangka kerja konseptual (*Conceptual Framework*) sebagai sebuah kerangka kerja sistem terbuka, dan merupakan teori untuk pencapaian suatu tujuan. King mempunyai asumsi dasar terhadap kerangka kerja konseptualnya, bahwa manusia seutuhnya sebagai sistem terbuka secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Asumsi lain bahwa keperawatan berfokus pada interaksi manusia dengan lingkungannya dan tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu dan kelompok dalam memelihara kesehatannya (Chin dan Jacobs, 1983).

Kerangka kerja konseptual King terdiri dari tiga sistem interaksi yang dikenal dengan *dynamic interacting systems*, meliputi: *personal systems* (individu), *interpersonal systems* (groups) dan *social systems* (keluarga, sekolah, industri, organisasi sosial, dan sistem pelayanan kesehatan).

Asumsi dasar King tentang manusia seutuhnya meliputi sosial, perasaan, rasional, reaksi, kontrol, tujuan, orientasi kegiatan dan orientasi pada waktu. Dari keyakinannya tentang manusia seutuhnya ini, King telah menyusun asumsi tersebut lebih spesifik terhadap interaksi perawat klien: a) persepsi dari perawat dan klien mempengaruhi proses interaksi, b) tujuan, kebutuhan-kebutuhan dan nilai dari perawat dan klien mempengaruhi proses interaksi c) individu mempunyai hak untuk mengetahui tentang dirinya sendiri, d) individu

mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan hal tersebut mempengaruhi kehidupan dan kesehatan mereka serta pelayanan komunitas, e) profesional kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap pertukaran informasi sehingga membantu individu dalam membuat keputusan tentang pelayanan kesehatannya, f) individu mempunyai hak untuk menerima atau menolak pelayanan kesehatan, g) Tujuan dari profesional kesehatan dan tujuan dari penerima pelayanan kesehatan dapat berbeda (King's, 1998 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Teori interaksi King's menekankan bahwa manusia saling berinteraksi dengan lingkungan mereka, dan mendorong ke arah kesehatan individu yang merupakan satu kemampuan untuk berfungsi dalam peranan sosial (King, 1981 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Sepanjang masa kehamilan merupakan masa yang sangat penting bagi perempuan, karena pada masa ini kualitas seorang anak akan ditentukan. Selama kehamilan seorang ibu akan mengalami perubahan baik anatomis, fisiologis, maupun perubahan lainnya, yang akan meningkatkan kebutuhan zat gizi dalam makanannya. Di dalam rahim ibu terdapat janin yang sedang tumbuh, ditempat lain beberapa organ tubuh ibu mengalami perubahan fungsi dalam rangka mempersiapkan kelahiran bayi, termasuk penimbunan cadangan ibu yang kelak diperlukan dalam masa laktasi (Rachmawati, 2004).

Kehamilan dipandang sebagai suatu fenomena yang normal dan wajar bagi kelangsungan hidup manusia. Pandangan setiap individu terhadap kehamilan berbeda di setiap masyarakat, dan dapat dipengaruhi oleh budaya yang berkembang (Pilliteri, 2003). Individu memiliki berbagai persepsi, interpretasi dan respon perilaku yang unik dalam menghadapi kehamilan. Perbedaan ini

menimbulkan implikasi keperawatan yang berbeda terhadap kesehatan ibu dan anak (Reeder, Martin & Griffin, 1997).

Kehamilan, melahirkan dan menyusui merupakan tugas perkembangan perempuan dewasa yang telah menikah atau mempunyai pasangan. Namun demikian berbagai kendala baik dari ibu, bayi, keluarga, situasi dan kondisi tertentu dapat menyebabkan ibu tidak dapat melewati dan menjalankan tugas tersebut dengan baik (Reeder, Martin & Griffin, 1997). Terdapat banyak fakta sosial dan data penelitian tentang kematian ibu yang diakibatkan oleh komplikasi-komplikasi kehamilan dan proses melahirkan. Kondisi tersebut tentunya dapat menjadi pertimbangan keluarga dan pasangannya dalam merencanakan suatu kehamilan (Kompas, 2001). Teori King's menempatkan interaksi antara perawat dengan lingkungannya, hal ini tentunya dapat membantu meminimalkan dampak negatif dari komplikasi kehamilan dan persalinan (King, 1981 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Ada tiga sistem dalam kerangka konsep King's yang saling berinteraksi yaitu sistem personal (individu), interpersonal (kelompok) dan sistem sosial. Pada sistem personal, King's menggambarkan bahwa perubahan yang terjadi secara terus menerus pada individu menggambarkan suatu proses dalam kehidupan sebagai upaya untuk meningkatkan potensinya dalam aktualisasi diri. Kelahiran seorang anak menyebabkan timbulnya suatu tantangan mendasar terhadap struktur interaksi keluarga yang sudah terbentuk. Menjadi orang tua menciptakan periode ketidakstabilan yang menuntut perilaku transisi untuk menjadi orang tua (Suarni, 2004).

Konsep *family centered maternity* dan *newborn care* merupakan konsep yang mulai dikenal dan dirasa perlu untuk diterapkan dalam pemberian pelayanan

maternitas. Hasil penelitian menjelaskan bahwa pendekatan perawat maternitas yang berpusat pada keluarga sangat berpengaruh dalam mengatasi krisis maturasi pada persalinan, kelahiran dan perubahan peran menjadi orangtua (Zwelling & Phillips, 2001). Hal tersebut sejalan dengan sistem interpersonal King's, dimana untuk membantu pencapaian *family centered maternity* dan *newborn care* diperlukan satu pemahaman tentang konsep komunikasi, interaksi, peran dan transaksi dalam keluarga (King's, 1998 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Departemen kesehatan (2000), menyebutkan bahwa ada banyak faktor yang dapat menjadi penyebab kematian ibu, salah satu diantaranya adalah penyebab tidak langsung yaitu karena usia ibu saat hamil yang masih terlalu muda, sehingga organ reproduksi dan kematangan psikologis ibu masih belum siap dalam menerima kehamilan, selain itu juga didukung dengan sosial ekonomi yang rendah serta pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang kurang. Faktor lain yang menyebabkan kematian ibu dan gangguan perkembangan pada kehamilan adalah status gizi ibu selama hamil. Penelitian yang dilakukan oleh Simanjuntak (2004), menyebutkan sekitar 30% ibu hamil baik yang berada di daerah urban maupun rural mempunyai status gizi kurang, faktor penyebabnya adalah kemiskinan dan kurangnya perawatan selama prenatal, hal senada juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan Jeanette (2000), tentang pengaruh *prenatal care* terhadap berat badan bayi dan usia kehamilan. Jeanette menyebutkan bahwa ibu yang mendapatkan *prenatal care* dengan teratur akan melahirkan bayi dengan rata-rata berat lahir lebih dari 2500 gr.

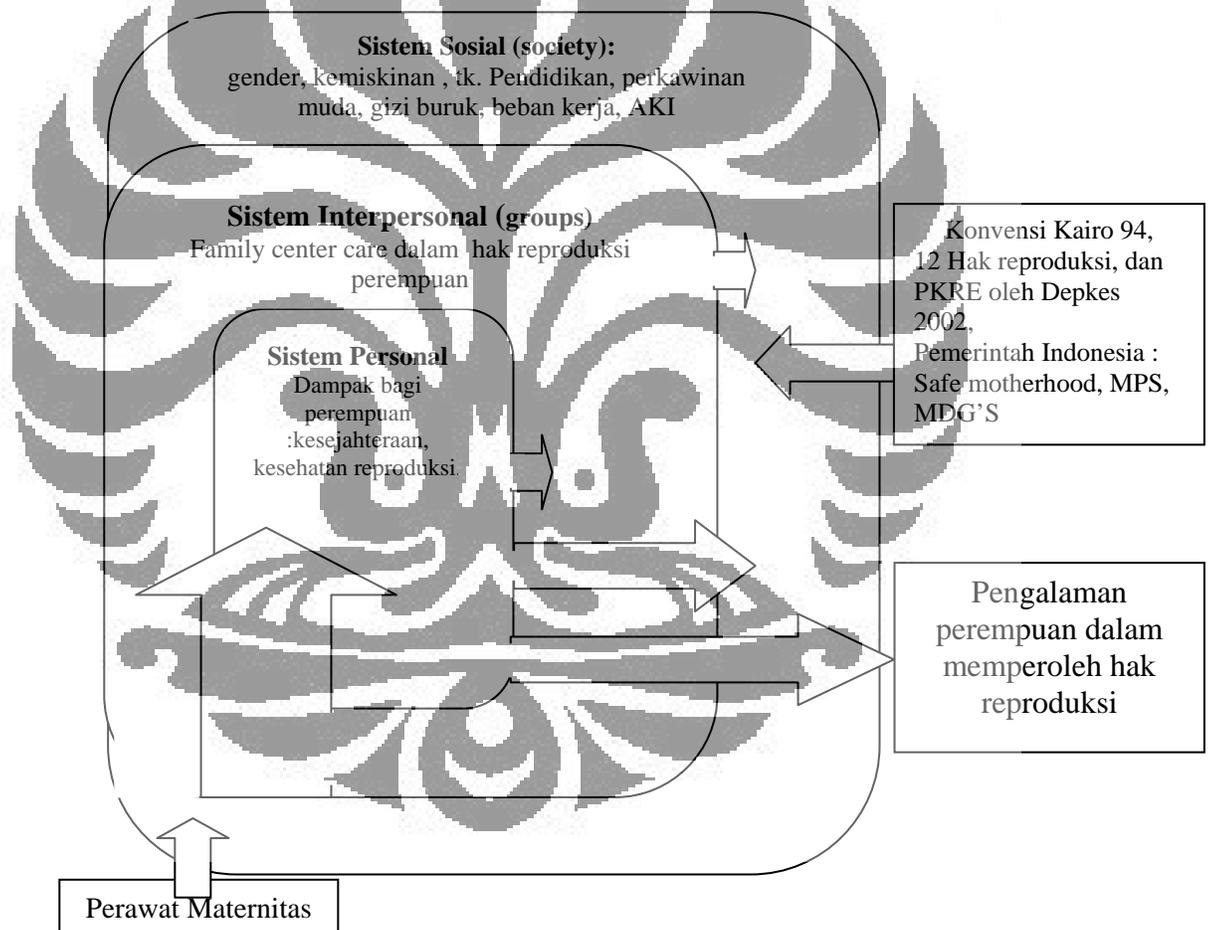
Kondisi kesejahteraan ibu juga perlu dilihat sepanjang masa nifas. Perawatan masa nifas merupakan perawatan terhadap wanita hamil yang telah melahirkan sampai dengan alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya kira-kira 6-8 minggu (Henderson, 2005). Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan masa nifas : 1). Mobilisasi, 2). Diet / makanan, 3). Buang air kecil, 4).

Buang air besar , 5). Perubahan suhu tubuh ibu, 6). Involusi uterus, 7). Laktasi (Martini, 1999).

Selain itu, mengatur jarak kehamilan juga merupakan hal yang perlu diperhatikan pada periode post partum. Pada saat ini proses menunda kehamilan atau mengaturnya dapat dilakukan melalui teknis, metode dan alat kontrasepsi yang beragam dan lebih canggih. Mayoritas pandangan ulama dewasa ini telah memberikan lampu hijau bagi masyarakat muslim untuk menggunakan metode-metode dan alat-alat kontrasepsi apapun sepanjang tidak dimaksudkan untuk membatasi berlangsungnya proses reproduksi manusia (Hamid, 2005). Kegagalan penggunaan alat kontrasepsi dalam banyak fakta kemungkinan dapat menyebabkan kehamilan yang tidak dikehendaki yang seringkali menjadi beban tersendiri bagi perempuan dan keluarganya, selain itu tidak sedikit kasus di mana seorang perempuan yang hamil mengalami komplikasi penyakit yang dapat membawa risiko kematian jika kehamilannya diteruskan (Husein, 2004).

Penelitian yang dilakukan Asan di NTT (2007), menyebutkan bahwa dalam mengambil keputusan tentang kontrasepsi suami mempunyai otoritas dalam menentukan dan memutuskan istri apakah menjadi peserta KB' atau tidak, walaupun pada sampel yang lain juga ditemukan bahwa ada musyawarah antara suami dan istri untuk memilih metode kontrasepsi. Hal tersebut didukung oleh data dari BKKBN yang menyebutkan bahwa tingginya angka kematian dan kesakitan ibu hamil, melahirkan dan nifas akibat komplikasi, sangat terkait dengan adanya diskriminasi *gender* dalam masyarakat yang mengakibatkan adanya keterlantaran perempuan bukan hanya pada saat hamil dan melahirkan tetapi sejak perempuan itu masih kecil dan remaja (BKKBN, 2005). King's pada sistem sosial menggambarkan interaksi menyeluruh dalam kelompok masyarakat, yang dapat membantu perempuan dalam mengambil keputusan sesuai dengan nilai yang diyakini dalam kelompok (King's, 1998 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Perawat maternitas sebagai bagian dari pelayanan kesehatan berperan dalam memberikan asuhan keperawatan disepanjang kehidupan wanita secara komprehensif (Pilliteri, 2003). Perawat maternitas dapat membantu meminimalkan dampak tidak terpenuhinya hak reproduksi melalui kerja sama dengan melibatkan masyarakat dan keluarga, terutama dalam mengurangi diskriminasi *gender* (Suarni, 2004). Hubungan interaksi antara perawat dan lingkungan membawa pada pencapaian tujuan yang merupakan sebuah konsep transaksi sebagai komponen integral dalam teori interaksi King's (King's, 1998 dalam Tomey & Alligood, 2006).



ambar 1: Interaksi King's dalam pemenuhan hak reproduksi perempuan (modifikasi *dynamic interacting system* King's dalam Tomey & Alligood, 2006).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan digunakan untuk mengidentifikasi struktur dimana penelitian itu dilaksanakan (Bungin, 2003).

Metode dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi yang berperspektif perempuan. Metode kualitatif menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati secara *holistic* (Maleong, 2007). Melalui penelitian kualitatif ini juga mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah atau merupakan suatu pendekatan sistemik dan subyektif yang digunakan untuk menggambarkan dan memberikan arti pada pengalaman hidup (Creswell, 1998). Penelitian ini mengeksplorasi pengalaman perempuan sepanjang masa kehamilan dan nifas yang ada di Arjasa Kabupaten Jember, sedangkan pendekatan fenomenologi berperspektif perempuan mencoba mendefinisikan pengalaman dalam konteks yang spesifik dan kemudian secara induktif mengidentifikasi tema tentang pengalaman yang unik, selain itu tidak hanya sekedar mementingkan metode riset, tetapi bagaimana hasil riset yang diperoleh dapat digunakan untuk bisa menjawab berbagai kondisi kehidupan perempuan

yang merugi akibat peran *gendernya* tetapi dapat menjalankan perannya sebagai ibu (Patton, 1992; Sadli, 1999).

Para *phenomenologist* mempercayai bahwa kehidupan manusia sangat berarti dan menarik karena manusia menyatakan arti penting kehidupan mereka. Pengalaman dalam penelitian fenomenologi meliputi semua pengalaman, dan persepsi yang terdiri dari penglihatan, pendengaran, perabaan, pengecapan dan penciuman serta fenomena lain seperti mempercayai, mengingat, mengantisipasi, memutuskan, berintuisi, merasakan serta bersikap *caring* (Munhall & Boyd, 1999).

Dengan demikian, pendekatan fenomenologi yang berperspektif perempuan pada penelitian ini dapat memahami, menjelaskan dan memberi makna secara alamiah terhadap pengalaman hidup dan persepsi ibu selama hamil dan nifas dalam memperoleh hak reproduksinya berdasarkan sudut pandang perempuan.

3.2 Partisipan

Spradley (1997) menyebutkan ada 4 kriteria yang perlu diperhatikan untuk memilih informan yang baik: 1). Harus mempunyai keterlibatan dalam suasana budaya selama satu tahun. Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah perempuan yang merupakan penduduk asli Arjasa, sehingga secara budaya perempuan mempunyai pengalaman yang cukup lama dalam berinteraksi dengan budaya yang berkembang di masyarakat Arjasa. 2). Keterlibatan langsung, partisipan adalah orang yang tengah terlibat langsung dengan topik yang sedang diteliti yaitu ibu yang sudah menikah dan mempunyai anak. 3). Cukup waktu, partisipan memiliki cukup waktu atau kesempatan dalam mengungkapkan pengalamannya tentang kehamilan dan nifas, 4). Non analitik, partisipan dalam menyampaikan pengalamannya tidak menganalisis atau mengolah pertanyaan tersebut terlebih dahulu, sehingga partisipan hanya mengungkapkan pengalaman dalam situasi alamiah atau apa adanya.

Pada penelitian ini kriteria inklusi yang ditetapkan meliputi: 1). Perempuan yang sudah menikah dan berada di wilayah Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember, 2). Usia reproduktif, 3). Sudah mempunyai anak, 4). Mampu menceritakan pengalamannya dengan bahasa Indonesia tentang kehamilan dan nifas, 5). Bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*.

Rekrutmen partisipan dilakukan dengan pendekatan *purposif sampling* yakni sesuai dengan tujuan penelitian dan cukup *representative*. Pada penelitian kualitatif fenomenologi sampel yang diambil adalah partisipan yang pernah mengalami substansi fenomena peneliti (Cresswell, 1988; Fain, 2004).

Strategi perekrutan partisipan dimulai dengan mengidentifikasi calon partisipan melalui kegiatan posyandu di dusun Gumitir. Bersama dengan bidan dan kader, peneliti mengidentifikasi calon partisipan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan, ada tujuh calon partisipan yang masuk kriteria peneliti.

Setelah mendapat tujuh calon partisipan, peneliti membina hubungan saling percaya dengan masing-masing calon partisipan dan sekaligus menyampaikan permohonan untuk bersedia dilibatkan dalam penelitian ini. Tujuh calon partisipan mengatakan bersedia dan tertarik untuk terlibat dalam penelitian, kemudian peneliti menjelaskan tujuan penelitian yang akan dilaksanakan dan membuat kesepakatan tentang kapan dan dimana peneliti dapat bertemu untuk mengadakan wawancara.

Namun demikian, dua calon partisipan dari tujuh calon partisipan yang teridentifikasi pada akhirnya mengundurkan diri, alasan yang disampaikan karena partisipan harus bekerja membantu suami di sawah. Kondisi tersebut sesuai dengan teori Spradley (1997), bahwa salah satu syarat memilih partisipan harus punya cukup waktu untuk dapat memberikan informasi. Akhirnya hanya lima

partisipan dari dusun Gunitir yang menyetujui untuk terlibat dalam penelitian ini, dan partisipan kemudian dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan.

Untuk mengembangkan data yang diperoleh, peneliti mengambil partisipan lain yang ada di dusun Krajan Darsono dan berdomisili dekat dengan puskesmas pembantu. Proses perekrutan partisipan hampir sama dengan di dusun Gunitir yaitu melakukan identifikasi calon partisipan bersama dengan kader sesuai kriteria yang ditetapkan. Saturasi data terjadi pada partisipan yang ke delapan, hal tersebut ditunjukkan dengan tidak adanya informasi baru yang diperoleh selama wawancara, sehingga peneliti hanya mengambil tiga partisipan yang ada di Krajan. Pada akhirnya ada delapan partisipan terlibat dalam penelitian ini, yaitu 5 partisipan dari dusun Gunitir dan 3 partisipan dari dusun Krajan.

Menurut Sugiyono (2007), jumlah partisipan yang diambil ditentukan oleh kualitas informasi yang diperoleh melalui proses wawancara dan tidak adanya informasi baru yang diperoleh. Dukes, (1984, dalam Creswell, 1998) merekomendasikan jumlah sampel dalam penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi adalah tiga sampai dengan sepuluh partisipan, sedang Riemen, (1986, dalam Creswell, 1989) merekomendasikan sepuluh orang atau tergantung pada tercapainya saturasi data. Jika tidak ditemukan tema yang baru, maka jumlah partisipan tidak akan ditambah. Jumlah tersebut ditetapkan dengan pertimbangan bahwa kemampuan peneliti untuk menggali secara mendalam pengalaman hidup seseorang hanya dapat optimal bila jumlah sampel relatif sedikit.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di dusun Gunitir dan Krajan wilayah kerja Puskesmas Arjasa kabupaten Jember. Penentuan lokasi di wilayah kerja Puskesmas Arjasa

karena dari data yang didapat di badan pusat statistik (BPS) menyebutkan bahwa pada wilayah ini angka pernikahan dini ditemukan lebih banyak di bandingkan dengan kecamatan lain di kabupaten Jember, selain itu sebagian besar penduduknya merupakan urban Madura, yang masih sangat kental dengan budaya *patriarkhi*. Waktu pelaksanaan penelitian pada bulan April sampai dengan bulan Juni 2009.

3.4 Alat Bantu Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data, *instrument* yang digunakan adalah peneliti sendiri. Pedoman wawancara disusun hanya sebagai panduan jika diperlukan saat wawancara dan bukan merupakan hal yang paling pokok dalam penelitian kualitatif. Kemampuan peneliti sebagai alat pengumpul data diuji coba dengan melakukan wawancara mendalam pada satu partisipan diluar partisipan utama, yang diambil di desa Kamal. Dari hasil uji coba tersebut kemudian berkonsultasi dengan pembimbing dan diskusi dengan rekan tentang kedalaman hasil wawancara, dan akhirnya peneliti dapat melengkapi kelemahan serta kekurangan yang ditemukan saat wawancara. Perlengkapan lain yang digunakan untuk pengumpulan data adalah alat perekam (MP4), digunakan untuk menjamin informasi verbal selama proses wawancara dapat direkam secara lengkap. Alat perekam (MP4) dipilih karena selama proses *indepth interview* peneliti tidak mungkin mencatat respon verbal partisipan langsung secara lengkap. Kelayakan MP4 selalu dilakukan melalui pengecekan alat sebelum digunakan, selain itu perlengkapan lain yang digunakan adalah buku catatan untuk membuat catatan lapangan (*field note*) tentang respon partisipan selama wawancara.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian diawali dengan mengajukan perijinan kepada Bakesbang Linmas, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, yang kemudian diteruskan ke Puskesmas Arjasa. Saat di Puskesmas peneliti banyak mendapat bimbingan dan arahan tentang fenomena yang ada di masyarakat Arjasa yang terkait dengan budaya dan perilaku masyarakatnya. Selanjutnya oleh kepala Puskesmas, peneliti mendapat rekomendasi dan surat pengantar untuk bekerja sama dengan bidan desa dalam memilih wilayah dan partisipan.

Prosedur pengumpulan data dilakukan setelah menetapkan partisipan sesuai dengan kriteria inklusi. Peneliti melakukan kontrak waktu, tempat dan wawancara bersama dengan partisipan. Berdasarkan kesepakatan, peneliti kemudian menemui partisipan sesuai kontrak yang telah disepakati. Semua partisipan memilih bertemu di rumahnya saat wawancara dilakukan. Peneliti memberikan *informed consent* untuk mendapatkan persetujuan tertulis dari partisipan yang dilakukan dengan membubuhkan tanda tangan di lembar persetujuan yang telah disediakan.

Saat wawancara dilakukan, partisipan pertama memilih wawancara dilaksanakan di ruang tamu rumah mereka, demikian juga partisipan yang lain. Posisi selama wawancara duduk dikursi tamu dan saling berhadapan antara peneliti dengan partisipan yang dipisahkan dengan meja tamu. Saat pertama kali melakukan kunjungan ke partisipan peneliti diantar oleh kader dan selama wawancara pada pertemuan pertama tersebut kader duduk di samping partisipan.

Langkah selanjutnya, peneliti membina hubungan saling percaya dengan partisipan serta saling membuka diri tentang pengalamannya yang berhubungan dengan kehamilan. Hal ini dilakukan agar partisipan merasa nyaman berhubungan dengan peneliti, sehingga peneliti mampu mendapatkan data sesuai dengan yang

diharapkan. Dalam setiap wawancara peneliti mencoba menghindari wawancara yang bersifat formal, dan mencoba menciptakan suasana informal, alamiah dan memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada partisipan untuk mengungkapkan secara bebas pengalaman-pengalamannya.

Peneliti selanjutnya melakukan wawancara sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Masing-masing wawancara dilaksanakan sekitar 45 sampai 60 menit tiap satu kali pertemuan dengan partisipan, selain itu juga melakukan pengamatan dan membuat catatan lapangan. Pertanyaan pertama yang disampaikan ke partisipan bertujuan untuk menggali perasaan partisipan dan selanjutnya peneliti melaksanakan wawancara mendalam yang disesuaikan dengan respon jawaban partisipan sebelumnya.

Selama wawancara, delapan partisipan menyampaikan pengalamannya dengan sangat terbuka dan rileks, walaupun topik yang sedang disampaikan ini tentang haknya memperoleh kesehatan reproduksi. Tidak tampak reaksi sedih, murung atau ditutup-tutupi bahkan kadang-kadang partisipan tertawa lepas saat menjelaskan reaksi ibu terhadap seks selama hamil. Partisipan tidak merasa risih walaupun selama wawancara peneliti meletakkan alat perekam (MP4) di dekatnya. Peneliti terkadang mengklarifikasi kembali pernyataan partisipan karena terkadang jawaban yang disampaikan partisipan tidak menjawab pertanyaan peneliti, dan mereka semua menyampaikan kembali tanpa ada perasaan tersinggung. Wawancara kadang-kadang dilakukan berulang-ulang pada setiap partisipan untuk mendapatkan gambaran yang lengkap tentang fenomena yang diteliti.

Peneliti terkadang juga mengalami kesulitan berinteraksi karena perbedaan budaya dan bahasa. Hal ini sering terjadi ketika peneliti tidak memahami

pernyataan-pernyataan partisipan, sehingga peneliti membutuhkan waktu yang cukup lama untuk menyesuaikan diri dengan partisipan. Namun demikian, peneliti mencoba mengurangi hambatan tersebut dengan mengajak kader untuk menjadi mediator saat pertemuan awal dengan partisipan. Kesulitan ini juga peneliti alami saat menanyakan tentang seks selama hamil dan nifas, walaupun partisipan sangat terbuka dalam menceritakan pengalamannya, namun keterbatasan kemampuan peneliti dalam *bracketing* membuat data yang diperoleh kurang mendalam.

Untuk menjamin keabsahan data, hasil wawancara yang sudah di buat dalam bentuk transkrip dibawa kembali ke partisipan untuk dibaca, dan partisipan memberikan respon dari setiap pernyataannya. Upaya lain yang dilakukan oleh peneliti yaitu berkonsultasi dengan pembimbing, dari hasil transkrip data ternyata ada beberapa data yang harus dilengkapi dan digali lebih dalam, sehingga peneliti kembali lagi ke partisipan.

Selama proses pengumpulan data, informasi direkam dengan MP4, selain itu juga membuat catatan lapangan (*field note*) terkait dengan respon partisipan dalam setiap menjawab pertanyaan yang mempunyai tujuan untuk menambahkan data dari hasil wawancara.

3.6 Analisis Data

Menurut Moleong (2006) dan Faisal, (2003, dalam Burhan & Bungin, 2003) bahwa analisis data dalam penelitian kualitatif berlangsung sinergis dengan prosedur pengumpulan data atau dengan kata lain saling tumpang tindih. Dalam prosedur pengumpulan data ini, peneliti dituntut mampu berpikir kritis untuk sekaligus melakukan analisis terhadap data yang sedang diperoleh.

Teknik yang digunakan dalam analisis data penelitian ini yaitu menggunakan langkah-langkah dari Colaizzi, (1978 dalam Streubert & Carpenter, 1999) sebagai berikut :

- 1). Menggambarkan pengalaman hidup yang diteliti,
- 2). Mengumpulkan gambaran partisipan tentang pengalaman hidup tersebut dengan cara membuat transkrip data,
- 3). Membaca seluruh gambaran partisipan tentang pengalaman hidup tersebut,
- 4). Memilih pernyataan yang signifikan dan membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan
- 5). Mengartikulasikan makna dari setiap pernyataan yang signifikan,
- 6). Mengelompokkan makna-makna ke dalam kelompok tema,
- 7). Menuliskan suatu gambaran pengalaman yang mendalam,
- 8). Memvalidasi makna tersebut dengan partisipan,
- 9). Menggabungkan data yang muncul selama validasi kedalam deskripsi final mendalam.

Analisa data selalu dilakukan sepanjang pengumpulan data secara berkesinambungan. Pada penelitian ini proses analisa data dilaksanakan secara bertahap yang dimulai dengan proses pengumpulan data. Klarifikasi data selalu dilakukan dengan partisipan agar data yang terkumpul menjadi akurat. Setelah semua data hasil wawancara dan catatan lapangan terkumpul, selanjutnya peneliti membuat transkrip data, dengan mendengar kembali hasil rekaman MP4 dan mencocokkan catatan lapangan yang dibuat saat wawancara. Transkrip yang telah disusun dibaca berulang-ulang dalam situasi yang tenang dan direnungkan untuk dihubungkan dengan tujuan khusus.

Peneliti kemudian mengidentifikasi kata kunci dari setiap pernyataan partisipan. Kata kunci yang sudah teridentifikasi tersebut dikelompokkan untuk dibuat katagori-katagori. Selama melakukan identifikasi tersebut peneliti berdiskusi dengan pembimbing. Langkah selanjutnya peneliti melakukan interpretasi dengan mengidentifikasi berbagai tema yang muncul menjadi tema sementara dari hasil

wawancara. Interpretasi dilaksanakan dengan memasuki wawasan persepsi informan dengan cara melihat konteks transkrip dan catatan lapangan (*field note*), kemudian melihat bagaimana mereka melewati suatu pengalaman kehidupan dan memperlihatkan serta menceritakan makna pengalaman informan (Nurachmah, 2003). Langkah terakhir, peneliti kemudian membuat diskripsi dari tema-tema yang telah ditemukan.

3.7 Keabsahan Data Penelitian

Untuk menjamin kebenaran data, maka peneliti melakukan konfirmasi informasi yang telah ditemukan dengan cara: *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability* (Sugiyono, 2007).

Kredibilitas (*credibility*), merupakan suatu tujuan untuk menilai kebenaran dari temuan penelitian kualitatif. Kesiapan peneliti dalam memahami fenomena yang akan diteliti merupakan aplikasi dari prinsip kredibilitas peneliti, hal tersebut peneliti lakukan dengan banyak membaca literatur tentang kesehatan perempuan, memahami batasan ibu hamil dan melahirkan. Selain itu prinsip kredibilitas ditunjukkan ketika partisipan mengungkapkan bahwa tema-tema penelitian memang benar-benar sebagai pengalaman dirinya sendiri. Dalam hal ini peneliti memberikan tema-tema yang telah diperoleh untuk dibaca ulang oleh partisipan, dan partisipan mengatakan bahwa tema tersebut memang sesuai dengan pengalaman yang telah disampaikannya melalui wawancara.

Dependability dari data kualitatif adalah kestabilan data dari waktu ke waktu dan kondisi atau disebut reliabilitas. Salah satu tehnik untuk mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, yang melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal (Polit & Hungler, 1999). Penelaah eksternal yang dilibatkan dalam

penelitian ini adalah pembimbing peneliti selama melakukan penelitian dan menyusun tesis. Pada penelitian ini peneliti berkonsultasi dengan pembimbing dan banyak membaca beberapa hasil penelitian terkait.

Confirmability, adalah objektivitas, kepastian data atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data (Polit & Hungler, 1999). Dalam penelitian kualitatif uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Peneliti melakukan *confirmability* dengan mendiskusikan seluruh transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkatagorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing peneliti.

Transferability atau keteralihan, sering disebut validitas eksternal dalam penelitian kualitatif. Validitas eksternal menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi di mana sampel tersebut diambil. Supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti membuat laporan dengan memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya. Dengan demikian pembaca akan menjadi lebih jelas atas hasil penelitian ini, sehingga dapat diputuskan atau tidaknya hasil penelitian untuk diaplikasikan di tempat lain. Bila pembaca laporan penelitian memperoleh gambaran yang sedemikian jelasnya, semacam apa suatu hasil penelitian dapat diberlakukan ditempat lain, maka laporan tersebut memenuhi standar *transferability* (Faisal, 1990 dalam Sugiyono, 2007).

3.8 Etika Penelitian

Campbell (2005), menjelaskan bahwa interaksi yang terjadi antara peneliti dengan partisipan selama proses penelitian dapat menyebabkan terjadinya masalah etika.

Permasalahan etika dalam penelitian terjadi akibat bertemunya dua atau lebih kepentingan berbeda pada saat bersamaan, misalnya kepentingan peneliti untuk memperoleh hasil penelitian ilmiah dan penghormatan terhadap hak informan atau pihak-pihak lain yang terkait (Poerwandari, 1998; Moleong, 2004). Hal tersebut tentunya perlu diantisipasi untuk meminimalkan dampak negatif dari penelitian dengan memperhatikan beberapa pertimbangan etik meliputi :

1. *Anonimity*

Semua informasi yang didapat dari partisipan harus dijaga sedemikian rupa sehingga informasi dari individu tertentu tidak bisa langsung dikaitkan dengan partisipan, dan partisipan juga dijaga keterlibatannya dalam penelitian ini. Dalam menyusun laporan penelitian, peneliti menguraikan data tanpa mengungkap identitas partisipan (*anonymous*) dan data pada penelitian ini hanya diberi kode partisipan misalnya P1 untuk pernyataan partisipan satu dan seterusnya.

2. *Informed Consent*

Semua calon partisipan mempunyai kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dan mendapat perlakuan yang sama dari peneliti. Sedangkan hak mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan kerugian maka partisipan dilindungi dari eksploitasi, peneliti harus menjamin bahwa semua usaha dilakukan untuk meminimalkan bahaya atau kerugian dari suatu penelitian, serta memaksimalkan manfaat penelitian (Fain, 2004).

Maksud dari *informed consent* adalah agar partisipan dapat membuat keputusan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini sesuai dengan penjelasan yang dipahami dengan benar berdasarkan informasi yang tersedia dalam dokumen *informed consent* (Streubert & Carpenter, 1999). Partisipan diberikan penjelasan singkat tentang penelitian meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan dan bagaimana partisipan diharapkan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Kemudian partisipan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan.

3. Confidentiality

Untuk menjamin seluruh kerahasiaan, peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, rekaman, dan transkrip wawancara yang hanya dapat diakses oleh peneliti. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis sampai dengan penyusunan laporan penelitian (Fain, 2004). Data disimpan di laptop, MP4 dan *flash disk*. Setelah penelitian selesai maka data dari partisipan akan dimusnahkan dengan cara rekaman dihapus dan data dalam tulisan narasi dibakar.

4. Protection from discomfort

Kenyamanan responden selama penelitian dijamin, apabila responden merasa tidak aman selama mengikuti kegiatan penelitian sehingga menimbulkan masalah baik fisik maupun psikologis, maka peneliti mempersilakan responden untuk menghentikan partisipasinya (Demsey, 2002). Walaupun pada penelitian ini harus mengeksplorasi tentang pengalaman pribadinya dan salah satu diantaranya tentang seks selama kenamulan, partisipan tidak merasa keberatan, dan bahkan mereka mengungkapkan dengan penuh ekspresif dan rileks. Seluruh partisipan merasa nyaman baik secara fisik maupun psikologis, sehingga partisipan dapat mengikuti kegiatan penelitian ini sampai selesai.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Seperti apa pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya pada saat hamil dan nifas? Bagaimana pengalaman perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas? Bagaimana pengalaman ibu dalam mengambil keputusan tentang pelayanan kesehatan serta harapan dan kebutuhan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi? Bab ini akan menjelaskan berbagai makna pengalaman ibu dalam memperoleh hak reproduksinya pada masa kehamilan dan nifas di wilayah kerja Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember.

Temuan ini mampu menjawab pertanyaan penelitian mengenai pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya sepanjang masa hamil dan nifas. Ada tujuh tema utama yang ditemukan dalam penelitian ini memberikan suatu gambaran atau fenomena pengalaman para perempuan di wilayah puskesmas Arjasa Kabupaten Jember dalam memperoleh hak reproduksinya selama masa hamil dan nifas.

Pada bab ini diuraikan menjadi dua bagian. Bagian pertama menjelaskan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian, dan bagian kedua membahas analisis tematik tentang pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya pada masa hamil dan nifas.

4.1 Gambaran Karakteristik Partisipan

Semua partisipan dalam penelitian ini adalah perempuan yang telah memiliki pengalaman dalam memperoleh hak reproduksinya sepanjang masa kehamilan dan nifas. Sebanyak delapan partisipan terlibat dalam penelitian dengan karakteristik sebagai berikut:

Partisipan 1: Umur 30 tahun, pendidikan SD tamat, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, jumlah anak dua, anak pertama berusia 11 tahun lahir di dukun dan anak kedua 17 bulan lahir juga di dukun, suku Madura, dengan lama pernikahan 12 tahun, alamat dusun Gunitir desa Kamal Arjasa, jarak antara rumah dengan Polindes sekitar 4,5 Km.

Partisipan 2: Umur 24 tahun, pendidikan SD tamat, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, jumlah anak satu, dan berusia empat bulan lahir di dukun, suku Madura, lama pernikahan dua tahun, alamat dusun Gunitir desa Kamal Arjasa, jarak antara rumah dengan Polindes sekitar 4,5 Km.

Partisipan 3: Umur 22 tahun, pendidikan tidak sekolah, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, pernah melahirkan dua kali, anak pertama keguguran, lahir di dukun dan anak kedua dua tahun lahir juga di dukun, suku Madura, lama pernikahan empat tahun, alamat di dusun Gunitir desa Kamal Arjasa, jarak antara rumah dengan Polindes sekitar 4,5 Km.

Partisipan 4: Umur tidak tahu, pendidikan SD tidak tamat, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, pernah melahirkan dua kali anak pertama keguguran dan anak kedua tiga tahun tujuh bulan lahir di dukun, suku Madura, menikah

umur 12 tahun, alamat dusun Gunitir desa Kamal Arjasa, jarak antara rumah dengan Polindes sekitar 4,5 Km.

Partisipan 5: Umur 22 tahun, pendidikan tidak sekolah, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, jumlah anak dua, anak pertama berusia 9 tahun lahir di dukun dan anak kedua 20 bulan lahir juga di dukun, suku Madura. Menikah dua kali, pada pernikahan yang pertama lama pernikahan hanya satu tahun dan cerai, kemudian pernikahan yang ke dua lama empat tahun, alamat dusun Gunitir desa Kamal Arjasa, jarak antara rumah dengan Polindes sekitar 4,5 Km.

Partisipan 6: Umur 19 tahun, pendidikan terakhir Mts tidak tamat, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, jumlah anak satu berusia lima hari lahir di Rumah Sakit dengan operasi, suku Madura, lama pernikahan tiga tahun, alamat di dusun Krajan desa Darsono Arjasa, jarak antara rumah dengan Polindes sekitar 100 m.

Partisipan 7: Umur 17 tahun, pendidikan SD tidak tamat, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, jumlah anak satu berusia 15 bulan lahir di bidan, suku Madura, menikah umur 14 tahun, dicerai suami saat hamil empat bulan, alamat dusun Krajan desa Darsono Arjasa, jarak antara rumah dengan Polindes sekitar 200 m.

Partisipan 8: Umur 35 tahun, pendidikan terakhir SMEA, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, jumlah anak 3, anak pertama berusia 12 tahun lahir di bidan, anak ke dua usia 9 tahun lahir di bidan dan anak ke tiga 7 hari lahir di Rumah Sakit operasi, suku Madura, dengan lama pernikahan 14 tahun, alamat di

dusun Krajan desa Darsono Arjasa, jarak antara rumah dengan Polindes sekitar 500 Km.

Wilayah Jember secara demografis mulai berkembang dengan masuknya imigran Madura, dimana mayoritas penduduknya beragama Islam. Masyarakat Jember dikenal sebagai masyarakat agamis yang ditunjukkan dengan banyaknya tempat peribadatan umat beragama dan kegiatan keagamaan. Jember juga disebut sebagai kota pendidikan yang ditandai dengan tumbuh suburnya lembaga pendidikan dari TK hingga perguruan tinggi (Humas, 2008). Ada tiga figur yang menjadi panutan dalam kehidupan masyarakat Jember yaitu orang tua, Kiai, dan pemimpin formal atau pemerintah (Wiyata, 2001).

4.2 Analisis Tema.

Bab ini secara rinci menjelaskan berbagai tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Sebanyak tujuh tema utama mampu menjawab tujuan khusus dari penelitian yang memaparkan berbagai pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya sepanjang masa kehamilan dan nifas di wilayah kerja Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember. Berikut adalah tema-tema sesuai dengan tujuan penelitian:

1. Pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas. Ada empat tema yang mampu ditemukan adalah: a). Belum terpenuhinya hak menentukan pilihan pendamping hidup, b). Membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak, c). Memperoleh perlakuan “istimewa” selama hamil dan nifas, d). Belum menikmati hubungan seks yang nyaman.
2. Pengalaman perempuan memperoleh pelayanan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas. Tema yang terungkap dari tujuan ini adalah: kebutuhan

memperoleh pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan.

3. Pengambilan keputusan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan dan nifas. Berikut adalah tema yang telah ditemukan yaitu kebebasan berpikir dan membuat keputusan dalam mencari bantuan kesehatan.
4. Harapan dan kebutuhan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi, tema yang ditemukan adalah harapan perempuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi.

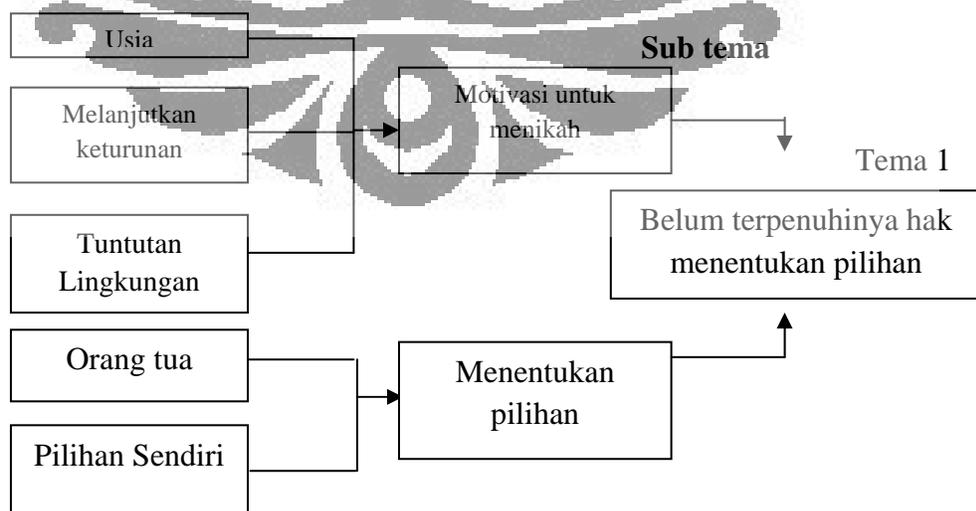
Dalam bab ini, tema-tema yang telah dihasilkan diuraikan secara terpisah untuk mengungkap makna atau arti dari berbagai pengalaman partisipan dalam memperoleh hak reproduksinya. Namun, tema-tema tersebut saling berhubungan satu sama lainnya untuk menjelaskan suatu esensi pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya pada masa kehamilan dan nifas.

1. Pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas.

Tema 1. Belum terpenuhinya hak menentukan pilihan pendamping hidup.

Skema tema 1

Katagori



Universitas Indonesia

Jember walaupun sebagai kota pendidikan, namun pandangan-pandangan masyarakatnya masih sangat kental dengan pengaruh tokoh masyarakat atau kiai. Ada dua sub tema yang berhasil ditemukan tentang hak menentukan pilihan pendamping hidup yaitu motivasi perempuan untuk menikah dan bagaimana menentukan pilihan pendamping.

1). Motivasi untuk menikah

Banyak faktor yang mempengaruhi perempuan untuk menikah diantaranya perempuan dipaksa menikah pada usia yang masih muda, dan tuntutan dari lingkungan terkait dengan budaya untuk menikah dini, selain itu pernikahan yang dilakukan karena tuntutan untuk dapat melanjutkan keturunan. Ketika ditanya tentang usia perempuan saat menikah, beberapa partisipan mengungkapkan dengan terbuka dan tanpa ragu-ragu bahwa mereka menikah pada usia yang sangat muda. Sebagian besar partisipan pada penelitian ini mengatakan menikah pada usia antara 12 sampai 18 tahun. Alasan yang disampaikan partisipan adalah kebiasaan yang selama ini berkembang di masyarakat, mereka mengatakan akan malu kalau tidak cepat menikah masyarakat akan menilainya menjadi perawan tua atau tidak laku, kondisi ini pada akhirnya menuntut mereka untuk menikah pada usia muda, berikut adalah penuturannya:

“Saya dinikahkan umur 18 tahun suami juga tapi kalau orang sini rata-rata nikahnya ya...muda, ada yang masih 12 tahun sudah nikah dan punya anak bu..padahal masih banyak yang belum lulus SD bu tapi ya... gimana lagi bu ...ya harus mau”(P3).

“ Ya ...walaupun masih pengen sekolah, ya terpaksa mau bu orang tua kan malu kalau ndak nikah-nikah nanti dikira ndak laku anaknya bu...” (P2).

Alasan lain juga banyak dikemukakan perempuan, bahwa alasan mereka menikah dini karena tuntutan dari keluarga untuk melanjutkan keturunan. Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa mereka hamil pada usia yang masih sangat muda, walaupun terkadang mereka masih belum ingin untuk mempunyai anak. Partisipan juga mengatakan, banyak perempuan di Gumitir yang mengalami keguguran pada kehamilan anak pertamanya. Mereka mengatakan rata-rata saat pertama hamil mereka masih berusia sangat muda, jadi belum tahu bagaimana menjaga kehamilan. Berikut pernyataan dari salah satu partisipan:

“ Ya ...saya dulu nikahnya umur 12 tahun, orang tua yang menjodohkan, saat hamil yang pertama kali saya mengalami keguguran bu...mungkin karena saya belum siap”

2). Menentukan pilihan

Orang tua mempunyai andil yang cukup besar dalam menentukan pilihan hidup partisipan. Perempuan tidak diberi kesempatan untuk menentukan pilihannya sendiri dalam membina rumah tangga. Disaat harus menentukan pendamping hidupnya-pun perempuan tidak mempunyai pilihan untuk bisa menentukan siapa yang akan menjadi pendampingnya. Penelitian ini menemukan bahwa keputusan untuk menikah karena disuruh oleh orang tuanya. Enam partisipan mengatakan bahwa mereka memutuskan untuk menikah setelah dijodohkan orang tuanya dan mereka juga mengatakan terpaksa menuruti orang tua walaupun dijodohkan. Saat menyampaikan pengalaman tersebut ekspresi partisipan biasa saja berikut pernyataannya:

“Saya nikah umur 16 tahun bu, saat itu saya masih sekolah MTs kelas 2, terus saya dijodohkan sama orangtua saya bu, ya...saya terpaksa ikut saja apa kata orang tua bu,biar ndak malu dengan tetangga, padahal saya waktu itu masih belum lulus sekolahnya...”(P6).

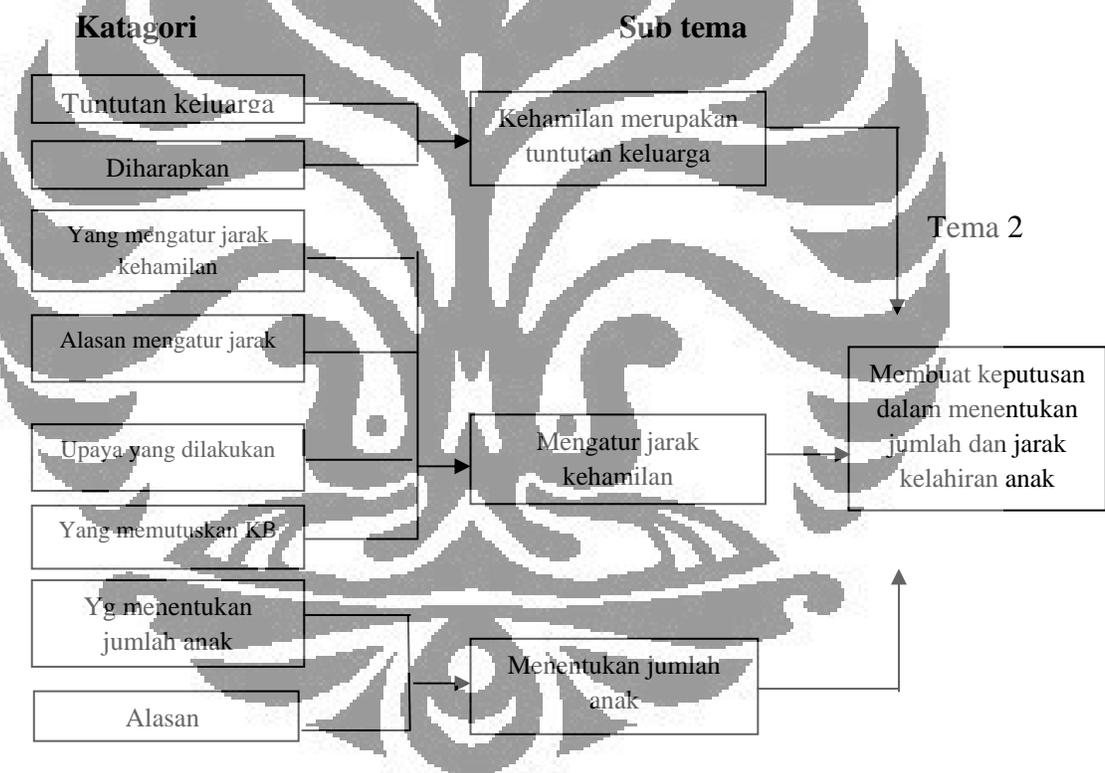
Namun, salah satu partisipan dengan pendidikan SMEA yang tinggal di Krajan mempunyai pendapat yang berbeda dalam menentukan pendamping untuk

membina rumah tangga, dia mengatakan saat memilih pendamping hidup dia menentukan sendiri pilihannya dan orang tua juga tidak keberatan dengan pilihannya, seperti pernyataannya berikut ini :

“Saya nikah ya..pilihan sendiri, orang tua saya juga setuju dengan pilihan saya...suami saya orangnya baik bu.. “(P8)

Tema 2. Membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak.

Skema tema 2



Banyak faktor yang mempengaruhi perempuan dalam membuat keputusan tentang kehamilannya. Hasil penelitian menemukan tiga hak perempuan dalam membuat keputusan untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak yaitu kehamilan merupakan tuntutan keluarga, mengatur jarak kehamilan dan merencanakan jumlah anak.

1). Kehamilan merupakan tuntutan dari keluarga

Kehamilan merupakan anugrah bagi pasangan yang sudah menikah, demikian pula keinginan untuk memiliki anak merupakan tujuan dalam membina rumah tangga. Penelitian ini mengungkapkan bahwa pada kehamilan pertamanya perempuan mengatakan belum siap untuk memiliki anak. Hal tersebut disebabkan mereka menikah pada usia yang masih sangat muda, sehingga mereka merasa masih belum mampu kalau harus merawat anak. Namun demikian, tuntutan dari suami dan orang tua untuk segera memiliki anak menyebabkan perempuan harus menerima kehamilannya. Kondisi tersebut terkadang berdampak pada perempuan, beberapa partisipan mengatakan pernah mengalami keguguran pada kehamilannya. Salah satu partisipan lain juga mengatakan bahwa keinginan mempunyai anak merupakan keputusan yang diambil suami dengan orang tua, berikut adalah penuturannya:

“Ya...sama-sama bu, orang tua dan suami pengen saya segera punya anak lagi, saat itu saya ya gimana ya mau saja bu, apalagi kan sudah menjadi kewajiban istri bu kalau suaminya ingin punya anak ya.. mau saja..”(P1)

“Anak saya yang pertama ndak ada bu, kegugurah...kalau orang sini banyak yang keguguran bu dan suami menyuruh saya untuk punya anak lagi...”(P3)

“Saya ya harus mau bu, apalagi kata suami anak saya dengan suami yang pertama kan sudah besar, kalau kebiasaan orang sini sudah nikah ndak punya anak suami akan malu bu dengan tetangga,.....”(P5)

Pernyataan berbeda disampaikan oleh salah satu partisipan yang mempunyai pendidikan SMEA, bahwa kehamilan yang selama ini dijalani selalu direncanakan dengan suami, berikut adalah ungkapannya:

“Ya...memang direncanakan bu, anak saya kan sudah besar semua dan kakaknya pengen adik ya..akhirnya saya dan suami merencanakan untuk hamil lagi...”(P8)

2). Mengatur jarak kehamilan

Dalam upaya mengatur jarak kehamilan perempuan harus mengikuti KB. Penelitian ini mengungkapkan, bahwa keputusan untuk mengikuti KB sebagian besar ditentukan oleh suami. Namun demikian keputusan untuk memilih jenis kontrasepsi beberapa perempuan dapat menentukan pilihannya sendiri, berikut adalah ungkapannya:

“Suami saya yang nyuruh untuk ikut KB, takut kebobolan anak saya kan masih kecil bu,” (P2)

“Saya milih suntik bu, yang 3 bulanan suami saya nurut saja. Katanya kalau KB kan urusannya perempuan...” (P6)

Alasan perempuan untuk mengikuti anjuran suami dalam ber KB karena anaknya masih kecil, selain itu beberapa partisipan mengatakan biasanya yang melahirkan perempuan jadi yang KB harus perempuan, berikut pernyataan partisipan:

“ ya...ndak apa-apa bu, anak saya kan masih kecil, biar sekolah dulu. Ya...untuk kepentingan bersama, saya ya mau ikut KB bu..” (P3)

“ Kalau yang melahirkan kan perempuan bu...jadi yang KB ya..perempuan, kalau suami disuruh KB ya...ndak mau bu..” (P2)

3). Merencanakan jumlah anak

Ketidakterdayaan perempuan dalam masalah pengaturan jumlah anak juga ditemukan pada penelitian ini. Dalam menentukan berapa anak yang diinginkan, biasanya suami yang memutuskan. Beberapa partisipan mengatakan bahwa suaminya menginginkan untuk mempunyai anak lebih dari satu. Sebagai contoh, salah satu perempuan mengatakan bahwa alasan suami untuk memiliki anak lebih dari satu karena biar bisa diajak untuk diskusi jika dalam keluarganya ada masalah, berikut penuturannya :

“Kalau cuma punya anak satu gimana bu, kan ndak bisa perundingan kalau ada masalah... makanya suami saya minta anak lagi....”(P1)

Sementara, partisipan yang lain mengatakan bahwa keinginan suami untuk menambah anak karena belum memiliki anak dengan jenis kelamin laki-laki, hal tersebut diungkapkannya seperti berikut ini:

“Terus tadinya saya pengen anak dua saja bu, tapi suami bilang kalau bisa satu lagi, apalagi belum punya anak laki-laki, Alhamdulillah bu anak saya yang ketiga laki-laki jadi ya..sudah cukup...”(P8)

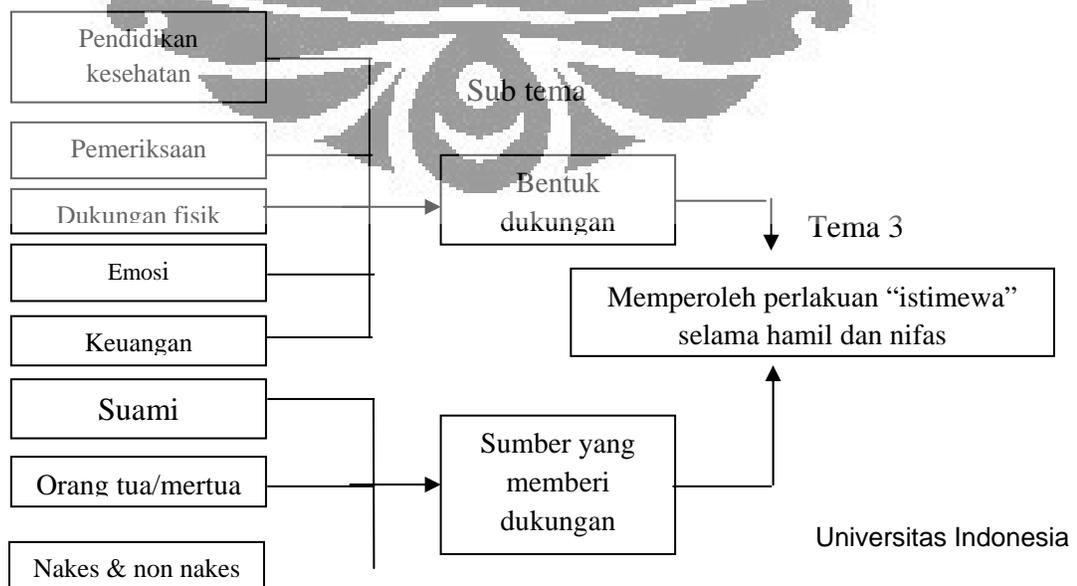
Namun salah satu partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan tentang keinginannya untuk memiliki banyak anak dengan harapan dapat membantu bekerja untuk menambah penghasilan keluarga, berikut ini pernyataannya:

“Saya juga pengen punya banyak anak bu biar rame, tapi biar besar dulu... kalau saya pengennya punya anak yang banyak bu, biar bisa bantu kerja cari uang..biar enak bu.....”(P4).

Tema 3. Memperoleh perlakuan “istimewa” selama hamil dan nifas.

Skema Tema 3

Katagori



Dukungan merupakan salah satu bentuk keterlibatan keluarga dalam membantu perempuan untuk memperoleh hak reproduksinya terutama saat hamil dan melahirkan. Penelitian ini menemukan dua sub tema yang terkandung dalam memperoleh perlakuan “istimewa” selama hamil dan nifas yaitu: bentuk dukungan yang diperoleh ibu dan siapa saja yang telah memberi dukungan pada ibu

1). Bentuk dukungan yang diperoleh ibu

Pada kehamilan berikutnya rata-rata perempuan sudah lebih siap dalam menjalaninya, banyak dukungan yang sudah diterima. Dukungan yang telah diterima membuat perempuan dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan perasaan senang, hal tersebut tentunya dapat mengurangi komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan dan persalinan. Beberapa bentuk dukungan yang telah diterima perempuan diantaranya berupa pendidikan kesehatan, pemeriksaan selama hamil dan nifas, dukungan fisik, emosi dan keuangan. Sebagian besar perempuan mengatakan bahwa selama hamil banyak mendapatkan informasi dan nasehat tentang kehamilan dan makanan yang harus dikonsumsi, seperti penuturannya berikut ini:

“Saya kan dirumah dengan ibu saya jadi yang nasehati dan mbantu-mbantu ya ..ibu saya, saya masih belum tahu bu cara-caranya kalau orang ngandung itu bagaimana...”(P6)

“Saya diberi nasehat-nasehat katanya makannya harus banyak apalagi kalau nanti menyusui biar ASInya juga banyak, ndak boleh kerja berat, harus sering periksa kalau krasa ndak enak gitu bu, saya juga diberi obat bu katanya tambah darah..”(P1)

Selama nifas, perempuan juga banyak memperoleh informasi untuk menjaga kelancaran ASI setelah melahirkan, berikut pernyataannya:

“Saat saya periksa ke polindes saya juga diajari bu N cara membersihkan payudara bu, ya...dikocok-kocok gitu, katanya biar ASInya keluar banyak....”(P3)

Bentuk dukungan lain juga sering diterima perempuan sepanjang masa hamil dan melahirkan diantaranya bantuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari di rumah antara lain membantu mengambil air, mencuci baju, dan merawat bayinya, berikut penuturan beberapa partisipan:

“Ya...memang suami saya baik bu selama saya belum punya anak lagi suami juga ndak memaksa saya harus kerja bahkan selama pertama hamil suami selalu memperhatikan saya, suami juga membantu mencuci pakaian kadang mengambil air ...”(P1)

“Suami cuma menyuruh jangan kerja berat-berat, takut nanti miskram lagi, ya .kalau suami ya .mbantu ngambil air untuk masak bu, kasihan sama saya katanya bu kalau ndak dibantu ...”(P2)

“Kalau orang sini biasanya yang memandikan dan merawat bayi ya dukun bu sekitar 15 hari pokoknya sampai itu bu...apanya pusernya lepas, tapi kalau saya yang merawat bayi ya...mertua saya bu...(P4)

“Saya disuruh makan sayur kulupan dan kacang bu sama orang tua saya, katanya ASInya biar lancar...(P5)

Sementara itu, perempuan juga mendapatkan dukungan keuangan yang diterima dari suami. Banyak biaya yang harus dikeluarkan perempuan sepanjang masa kehamilan dan persalinannya, biasanya biaya tersebut digunakan perempuan untuk transportasi maupun pemeriksaan kehamilannya. Pemeriksaan kesehatan reproduksi yang mahal dan jarak pelayanan kesehatan profesional yang jauh menyebabkan perempuan cenderung memilih tenaga non profesional. Ketergantungan perempuan terhadap suami berkaitan dengan keuangan ini juga berdampak bagi perempuan dalam membuat keputusan tentang layanan kesehatan. berikut ini pernyataan partisipan:

“Ya..kalau tiga bulanan tiap suntik Rp15.000, suami saya ya...mendukung bu, kan untuk bersama juga...”(P1)

Universitas Indonesia

“..wah... tempatnya kan jauh bu, kalau ke sana harus naik ojek, sekali ngojek Rp15.000 mahal bu...ya..kalau minta uang ke suami ya dikasih, sebenarnya sih pengen ke bu N terus periksanya tapi jauh apalagi kalau lahiran di polindes juga mahal bu sampai Rp 300.000 lebih, kebiasaan orang sini kalau sudah lahiran baru nanti lapor ke bu N..”(P2)

2). Sumber dukungan pada ibu

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa sepanjang masa kehamilan dan nifas perempuan banyak mendapat dukungan dari orang-orang yang ada disekitarnya yaitu suami, orang tua, mertua dan tenaga kesehatan, berikut adalah penuturan partisipan tentang dukungan yang sudah diterima dari suami selama hamil dan nifas:

“Suami saya mau mengantar bu, karena cintanya pada saya dan pengen punya anak lagi, seperti suami siaga gitulah...”(P1)

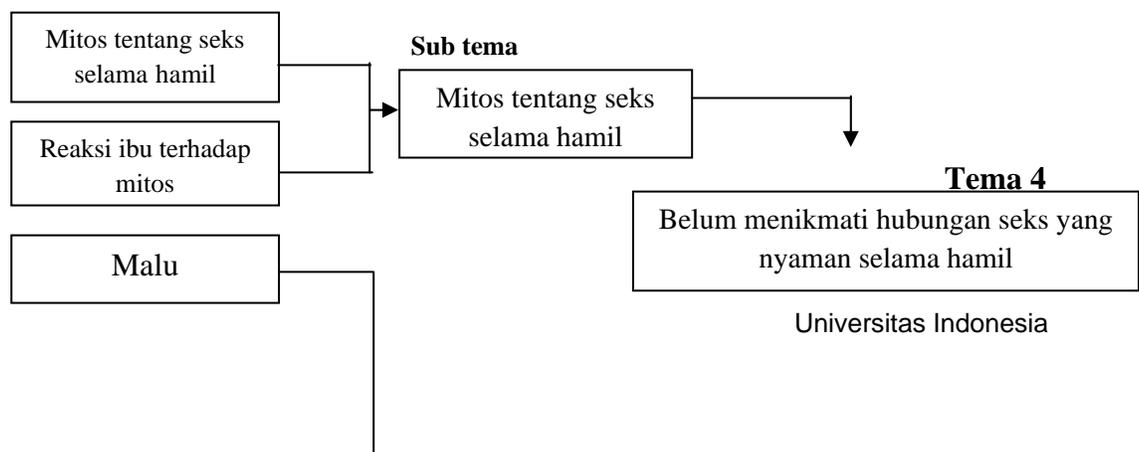
Hal senada juga disampaikan oleh partisipan lain yang mengatakan bahwa selama hamil dia banyak mendapat dukungan dari mertua dan orang tua, seperti pernyataannya berikut ini:

“Yang banyak membantu ya mertua saya..kalau suami ya hanya kerja di sawah bu...”(P3)

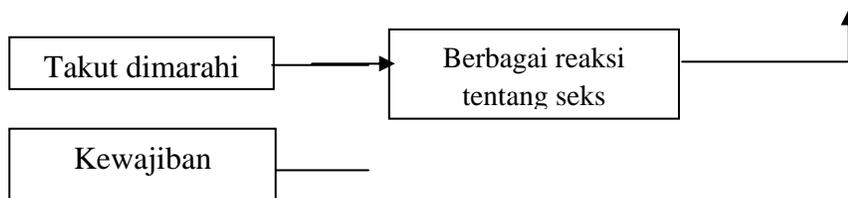
“... terutama ibu mertua sangat perhatian, saya banyak dibantu dalam melakukan pekerjaan rumah, jadi saya ndak merasa berat selama hamil bu..”(P8)

Tema 4. Belum menikmati hubungan seks yang nyaman.

Skema tema 4



Universitas Indonesia



Beberapa fakta tentang seks mengungkapkan bahwa perempuan belum dapat menikmati haknya dalam memperoleh rasa nyaman saat berhubungan seks selama hamil. Hal tersebut senada dengan hasil penelitian ini, walaupun terkadang perempuan tidak mempunyai keinginan melakukan hubungan seks, namun karena mitos dan untuk memenuhi kebutuhan suami, akhirnya beberapa perempuan mengatakan terpaksa melakukannya. Berikut adalah uraian dari sub tema yang telah ditemukan:

1). Mitos tentang hubungan seks selama hamil

Banyak mitos yang berkembang di masyarakat Jember tentang seksual selama hamil. Keadaan tersebut membuat perempuan tidak berani menolak hubungan seks selama hamil, walaupun terkadang mereka tidak menginginkannya. Hasil penelitian ini menemukan tentang mitos yang berkembang bahwa hubungan seks yang dilakukan selama hamil dapat membuat bayi tidak cacat, karena menurut mereka selama melakukan hubungan seks suami akan menambah dan melengkapi badan bayi, berikut adalah pernyataan beberapa partisipan tentang mitos tersebut :

“Kepercayaan orang sini kalau hubungan suami istri selama hamil itu bisa menambah tubuh bayi bu... ya...bayinya ditambah kupingnya, maripatnya... biar normal bu... makanya saya ndak berani nolak bu takut anaknya ndak normal...”(P1)

“Ya masih bu... apalagi orang sini kalau hamil dan berhubungan kan bisa nambah kuping, mata, pokoknya biar lengkap gitu bu...kalau saya ya...walaupun terpaksa dan kadang-kadang sedang ndak enak ya mau bu...dari pada bayinya cacat..” (P2)

“..ya iya...bu, kalau orang sini kan masih ada kepercayaan kalau hubungan kan bisa nambah kuping, tangan, mata....ya..walaupun kadang saya tidak ingin, tapi ya akhirnya mau bu...”(P5)

Universitas Indonesia

Namun, ada satu partisipan yang mempercayai mitos lain tentang hubungan seks selama hamil yaitu hubungan seks pada saat hamil bisa membantu membuka jalan lahir, berikut penuturan salah satu partisipan:

“..ya...kata orang tua bu, katanya kalau hubungan sebelum melahirkan bisa untuk buka jalan...”(P8)

2). Berbagai reaksi tentang seks saat hamil dan nifas

Budaya *patriarki* yang berkembang di masyarakat membuat posisi perempuan selalu merasa ter subordinasi, begitu pula tentang seksual saat hamil dan nifas. Perempuan tidak terbiasa mengungkapkan keinginannya untuk berinisiatif memulai terlebih dahulu. Berbagai reaksi perempuan tentang hubungan seks saat hamil juga mampu diidentifikasi dari penelitian, diantaranya malu kalau perempuan harus memulai, takut dimarahi suami kalau menolak hubungan seks, dan hubungan seks merupakan kewajiban istri untuk melayani suami. Pada penelitian ini beberapa partisipan mengatakan bahwa mereka tidak berani menolak walaupun mungkin sedang tidak ingin melakukan hubungan, mereka juga mengatakan “ya.. melayani saja keinginan suami”, berikut kutipan pernyataan dari partisipan :

“..ya...ditolak bu, tapi pagi-pagi kadang suami marah-marah kalau ndak dikasih...ya akhirnya ya dilayani saja...”(P2)

“..ya...masih bu, kalau ndak dikasih suami marah-marah bu, saya suruh pindah suami ndak mau, kadang-kadang kalau saya sedang ndak mau hubungan ya...pakai celana saja bu... tapi biasanya pagi-pagi suami marah-marah...”(P3)

Begitu juga pernyataan dari salah satu partisipan bahwa, perempuan tidak mempunyai keberanian untuk menolak saat harus melakukan hubungan seks walaupun merasa tidak nyaman. Alasan yang disampaikan perempuan karena untuk memenuhi kewajibannya kepada suami, seperti pernyataannya berikut:

“ya...ndak apa-apa ya..saya ndak berani nolak bu, itu kan sudah kewajiban sebagai istri..apalagi kalau orang hamil katanya biar anaknya ndak kurang harus hubungan bu...”(P6)

Sedangkan hubungan seksual setelah melahirkan biasanya dilakukan setelah bersih dan salah satu partisipan mengungkapkan sebenarnya masih takut melakukan karena teringat saat melahirkan, walaupun demikian perempuan tetap melayani suami berikut pernyataan salah satu partisipan:

“ ya sebenarnya saya masih takut bu, saat suami minta dilayani setelah melahirkan, ...tapi ya..gimana kan kewajiban istri bu..daripada suami marah bu...”(P3)

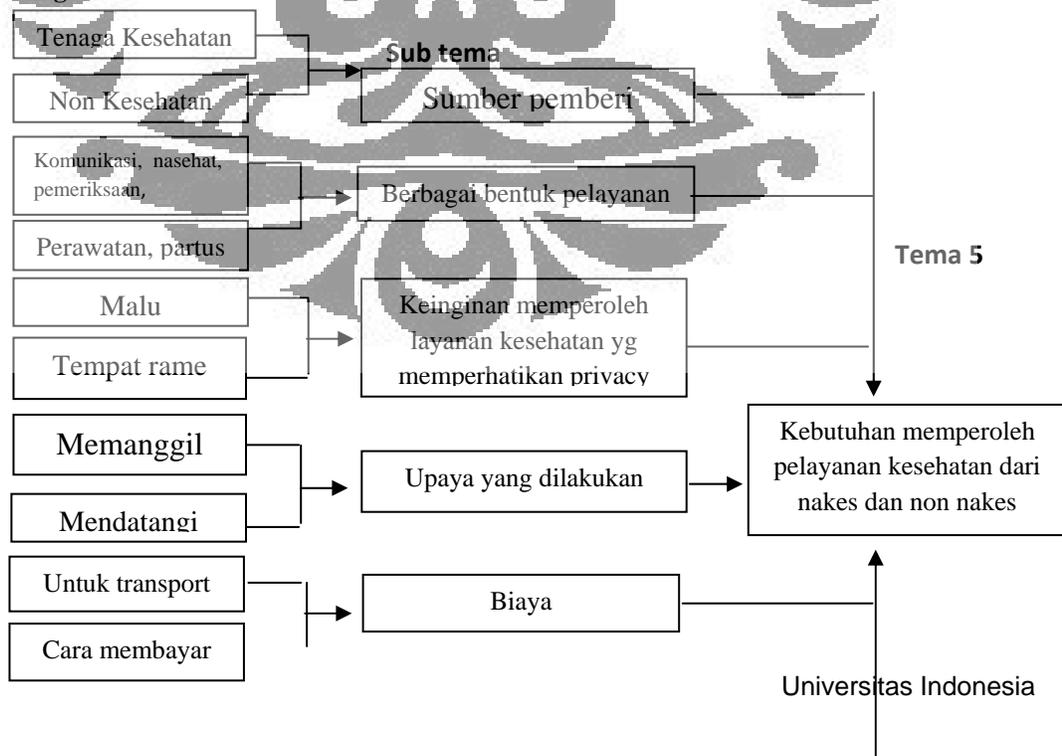
“ Kalau saya ya...kadang-kadang dilayani bu, tapi sebenarnya saya juga masih takut,,,(P5)

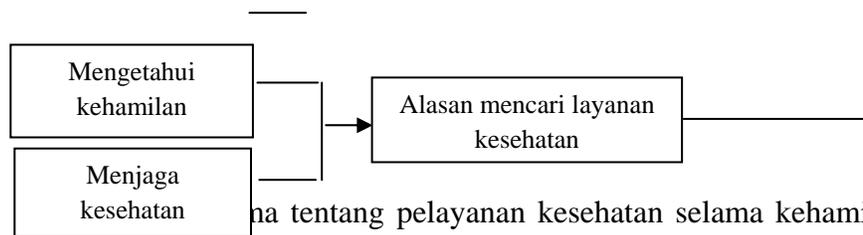
2. Pengalaman perempuan memperoleh pelayanan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas.

Tema 5. Kebutuhan memperoleh pelayanan kesehatan selama hamil dan nifas

Skema tema 5

Kategori





na tentang pelayanan kesehatan selama kehamilan dan nifas yang ditemukan dalam penelitian ini yaitu sumber yang telah memberikan pelayanan, berbagai bentuk pelayanan yang diterima, keinginan memperoleh layanan yang memperhatikan *privacy*, upaya yang dilakukan perempuan, biaya yang digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan alasan ibu mencari bantuan.

1). Sumber yang telah memberikan pelayanan kesehatan

Perempuan belum banyak yang mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi dari tenaga profesional, mereka lebih mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan selama kehamilan dan nifas di tenaga non profesional (dukun). Ada dua sumber pemberi pelayanan selama hamil dan nifas yang ditemukan pada penelitian ini yaitu pelayanan dari tenaga kesehatan profesional (bidan desa) dan non profesional (dukun). Walaupun perempuan banyak dan sering datang ke posyandu, tapi pada akhir kehamilan perempuan selalu memilih dukun untuk persalinannya. Berikut adalah pernyataan beberapa partisipan tentang pemberi pelayanan kesehatan:

“Ya saya ikut saja bu, biasanya masyarakat sini kalau ingin tahu hamil atau ndak ya cuma dilihatkan ke dukun bu, dukunnya tahu bu kalau hamil atau ndak, dukunnya kan pengalaman...”(P2)

“Kalau anak yang pertama dulu ndak pernah ke posyandu bu hanya ke dukun, baru anak ke dua ini kadang-kadang kalau ada teman berangkat ke posyandu ya... ikut rame-rame...”(P3)

“Kalau saya setelah melahirkan biasanya masih dikunjungi dukunnya bu,...untuk membantu memandikan bayi. Biasanya sampai lepas tali pusernya. Tapi..kadang-kadang bu N juga datang untuk melihat bayi saya...(P4)

Walaupun begitu, dua partisipan yang tinggal di dusun Krajan menyatakan hanya memilih ke tenaga kesehatan, alasan yang dikemukakan karena mereka lebih dekat dengan puskesmas daripada harus ke dukun tempatnya lebih jauh, berikut penuturannya :

“Ya...saya saat hamil dan setelah melahirkan periksadi puskesmas bu...puskesmasnya kan yang didepan itu...”(P7)

“Ya...disini kalau mau ke dukun jauh bu di Baratan, kalau periksa saya ya ke..puskesmas, paling kalau capek saya bilang ke suami minta antar pijet ke Baratan...”(P6)

“Ya...saya periksa ke dokter, disuruh ke laboratorium. Di laboratorium saya diperiksa kencingnya..dan hasilnya saya hamil bu...kalau anak pertama dulu ndak begitu bu...suami saya kan kerja di Surabaya, jadi saya dirumah hanya dengan ibu mertua saat saya mengeluh mual dan ndak enak badan ..kata ibu mertua saya mungkin hamil dan ternyata setelah periksa ke bidan memang hamil bu...kalau ke bidan lebih dekat bu..”(P8)

2). Berbagai bentuk pelayanan yang diterima ibu selama hamil dan nifas

Beberapa bentuk pelayanan yang telah diterima partisipan dari tenaga kesehatan profesional adalah komunikasi, informasi dan edukasi, sedangkan untuk tenaga kesehatan non profesional pelayanan yang diterima ibu hanya berupa pemeriksaan selama hamil dan merawat bayi setelah lahir. Informasi yang telah perempuan dapatkan selama hamil diantaranya nasehat tentang kehamilan, nutrisi, dan pemeriksaan yang harus dilakukan selama hamil, selain itu beberapa partisipan juga mengatakan banyak menerima layanan dari dukun setelah melahirkan seperti merawat dan memandikan bayi karena belum berani melakukannya sendiri. Pelayanan lain yang diterima perempuan selama hamil adalah diperiksa BB, perutnya, mata, tekanan darah, kadang diberi vitamin dan disuntik, berikut berbagai penuturan dari para partisipan :

“Saya disuruh makan banyak, dan makan daun-daun yang berwarna hijau, tidak boleh makan yang pedas-pedas dan panas-panas, tidak

boleh kerja berat. Saya juga diperiksa perutnya sama bu N, kadang-kadang maripat saya, diberi obat tambah darah, saya minum bu karena saya ingin sehat. Saat hamil saya juga di suntik 1 kali di lengan, tapi kalau di dukun cuma perut saya dipegang-pegang. Dukunnya kan sudah pengalaman jadi tahu kalau saya hamil atau tidak...”(P1)

“Kalau di dukun ya..cuma dipegang saja, biasanya dukunnya bisa tahu kalau hamil atau ndak. Kalau hamil kan ada benjolan-benjolan gitu katanya bu. Di posyandu saya diberi nasehat-nasehat, disuntik kesehatan dan di periksa bu, kadang juga diberi vitamin-vitamin ...”(P2)

“Ya...dukunnya kan pagi/sore mandikan bayi saya bu, sampai umur 15 hari pokoknya sampai pusernya lepas, tapi saya belum berani pegang bayi bu, ya...kadang-kadang mertua saya bu, kalau bu N ya...sudah ngasih nasehat untuk jaga kebersihan, sering cebok pake air, tapi kadang orang sini masih sering mbakar itu bu kulitnya kelapa ya...pokoknya hangat-hangat gitu bu,..disuruh nduduki biar ndak besar itunya....jalan lahirnya, saya ya..ikut saja , tapi enak lo bu ndak perih...”(P4)

3). Keinginan memperoleh tempat layanan yang memperhatikan *privacy*

Hasil penelitian ini mengungkapkan walaupun beberapa partisipan senang diperiksa oleh tenaga kesehatan tapi mereka merasa malu kalau harus dibuka-buka di tempat rame, seperti pernyataannya berikut ini:

“..Ya ndak bu, kan saya belum lahiran apalagi saya juga malu kalau dibuka-buka. Di Posyandu kan rame bu apalagi kalau periksa kamarnya cuma ditutup dengan selambu ndak ada pintu..”(P1)

“..Yo...ndak mau bu, untuk apa kan malu kalau dibuka-buka....apalagi di tempatnya periksa kan banyak anak kecil bu...”(P2)

“..ya...saya sih kalau untuk kesehatan ya..mau saja bu, tapi kalau di posyandu ya..ndak bu...malu...apalagi nanti kalau dilihat banyak orang, tempatnya kan ndak ada pintunya...”(P4)

Pernyataan senada juga disampaikan salah satu partisipan yang mempunyai pengalaman melahirkan di Bidan. Partisipan mengatakan tidak mau lagi

melahirkan di bidan karena merasa malu, hal tersebut disebabkan perempuan merasa tidak nyaman saat harus dibuka-buka dengan banyak orang tanpa diperhatikan *privacynya*, berikut pernyataannya:

“..saya pokoknya kapok bu..ndak mau lagi lahiran di bidan, dulu lahiran anak yang pertama saya di bawa ke bidan, di tandu sama banyak orang bu dibawa ke Darsono di rumah bu Y, disana saya dibuka-buka, saya malu bu banyak orang ...”(P3)

4). Upaya yang dilakukan ibu

Banyak upaya yang telah dilakukan ibu dalam menjalani kehamilan dan persalinan. Beberapa partisipan mengatakan bahwa saat mencari bantuan untuk mendapatkan pelayanan, perempuan selalu mendatangi dukun. Namun demikian, kadang-kadang partisipan juga ke posyandu, berikut adalah penuturannya:

“Saya disuruh suami untuk minta tolong ke dukun dan dilihatkan, saya diantar suami bu ke dukun, dan kata dukunnya saya hamil...”(P2)

“Saya periksa ke polindes gratis bu di sana,saya di beri vitamin dan dinasehati untuk banyak istirahat, tidak makan pedas-pedas, disuruh makan banyak. Saya juga disuruh beli obat di apotik habis Rp350.000, ya ndak apa-apa bu karena saya dan suami ingin punya anak ya mau bu, suami saya ndak marah...”(P5)

Upaya lain yang dilakukan perempuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga dengan mengundang dukun untuk datang ke rumah, berikut ungkapan partisipan :

“Ya...orangtua bu, saat itu saya sakit perut dan manggil orang tua bu , saya pasrah, kata ibu saya mau lahiran...terus suami saya manggilkan dukun, masih gelap bu..mungkin sekitar jam empat pagi...”(P4)

“Ya di dukun bu, suami saya yang manggil dukun ke sini, padahal menurut bu N kandungan saya baru 8 bulan jalan tapi ndak tahu

tiba-tiba malam sekitar jam 11-an perut kok terasa mules-mules...”(P2)

5). Biaya yang digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan

Biaya merupakan salah satu faktor bagi ibu dalam menentukan pilihan pelayanan kesehatan yang tepat sesuai dengan kebutuhannya. Temuan dari penelitian ini bahwa sebagian besar biaya yang digunakan partisipan untuk transportasi dan membayar biaya pelayanan kesehatan. Tujuh partisipan mengatakan bahwa biaya untuk transportasi sangat mahal, karena jarak antara polindes dengan rumah mereka sangat jauh, berikut adalah penuturan partisipan :

“Kalau di polindes jauh bu, harus naik ojek.. di atas sini jarang orang punya sepeda, biasanya ya..turun dulu di rumah bu K(kader) jalan nah...dari sana nanti naik ojek ke Polindes Rp.20.000 ..ya mahal bu...”(P5)

“Ya...diposyandu bu...tapi mbayaranya Rp15.000...(P4)

Pernyataan lain juga disampaikan beberapa partisipan bahwa biaya yang dia keluarkan digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan terutama saat mereka periksa ke dukun, berikut kutipan salah satu partisipan:

“Saya berangkat sendiri ke dukun, dekat kok jalan kaki, ya ..saya bilang ke suami bu kalau mau ke dukun, terus saya diberi uang Rp 5000 untuk minta dilihatkan ke dukun...” (P3)

6). Alasan ibu mencari bantuan

Berbagai alasan dikemukakan partisipan dalam mencari bantuan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yaitu: untuk mengetahui apakah dia hamil atau tidak, menjaga kesehatan dan untuk mendapatkan layanan tentang kontrasepsi. Ada enam partisipan yang mengatakan bahwa untuk

mengetahui hamil atau tidak mereka selalu pergi ke dukun, berikut adalah salah satu penuturannya:

“...biasanya masyarakat sini kalau ingin tahu hamil atau ndak ya cuma dilihatkan ke dukun bu, dukunnya tahu bu kalau hamil atau ndak, dukunnya kan pengalaman...”(P1)

Partisipan lain juga mengatakan bahwa alasannya datang ke posyandu karena ingin diperiksa, diberi nasehat, disuntik, dan juga diberi vitamin, selain itu ibu juga ingin KB, seperti pernyataannya berikut:

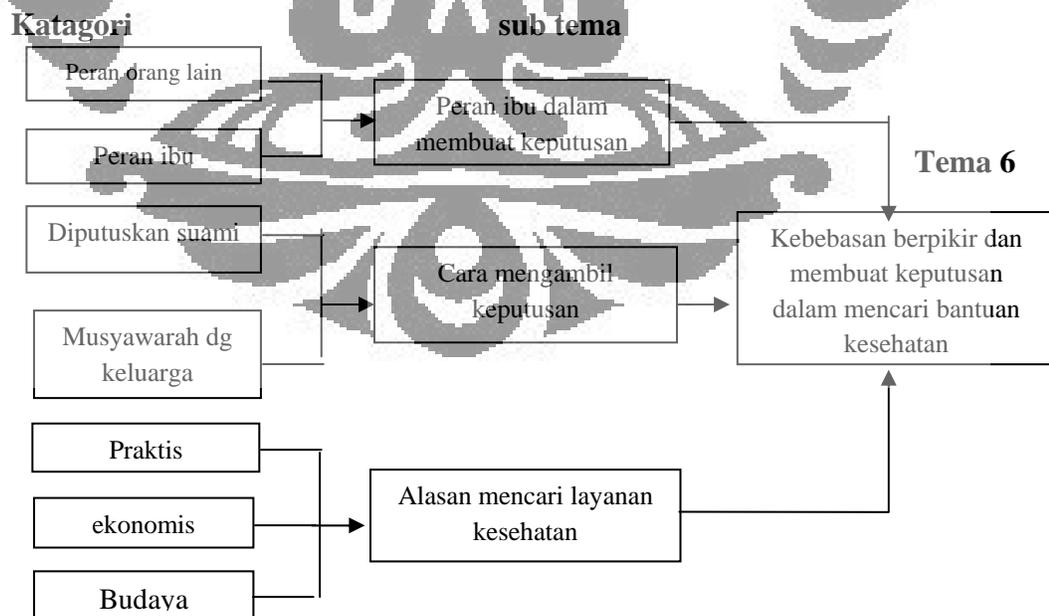
“Di posyandu enak bu, saya diberi nasehat-nasehat, disuntik kesehatan dan di periksa bu, kadang juga diberi vitamin-vitamin...”(P2)

“ Saya kalau KB ya...di posyandu...”(P4)

3. Pengambilan keputusan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan dan nifas

Tema 6. Kebebasan berpikir dan membuat keputusan dalam mencari bantuan kesehatan.

Skema tema 6



Pengambilan keputusan merupakan aspek penting bagi perempuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai standar. Hasil penelitian ini menemukan berbagai alasan yang mendasari partisipan dalam mengambil keputusan dan keterlibatan partisipan dalam membuat keputusan. Sebagian besar peran perempuan dalam membuat keputusan belum terlihat, ada beberapa hal yang dapat menjelaskan kebebasan dalam membuat keputusan diantaranya: cara mengambil keputusan, siapa yang membuat keputusan, dan alasan keputusan tersebut diambil.

1). Cara mengambil keputusan

Keputusan dapat diambil melalui dua cara yaitu diputuskan sendiri dan dengan musyawarah. Tujuh partisipan mengatakan bahwa dalam membuat keputusan tentang layanan kesehatan biasanya keputusan yang diambil selalu diputuskan sendiri oleh suami terutama saat perempuan akan melahirkan, partisipan juga menyampaikan bahwa terkadang jarang diajak untuk berunding dalam membuat pilihan tentang layanan kesehatan, berikut kutipan pernyataannya:

“...ya suami, kebiasaan orang sini juga kalau lahiran kebanyakan dirumah bu, terus dukunnya diundang, saya sih nurut saja yang penting selamat...” (P3)

Begitu juga saat perempuan harus memeriksakan dirinya setelah melahirkan, biasanya orang tua menyuruhnya untuk ke dukun, berikut pernyataan partisipan:

“ya..ke dukun saja biar sekalian bisa dipijet, kalau di posyandu kan hanya di timbang bayinya....(P4).

Pernyataan berbeda disampaikan oleh partisipan dengan pendidikan yang lebih tinggi tentang cara membuat keputusan untuk menentukan layanan kesehatan. Partisipan mengatakan bahwa dalam mengambil keputusan biasanya dilakukan melalui musyawarah dengan pasangannya, berikut ini pernyataannya:

Universitas Indonesia

“..ya berdua bu, saya dan suami rundingan, apalagi kehamilan saya normal-normal saja, ya...akhirnya saya melahirkan di bidan, suami juga tidak keberatan...”(P8)

2). Peran ibu dalam membuat keputusan

Keputusan perempuan dalam menentukan sendiri pelayanan kesehatannya belum sepenuhnya terpenuhi, masih banyak faktor yang ikut mempengaruhi dalam pengambilan keputusan, diantaranya jarak yang cukup jauh untuk menjangkau tempat pelayanan, usia pasangan, dan biaya yang harus dikeluarkan. Perempuan sangat tergantung pada suami disaat harus memutuskan untuk periksa ke polindes, perempuan akan minta antar suami karena jaraknya yang cukup jauh. Selain itu semua partisipan yang terlibat dalam penelitian ini adalah ibu rumah tangga sehingga mereka tidak mempunyai penghasilan sendiri, berikut adalah penuturan partisipan :

“Saya melepas KB susuknya di polindes, jauh bu naik sepeda diantar oleh suami saya, karena memang suami ingin punya anak ya.. mau disuruh mengantarkan periksa...”(P1)

“Ya...saya yang minta ke suami bu, badan saya rasanya ndak enak gitu, waktu di bu N ...yang pertama saya diantar naik sepeda dengan suami bu, terus periksa yang lainnya saya naik ojek sendiri, mahal bu ojeknya. Tapi kalau di dukun saya jalan sendiri, agak dekat kok bu...”(P5)

“Ya...saya kadang berangkat sendiri ke dukun, tapi kalau mau periksa yang bilang ke suami, bu...biar diberi uang untuk mbayar periksanya...”(P6)

Dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa perempuan tidak mempunyai kebebasan dalam membuat keputusan saat mencari bantuan layanan kesehatan. Banyak yang terlibat dalam pengambilan keputusan tentang layanan kesehatan diantaranya suami, orang tua dan mungkin kader, berikut adalah beberapa pernyataan partisipan tentang hal tersebut :

“..disuruh suami untuk minta tolong ke dukun dan dilihatkan, saya diantar suami bu ke dukun, dan kata dukunnya saya hamil..”(P1)

“Yakatanya kalau diposyandu disuntik kesehatan bu...terus saya juga disuruh pak W kader disini...”(P2)

“Ya saya disuruh suami ikut KB terus di posyandu saya disuruh ikut KB suntik katanya biar ASI bayi saya tidak terganggu, sekarang saya ikut suntik yang 1 bulan bu..”(P3)

“Ya...saat lahiran...didukun bu, suami saya yang manggil. Saya dirumah ditunggu ibu saya..”(P5)

“Ya...suami saya bu, apalagi dokternya kan memang praktek disana bu, ya..saya mau saja yang penting selamat bu...”(P8)

3). Alasan pengambilan keputusan.

Dua alasan yang melatar belakangi perempuan dalam mengambil keputusan tentang layanan kesehatan pada penelitian ini yaitu alasan praktis, ekonomis dan budaya. Alasan praktis ekonomis yang dikemukakan oleh beberapa partisipan adalah karena murah, jaraknya dekat dengan rumah partisipan, dan pemberi pelayanannya telaten. Sebagian besar partisipan lebih memilih di dukun karena biayanya murah dan tempatnya juga terjangkau, berikut adalah penuturan partisipan :

“ Suami saya bu, saya juga setuju saja karena rumahnya bidan kan jauh. Perut saya sudah mules-mules, apalagi di bidan kan mbayar bu, kalo didukun mbayarnya cuma Rp25.000-50.000, pokoknya sesuai kemampuan, dan sampai 15 hari mbah dukun masih sering datang untuk membantu merawat bayi saya biayanya sendiri bu. Kadang-kadang kalo saya ndak punya uang mbayarnya bisa dengan beras, gula, pokoknya seadanya bu...”(P1)

“Ya sebenarnya kalau di bu N ya..enak bu, tapi kalau di dukun kan mau nunggu sampai bayinya lahir bu dan murah paling bayar Rp50.000, tapi kalau ndak lahir-lahir ya...dibawa ke bawah bu...pakai tandu..”(P4)

Alasan lain mereka mencari bantuan kesehatan di dukun karena polindes sangat jauh, sehingga perempuan harus mengeluarkan uang lebih untuk biaya transportasi, selain itu beberapa partisipan juga mengungkapkan bahwa biaya persalinan di bidan lebih mahal daripada di dukun, seperti pernyataannya berikut ini:

“Kalau di rumah bu N jauh bu, harus naik ojek.. di atas sini jarang orang punya sepeda, biasanya ya..turun dulu di rumah bu K (kader) jalan nah...dari sana nanti naik ojek ke bu N Rp 20.000 ..ya mahal bu...”(P2)

“Wah...kalau di bidan kan bayar bu, mahal..kalau di dukun kan bisa dipanggil setiap waktu...paling Rp 50.000, kadang-kadang kalau ndak punya uang juga mau dibayar dengan sabun bu...tapi kalau di bidan bisa lebih mbayarnya, kesian suami kan bu..”(P5)

Ada alasan yang berbeda tentang pemilihan layanan kesehatan, tiga partisipan yang berdomisili di dusun Krajan mengatakan bahwa mereka memilih ke puskesmas karena jaraknya dekat, dan pemberi pelayanan telaten, berikut penuturannya:

“Ya...saya periksa bu...puskesmasnya kan yang didepan itu...”(P7)

“Ya...iya bu, bu Y telaten...sebelumnya saya kan sering periksa tapi karena mulesnya masih jarang ya...disuruh pulang lagi...tapi saat mau melahirkan saya ditunggu bu...”(P8)

Untuk alasan budaya beberapa partisipan mengatakan bahwa mereka lebih mudah mencari pelayanan di dukun. Kebiasaan masyarakat bahwa untuk mengetahui apakah perempuan hamil atau tidak dan melahirkan mereka memilih di dukun seperti nenek moyangnya dulu, berikut pernyataan partisipan yang disampaikan dalam penelitian ini:

“Saya melahirkannya di rumah dan dukunnya di panggil oleh suami, karena selama hamil saya juga sering dilihatkan ke dukun. Di sini sudah kebiasaan bu, rata-rata banyak yang ke dukun karena sama dengan nenek moyangnya dulu...”(P1)

“..kebiasaan orang sini juga kalau lahiran kebanyakan dirumah bu, terus dukunnya diundang, saya sih nurut saja yang penting selamat...”(P2)

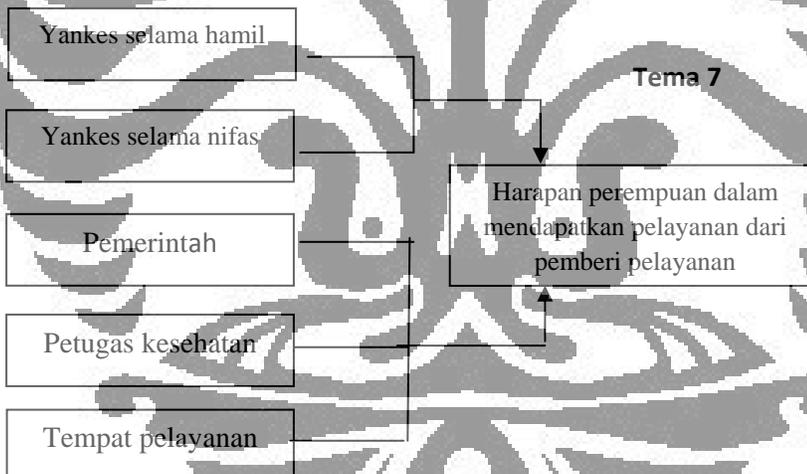
“..ya kalau orang sini ya langsung ke dukun bu ndak kemana-mana..dukunnya rumahnya lebih dekat, biasanya setelah lahiran lapor ke bu N, kalau lama ditunggu sama dukunnya ndak keluar ya rundingan bu dengan tetangga biasanya ditandu dengan kursi dan kasurnya sekalian dibawa turun bu seperti anak saya yang pertama, tapi lahiran yang kedua ini...gampang lahirnya..(P3)

4. Harapan dan kebutuhan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi,

Tema 7. Harapan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Skema tema 7

Kategori



Harapan tentang pelayanan kesehatan yang disampaikan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah harapan tentang pelayanan selama hamil serta pelayanan saat melahirkan dan sesudahnya. Semua partisipan mengatakan bahwa mereka merasa puas akan pelayanan yang mereka dapatkan selama pemeriksaan kehamilan, akan tetapi mungkin akan lebih bermanfaat apabila masyarakat pelosok juga dapat

menikmati pelayanan yang sesuai harapan. Salah satu partisipan dari penelitian ini mengatakan harapannya tentang pelayanan kesehatan, agar bisa lebih ditingkatkan lagi terutama dalam mensosialisasikan ke masyarakat pelosok, berikut ungkapan harapannya:

“Ya...sudah bu, cuma kalau untuk masyarakat di desa kurang sosialisasinya jadi masih perlu ditingkatkan, sebenarnya kalau posyandu masyarakat banyak yang datang bu... ya..mungkin di atas harus ada bidan atau petugas kesehatan lagi biar masyarakat yang ada di pelosok dapat menikmati pelayanan selama hamil bu...”(P8)

Beberapa harapan lain juga disampaikan partisipan untuk pemberi pelayanan, harapan tersebut ditujukan untuk pemerintah, petugas kesehatan, dan tempat layanan. Sebagian besar partisipan menyampaikan harapannya agar pelayanan yang sudah diberikan lebih ditingkatkan lagi. Pada pemerintah, mereka menyampaikan harapannya untuk bisa lebih mudah mendapat akses terhadap pelayanan kesehatan terutama kesehatan reproduksi misalnya dengan diaspal atau ada kelompok posyandu baru yang dekat dengan dusun mereka agar lebih mudah dijangkau, berikut penuturan partisipan tentang harapannya:

“..ya orang disini bisa mendapatkan pelayanan yang baik, tapi kalau ndak hujan kadang-kadang posyandunya juga disini kok bu....katanya pemerintah desa nanti jalan disini akan diaspal tahun depan kalau sudah tidak musim hujan...”(P2)

“ya...sudah cukup bu, tapi mungkin kalau pelayanannya disini saya lebih senang bu,tapi katanya disini mau diaspal, tapi ndak tahu kapan. Kalau diaspal enak bu jalannya ndak licin...”(P4)

BAB 5

PEMBAHASAN

Tujuan utama dari penelitian ini adalah memperoleh makna dan persepsi perempuan dalam mendapatkan hak reproduksinya pada masa kehamilan dan nifas. Secara khusus, penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran, interpretasi, dan mengungkap makna pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas. Pengalaman dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang diterima. Pengalaman dalam mengambil keputusan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, serta harapan dan kebutuhan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Bab ini menguraikan dan membahas tiga hal yang ditemukan dari penelitian yang terbagi dalam tiga bagian. Bahasan pertama membahas interpretasi hasil dari arti dan makna pengalaman perempuan memperoleh hak reproduksinya pada masa kehamilan dan nifas. Bahasan kedua tentang keterbatasan penelitian, dan bahasan ketiga implikasi untuk keperawatan.

Pembahasan dari hasil penelitian ini dilakukan dengan menggunakan konsep dan teori sesuai dengan literatur, juga dengan membandingkan hasil temuan penelitian ini dengan temuan dari hasil penelitian sebelumnya.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Pada penelitian ini pengalaman para partisipan diungkapkan secara mendalam dan rinci yang disampaikan dengan antusias, terbuka, serta dengan suasana santai. Berbagai pertanyaan yang diajukan peneliti mampu dijawab oleh partisipan,

sehingga dapat dirumuskan beberapa tema yang menggambarkan pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya sepanjang masa kehamilan dan nifas. Pengalaman - pengalaman partisipan dalam penelitian ini di gambarkan dengan pernyataan-pernyataan tematik sebagai berikut: 1). Belum terpenuhinya hak perempuan dalam menentukan pilihan pendamping hidup, 2). Membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak, 3). Memperoleh perlakuan “istimewa” selama hamil dan nifas, 4). Belum menikmati hubungan seks yang nyaman, 5) Kebutuhan memperoleh pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan, 6). Kebebasan berpikir dan membuat keputusan dalam mencari bantuan kesehatan, 7). Harapan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi.

Melalui tema-tema tersebut makna atau arti memperoleh hak reproduksi pada masa kehamilan dan nifas bagi perempuan dapat dipahami lebih jelas, berikut interpretasi hasil penelitian yang diuraikan sesuai dengan tujuan dari penelitian:

1. Arti dan makna pengalaman perempuan memperoleh hak reproduksinya pada masa kehamilan dan nifas.

Hak reproduksi merupakan hak dasar dari setiap pasangan yang dijamin dalam beberapa perjanjian internasional. Ada 12 hak reproduksi yang ditetapkan dari hasil konferensi di Kairo 1994. Hak reproduksi ini dipandang penting artinya bagi setiap individu demi terwujudnya kesehatan individu secara utuh, baik kesehatan jasmani maupun rohani sesuai dengan norma hidup sehat (Bambang, 2005). Penelitian ini mampu mengungkap beberapa hak reproduksi perempuan sepanjang masa kehamilan dan nifas baik yang telah terpenuhi maupun yang belum terpenuhi. Ada beberapa tema yang telah diungkap tentang pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi sepanjang masa kehamilan dan nifas diantaranya adalah: belum terpenuhinya hak perempuan menentukan pilihan pendamping hidup, membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak, memperoleh perlakuan

“istimewa” selama hamil dan nifas, belum dapat menikmati hubungan seks yang nyaman. Temuan penelitian ini selanjutnya akan dibahas secara rinci di dalam tema-tema sebagai berikut:

1). Belum terpenuhinya hak menentukan pilihan pendamping hidup.

Kehidupan masyarakat Jember, secara sosial budaya masih sangat kental dipengaruhi oleh budaya Madura. Meskipun Jember termasuk kota pendidikan, namun masih banyak orang tua yang menikahkan anaknya pada usia dini. Hasil penelitian Indarsih, (1999 dalam Hamdanah 2005) yang dilakukan di Jember dan Situbondo menunjukkan sebagian besar (72%) responden dinikahkan orang tua pada usia yang sangat muda. Kondisi demikian juga ditemukan dalam penelitian ini bahwa sebagian besar partisipan dinikahkan pada usia antara 12 sampai 18 tahun, mereka mengatakan bahwa keputusannya untuk mau dinikahkan karena mengikuti kebiasaan yang selama ini berkembang di masyarakat. Penelitian yang dilakukan Mahmudah (2005) di Kabupaten Ponorogo, menemukan sebanyak 28,73% wanita menikah pada usia ≤ 16 tahun dan 28,79% menikah pada usia 17–18 tahun dari jumlah penduduk yang ada. Beberapa alasan yang dikemukakan perempuan tentang pernikahannya bahwa orang tua mereka akan takut kalau anaknya tidak cepat menikah. Masyarakat akan menilai anaknya tidak laku atau menjadi perawan tua, kondisi demikian menyebabkan perempuan tidak berani menolak saat orang tua menyuruhnya untuk segera menikah.

Pada masyarakat urban Madura yang ada di Jember, orang tua banyak berkontribusi terhadap perempuan dalam membuat keputusan tentang pernikahannya. Perempuan tidak mempunyai pilihan disaat orang tua menjodohkannya. Banyak alasan yang dikemukakan orang tua untuk menikahkan anaknya pada usia muda diantaranya karena takut kalau tidak laku, mengikuti kebiasaan yang ada di masyarakat dan untuk melanjutkan

keturunan. Temuan tersebut didukung oleh penelitian Savitri (2003) di Jawa barat dengan studi antropologi pada 30 partisipan, menyebutkan bahwa alasan orang tua untuk menikahkan anaknya yaitu takut kalau dianggap tidak laku, selain itu faktor kemiskinan juga menjadi alasan lain sehingga orang tua cepat-cepat mengawinkan anaknya agar lepas tanggung jawabnya. Berbagai alasan lain juga dikemukakan oleh orang tua dalam menikahkan anaknya, penelitian yang dilakukan Hamdanah (2005) tentang pandangan ulama di Jember, mengungkapkan bahwa alasan orang tua untuk segera menikahkan anaknya diantaranya yang pertama karena ajaran agama yang diyakini kebenarannya membolehkan ayah/kakek (wali mujbir) memaksa anak gadisnya untuk dikawinkan. Kedua, menurut mereka jika anak gadisnya masih kecil sudah dipinang orang maka akan mengangkat martabat dan sebagai simbol kehormatan orang tua dan berikutnya karena alasan ekonomi. Pendapat senada juga dikemukakan oleh Ali (2008), dalam penelitiannya yang bertujuan untuk mengkaji tradisi kawin muda di Sumenep Madura ini mengemukakan, bahwa faktor yang mempengaruhi pernikahan muda pada masyarakat Sumenep adalah budaya, ekonomi, agama, pendidikan.

Kemampuan Perempuan dalam menentukan pilihan pendamping banyak dipengaruhi oleh kultur Madura dan ketaatan terhadap orang tua. Secara kultur, masyarakat Madura dituntut untuk selalu taat dan patuh pada “buppa-babbu” (ayah ibu). Jika tidak, lingkungan sosiokultural masyarakatnya akan memberikan label kedurhakaan yang ditimpakan pada seorang anak. Kondisi demikian menyebabkan perempuan tidak berani menolak disaat orang tua memaksanya untuk menikah sesuai dengan keinginan orang tua.

Selain itu, ditinjau dari kesehatan, pernikahan dini akan berdampak pada kesiapan organ reproduksi dalam menerima kehamilan dan persalinan.

Kondisi demikian akan sangat dirasakan oleh perempuan, perempuan harus menanggung beban yang cukup berat apabila mereka belum siap dalam menjalani kehamilannya. Kehamilan yang terjadi pada usia yang masih sangat muda juga akan ber-resiko baik fisik maupun psikologis perempuan. Penelitian ini mampu mengungkapkan bahwa sebagian besar partisipan pernah mempunyai riwayat keguguran pada kehamilan sebelumnya. Mereka mengatakan karena pada saat pertama hamil perempuan banyak yang tidak mengetahui cara merawat kehamilannya. Disamping itu, mereka masih harus membantu suaminya untuk melakukan pekerjaan di sawah, apalagi pada saat itu usianya masih sangat muda.

Penelitian yang dilakukan Ekowati (2008) di Sumatra Selatan menyebutkan, bahwa penyebab tidak langsung terhadap kematian ibu diantaranya karena usia ibu saat hamil yang masih terlalu muda, hal tersebut disebabkan organ reproduksi dan kematangan psikologis ibu masih belum siap dalam menerima kehamilan, selain itu juga didukung dengan sosial ekonomi yang rendah serta pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang kurang. Dampak lain dari kehamilan usia muda adalah kematangan emosi, perempuan harus berjuang dengan transisi ganda yaitu antara masa remaja dan dewasa muda dengan kenyataan bahwa dia juga harus siap untuk menjadi orang tua (Henderson, 2005).

Selain itu secara sosial, perkawinan muda juga berdampak buruk bagi perempuan. Mereka akan putus sekolah yang kemudian pada akhirnya akan bergantung kepada suami baik dalam ekonomi dan pengambilan keputusan. Dari aspek sosial ekonomi, pernikahan dini akan menghambat kesempatan seseorang untuk dapat melanjutkan pendidikan (Savitri, 2003). Kondisi tersebut pada akhirnya dapat berakibat pada melemahnya posisi perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya (Hamdanah, 2005).

- 2). Membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak. Ditinjau dari segi kependudukan, kehamilan remaja mengakibatkan laju pertumbuhan penduduk menjadi cepat karena makin pendeknya interval antar generasi dengan makin besarnya tingkat kesuburan (Zakiah, 2000). Penelitian Mahmudah (2005), mengungkapkan bahwa sebanyak 46% perempuan mengalami kehamilan pertama di bawah usia 20 tahun.

Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar orang tua menuntut perempuan untuk segera memiliki anak. Walaupun demikian, biasanya keputusan partisipan untuk memiliki anak dilakukan dengan bermusyawarah bersama pasangannya. Kondisi tersebut tentunya sangat berbeda dengan konsep budaya *patriarki* yang menempatkan perempuan selalu tunduk pada suami. Penelitian yang dilakukan Cahyono (2005) pada 30 informan, menunjukkan bahwa ideologi *patriarki* menyebabkan laki-laki dapat menjadi tokoh penting dan dominan dalam keluarga pada berbagai bidang, termasuk kesehatan reproduksi.

Namun demikian, dalam menentukan jumlah anak keputusan ada pada suami. Banyak faktor yang menjadi penyebab ketidak mampuan perempuan dalam mengambil keputusan tentang jumlah anak yang diinginkan. Faktor keuangan merupakan salah satu penyebabnya. Penelitian yang dilakukan *Women development* (2000) mengungkapkan bahwa suara perempuan tidak akan didengar dalam keluarga, apalagi jika perempuan tersebut tidak ikut menopang ekonomi keluarga (Dwiyanto, 2001). Penelitian ini mengungkapkan bahwa seluruh partisipan tidak bekerja atau hanya sebagai ibu rumah tangga, kondisi demikian pada akhirnya membuat perempuan sangat tergantung pada suami terutama dalam hal keuangan.

Kurangnya kekuatan perempuan untuk membuat keputusan dalam menentukan dan mengatur jumlah anak didukung oleh penelitian yang dilakukan Asmi (2004), walaupun perempuan dalam rumah tangga mempunyai peran besar dalam bidang ekonomi, namun mereka tidak mampu mengambil keputusan yang berkaitan dengan hak reproduksinya terutama dalam menentukan jumlah anak. Temuan ini juga membuktikan kebenaran analisis yang ditawarkan oleh feminis sosialis, yang menyatakan bahwa perempuan tetap tersubordinasi sekalipun mempunyai peran besar pada sumber ekonomi sepanjang budaya *patriarki* masih dominan (Meutia, 2008).

Ketidakterdayaan perempuan dalam mendapatkan haknya yang berkaitan dengan pengaturan kehamilan juga ditunjukkan dengan kepatuhannya terhadap suami untuk menjadi akseptor KB. Hasil dari penelitian ini mengungkapkan, sebagian besar perempuan disuruh suami untuk menjadi akseptor KB, walaupun keputusan untuk memilih jenis kontrasepsi diputuskan sendiri oleh perempuan. Hasil temuan tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Asan (2007) di NTT pada 30 ibu usia subur, yang mengungkapkan bahwa dalam pelayanan KB suami menentukan dan memutuskan apakah istri akan menjadi peserta KB atau tidak.

Ketidakterdayaan perempuan dalam masalah pengaturan anak sebagaimana digambarkan di atas tentunya mempunyai resiko terhadap kesehatan reproduksi perempuan. Efek samping kontrasepsi dan seringnya perempuan melahirkan sangat berdampak buruk terhadap kesehatan reproduksi. Bahkan, untuk mengatur jarak kehamilan seharusnya perempuan mempunyai pilihan apakah suami atau istri yang harus menjadi peserta akseptor KB (Anwar, 2005).

Namun demikian, hasil penelitian ini juga menemukan bahwa ada satu partisipan yang menginginkan anak lebih dari satu. Perbedaan pandangan dari beberapa partisipan dalam menentukan jumlah anak dikarenakan sebagian besar partisipan merupakan ibu muda, dengan jumlah anak antara satu sampai dengan dua, dan hanya satu partisipan yang sudah mempunyai anak tiga.

3). Memperoleh perlakuan “istimewa” selama hamil dan nifas

Kehamilan merupakan masa yang sangat penting, karena pada masa ini kualitas seorang anak akan ditentukan. Selama kehamilan seorang ibu akan mengalami perubahan baik anatomis, fisiologis, maupun perubahan lainnya (Rachmawati, 2004).

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa banyak dukungan yang telah diterima perempuan sepanjang kehamilan dan melahirkan diantaranya berupa pendidikan kesehatan, pemeriksaan selama hamil dan nifas, dukungan fisik, emosi dan keuangan. Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa suami dan mertua sangat banyak memberi dukungan pada perempuan.

Keluarga mempunyai peranan yang sangat besar dalam memberikan dukungan fisik dan psikososial pada perempuan saat melewati masa kehamilan dan proses persalinan. Studi fenomenologi yang dilakukan Suarni (2004) tentang persepsi ibu terhadap dukungan psikososial yang diharapkan pada masa *childbearing* melaporkan bahwa ibu mengalami peningkatan emosi pada saat melahirkan sehingga membutuhkan sentuhan dan pendampingan. Kondisi tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Sunarti (2003), tentang pentingnya dukungan sosial bagi kualitas

kehamilan, yang ditunjukkan dengan meningkatnya BB ibu selama hamil pada ibu yang mendapat dukungan dari keluarga.

Namun, pernyataan berbeda ditemukan pada penelitian yang dilakukan Widodo (2006), bahwa sebagian besar perempuan masih melakukan kegiatan produktif selama hamil dalam kehidupan rumah tangga, dan hanya sebagian kecil saja yang mendapat dukungan dari suami.

Kehamilan merupakan krisis maturasi yang dapat menimbulkan stress, tapi berharga karena ibu akan menyiapkan diri untuk memberi perawatan dan mengemban tanggung jawab yang lebih besar. Secara bertahap, ibu akan berubah dari seorang yang bebas dan terfokus pada diri sendiri menjadi seorang yang seumur hidupnya berkomitmen untuk merawat individu lain (Pilliteri, 2003). Penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosi dari pasangan merupakan faktor penting dalam mencapai keberhasilan tugas perkembangan ibu (Mercer, 1999). Temuan tersebut menunjukkan bahwa dalam menghadapi kehamilan dan persalinan, perempuan sangat membutuhkan dukungan dari orang-orang yang ada disekitar.

Perubahan fisik dan psikologis dalam kehamilan, walaupun sebenarnya merupakan kondisi yang fisiologis terkadang dapat menyebabkan beban bagi perempuan. Pada awal persalinan ibu akan merasa gugup, gelisah, dan biasanya ingin ditemani, kondisi demikian menyebabkan perempuan akan merasa tenang jika ibu akan banyak mendapat dukungan (Pilliteri, 2003). Hal tersebut sejalan dengan sistem interpersonal King's, dimana untuk membantu pencapaian *family centered maternity* dan *newborn care* diperlukan satu pemahaman tentang komunikasi, interaksi, peran dan transaksi dalam keluarga (King's, 1998 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Selain itu kultur Madura yang menjunjung tinggi kekerabatan juga meningkatkan dukungan yang diterima perempuan dalam menjalani kehamilan dan persalinannya.

4). Belum menikmati hubungan seks yang nyaman.

Konsekuensi logis dari sebuah perkawinan adalah dilakukannya hubungan seksual oleh pasangan suami istri. Madura yang selama ini selalu diidentikkan dengan religiusitas atau ke-Islamannya juga sangat menghargai tentang seksual, perempuan dipandang sebagai salah satu simbol harga diri (Noerdin, 2007), kondisi demikian juga ditemukan pada masyarakat urban Madura yang ada di Jember.

Penelitian ini mengungkapkan bahwa sebagian besar perempuan tidak berani menolak hubungan seks walaupun terkadang perempuan merasa tidak nyaman karena kondisi kehamilannya. Salah satu alasan yang dikemukakan karena partisipan takut kalau disangka tidak benar oleh suami, selain itu beberapa partisipan mengatakan bahwa seks merupakan kewajiban perempuan terhadap suami.

Keterkaitan perempuan dengan hal-hal diluar dirinya selalu dipaksakan oleh sistem sebagai bentuk pengabdian perempuan yang wajar. Minimnya pengetahuan atau informasi mengenai kesehatan reproduksi lengkap yang bisa mereka miliki juga turut mempengaruhi mengapa mereka menjadi tidak perhatian terhadap masalah kesehatan reproduksinya (Sadli, 2006). Dalam deklarasi Kairo 1994 dinyatakan bahwa menolak hubungan seks dengan suami adalah hak kaum perempuan. Kondisi bahwa hubungan seks merupakan bentuk pengabdian istri terhadap suami dikemukakan oleh penelitian yang dilakukan Hamdanah (2005) terhadap ulama Jember, bahwa hubungan seks merupakan kewajiban istri untuk melayani suami.

Alasan lain yang juga ikut berkontribusi terhadap reaksi perempuan tentang hubungan seks adalah mitos tentang seks selama hamil yang berkembang di masyarakat. Mitos tersebut berdampak pada ketidak mampuan perempuan untuk menolak hubungan seks karena takut anaknya akan lahir cacat. Keberadaan mitos tersebut dibantah oleh Penelitian yang dilakukan Schaffir (2006) pada 93 wanita, yang membuktikan bahwa tidak ada perbedaan bayi yang dilahirkan dari wanita yang aktif melakukan aktifitas seks dan yang tidak selama kehamilannya.

Selain itu, persepsi perempuan tentang mitos bahwa seks dapat membuka jalan lahir, juga dibantah oleh penelitian Irwan (2001), yang menyatakan bahwa melakukan aktifitas seks sampai akhir masa kehamilan tidak akan mempercepat kelahiran. Temuan ini juga sejalan dengan penelitian Schaffir (2006), yang menyebutkan sekitar 73,6% dari wanita hamil menganggap bahwa seks saat hamil tua tidak dapat menyebabkan kelahiran dini. Semen yang disemburkan oleh pria saat hubungan seks mengandung prostaglandin, dan hormon ini terdapat dalam obat yang dapat menyebabkan kelahiran dini. Akan tetapi, hasil penelitian yang dilakukan pada 93 wanita dengan kehamilan tunggal di Columbus, usia kehamilan kira-kira 37 minggu, ternyata mengungkapkan bahwa aktifitas seks sampai akhir masa kehamilan tidak akan mempercepat kelahiran.

Berikutnya, hubungan seks yang tidak diinginkan akan beresiko pada kesehatan ibu baik fisik maupun psikologis. Secara fisik ibu akan merasa tidak nyaman saat tidak siap atau tidak ingin melakukan, dampak lain dari pemaksaan hubungan seks dimungkinkan dapat menyebabkan keguguran berulang, yang semua resiko tersebut tentunya akan ditanggung oleh perempuan (Henderson, 2005).

Menurut Pangkahila (2008) hubungan seksual menyangkut kepentingan dua orang dalam satu pasangan, akan tetapi keinginan melakukan hubungan seksual seharusnya lebih disesuaikan dengan keadaan wanita yang sedang mengalami kehamilan. Dalam keadaan tertentu, yaitu apabila wanita pernah mengalami keguguran sebelumnya, apalagi sampai beberapa kali, hubungan seksual yang sampai mencapai orgasme pada wanita sebaiknya dihindari. Selain itu, Hubungan atau kontak seksual pada usia di bawah 17 tahun akan beresiko merangsang tumbuhnya sel kanker pada alat kandungan perempuan, karena pada rentang usia 12 hingga 17 tahun, perubahan sel dalam mulut rahim sedang aktif (Dharmono & Diatri 2008).

2. Pelayanan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas.

Kesehatan reproduksi perempuan berpotensi untuk mengalami berbagai gangguan, bahkan akibat yang paling fatal dari tidak terpenuhinya kesehatan reproduksi adalah kematian (Sadli, 2006). Selama ini perempuan kurang mendapat informasi yang cukup dan benar tentang kesehatan reproduksi (Hamdanah, 2005). Ada beberapa hal tentang pengalaman perempuan memperoleh pelayanan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas yang ditemukan dalam penelitian ini yaitu: sumber yang telah memberikan pelayanan, berbagai bentuk pelayanan yang diterima, keinginan memperoleh layanan yang memperhatikan *privacy*.

1). Kebutuhan memperoleh pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan.

Selama masa kehamilan dan nifas banyak faktor sosial dan biologis yang berinteraksi mempengaruhi kualitas reproduksi ibu (Pilliteri, 2003). Kondisi tersebut tentunya dapat mempengaruhi kebutuhan ibu untuk menjaga kehamilannya secara sehat, dan dapat melewati proses persalinannya tanpa komplikasi.

Kebutuhan akan bantuan pelayanan kesehatan menjadi faktor yang dapat berkontribusi dalam meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi ibu terutama pada masa hamil dan nifas (Reeder, 1997). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa selama hamil sebagian besar ibu mendapatkan layanan kesehatan dari dukun dan bidan. Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa bentuk pelayanan kesehatan yang diterima perempuan sepanjang masa kehamilan dan nifas diantaranya adalah komunikasi, informasi dan edukasi terutama tentang nutrisi selama hamil dan saat menyusui.

Penelitian yang dilakukan Sudrajat (2008), tentang survey kesehatan ibu mengungkapkan hal yang berbeda. Sudrajat menyebutkan bahwa hanya sekitar 22% ibu yang melahirkan menerima pemeriksaan sesuai 5T. Hal senada juga disampaikan oleh peneliti Hamdanah (2005) di Jember, bahwa selama ini perempuan kurang mendapat informasi yang cukup dan benar tentang kesehatan reproduksi. Penelitian yang dilakukan di Karnataka mengatakan bahwa tingginya angka kematian pada perempuan pengungsi karena kurangnya mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi selama kehamilan dan persalinan (Mutharayappa, 2006).

Perbedaan temuan tentang pelayanan yang diterima ibu karena rata-rata pendidikan partisipan adalah SD bahkan tidak tamat SD, hal tersebut menyebabkan kurangnya wawasan perempuan tentang standar pelayanan yang seharusnya diterima selama masa kehamilan dan nifas. Beberapa bentuk pelayanan standar minimal yang dilakukan di posyandu misalnya: penimbangan BB, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemberian tablet Fe dan edukasi (Henderson, 2005).

Kurangnya pemahaman partisipan tersebut membuatnya merasa bahwa pelayanan yang sudah diterima cukup baik. Faktor lain yang mendukung karena secara demografi wilayah Gunitir sangat jauh dari pelayanan kesehatan, sehingga perempuan mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Selain itu, perempuan juga kurang mendapat informasi dari pelayanan kesehatan profesional, sumber informasi yang selama ini didapat hanya dari orang tua, posyandu dan dukun.

2). Mencari bantuan layanan kesehatan.

Kehamilan dan persalinan dipandang sebagai suatu fenomena yang normal dan wajar bagi kelangsungan hidup manusia. Pandangan setiap individu terhadap kehamilan dan persalinan berbeda di setiap masyarakat, dan dapat dipengaruhi oleh budaya yang berkembang. Individu memiliki berbagai persepsi, interpretasi dan respon perilaku yang unik dalam menghadapi kehamilan dan persalinan (Henderson, 2005). Teori interaksi King's menekankan bahwa manusia saling berinteraksi dengan lingkungan mereka, dan mendorong ke arah kesehatan individu yang merupakan satu kemampuan untuk berfungsi dalam peranan sosial (King, 1981 dalam Toney & Alligood, 2006).

Upaya yang dilakukan perempuan untuk menjaga kehamilan dan persalinannya diantaranya dengan mencari bantuan terhadap layanan kesehatan. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa alasan perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan adalah untuk mengetahui apakah dia hamil atau tidak, untuk menjaga kesehatan dan untuk mendapatkan layanan tentang kontrasepsi. Banyak faktor yang melatar belakangi beberapa perempuan tetap memilih melahirkan di dukun diantaranya karena sosial ekonomi dan jarak tempuh, selain itu kemudahan perempuan dalam

membayar pelayanan dukun menyebabkan sebagian dari mereka juga memilih dukun dalam mencari bantuan kesehatan.

Faktor lain yang ikut berpengaruh dalam mencari bantuan tentang pelayanan kesehatan adalah ketidak mampuan perempuan dalam hal keuangan. Semua partisipan yang terlibat dalam penelitian ini hanya sebagai ibu rumah tangga, sehingga secara finansial perempuan tidak mempunyai penghasilan sendiri. Kondisi ini akhirnya menyebabkan banyak perempuan lebih memilih mencari pelayanan di dukun karena terjangkau dari sisi biaya. Selain itu, saat perempuan melahirkan di dukun mereka juga dapat membayar dengan barang seperti beras atau sabun, tentunya sangat meringankan perempuan disaat mereka tidak mampu membayar dengan uang. Alasan lain yaitu jarak yang cukup jauh untuk menjangkau posyandu atau polindes.

Hasil penelitian di atas didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Noerdin (2007), bahwa alasan masyarakat memilih dukun karena dipengaruhi oleh jarak tempuh, pelayanan perawatan bayi dan ibu paska melahirkan, fleksibilitas pembayaran (*in-natura*) dan kepercayaan serta tradisi masyarakat yang masih kuat.

Penelitian berikut juga senada dengan kondisi di atas, bahwa sebagian ibu tidak begitu menyukai memilih antenatal di RS karena harus menunggu, mereka lebih senang mendapat program pendidikan (Hodnett, 2000). Penelitian lain yang dilakukan Sudrajat (2008) mengatakan bahwa hanya sebagian kecil saja ibu yang memilih pelayanan di RS milik pemerintah, responden lebih memilih pelayanan di swasta.

Sementara pendapat berbeda ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Eva di Propinsi Jawa Barat (2001) pada sampel 1041 ibu,

menunjukkan bahwa 52% ibu memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan pertama dan jika dilihat dari tingkat pendidikan ibu sebagian besar (78,7%) berpendidikan rendah, dan 85,7% ibu tidak bekerja. Perbedaan temuan tersebut dipengaruhi oleh kesadaran ibu tentang pentingnya pelayanan kesehatan yang seharusnya diterima.

Upaya perempuan dalam mencari bantuan layanan kesehatan reproduksi banyak mendapat dukungan dari pasangannya terutama berkaitan dengan dukungan keuangan. Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar suami bekerja sebagai buruh tani, walaupun demikian suami sangat mendukung usaha yang dilakukan perempuan untuk mencari bantuan kesehatan ke dukun.

Dukungan keuangan yang diterima perempuan sebagian besar digunakan untuk biaya transportasi dan pemeriksaan. Alasan finansial banyak disampaikan perempuan tentang keputusannya untuk memilih dukun dalam mencari pelayanan kesehatan selama hamil dan nifas. Beberapa perempuan mengatakan bahwa biaya transportasi ke polindes sangat mahal, selain itu biaya untuk pemeriksaan dan persalinan di tenaga kesehatan juga mahal.

Kemampuan ibu dalam mencari bantuan pelayanan kesehatan akan meningkatkan status ibu dalam menjalani kehamilan dan persalinannya. Dukun selalu menjadi pilihan ibu karena sangat terjangkau bagi masyarakat baik segi biaya maupun jarak (Katsong, 2009).

3. Pengambilan keputusan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan dan nifas.

Pengambilan keputusan mengandung arti pemilihan alternatif terbaik dari sejumlah alternatif yang tersedia. Teori-teori pengambilan keputusan

bersangkut paut dengan masalah bagaimana pilihan-pilihan akan dibuat (Swanburg, 2000).

Hasil penelitian ini menemukan bahwa keputusan perempuan untuk memilih pelayanan kesehatan profesional sendiri belum sepenuhnya terpenuhi. Masih banyak faktor yang ikut berpengaruh terhadap perempuan dalam pengambilan keputusan diantaranya jarak yang cukup jauh untuk menjangkau tempat pelayanan, usia pasangan, dan keuangan. Perempuan sangat tergantung pada suami disaat harus memutuskan untuk ke polindes, karena jaraknya yang cukup jauh. Kondisi tersebut mengakibatkan perempuan lebih memilih pelayanan kesehatan reproduksi ke non profesional.

Hasil tersebut didukung oleh penelitian berikut bahwa semakin jauh dan semakin sulit jarak tempuh mengakses fasilitas dan tenaga kesehatan, dukun menjadi alternatif pilihan utama, walaupun ada jaminan pelayanan kesehatan gratis, tidak serta merta mengurangi pilihan perempuan miskin untuk ke dukun (Noerdin, 2007). Penelitian senada juga disampaikan oleh Fatimaningsih (2008), yang mengatakan terbatasnya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang mudah, terjangkau perempuan menyebabkan ketergantungan perempuan pada laki-laki untuk pengambilan keputusan tentang kesehatan. Hal tersebut berdampak pada kurangnya kesehatan perempuan seperti memutuskan untuk ke dokter, keikutsertaan KB serta pemilihan metode KB yang tidak sesuai dengan kondisi, penanganan gagal KB, pemeriksaan kehamilan, hingga persalinan. Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa pelayanan kesehatan terhadap perempuan selama masa kehamilan hingga pasca persalinan juga masih belum banyak diakses oleh perempuan karena keterbatasan ekonomi (Purdy, 2006).

Namun demikian, penelitian dari Karsanto (2007) menyatakan sebaliknya. Penelitian yang dilakukan pada perempuan yang bekerja di sektor domestik maupun publik di Surabaya ini mengungkapkan bahwa kontribusi perempuan dalam perekonomian keluarga dapat meningkatkan posisi tawar istri dalam pengambilan keputusan.

Banyak faktor yang menentukan seseorang dalam membuat keputusan baik faktor internal maupun eksternal. Perbedaan temuan tersebut disebabkan bahwa perempuan dalam membuat keputusan tentang layanan kesehatan banyak dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, sosial, budaya, serta ekonomi (Swanburg, 2000).

Peran keluarga dalam perawatan kesehatan ibu dan anak juga masih sangat dominan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa orang tua atau mertua banyak mempengaruhi ibu dalam mengambil keputusan, salah satu contohnya proses pengambilan keputusan untuk menentukan penolong persalinan. Beberapa penelitian telah dilaporkan, sebagai contoh: studi *crosssectional* yang dilakukan Martini (1999), tentang pola penentuan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu hamil di Kelurahan Kejawan Putih Tambak, Kecamatan Mulyorejo Kotamadya Surabaya, menyampaikan bahwa penentuan penolong persalinan adalah 60,9% ditentukan oleh keluarga inti maupun keluarga besar dan sisanya sebesar 39,1% ditentukan oleh ibu hamil sendiri.

Secara demografis dusun Gumitir terletak sekitar 4,5 Km atau 30 menit dengan polindes dan hanya bisa ditempuh dengan sepeda motor, saat hujan desa Gumitir tidak dapat dijangkau dengan sepeda motor karena jalan sangat licin. Satu-satunya transportasi yang bisa digunakan hanya sepeda motor atau ojek. Kondisi demikian tentunya membuat ibu yang ada di dusun tersebut sangat sulit untuk mengakses pelayanan yang ada di Polindes maupun posyandu. Perempuan harus mengeluarkan biaya lebih untuk transportasi,

padahal kalau dilihat dari pekerjaan suami sebagian besar suami partisipan hanya bekerja sebagai buruh tani.

4. Berbagai harapan dan kebutuhan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa partisipan puas akan pelayanan yang mereka dapatkan selama pemeriksaan kehamilan. Mereka juga berharap agar masyarakat pelosok dapat menikmati pelayanan yang sesuai standar. Salah satu partisipan dari penelitian ini mengatakan harapannya tentang pelayanan kesehatan, agar bisa lebih ditingkatkan lagi terutama dalam mensosialisasikan tentang cara merawat kehamilan dan pelayanan KB ke masyarakat pelosok. Respon yang di sampaikan perempuan sebenarnya banyak dipengaruhi oleh pengetahuan mereka tentang pelayanan kesehatan. Pemahaman perempuan tentang pelayanan kesehatan reproduksi adalah pengetahuan tentang pemeriksaan kesehatan yang mereka terima bahwa kalau perempuan sudah diperiksa perutnya dan dinasehati tentang kehamilan dan nifas, perempuan mengatakan pelayanan tersebut sudah cukup baik, apalagi jika yang menyampaikan informasi kesehatan tersebut orangnya sabar dan telaten.

Data demografi yang mendukung dari hasil penelitian tersebut bahwa sebagian besar partisipan hanya sekolah SD, bahkan ada yang sama sekali tidak bersekolah. Hal tersebut dapat menyebabkan perempuan kurang dapat memahami informasi yang pernah didapat. Pelayanan standar minimal yang harus dinikmati ibu dalam pemeriksaan kehamilan diantaranya penimbangan BB, pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, pemberian tablet Fe dan edukasi tentang perubahan fisik dan psikologis selama masa kehamilan dan persalinan (Henderson, 2005).

King's memahami model konsep dan teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan system terbuka dalam hubungan interaksi yang konstan dengan lingkungan. Dalam mencapai hubungan interaksi, King's mengemukakan konsep kerjanya yang meliputi adanya system personal, system interpersonal dan system social yang saling berhubungan satu dengan yang lain. Manusia memiliki 3 kebutuhan dasar yaitu kebutuhan terhadap informasi, kesehatan, kebutuhan terhadap pencegahan penyakit dan kebutuhan terhadap perawatan ketika sakit (King, 1981 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Keadaan tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang telah ditemukan, sebagian besar partisipan menyampaikan harapannya tentang perlunya lebih meningkatkan pelayanan yang sudah diterima. Selain itu partisipan juga berharap untuk bisa lebih mudah mendapat akses terhadap pelayanan kesehatan terutama kesehatan reproduksi.

Sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi juga disampaikan oleh Purdy (2006) yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan terhadap perempuan selama masa kehamilan hingga pasca persalinan juga masih belum banyak diakses oleh perempuan karena keterbatasan ekonomi.

Rendahnya akses perempuan terhadap pelayanan kesehatan akan berakibat pada lemahnya kontrol perempuan mengenai kesehatan reproduksinya. Untuk itu pemerintah selaku pengambil kebijakan tentunya mempunyai kekuasaan yang penuh dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan reproduksi terbaik terutama kesehatan reproduksi perempuan.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Ada beberapa keterbatasan yang ditemukan dalam penelitian ini, yaitu Pengalaman peneliti, variasi partisipan.

5.2.1 Pengalaman peneliti

Metode pengumpulan data merupakan hal penting dalam penelitian, karena metode ini merupakan strategi untuk mendapatkan data yang diperlukan. Salah satu metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah dengan wawancara. Pada penelitian kualitatif instrument yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah diri peneliti sendiri, sehingga kemampuan spontanitas peneliti dalam mengajukan pertanyaan sangat dituntut agar jawaban yang diperoleh dari partisipan mampu menjawab tujuan penelitian. Kurangnya pengalaman peneliti dalam menggunakan teknik ini pada saat mengumpulkan data terkadang menyebabkan peneliti masih terbawa arus untuk mencoba mengarahkan jawaban partisipan. Keterbatasan lain dari peneliti dalam menggunakan instrument peneliti adalah peneliti masih kurang mampu mengembangkan pertanyaan-pertanyaan saat wawancara mendalam terutama pertanyaan tentang berbagai resiko perempuan berhubungan dengan seks selama hamil dan nifas, sehingga data yang didapat masih belum sempurna sesuai dengan harapan.

5.2.2 Bracketing

Menggali pengalaman partisipan yang sangat bersifat subyektif merupakan salah satu hambatan yang ditemui peneliti. Munculnya sikap *ethosentrime* peneliti (sikap yang membuat segala sesuatu berpusat dari dirinya) kadang-kadang membuat peneliti mangalami kesulitan untuk menerima pernyataan yang dianggap bertentangan atau tidak sepaham dengan peneliti, sehingga peneliti harus berupaya dengan kuat untuk menempatkan posisi yang sama dengan partisipan yang sedang diteliti. Keterbatasan lain

dari wawancara pada penelitian ini adalah peneliti kurang mampu mengembangkan pertanyaan atas respon informan dan masih kaku dalam menggunakan bahasa.

5.2.3 Variasi partisipan

Pendekatan kualitatif menuntut teknik-teknik penarikan sampel yang berbeda dengan penarikan sampel pada riset kuantitatif. Penentuan subyek penelitian menjadi modal awal keberhasilan peneliti dalam mencari informasi tentang situasi dan kondisi yang sesuai dengan latar penelitian. Saat memilih partisipan, karakteristik demografi partisipan terlalu homogen sehingga peneliti kurang mendapatkan variasi data sesuai dengan tujuan yang ditetapkan, hal ini berdampak pada saturasi data.

5.2.4 Penyusunan laporan

Dalam penyusunan laporan penelitian kualitatif, gaya bahasa peneliti saat menyusun laporan masih sangat dipengaruhi oleh penelitian kuantitatif.

5.3 Implikasi Keperawatan

Hasil temuan pada penelitian ini memberikan gambaran tentang pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya selama masa hamil dan nifas yang diungkapkan secara langsung dengan menggunakan bahasa dan ekspresi yang bisa diamati. Informasi yang telah disampaikan partisipan mampu menggambarkan bagaimana posisi tawar perempuan untuk memperoleh hak reproduksinya. Informasi tersebut sangat bermanfaat untuk perkembangan praktek pelayanan keperawatan terutama dalam area keperawatan maternitas sosial pada konsep pelayanan preventif dan promotif terhadap dampak tidak terpenuhinya hak reproduksi perempuan.

Temuan dari penelitian ini juga sangat bermanfaat bagi keperawatan maternitas untuk dapat terlibat dalam membantu program pemerintah terutama upaya untuk

menurunkan AKI, karena salah satu penyebab tidak langsung tingginya AKI diantaranya adalah pernikahan usia dini. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori King's system bahwa faktor yang mempengaruhi seorang perawat maternitas untuk membantu meminimalkan dampak tidak terpenuhinya hak reproduksi adalah melalui kerja sama dengan melibatkan masyarakat dan keluarga, terutama dalam mengurangi diskriminasi *gender*. Hubungan interaksi antara perawat dan lingkungan membawa pada pencapaian tujuan yang merupakan sebuah konsep transaksi sebagai komponen integral seperti yang terdapat dalam teori interaksi King's.



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini menjelaskan tentang simpulan dan saran. Simpulan dalam penelitian menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan, dan saran akan disampaikan secara praktis dan operasional yang berhubungan dengan masalah penelitian.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan tentang bagaimana pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya pada saat hamil dan nifas di wilayah kerja Puskesmas Arjasa Kabupaten Jember.

6.1.1 Ada beberapa makna pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi selama masa kehamilan dan nifas yang tertuang dalam tema-tema. Adapun tema-tema tersebut adalah belum terpenuhinya hak menentukan pilihan pendamping hidup, membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak, memperoleh perlakuan “istimewa” selama hamil dan nifas, serta belum menikmati hubungan seks yang nyaman.

Pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi sangat bervariasi, ada beberapa hak yang sudah diperoleh perempuan sepanjang masa kehamilan dan nifas. Hak-hak tersebut diantaranya: Perempuan mendapatkan perlakuan “istimewa” dari lingkungan sepanjang masa

kehamilan dan nifas. Banyak dukungan yang telah diterima baik dari keluarga maupun tenaga kesehatan. Bentuk dukungan yang diterimapun bermacam - macam diantaranya dukungan fisik yang dilakukan keluarga dan pasangannya dalam membantu kegiatan sehari-hari di rumah, dukungan psikologis bahkan keuangan. Hal tersebut tentunya sangat baik dalam menjaga kesehatan reproduksi perempuan terutama pada masa kehamilan dan nifas

Namun demikian tidak sedikit hak reproduksi yang belum diperoleh perempuan sepanjang masa kehamilan dan nifas diantaranya adalah hak untuk menentukan pilihan pendamping hidup, penelitian ini banyak mengungkap bahwa peran orang tua sangat besar dalam menentukan pilihan pasangan bagi perempuan. Selain itu perijodohan, dan pernikahan dini juga menunjukkan bahwa perempuan belum memperoleh haknya dalam upaya untuk membina rumah tangga.

Hak reproduksi lain yang belum diperoleh perempuan adalah hak membuat keputusan dalam menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak. Hasil penelitian ini mengungkapkan keputusan untuk memiliki anak merupakan tuntutan dari keluarga, sedangkan keputusan untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak ada di tangan suami. Banyak faktor yang ikut berpengaruh diantaranya adalah keuangan.

Berkaitan dengan seksual, perempuan juga belum memperoleh haknya untuk dapat menikmati hubungan seks yang nyaman. Beberapa faktor yang dapat menjadi penyebab kenapa perempuan tetap mau melakukan hubungan seks walaupun tidak nyaman adalah mitos tentang seks selama hamil, dan hubungan seks merupakan salah satu bentuk pengabdian istri terhadap suami.

- 6.1.2 Sepanjang masa kehamilan dan persalinan, perempuan memperoleh layanan kesehatan dari tenaga profesional (bidan) dan non profesional (dukun). Banyak pelayanan yang telah mereka terima baik komunikasi, informasi maupun edukasi.
- 6.1.3 Perempuan belum mempunyai kebebasan berpikir dan membuat keputusan dalam mencari bantuan kesehatan. Banyak keputusan yang sudah dibuat pasangan maupun keluarga tanpa melibatkan perempuan. Ketidakmampuan perempuan dalam membuat keputusan untuk mencari bantuan kesehatan dipengaruhi oleh jarak layanan kesehatan, usia, dan sumber keuangan.
- 6.1.4 Beberapa harapan perempuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, diantaranya perlu meningkatkan sosialisasinya tentang kesehatan reproduksi agar dapat menjangkau masyarakat di pelosok, harapan lain adalah perlunya kemudahan perempuan dalam mengakses pelayanan kesehatan reproduksi.
- 6.1.5 Penerapan teori King's dalam penelitian ini memberikan wawasan tentang bagaimana perempuan dalam sistem personal dapat memperoleh hak reproduksinya, dan sangat dipengaruhi oleh sistem interpersonal (keluarga), serta sistem sosial diantaranya budaya yang ada di sekitar perempuan. Perawat maternitas berupaya membantu perempuan dalam meminimalkan masalah tidak terpenuhinya hak kesehatan reproduksi perempuan.

6.2 Saran

6.2.1 Pengambil Kebijakan

6.2.1.1 Diharapkan dapat memudahkan akses perempuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi melalui kegiatan posyandu yang terjangkau dan mempunyai standar pelayanan minimum.

6.2.1.2 Perlu kiranya dikembangkan tanggung jawab suami dalam menjaga kesehatan reproduksi istrinya yang meliputi tanggung jawab dalam menjaga kehamilan, mengatur jarak kehamilan, tanggap terhadap kemungkinan komplikasi yang terjadi selama kehamilan dan persalinan. Hal tersebut dapat dicapai melalui kerjasama lintas program atau lintas sektor diantaranya melalui penyuluhan terpadu dari berbagai pihak, apakah itu dari petugas kesehatan, ulama, pemuka masyarakat terhadap masyarakat tentang pentingnya kebersamaan dalam menjaga kesehatan perempuan, termasuk kesehatan reproduksinya. Apalagi kalau dilihat dengan konsep ketaan pada kultur Madura, dimana masyarakat Madura akan patuh terhadap informasi yang diberikan oleh pemimpin atau tokoh masyarakat.

6.2.1.4 Memasukkan ide-ide baru termasuk dalam memasyarakatkan kesehatan reproduksi perempuan. Perempuan diajak ikut serta dan diberi informasi selengkapnya, serta dibebaskan dalam memilih dan menjaga kesehatan reproduksinya sendiri diantaranya dalam ber KB.

6.2.1.5 Masih banyaknya persalinan di tenaga non profesional menunjukkan perempuan belum mampu mengakses pelayanan kesehatan yang murah dan terjangkau, untuk itu pemerintah daerah bekerja sama dengan puskesmas harus dapat memberikan fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi yang terjangkau baik dari segi biaya maupun jarak, serta dapat melibatkan partisipasi

aktif pasangan dan masyarakat terutama bila terjadi kasus kegawatan pada kehamilan dan persalinan.

6.2.2 Pelayanan Keperawatan Maternitas

6.2.2.1 Perlunya meningkatkan sosialisasi dan perhatian tentang hak reproduksi terhadap anak-anak perempuan maupun orang tua sehingga perkawinan di bawah umur dapat dihindarkan. Hal ini sebagai salah satu upaya untuk menjaga kesehatan reproduksi wanita.

6.2.2.2 Dalam memberikan pelayanan keperawatan, tidak lagi terbatas pada penanganan kesehatan reproduksi ibu saja, tetapi harus mampu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat pedesaan untuk terlibat di kesehatan komunitasnya sehingga dapat meningkatkan kesehatan reproduksi. Hal tersebut dapat dilakukan dengan meningkatkan peran kader, tokoh masyarakat dan agama dalam menjaga kesehatan reproduksi.

6.2.2.3 Masyarakat pedesaan harus diposisikan sebagai mitra bagi pemberi pelayanan kesehatan dalam kegiatan pengawasan kesehatan reproduksi. Masyarakat harus mempunyai kemampuan dalam mengenal gejala dini tentang masalah kesehatan reproduksi, sehingga tidak mengalami keterlambatan dalam merujuk ke tenaga kesehatan.

6.2.2.4 Mitos yang berkembang tentang seks selama hamil tidak harus dihilangkan dari masyarakat. Perawat maternitas harus mampu memberikan pemahaman bagi perempuan dan pasangannya tentang seks selama hamil bagi keharmonisan keluarga.

6.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

Peneliti merekomendasikan untuk dikembangkan lagi pada penelitian lanjutan yang mampu mengeksplorasi pengalaman laki-laki, pasangan, atau tenaga

kesehatan dalam membantu perempuan untuk memperoleh hak reproduksinya. Penggunaan metode penelitian yang berbeda juga direkomendasikan peneliti, sehingga hasilnya diharapkan dapat lebih mendukung penelitian yang telah dilakukan terkait dengan topik tentang perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya.

Partisipan yang dipilih sebaiknya mempunyai karakter suku dan budaya yang berbeda yang melatarbelakangi perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya.

Perlu dilakukan peneliti lain yang dikaitkan dengan budaya Madura dan pengaruhnya terhadap perempuan dalam memperoleh hak reproduksinya.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, I. (2000). Masalah peranan kaum perempuan dalam pembangunan. *Makalah seminar nasional gender dalam perspektif teologi dan sosial budaya, Ujung Pandang kerjasama UNHAS dengan PPP2W.*
- Adriana, dkk. (1998). Hak reproduksi perempuan yang terpasung. Jakarta : *Pustaka sinar harapan bekerjasama dengan pusat kajian wanita UI dan the Ford Foundation.*
- Ali, M. (2008). *Tradisi kawin muda dalam perspektif hukum Islam (Studi pada masyarakat Lenteng, Ganding dan Talango di Kabupaten Sumenep Madura).* Penelitian tidak dipublikasikan, UIN Jakarta.
- Alwi, Hasan. 2001. *Kamus Besar Bahasa Indonesia.* Ed. III. Jakarta: Depdiknas RI dan Balai Pustaka
- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American psychological association.* (5th Ed). Washington DC: American psychological association.
- Anis, M. (2005). *Meningkatnya kekerasan terhadap perempuan.* Diperoleh tanggal 11 Februari 2009 dari <http://www.mail-archive.com>.
- Anwar, M. (2005). Paradigma baru partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiah.* 1 (1). Yogyakarta : STIKES Aisyiyah.
- Asan, A. (2007). Hak reproduksi sebagai etika global dan implementasinya dalam pelayanan KB di NTT. *BKKBN.*
- Asmi. (2004). *Hak reproduksi perempuan pada masyarakat matrilineal Minangkabau di pedesaan Provinsi Sumatra Barat (Studi kasus perempuan di desa Bulakan Tinggi, Kecamatan Perwakilan Situjuh, Kabupaten Lima Puluh Kota, Provinsi Sumatra Barat).* Penelitian tidak diterbitkan. Program Kajian Wanita, Program Pascasarjana Universitas Indonesia.
- Bambang, E. (2005). *Dua belas hak reproduksi perempuan yang dijamin dalam perjanjian internasional.* Diperoleh 9 Pebruari 2009, dari [http :// www .jurnalisperempuan.com](http://www.jurnalisperempuan.com).

- Batjari. (2008). *Polarisasi pembangunan kesetaraan laki-laki dan perempuan*. Diperoleh 23 Januari 2009, dari <http://www.hukumonline.com>.
- Basrowi & Sukidin. (2002). *Metode penelitian kualitatif perspektif mikro*. Surabaya: percetakan Insan Cendekia.
- Basrowi & Suwandi. (2008). *Memahami penelitian kualitatif*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Beck, C.T. (1994). Association of women's health obstetric and neonatal nurses. (2002). Standards for professional perinatal nursing practice and certification in Canada. Phenomenology : It's use in nursing research. *Journal nursing study*, 31 (6), 4999 -5010.
- BKKBN. (2005). Hak reproduksi perempuan terabaikan UU kesehatan perlu disempurnakan. *BKKBN*.
- BKKBN. (2006). *Rentannya perempuan*. Diambil 11 Oktober 2008, dari <http://www.bkkbn.go.id/article>.
- BKKBN. (2007). Hak reproduksi perempuan. *Gema Pria BKKBN*.
- BKKBN. (2008). *Kesehatan reproduksi gender , kependudukan dan fenomenanya di Indonesia*. Diperoleh 17 Pebruari 2009, dari <http://prov.bkkbn.go.id>.
- Budianto, M dkk. (2002). *Analisis wacana : Dari linguistik sampai dekonstruksi*. Yogyakarta : Kanak.
- Cahyono. (2005). Wajah kemiskinan wajah perempuan. Dalam jurnal perempuan. 42. *Jakarta Yayasan Jurnal Perempuan*.
- CEDAW. (2007). *Restoring rihtg to woment*. (Fauzi penerjemah). New Delhi : UNIFEM CEDAW south east Asia programe (Sumber asli diterbitkan 1994).
- Chin, P. L .,& Jacobs, M.K, (1983). *Theory and nursing : a systematic approach*. St. Louis : The CV Mosby Co.
- Cholil, A. (1998). *The live sever, the mother friendly movement in Indonesia*. Yogyakarta: PPPI bekerjasama dengan menteri Negara urusan peranan wanita RI dan Ford Foundation.
- Convention Watch. (2007). *Hak azasi perempuan instrumen hukum untuk mewujudkan keadilan gender*. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia

- Cresswell, J.W.(1998). *Qualitative in quairy and research design: Choosing among five tradition*. London : Sage Publication Inc.
- Daymon, C. (2008). *Metode-metode riset kualitatif dalam public relations dan marketing*. Yogyakarta : Bentang.
- Departemen Kesehatan RI. (2002). *Upaya menurunkan angka kematian ibu*. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan & WHO. (2003). *Profil kesehatan reproduksi Indonesia 2003*. Jakarta. Depkes RI dan WHO. 2003. 2,3,17-20, 63-71.
- Departemen Kesehatan RI. (2005). *Indonesia health profile 2003*. Jakarta. Towards healthy Indonesia 2010.
- Departemen of gender and women's health WHP. (2003). *Engandering the MDG's on health*. Geneva : WHO.
- Dempsey, P.A, & Demsey, A.D. (1996). *Nursing research ; text and workbook (4 ed)*. Philadelphia : Little, Brown and company.
- Dharmono & Diatri. (2008). *Kekerasan dalam rumah tangga dampaknya terhadap kesehatan jiwa*. Jakarta : Balai penerbit FKUI.
- Djunaidy. (2008). *Angka kematian ibu dan bayi di Jember tinggi*. Diperoleh 15 Januari 2009, dari <http://www.tempointeractive.com>.
- Dwiyanto et.al. (2001). *Seksualitas, kesehatan reproduksi dan ketimpangan gender*. Jakarta: *Pustaka sinar harapan bekerjasama dengan pusat kajian wanita UI dan the Ford Foundation*
- Ekowati, R. (2008). *Determinan antara yang berhubungan dengan angka kematian ibu (AKI) di Sumatra Selatan*. Badan penelitian dan pengembangan daerah Sumatera Selatan.
- Eva, V. (2001). *Karakteristik ibu dalam pemilihan tenaga penolong persalinan di Propinsi Jawa Barat*. Penelitian tidak di publikasi. Universitas Indonesia.
- Fain, J.A. (2004). *Reading, understanding and applying nursing research: text and workbook (2 nd ed)*. Philadelphia : F.A Davis company.
- Fakih, M. (2001). *Analisa gender dan transformasi gender*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

- Fatimaningsih, E. (2008). *Analisis situasi dan kondisi perempuan dalam perspektif gender di kabupaten Lampung Tengah*. Penelitian tidak dipublikasi. Universitas Sumatra Utara.
- Hadi, T. (2007). *Hak reproduksi dan ketidakadilan gender*. Diperoleh 23 Januari 2009, dari <http://www.pikiran-rakyat.com>.
- Hamid, A. (2005). *Bimbingan Islam untuk mencapai keluarga sakinah*. Bandung : Mizan Media Utama.
- Hamdanah. (2005). *Musim kawin di musim kemarau: studi atas pandangan ulama perempuan Jember tentang hak-hak reproduksi perempuan*. Yogyakarta: Bigraf.
- Hapsari K.R. (2007). *Memperdulikan hak kesehatan perempuan*. Diperoleh 9 Februari 2009, dari <http://ratih-indrihapsari.com>.
- Hartati. (2004). *Persepsi dan sikap masyarakat terhadap kekerasan rumah tangga (KDRT) dan upaya penanggulangannya : tinjauan aspek sosial, budaya, dan hukum terhadap KDRT*. Penelitian tidak dipublikasikan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Bengkulu.
- Hasyim, S. (2002). *Keluarga Berencana dalam Islam*. Yogyakarta : L-Kis.
- Henderson. (2005). *Konsep kebidanan*. Jakarta: EGC
- Hodnett, E.D. (2000). *Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth*. *The cohcrane, Ltd, Australia*
- Humas PemKab. (2008). *Profil Kabupaten Jember*. Jember: Sekertariat daerah.
- Husein, M. (2004). *Hak-hak dan kesihatan reproduksi perempuan*. *Artikel seminar 01 Juli 2004 ,Rahima Jakarta-WCC Balqis Cirebon*.
- Ilyas, B. (2006). *Dampak tingkat kesetaraan gender terhadap hak reproduksi dan Fertilitas di Sulawesi Selatan*. *Warta Demografi*. Jakarta : Pika Pratama Jaya.
- Irwan, A. (2001). *Sex, gender dan reproduksi kekuasaan*. Yogyakarta: Tarawang.
- Isabella, C. (2008). *Pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan diabetes melitus (studi fenomenologi dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo Jakarta)*. Tesis tidak dipublikasikan. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- Jeanette. (2000). Maternal weight gain and the outcome of pregnancy. Vital and Health Statistics, *U.S. Department of Health and Human Services, Publication (PHS) 86-1922*. (As reported in Krasovec and Anderson, 2001.)
- Kardjati, S., et al. (1988). Energy supplementation in the last trimester of pregnancy in East Java: I. Effect on birthweight. *Br J. Obstet Gynaecol journal* 95:783-794. (As reported in Krasovec and Anderson, 1991.)
- Karsanto. (2007). *Peran istri yang bekerja sebagai pedagang dalam pengambilan keputusan keluarga (studi kasus)*. Tesis tidak dipublikasikan. Fakultas Psikologi. UNAIR.
- Katsong, 2009. *Maternity care, a major segment of health industri, must be overhauled for health care reform to succeed*. www.ChildbirthConnection.org. 18 may 2009. New York.
- Koenig, M. et.al. (2007). Maternal health and care seeking behavior in Bangladesh : finding from a national survey. *International journal family planning perspective*. 22.
- Konsolidasi untuk kesetaraan, keadilan, dan perdamaian, (18 Oktober 2008). *Kompas*
- Kornelsen & Grzybowski. (2005). Safety and community : the maternity care needs of rural parturient women. *JOGGN*. 247-254
- Mahmudah. (2005). Beberapa faktor yang mempengaruhi keputusan wanita pedesaan untuk hamil di usia muda. *Jurnal Universitas Airlangga* 2 (2).
- Maleong, L.J. (2007). *Metodologi penelitian kualitatif*. Edisi revisi. Bandung: PT Rosdakarya
- Martini, S. (1999). *Pola penentuan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu hamil*. <http://adln.lib.unair.ac.id>. Diperoleh tanggal 11 Mei 2009.
- Mas'udi, M. (1997). *Islam dan hak reproduksi perempuan: Di dalam pemberdayaan*. Bandung : Mizan.
- Mercer, R.T.(1999). Parent infant attachment. *Women's health, vol 2: Childbearin*. New York.
- Meutia. (2008). *Partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi*. Diperoleh 9 Pebruari 2009 dari <http://www.menegpp.go.id>.
- Mutharayappa. (2006). Reproductive morbidity of women in Karnataka. *Journal of Health Management, Vol. 8, No. 1, 23-50*.

- Muhadjir. (2000). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta : Rake Sarasin.
- Munhall, P.L, & Boyd, C.O. (1999). *Nursing research : A qualitative perspective*. United States of America : Nation league for nursing.
- Noerdin. (2007). *Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan miskin*. Tesis tidak dipublikasikan. Women Research Institute.
- Nurachmah, E. (2003). *Jenis riset-riset kualitatif*. Jakarta: Program Magister Ilmu Keperawatan FIK, UI. Tidak dipublikasikan.
- Pangkahila, W. (2008). *Mitos seks meliputi kehamilan*. Diperoleh tanggal 8 Juli 2009 dari <http://www.mail-archive.com>.
- Permata, S. (2003). *Pengetahuan sikap remaja terhadap kesehatan reproduksi, kehamilan dan keluarga berencana*. Jurnal penelitian UNIB.
- Permatasari, H. (2006). *Pengalaman perempuan bekerja dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga di wilayah Jakarta, Bogor, Tangerang, Bekasi*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK, UI. Tidak dipublikasikan.
- Pilliteri, C.R. (2003). *Maternal and child health nursing care of the childbearing family*. 4th edition. Philadelphia : Mosby Inc.
- Prpto, H.U. (2008). *Angka kematian ibu tinggi belum ditangani serius*. Diperoleh tanggal 5 Pebruari 2009. Dari <http://prov.bkkbn.go.id>.
- Pollit, D.F & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research : principles and methods*. (6th ed.). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Purdy. (2006). Women's reproductive autonomy: medicalisation and beyond. *Journal of Medical Ethics* 2006;32:287-291
- Purnama. (2006). "Apa kabar perempuan daerah?". *Jurnal Perempuan No 17, Yayasan Jurnal Perempuan, Jakarta*
- Rachman, A. (2007). AKI yang tak pernah mau turun. *Jurnal perempuan, kesehatan reproduksi, andai perempuan bisa memilih*, 53, 39-51.
- Rachmawati, E. (2004). *Kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin*. Bandung; Penerbit Kepustakaan erja Insani.

- Rujanto, K. (2006). *Pengaruh program safe motherhood Unicef terhadap kinerja bidan desa di kabupaten sorong*. Penelitian tidak dipublikasi program magister kebijakan & manajemen pelayanan kesehatan, UGM .
- Reeder, S., Martin, L, & Griffin, KD. (1997). *Maternity nursing family newborn and women's health care (18 ed)*. Philadelphia : Lippincott.
- Rejeki, S. (2004). *Pengalaman menyusui pada ibu bekerja di daerah Kendal Jateng*. Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK, UI. Tidak dipublikasikan.
- Richardson, D. (1993). *Women motherhood and childbearing*. London : The Macmillan press LTD.
- Rohjati, Anando, Wijono, Santo & Sugito. (2004). *Pemantauan kematian ibu dan kematian bayi baru lahir melalui sistim rujukan terencana di kabupaten Nganjuk, Probolinggo, dan Trenggalek-Jawa Timur*. Penelitian tidak dipublikasi, Universitas Gajah Mad gyakarta.
- Ruliyandiri & Kusnanto. (2006). *Perencanaan kesehatan reproduksi keluarga miskin: pembelajaran melalui skenario studi kasus di kabupaten Bantul daerah istimewa Yogyakarta*. Tesis tidak diterbitkan, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Sakala, C. (2007). Identifying effective maternity care quality improvement strategies . *JOGNN.36(4)*. 358-361.
- Sadli, S. (2006). *Mengapa perempuan dan hak asasi manusia perlu dibahas khusus?* Diperoleh 8 Februari 2009. Dari [http :// cedawui.net](http://cedawui.net).
- Sadli, S. (1999). *Metodologi penelitian berperspektif perempuan perempuan dalam riset social*. Jakarta : program studi kajian wanita pasca sarjana UI.
- Savitri. (2003). *Memasyarakatkan kesehatan reproduksi wanita*. Penelitian tidak dipublikasi USU digital library.
- Schaffir, J. (2006). *Sex in pregnancy*. Issue of obstetrics and gynecology publication. Ohio State University Colombus.
- Simanjuntak, S. (2004). *Hubungan faktor resiko dengan kejadian anemi sebagai alternative penanggulangan anemi ibu hamil di kota Sibolga tahun 2004*. Diperoleh 12 Januari 2009 dari <http://library.us.ac.id>.
- Smyllie, & Patricia. (1995). *Women and health*. London: British library cataloguing.

- Spradley, James, P.(1997). *The Ethnographic interview* (Alih bahasa Misbah Zulfa Elizabeth “Metode etnografi”. Yogyakarta : Tiara Wacana.
- Speziale, Streubert, Helen, J. (2002). *Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.J. (1999). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. (2nd ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Suarni, L. (2004). *Persepsi ibu tentang dukungan psikososial yang diharapkan pada masa childbearing*. Tesis tidak diterbitkan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Sunarti, et.al. (2003). Pengaruh ketahanan keluarga terhadap kualitas kehamilan. *Jurnal media gizi dan keluarga, Bogor*.
- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif dan R & D*. Bandung: CV Alfabeta.
- Susiani. (2008). *Pemenuhan hak reproduksi perempuan*. Diperoleh 3 Februari 2009, dari <http://www.Indopos.Co.id>.
- Sudrajat, F. (2008). Survey kesehatan ibu: pendekatan kemitraan dan keluarga di 10 kabupaten propinsi Jateng dan Jatim. *BKKBN*.
- Swanburg, R. (2000). *Introductory management and leadership for clinic nurse*. (Samba, penerjemah). Jakarta: EGC.
- Target Program Safe Motherhood belum tercapai.(29 November 2001). *Kompas*.
Taufiqurrahman. (26-30 November 2006). Islam dan budaya Madura. Bahan presentasi pada forum *Annual Conference on Contemporary Islamic Studies*, Direktorat Pendidikan Tinggi Islam, Ditjen Pendidikan Islam, Departemen Agama RI, di Grand Hotel Lembang Bandung.
- Tomey & Alligood. (2006). *Nursing Theories and Their Work*. 6th edition. St. Louis: Mosby.
- Wampler. (2009). Sexual trauma and pregnancy: A qualitative exploration of women’s dual life experience. *Springer Science and Business Media*.
- Widodo, S. (2006). Perempuan dan pembangunan. *Gema Pria BKKBN*.
- Widodo, S. (2006). Pesona wanita dibalik keharuman tembakau. *Pamator*. 2(1). Januari 2006.

William, D. (2006). *Gender bukan tabu : catatan perjalanan fasilitasi kelompok perempuan Jambi*. Bogor : *center for international forestry research*.

Wiyata, A. L. (2003). *Madura yang Patuh?; Kajian Antropologi Mengenai Budaya madura*. Jakarta: CERIC-FISIP UI.

Wiyata, A. L. (2001). *Carok: Konflik kekerasan dan harga diri orang Madura*. Yogyakarta: LKis.

WHO. (2007). *Profil kesehatan dan pembangunan perempuan Indonesia*. WHO.

Zakiah. (2000). *Memposisikan kodrat, perempuan dan perubahan dalam perspektif Islam*. Bandung: Mizan

----- (1994). Recent developments in maternal nutrition and their implications for Practitioners. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59(2);437–545.

----- (2001). *Hak asasi perempuan : sebuah panduan pada konvensi-konvensi utama PBB tentang hak asasi perempuan*, penerjemah: Embun. Jakarta: *Yayasan jurnal perempuan 2001*

----- (2002). *Gender dan kontrasepsi*. Diperoleh 4 Oktober 2008. Dari <http://www.glorianet.org/keluarga/pria/priakes.html>.

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya

Nama : Awatiful Azza

NPM : 0706195283

Status : Mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu
Keperawatan Universitas Indonesia Kekhususan
Keperawatan Maternitas

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “Kajian tentang pengalaman perempuan dalam memperoleh hak reproduksi pada ibu hamil dan nifas : Studi Fenomenologi di Arjasa Kabupaten Jember”. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif berperspektif perempuan, oleh karena itu peneliti perlu menjelaskan beberapa hal yang akan terkait dengan kegiatan penelitian tersebut sebagai berikut :

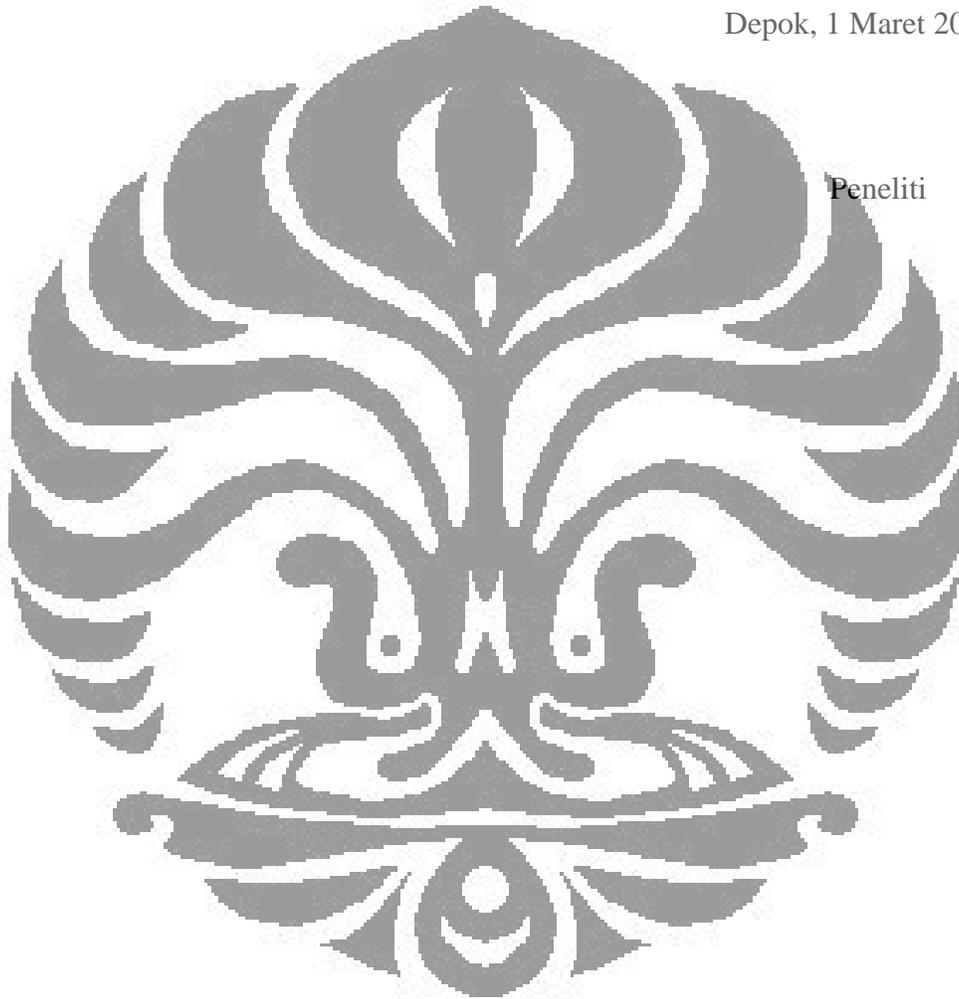
1. Kematian ibu atau kematian maternal pada saat melahirkan merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang sangat penting. Di Indonesia, tingginya angka kematian ibu dan kematian balita memperlihatkan rendahnya pelayanan kesehatan yang diterima ibu dan anak serta rendahnya akses informasi yang dimiliki ibu dan anak. Kurangnya pengakuan dari masyarakat atau laki-laki terhadap hak reproduksi perempuan akan berdampak pada rendahnya kesejahteraan bagi perempuan. Tujuan dari penelitian ini untuk mengeksplorasi pengalaman dan pandangan perempuan tentang pemenuhan hak reproduksi perempuan pada masa kehamilan dan nifas di desa Arjasa kabupaten Jember. Pada penelitian ini peneliti akan mengadakan wawancara mendalam pada perempuan tentang pengalaman ibu saat hamil dan melahirkan yang dikaitkan dengan pemenuhan hak reproduksi, sehingga hasil dari penelitian ini akan didapatkan ide-ide tentang penerapan hak reproduksi.
2. Penelitian ini tidak akan berdampak negatif pada ibu maupun pasangannya. Peneliti akan mendengarkan semua penuturan yang akan disampaikan ibu

tentang pengalaman ibu waktu hamil dan melahirkan yang dikaitkan dengan penerapan hak reproduksi.

3. Peneliti akan menghormati dan menghargai apapun informasi yang telah disampaikan oleh partisipan dan akan selalu menjaga kerahasiaannya.

Depok, 1 Maret 2009

Peneliti



PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan dengan sukarela bahwa saya bersedia untuk menjadi partisipan /informan /peserta dalam penelitian dengan judul **“KAJIAN TENTANG PENGALAMAN PEREMPUAN DALAM MEMPEROLEH HAK REPRODUKSI PADA MASA HAMIL DAN NIFAS : STUDI FENOMENOLOGI DI ARJASA KABUPATEN JEMBER”** yang dilakukan oleh mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Kekhususan Keperawatan Maternitas atas nama Awatiful Azza, NPM : 0706195283.

Saya menyatakan bersedia menjadi partisipan setelah mendapatkan penjelasan dan informasi dari peneliti tentang maksud, tujuan, manfaat dan prosedur penelitian ini.

Demikian pernyataan yang saya buat ini tanpa paksaan dan penuh kesadaran.

Mengetahui,
Peneliti

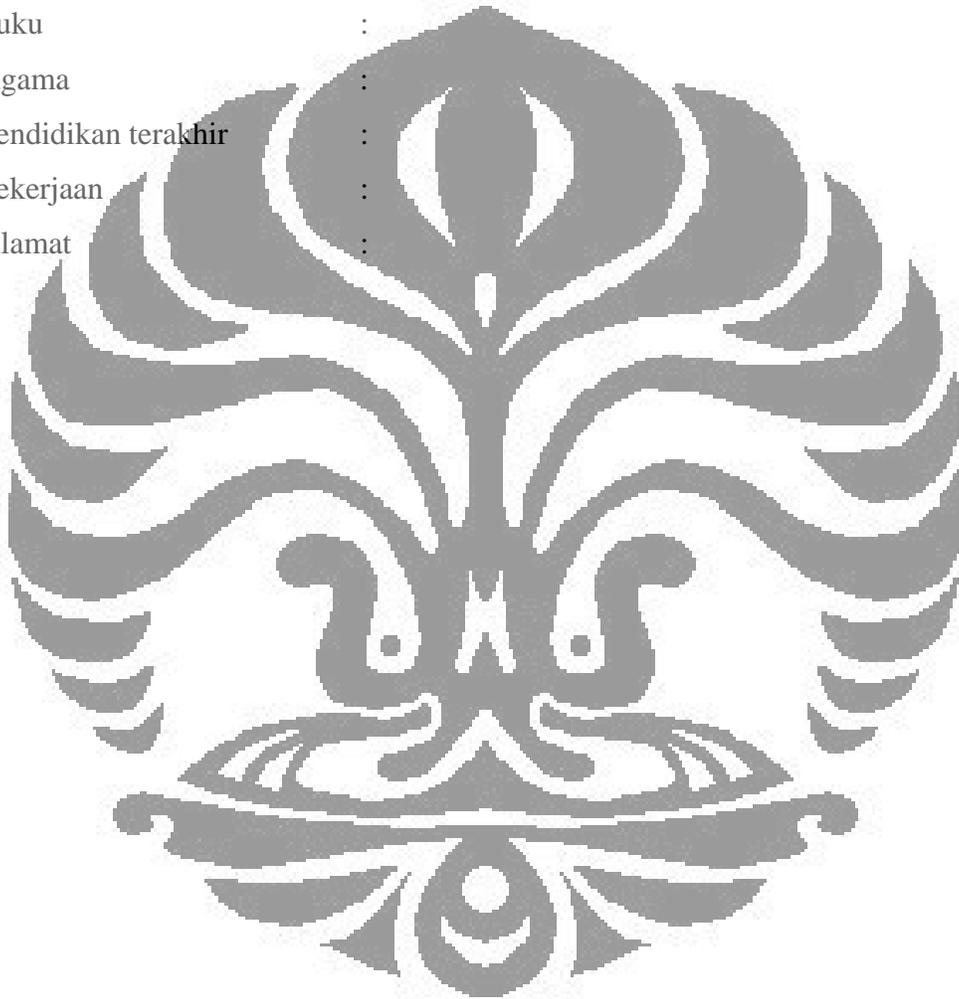
Jember,

Awatiful Azza

Nama

DATA DEMOGRAFI

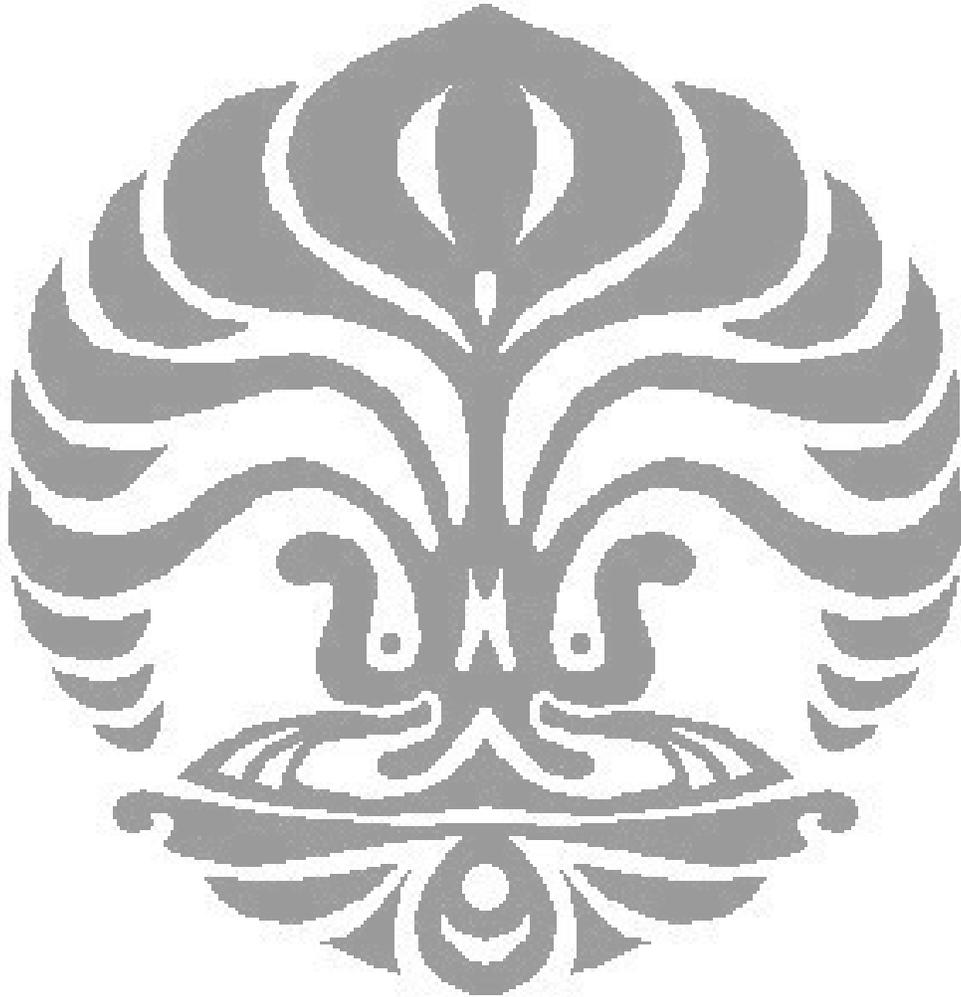
Nama Partisipan :
Umur :
Suku :
Agama :
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan :
Alamat :



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Pertanyaan terkait tentang persepsi dan pandangan perempuan tentang pemenuhan hak reproduksinya selama hamil dan nifas.
Bagaimanakah pengalaman ibu saat hamil dan nifas tentang informasi yang berhubungan dengan kehamilan dan nifas serta dukungan yang ibu dapatkan pada masa tersebut?
2. Pertanyaan terkait dengan pengalaman dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan yang diterima selama kehamilan dan nifas:
 - a). Informasi apa saja yang ibu ketahui tentang kehamilan dan nifas ?
 - b). Bagaimanakah informasi yang ibu dapatkan tentang kehamilan dan nifas dari petugas kesehatan, termasuk pemeliharaan alat kesehatan reproduksi?
 - c). Menurut ibu apakah pelayanan kesehatan yang diterima selama ini sudah membantu ibu dalam mencegah komplikasi selama hamil (darah tinggi, anemi) dan nifas (perdarahan)?
 - d). Coba ibu jelaskan kepada saya bagaimana harapan ibu terhadap pelayanan kesehatan selama ibu hamil dan nifas
3. Pertanyaan berhubungan dengan pengalaman dalam mengambil keputusan dalam menentukan pelayanan kesehatan ibu pada masa hamil dan nifas.
 - a). Bagaimana peran ibu dalam mengambil keputusan berkaitan dengan kesehatan reproduksi ibu? Apakah setiap kehamilan selalu direncanakan oleh ibu dan suami?
 - b). Bagaimanakah posisi ibu dalam keluarga jika dikaitkan dengan pengambilan keputusan untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan selama hamil dan nifas ?

- c. Bagaimanakah peran ibu dalam mengambil keputusan tentang pengaturan jarak kehamilan?
4. Pertanyaan berhubungan dengan harapan perempuan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi : Bagaimana harapan ibu terhadap pelayanan kesehatan yang seharusnya didapatkan pada masa hamil dan nifas ?



KARAKTERISTIK PARTISIPAN

Partisipan	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Agama	Jumlah anak	Tempat melahirkan	Suku	Lama Nikah	Alamat
P1	37 tahun	SD tamat	Ibu rumah tangga	Islam	2	Dukun	Madura	12 tahun	Gumitir
P2	24 tahun	SD tamat	Ibu rumah tangga	Islam	1	Dukun	Madura	2 tahun	Gumitir
P3	22 tahun	Tidak sekolah	Ibu rumah tangga	Islam	1	Dukun	Madura	4 tahun	Gumitir
P4	Tidak tahu	SD tidak tamat	Ibu rumah tangga	Islam	1	Dukun	Madura	6 tahun	Gumitir
P5	22	Tidak sekolah	Ibu rumah tangga	Islam	2	Dukun	Madura	4 tahun	Gumitir
P6	19	MTs tidak tamat	Ibu rumah tangga	Islam	1	Bidan	Madura	3 tahun	Krajan
P7	18	SD tidak tamat	Ibu rumah tangga	Islam	1	RS (SC)	Madura	2 tahun	Krajan
P8	35	SMEA	Ibu rumah tangga	Islam	3	RS (SC)	Madura	14 tahun	Krajan

KISI-KISI TEMA HAK REPRODUKSI

Tujuan Khusus	Tema	Sub tema	Katagori	Pernyataan Kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	
1. Pengalaman perempuan tentang pemenuhan hak reproduksi pada masa hamil dan nifas	1.membangun dan merencanakan keluarga	motivasi menikah	Usia	nikah umur 18 tahun	v								
				12 tahun sudah nikah dan punya anak				v					
				nikahnya umur 12 th kira-kira 18 tahunan				V					
				nikah umur 16 tahun						v			
				nikahnya umur 14 tahun						v	v		
			Melanjutkan keturunan	harus siap mengandung	v	v	v	v				v	
				belum siap punya anak					v	v			
				disuruh punya anak				v		v	v	V	
				ndak punya anak suami malu namanya orang nikah ya harus bisa hamil		v	v			v	v	V	
				Tuntutan lingkungan	Takut dikira ndak laku tetangga yang seumuran sudah banyak yang nikah	v	V		v	V		V	
		pokoknya ada yang meminta banyak yang nikahnya dibawah saya	v		v	V				v	V		
		Jadi perawan tua nanti			v	v	v	V					
		Orang tua	yang nyuruh orangtua		v	v	V						
			Kalau saya ya.orangtua dijodohkan orangtua					V	V	v	V		
			Terserah orangtua ya...saya ikut saja bu	v	v	v	v		V	v			
			Pilihan sendiri	Ya...saya sendiri ketemu di Surabaya									V
				Saya sendiri terus..pacaran				v					V
		Nikah ya..pilihan sendiri										v	

				pokoknya seperti dimanja sering memberi semangat	v				v				v
			Financial	suami kan sudah bekerja cari uang	v	v	v	v	v	v	v		
				Suami mbayar 15 rb masalahnya ndak ada uang	v		v						
				kalau di bidan mbayar mahal Ojeknya 20.000		v		v	v			v	
				tiap suntik 15 rb, suami saya ya...mendukung	v	v	v	v	v		V		v
		Siapa yang memberi dukungan	Suami	Suami sering mengingatkan selama hamil suami selalu memperhatikan	V								v
				suami saya manggilkan dukun	v	v	v	v	v				
				suami saya baik	v	v	v	v	v	v			v
				suami saya orangnya nurut saat melahirkan semuanya ditunggu suami	v					v			v
			Orangtua	yang membantu saya orangtua		v							v
				saat itu saya sakit perut manggil orangtua	V	v	v						
				bapak dan ibu saya		v			v			v	
				ibu saya datang	v		v						v
			Mertua	ibu dan mertua									v
				mertua juga masih nunggu		v	v	v	v	V			v
				mertua saya sering nasehati		v	v	v	v	V			v
			Tenaga kesehatan	Saya disuruh suami untuk ke orang pintar dan dukun	V	v							
				hanya dibawa ke dukun				v					
				saya periksa ke posyandu	V	v	v	v	v	V	v	v	
				Saya ke polindes	v								
				Saya juga ke dukun	v	v	v	v	v				
	4.Kebutuhan dalam memperoleh rasa nyaman saat	Mitos tentang hubungan sex	Bentuk mitos	bisa menambah tubuh bayi... bayinya ditambah kupingnya, maripatnya...biar normal	v	v	v	v	v	V			

berhubungan sex belum terpenuhi		bisa nambah kuping, mata , pokoknya biar lengkap	v	v	v	v	v	V			
		kalau hamil ndak berhubungan anaknya lahirnya ndak lengkap	v	v	V	v	v	v	v	v	
		kalau hubungan kan bisa nambah kuping, tangan, mata...	v	v	v	v	v	v	v		
		Ndak hubungan bayinya bisa ndak normal	v	v	v	v	v	V			
		Apalagi kalau mau lahiran hubungan sex kan bisa untuk buka jalan bu...									v
		Reaksi ibu terhadap mitos	ya...iya percaya	V	V	v	v	v	v		v
			Ya..gimana, percaya	V	v	V	v	v	v	v	
			ya..gimana bu ya percaya..ya..ndak				V				
			ya...gimana ya...turun- temurun	v	v	v	V	v	v	v	v
			ya..saya percaya saja			V					
	ya...percaya bu		v	v	v	v	v	V		v	
	daripada anak saya ndak lengkap		v		v	v	v	V			
	Berbagai reaksi ibu	Suami	kalau suami minta ya...gimana ya	V	v	v	V				
			ya suami bu...		V		V				
			biasanya suami yang minta dulu		v	v	V	v	V		
			ya...perempuan kan malu		V	v	V				
		ya...suami dulu yang kepingin bu		V	v	V	v	v			
		ya...suami saya bu		v	v	v	v	V			
		Istri	ya...sama-sama bu, kadang saya juga mau	v							
saya dulu yang minta ke suami									v		
Berbagai reaksi tentang sex saat	Malu	Ya..malu perempuan kok minta dulu	v	v	v	V	v	V			

		hamil		kalau perempuan ya..malu	v	v	v	v	v	V					
				ya...mana ada bu...perempuan minta duluan		v	v	v	v	v					
			Takut dimarahi	ya...ditolak , tapi pagi-pagi kadang suami marah		v	v		v	v					
				ya akhirnya ya dilayani saja	v	v	v	v	v	v					
				ya..saya ndak berani nolak	v	v	v	v	v	v					
			 takut bu disangka yang ndak bener		v	v	V	v						
			Kewajiban	kalau suami minta ya...dikasih	v	v	v		v	V					
				ya..namanya suami akhirnya ya..dikasih	v	v	V	V	v						
				itu kan sudah kewajiban sebagai istri..			V	V							
2. Pengalaman memperoleh pelayanan kesehatan	5. Kebutuhan memperoleh pelayanan kesehatan dari nakes dan non nakes	Sumber Pemberi pelayanan	Tenaga kesehatan	Ya ... Polindesnya	v										
				kadang-kadang di posyandu	v	v	V	v	v						
				Bidannya ke sini bu..		v		v							
				Non tenaga kesehatan	Non tenaga kesehatan	Cuma dilihatkan ke dukun bu	v	v	V	v	v				
		dilihatkan ke orang pintar	v												
		Saat hamil saya juga di suntik 1 X di lengan	V												
				Berbagai Bentuk Pelayanan	Tenaga kesehatan	Disuruh KB		V							
						diberi buku warna merah muda	v	v	V	v	v	v	v	v	
						dinasehati	v	v	V	v	v	v	v	v	
						diperiksa perutnya, maripat saya, diberi obat tambah darah,	v	v	V	v	v	v	v	v	
						Non nakes	Non nakes	Kalau di dukun kan cuma dilihat	v	v	V	v	v		
								dukunnya mau disuruh nunggu	v			v			
		tapi kalau di dukun kan mau nunggu	v					v							

			Cuma dipegang saja	v	v	V	v	v				
			, tapi kalau di posyandu ya.. malu...	v	v	V	v	v				
			apalagi nanti kalau dilihat banyak orang	v	v	V	v	v				
			kalau di posyandu ya..ndak bu...malu...			V						
			kadernya kan banyak yang laki				v	v				
		Tempat rame	Di Posyandu kan rame bu		v	V	v					
			Cuma ditutup dengan selambu ndak ada pintu	v			v	v				
			nanti kalau dilihat banyak orang	v								
6. Motivasi untuk mencari layanan	Upaya yang dilakukan	Memanggil	saya manggil dukun bayi saja untuk membantu		v							
			suami manggil dukun ya nurut saja				v	v	v			
		Mendatangi	saya melepas KB susuknya di polindes	v								
			Saya kadang ke posyandu	v	v	v	v	v				
			Saya ke dukun sendiri		v	v	v	v				
	Biaya	Untuk transportasi	jauh ke polindes naik sepeda diantar oleh suami	v								
			Ojeknya mahal 20.000		v							
		Cara membayar	Didukun lebih murah	v	v	v	v	v				
			dukunnya mau dibayar pakai sabun bayi	V								
			Kalau dibidan mahal	v	v	v	v	v				
	Alasan kesehatan	Mengetahui kehamilan	Ya ingin tahu hamil atau ndak	v	v	v	v	v				
		Menjaga kesehatan	Saya kan pengen tahu	v	v	v						
			Biar bayi saya sehat		v			v				v
			Biar disuntik	v		v						
			Mau nimbang		v		v					v
			Ingin KB	v	v	v	v	v				

3. Pengalaman mengambil keputusan dalam pelayanan kesehatan	7. Kebebasan berpikir dan membuat keputusan tentang mencari bantuan kesehatan	Peran ibu dalam membuat keputusan	Peran oranglain	suami saya yang menyuruh	v	v	v	v	v			
				Suami menyuruh ikut KB	v	v	v	v	v			
				Disuruh ke dukun oleh suami	v	v	v	v	v			
				Kalau ndak bilang ndak dikasih uang			v					
				terus saya juga disuruh pak W kader disini		v						
				saya disuruh ibu beli tes untuk tahu hamil						v		
				ya...saya sendiri yang minta								v
				Saya yang milih KB		v	v					v
				Kadang saya berangkat sendiri	v	v	v	v	v		v	v
				jauh bu naik sepeda diantar oleh suami	v							
	saya dan suami rundingan								v			
	Cara mengambil keputusan	Diputuskan suami	Suami yang manggil dukun	v	v		v					
			Saya ndak tahu .kalau suami manggil dukun		v		v					
			Ya..rundingan bu..							v		
			Rundingan dengan orangtua							v		
	Alasan membuat keputusan dalam memilih pelayanan nakes & non nakes	Praktis	karena rumahnya bidan kan jauh	v	v	v		v				
			dukunnya sudah pengalaman	v	v	v	v	v				
			dukunnya mau disuruh nunggu	v	v	v	v	v				
			Kalau di dukun mbayarnya Cuma 25-50 rb	v	v	v	v	v				
		ekonomis	Jauh bu ojeknya Rp20.000		v	v		v				
Kalau ke bidan mahal dan murah didukun paling bayar Rp50.000				v	v	v	v					
				v	v	v	v					
				v	v	v	v					
	Budaya	kebanyakan kalau ada apa-	v	v	v	v						

			apa ya ke dukun												
			orang sini ya langsung ke dukun bu ndak kemana-mana	v	v	v	v								
4. Harapan dan kebutuhan perempuan dalam pelayanan kesehatan reproduksi	8. Harapan perempuan dalam mendapatkan pelayanan dari pemberi pelayanan	Pelayanan selama hamil	Sudah cukup baik	v	v	v	v	v	v				v		
			Ya...disosialisasikan di pelosok											v	
			Ya...dikasih obat	v			v								
		Pelayanan saat melahirkan dan setelahnya	pemerintah	kalau bidannya dekat ya...enak	v			v							
				Dukunnya dilatih		v									
				Kalau diaspal ya...ndak licin				v	v						
	9. Harapan kepada pemberi pelayanan	Petugas kesehatan	Tempat layanan	Kalau bisa diatas ditambah bidan		v			v					v	
				Tergantung pemerintahnya apalagi puskesmasnya kan dekat				v				v	v	v	
				Sudah baik, telaten	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	
				Ditambah biar yang diatas juga dapat dilayani											v
				Kalau bisa melahirkannya gratis	v										
	Tempat layanan	Petugas kesehatan	Tempat layanan	Ya...kalau bisa ada pintunya	v										
				Kalau tempatnya tertutup ya...enak	v	v		v							
				Polindesnya terlalu jauh		v	v								
Kalau diposyandu harusnya ada tempat periksanya				v				v							