

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) mendapatkan perhatian secara khusus dalam upaya pembangunan kesehatan karena perempuan dan anak-anak merupakan sasaran paling rentan terhadap kesakitan dan kematian. Kematian ibu menurut *World Health Organization* (WHO) adalah kematian seorang perempuan selama kehamilan atau dalam masa 42 hari setelah berakhirnya kehamilan tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan akibat semua yang berkaitan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan atau cedera (Kemenkes RI., 2021; Tsegay *et al.*, 2017; WHO, 2016). Kematian ibu merupakan salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat dan indikator kualitas pelayanan kesehatan secara umum. KIA juga telah ditetapkan sebagai bagian dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala umur termasuk menurunkan AKI serta mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat

dicegah. AKI di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara serta masih jauh dari target global SDGs untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH) pada tahun 2024 dan kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2021, Kemenkes RI, 2020; WHO, 2014). Selama tahun 2018-2020, kasus kematian ibu di Indonesia pernah mengalami penurunan, yaitu 4226 kasus (tahun 2018) menjadi 4197 kasus (tahun 2019), namun mengalami peningkatan lagi menjadi 4627 kasus pada tahun 2020 (Kemenkes RI., 2021; Kemenkes RI., 2020; Kemenkes RI., 2019). Salah satu provinsi yang memiliki kasus kematian yang tinggi di Indonesia adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Berikut adalah *trend* kasus kematian dalam periode 2017-2020 di NTT (Gambar 1.1).



Gambar 1. 1 Kasus kematian ibu di Provinsi NTT Tahun 2017-2020

Sumber: Kemenkes RI, 2021; Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2021.

Berdasarkan gambar 1.1 menunjukkan kasus kematian ibu di Provinsi NTT masih menjadi masalah dan kondisi ini masih jauh jika dibandingkan dengan target dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) 2018-2023 yaitu tidak adanya kasus kematian ibu di NTT. Kabupaten Malaka merupakan pemekaran dari Kabupaten Belu pada tahun 2014, masih memiliki AKI yang tinggi di Provinsi NTT. Jumlah kasus kematian ibu di Kabupaten Malaka Tahun 2019-2020 yaitu sebanyak 8 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Malaka, 2021). Meskipun sebagian besar kehamilan dan kelahiran berjalan lancar, sekitar 15 persen dari semua wanita hamil mengalami komplikasi yang berpotensi mengancam jiwa. Persalinan di rumah sangat mengancam jiwa, terutama di negara berkembang di mana perawatan darurat dan transportasi kurang tersedia (WHO, 2016; Tsegay *et al.*, 2017). Perawatan terampil untuk semua wanita selama kehamilan, persalinan dan periode segera setelah melahirkan, terutama ditujukan untuk negara-negara di mana cakupan kehadiran tenaga terampil saat lahir di bawah 85 persen (WHO, 2016).

Cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) beberapa tahun terakhir di Provinsi NTT masih di

bawah target nasional (87%). Berikut gambaran hasil pencapaian program kesehatan ibu di bidang kesehatan (KIA) di Provinsi NTT periode 2017-2020 (Tabel 1.1).

Tabel 1. 1 Akses dan Pencapaian Indikator Program Kesehatan Ibu di Provinsi NTT Tahun 2017-2020

No	Indikator	Cakupan Pelaksanaan Program per Tahun (%)			
		2017	2018	2019	2020
1.	K1 ANC	63,4	65,8	69,0	68,6
2.	K4 ANC	64,0	60,0	69,6	64,0
3.	Persalinan oleh Nakes	52,0	57,8	61,0	60,5
4.	Persalinan di Fasyankes	51,9	10,6	20,4	35,0
5.	Penanganan komplikasi kebidanan	50,1	45,0	49,0	50,1
6.	Nifas lengkap	54,4	58,2	61,7	62,2

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi NTT Tahun 2021, Dinas Kesehatan Kabupaten Malaka 2021

Pada Tabel 1.1 terlihat bahwa pencapaian program kesehatan ibu di Provinsi NTT mengalami fluktuasi dari tahun 2017-2020. Khususnya cakupan persalinan di fasyankes di Provinsi NTT mengalami penurunan dari 61,0 persen pada tahun 2019 menjadi 60,5 persen pada tahun 2020 dan cakupan persalinan di fasyankes tahun 2020 tersebut masih jauh dari target nasional yaitu 87 persen.

Cakupan program kesehatan ibu periode 2017-2020 di Kabupaten Malaka Kabupaten yang merupakan kabupaten termuda di NTT berdiri pada tahun 2014 disajikan pada Tabel 1.2.

Tabel 1. 2 Cakupan Indikator Program Kesehatan Ibu di Kabupaten Malaka Tahun 2017-2020

No	Indikator	Cakupan Indikator Program Kesehatan Ibu			
		2017	2018	2019	2020
1.	K1 ANC	74,0	74,3	73,6	75,0
2.	K4 ANC	48,4	50,0	49,7	56,3
3.	Penanganan komplikasi obstetric	60,2	52,3	58,0	60,0
4.	Persalinan oleh nakes	58,9	61,8	65,4	68,0
5.	Persalinan di fasyankes	54,4	55,2	58,3	57,8
6.	Nifas lengkap	60,4	69,1	70,9	69,8

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Malaka Tahun 2021

Cakupan indikator program kesehatan ibu di Kabupaten Malaka periode 2017-2020 pada Tabel 1.2 menunjukkan bahwa pencapaian program kesehatan ibu di Kabupaten Malaka mengalami fluktuasi dan belum mencapai target nasional dan khusus persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan memiliki trend menurun yaitu 58,3 persen pada tahun 2019 menjadi 57,8 persen pada tahun 2020.

Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mengatasi masalah maternal di Indonesia, dengan berbagai jenis program kesehatan telah diupayakan guna

meningkatkan derajat KIA. Kemenkes RI melalui *Making Pregnancy Safer* (MPS) pada tahun 2000 yang dicanangkan terimplementasi dalam program jaminan persalinan (Jampersal) bertujuan untuk menjamin semua persalinan dilakukan di fasyankes dengan menerapkan Asuhan Persalinan Normal (APN) serta penyediaan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) untuk menjamin semua komplikasi obstetri dapat tertangani dengan optimal. Selain itu kebijakan jaminan kesehatan lain adalah Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Kemenkes RI, 2021; Kemenkes RI, 2014).

WHO juga mengusulkan pendekatan baru terhadap ANC dengan fokus pada komponen yang diketahui efektif yaitu memastikan semua perempuan mengerti mengapa persalinan ditolong oleh petugas yang terampil dan bagaimana mereka dapat mengakses perawatan kebidanan untuk keadaan darurat (Kemenkes RI, 2021; WHO, 2016; Tsegay *et al.*, 2017; Gerein *et al.*, 2003). Program terobosan lain melalui kementerian kesehatan yaitu Program Perencanaan Persalinan dan

Pencegahan Komplikasi (P4K). P4K merupakan kegiatan yang difasilitasi oleh bidan desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam perencanaan persalinan, persiapan menghadapi komplikasi kehamilan atau persalinan, perencanaan penggunaan kontrasepsi pasca persalinan bagi setiap ibu hamil dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir. Program ini menitikberatkan fokus totalitas monitoring terhadap ibu hamil dan bersalin (Kemenkes RI, 2021; Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, 2009). Kementerian kesehatan juga telah menyusun sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 diantaranya adalah meningkatkan status kesehatan termasuk meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan, meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal (Kemenkes RI, 2015).

Masalah biaya persalinan, pemerintah telah memberikan jaminan kesehatan berupa jaminan persalinan tetapi masih banyak masyarakat yang belum memanfaatkan pelayanan kesehatan. Program pendukung lain yang dilakukan untuk

menurunkan AKI dan meningkatkan cakupan pertolongan persalinan dan perawatan nifas oleh tenaga kesehatan di fasyankes yaitu penyediaan rumah tunggu persalinan di puskesmas rawat inap. Tujuan rumah tunggu yaitu untuk membantu masyarakat daerah terpencil, mempunyai jarak tempat tinggal jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan, memiliki faktor risiko tinggi, untuk lebih mudah dan cepat pelayanan pertolongan persalinan dan perawatan nifas di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dan memperoleh perawatan selama proses persalinan dan nifas dengan pendampingan suami dan keluarga. Terlepas dari kenyataan bahwa Indonesia sejak 2003 menerapkan kebijakan perawatan kesehatan ibu yang menyediakan layanan perawatan maternal (ANC, INC dan nifas) gratis di semua fasyankes umum, namun di beberapa bagian daerah, kelahiran masih terjadi di rumah dan ditolong oleh dukun bersalin atau anggota keluarga termasuk Provinsi NTT.

Fenomena di Indonesia masih banyak ibu yang melakukan persalinan di non fasyankes dan ditolong oleh bukan tenaga kesehatan bahkan masih ada persalinan tanpa penolong termasuk cakupan persalinan di NTT hanya mencapai 60,5 persen

(Kemenkes RI., 2021). Hal ini menunjukkan bahwa cakupan persalinan fasyankes masih jauh dari target nasional (87%) tahun 2020.

Berbagai intervensi telah ditetapkan dan diterapkan untuk meningkatkan peningkatan KIA melalui pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu di NTT, namun upaya tersebut belum menunjukkan hasil yang signifikan. Seiring dengan upaya pemerintah tersebut dan AKI yang tercatat di Provinsi NTT adalah salah satu provinsi yang memiliki angka yang tertinggi apabila dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia maka pembangunan daerah Provinsi NTT dibidang kesehatan salah satunya adalah peningkatan pelayanan KIA melalui strategi Revolusi KIA (Peraturan Gubernur NTT No. 42 Tahun 2009). Program ini merupakan gagasan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Revolusi KIA bertujuan untuk tercapainya percepatan penurunan kematian ibu melahirkan dan kematian BBL dengan mottonya adalah semua ibu hamil melahirkan di fasyankes yang memadai. Selain program revolusi KIA, ada program “Program 2H2 *center*” yang merupakan salah satu ide dan rancangan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Flores Timur yang dilaksanakan

dengan melibatkan lintas sektor “Program 2H2 *center*” yang berarti 2 (dua) hari sebelum perkiraan persalinan dan dua hari sesudah ibu bersalin).

Gambaran sebuah studi di Uganda oleh Anyait *et al.* (2012) tentang perencanaan memilih penolong dan tempat persalinan yaitu: selama masa kehamilan ibu telah merencanakan untuk melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan (80%), walaupun demikian, kenyataannya jumlah persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan hanya 45,4 persen dan persalinan di rumah lebih tinggi dari awal perencanaan selama kehamilan (58%). Lima puluh delapan persen tersebut dalam penelitian tersebut bahwa persalinan di non fasilitas pelayanan kesehatan dirincikan sebagai berikut: memutuskan melahirkan di rumah sendiri (91,2%), di rumah dukun bayi (7,3%) dan melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas pelayanan kesehatan (1,5%).

Banyak tinjauan literatur multidisiplin mengenai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu di negara berkembang dengan fokus pada hal-hal yang mempengaruhi komplikasi obstetri dan hasilnya. Hasil studi (Huda, 2005) bahwa kematian akibat obstetri 46,8 persen dan persalinan merupakan yang terbanyak (12,2%). Ibu yang meninggal dalam perjalanan menuju pusat rujukan kurang lebih 16

persen dan alasan terlambat merujuk yang terbanyak adalah kendala keuangan dan keraguan dari keluarga untuk merujuk sebanyak 53,7 persen. Mayoritas kematian ibu di rumah sakit dalam penelitian tersebut terjadi pada perempuan yang tidak melakukan ANC dan dirujuk dalam kondisi hampir mati berarti bahwa kematian yang terjadi sangat berkaitan erat dengan tingkat keparahan komplikasi kebidanan dan keterlambatan merujuk kasus komplikasi ke pusat rujukan untuk penanganan kegawatdaruratan kebidanan pada ibu. Alasan lain ibu tidak memanfaatkan layanan bersalin di fasyankes yaitu kurangnya kepuasan dengan kualitas perawatan yang diberikan di fasyankes sebanyak 50 persen, (Tsegay *et al.*, 2017; WHO, 2017; Coast, 2014; Thadeus & Maine, 1994; Hou, & Ma, 2012; Mwaniki *et al.*, 2002; Khasanah, 2011) dan kurang percaya pada sistem kesehatan merupakan salah satu faktor penyebab terjadi penundaan pengambilan keputusan perawatan persalinan (McCarthy & Maine, 1992; Kemenkes, RI., 2012). Studi lain (Ogunyomi & Ndikom, 2016) menemukan bahwa 55,4 persen persalinan ditolong oleh dukun bersalin. Alasan signifikan yang dikemukakan bahwa dukun lebih ramah ($p=0,012$), mudah diakses ($p=0,000$) dan kepercayaan pada dukun ($p=0,000$). Ibu bersalin memilih dukun

bersalin bahwa mudah dimengerti, kadang gratis, pembayaran dapat dinegosiasikan dan terkadang dalam bentuk barang, dekat tempat tinggal para ibu dan ketika persalinan dimulai terlalu cepat atau pada malam hari satu-satunya tangan yang membantu adalah dukun dan dukun tidak menuntut pakaian baru yang bersih untuk bayi baru lahir dan riwayat persalinan normal (Idris *et al.*, 2013; Kagunaa & Nuwaha, 2000).

Hasil studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Betun di Kabupaten Malaka (2019) tentang pengambilan keputusan perawatan persalinan yang dilakukan dengan wawancara terhadap 15 orang ibu yang memiliki anak berusia 0-1 bulan, didapatkan 7 orang (46,7%) yang melakukan persalinan sebelumnya di fasyankes dan 8 orang (53,3%) persalinan ditolong oleh dukun bersalin. Hal ini menunjukkan masih banyak ibu bersalin mengambil keputusan untuk bersalin ke “mama dukun” dari pada ke tenaga kesehatan.

Hasil studi awal terdapat beragam fenomena yang muncul berkaitan dengan faktor penyebab belum tercapainya pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal khususnya ibu bersalin yaitu keterlibatan keluarga, faktor budaya, status atau posisi

perempuan dalam keluarga terhadap pengambilan keputusan, ketidaktahuan tanda bahaya persalinan, malu melakukan persalinan di fasyankes, masalah transportasi dan alasan tidak ada yang menjaga anak di rumah, alasan takut dioperasi, tidak mau dilakukan *episiotomi* dan dijahit jalan lahir karena tidak dibius sebelumnya, alasan karena melahirkan terlalu cepat bahkan ada yang mengatakan bahwa tidak merasa sakit yang hebat saat persalinan. Beberapa yang disebutkan di atas sangat berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu.

Beberapa bukti lain menunjukkan bahwa dalam lingkungan rumah tangga, keluarga dan masyarakat, perempuan di negara lain sering memiliki otonomi terbatas dan mengendalikan keputusan kesehatan reproduksi mereka. Namun, ada beberapa penelitian yang meneliti bagaimana kekuatan pengambilan keputusan dalam keluarga dapat memengaruhi kemampuan perempuan untuk mengakses dan menggunakan layanan kesehatan ibu (Ganle *et al*, 2015).

Pentingnya peran otonomi perempuan dalam meningkatkan kesejahteraan perempuan dan keluarga mereka tidak dapat diremehkan. Penelitian sebelumnya telah mendokumentasikan signifikansi relatif otonomi perempuan dalam berbagai bidang

kehidupan perempuan (Ebot 2014; Allendorf 2012; Woldemicael 2010; Hou & Ma, 2012; Riyami *et al.* 2004). Studi-studi ini menunjukkan bahwa perempuan otonom lebih mampu mengamankan kesejahteraan bagi diri mereka sendiri dan keluarga mereka. Sementara otonomi perempuan telah mendapat perhatian baik sebagai sarana dan tujuan dalam meningkatkan kehidupan perempuan dan keluarga mereka (Allendorf, 2012). Bukti empiris tentang beberapa faktor yang melonggarkan otonomi perempuan masih belum dipahami dengan baik. Salah satu faktor tersebut adalah garis keturunan. Ketertarikan pada garis keturunan, terutama garis keturunan patrilineal dan pemberdayaan perempuan menunjukkan apresiasi para sarjana bahwa proses sosial budaya dan kelembagaan mempengaruhi pemberdayaan perempuan (Boateng & Flanagan 2008; Takyi & Dadoo 2005).

Suatu penelitian di sub-Sahara Afrika bahwa budaya di negara ini pada umumnya patriarkal, umumnya ditandai oleh keturunan patrilineal, kediaman patrilokal, praktik pewarisan dan suksesi yang mengecualikan atau membatasi perempuan dalam pengambilan keputusan dan hubungan hirarki di mana kerabatnya memiliki wewenang atas anggota keluarga dan dalam konteks Afrika, garis keturunan

berpotensi mendikte pengambilan keputusan rumah tangga (Fuseini & Ishmael, 2016). Sebagian besar karena dalam konteks patrilineal, pembayaran kekayaan pengantin mengamankan hak atas perempuan kepada laki-laki dan keluarganya sehubungan dengan layanan rumah tangga, hak-hak seksual dan hak-hak produktif kembali (Fuseini & Ishmael, 2016; Dodoo & Tempenis, 2002; Nukunya 1999). Namun, dalam konteks matrilineal, keturunan dilacak melalui ibu dan nenek moyang ibu. Sistem garis keturunan matrilineal ini, anak-anak menjadi bagian dari garis keturunan ibu mereka, yang dalam banyak kasus melibatkan warisan harta dan atau gelar meskipun ada pembayaran kekayaan pengantin perempuan (Nukunya, 1992). Budaya matrilineal meskipun diselimuti budaya patriarkal secara masuk akal memberikan tingkat otonomi yang lebih besar terutama perilaku terkait reproduksi pada wanita daripada budaya patrilineal (Takyi & Dodoo, 2005).

Studi yang mengeksplorasi dinamika antara garis keturunan dan otonomi perempuan telah berfokus pada dimensi spesifik otonomi perempuan. Meskipun penting untuk memahami dimensi otonomi perempuan, dimensi-dimensi ini saling bergantung dan jika dipertimbangkan bersama-sama akan memberikan lebih banyak

wawasan tentang apakah, garis keturunan matrilineal memberikan tingkat otonomi yang lebih besar dalam pengambilan keputusan rumah tangga pada wanita daripada sistem patrilineal pada umumnya. Literatur sangat menyarankan pembangunan variabel ringkasan menggabungkan berbagai dimensi otonomi perempuan (Ebot 2014; Acharya *et al.* 2010).

Pernyataan bidan sesuai pengalaman di wilayah kerjanya bahwa, fungsi dari keluarga baik keluarga inti maupun rumpun keluarga besar sangat penting dan peduli sehubungan dengan perawatan kesehatan terutama pembiayaan perawatan ibu bersalin/nifas yang mengalami komplikasi dan dirujuk ke fasyankes yang lebih memadai. Namun tetap mengalami kendala dalam hal keterlambatan karena tidak mempersiapkan sejak masa kehamilan atau sebelum ibu mengalami komplikasi kebidanan. Hal lain yang disampaikan oleh bidan bahwa walaupun keterlibatan keluarga/kerabat sangat membantu persiapan, pendampingan dan membantu dalam biaya perawatan persalinan dan nifas, namun proses pengambilan keputusan ini memakan waktu yang lama disebabkan menunggu kesepakatan anggota keluarga atau kerabat lainnya tetapi keputusan terakhir ada pada orang yang dituakan yaitu:

om/paman, saudara laki-laki atau perempuan tertua atau ibu dari keluarga isteri. Hasil akhir dari kesepakatan keluarga tersebut ada 2 pilihan yaitu perawatan ibu bersalin/nifas di rumah atau di fasyankes dengan berbagai alasan yang dipertimbangan oleh keluarga. Artinya bahwa ada hubungan kekerabatan antar keluarga besar yang mendukung peningkatan kesehatan ibu termasuk hal pembiayaan selama perawatan. Sisi lain yang tidak menguntungkan bagi ibu yaitu keterlambatan kesepakatan keluarga semakin memperburuk kondisi ibu akibat komplikasi dan kegawatdaruratan mengakibatkan kematian ibu yang semakin tinggi. Faktor sosial atau hubungan kekerabatan ini juga dijelaskan dalam penelitian Tuyisenge (2015) yaitu sebagian besar perempuan mengatakan bahwa siapapun yang memiliki uang dalam rumah tangga dapat membayar perawatan kesehatan anggota keluarga lainnya termasuk asuransi kesehatan.

Rendahnya status sosial perempuan berdampak buruk pada kesehatan perempuan itu sendiri dan anaknya. Berbagai penelitian di India menggambarkan tentang kesehatan wanita telah menemukan kondisi kesehatan wanita yang buruk di India dibandingkan dengan pria. Hambatan utama bagi perempuan untuk mencapai

standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai adalah ketidaksetaraan antara laki-laki dan perempuan di wilayah geografis yang berbeda, kelas sosial dan kelompok adat dan etnis. Terkait dengan faktor kelompok adat dan etnis, penelitian Fuseini & Sabiti (2016) menemukan bahwa perempuan matrilineal tampaknya lebih mandiri sehubungan dengan keputusan tentang jumlah anak yang harus dimiliki, mencari perawatan kesehatan selanjutnya perempuan harus dimobilisasi, dimungkinkan untuk mengakses sumber daya ekonomi dan memberikan mereka dukungan untuk menantang norma-norma tradisional yang mendasari ketidaksetaraan gender. Selain itu upaya untuk meningkatkan otonomi perempuan harus dirancang untuk memenuhi kebutuhan spesifik kelompok garis keturunan, karena serangkaian faktor yang berbeda mempengaruhi otonomi perempuan dalam berbagai sistem garis keturunan. Sementara ada bukti keuntungan matrilineal di beberapa domain pengambilan keputusan rumah tangga, ada sedikit bukti empiris tentang apakah garis keturunan matrilineal umumnya memberikan otonomi yang lebih besar di berbagai domain dibandingkan dengan garis keturunan patrilineal.

Sistem budaya di Provinsi NTT terdiri dari system patriakat/patrilineal dan matriakat/matrilineal. Masyarakat Kabupaten Malaka menganut sistem matrilineal dan terdapat beberapa desa/lokasi di Kabupaten Belu dan Kabupaten Ngada juga menganut sistem matriakat. Suku yang dimiliki masyarakat Malaka terdiri dari Suku Tetun dan Suku Dawan dan pada umumnya sistem perkawinan di kedua suku tersebut beraliran matriakat/matrilineal. Studi ini menyoroti bahwa sebagian besar wanita secara aktif terlibat dengan layanan kesehatan, interaksi mereka paling sering selama masa kehamilan, namun sebagian besar juga memilih melahirkan di rumah dan ditolong oleh dukun bersalin/keluarga. Dalam konteks meningkatkan KIA di Indonesia khususnya di Provinsi NTT, penting untuk memahami aspek perilaku mencari perawatan persalinan. Studi sebelumnya telah mengutip masalah sosiodemografi dan aksesibilitas termasuk jarak ke klinik, kurangnya transportasi dan biaya terkait, persepsi pelayanan kesehatan sebagai hambatan menghalangi akses ke layanan kesehatan.

Pandangan masyarakat setempat bahwa persalinan adalah normal dan kodrat perempuan tetapi perlu perjuangan dan dukungan kerabat karena persalinan

merupakan selain peristiwa yang membahagiakan juga peristiwa pertaruhan nyawa ibu dan jika seorang perempuan meninggal saat melahirkan merupakan cara perjalanannya ibu bersalin kembali pada Sang Pencipta-Nya. Hasil wawancara selanjutnya bahwa ibu melakukan *tuhik/tatobi* dan *hatuka ha'i* (panggang api) segera setelah melahirkan sampai dengan 40 hari masa nifas. Tujuan dari *tatobi* dan panggang api adalah menjaga kehangatan bagi ibu dan bayi yang baru lahir, membantu mengeluarkan darah kotor dalam rahim, mengurangi rasa sakit akibat dari proses persalinan, luka robekan jalan lahir. *Tuhik/tatobi* dan *panggang* api ini dilakukan selama ibu menjalani masa nifas (40 hari setelah melahirkan).

Perhatian terhadap faktor risiko dan penelitian dalam konteks ilmu sosial (*sosial science*) untuk menjelaskan bagaimana keterkaitan antara faktor sosial budaya dengan munculnya berbagai bentuk masalah kesehatan maternal masih jarang dilakukan (Wang, 2013). Hal ini terjadi karena pendekatannya masih berfokus dan bersifat medis teknik tanpa memperhatikan sosial budaya, support dan psikologi sementara masalah kesehatan maternal bersifat multidimensional (Thaddeus & Maine, 1994; WHO, 2004). Misalnya aspek pengambilan keputusan dominan pada

suami/laki-laki atau orang yang dituakan dalam rumah tangga atau keluarga, selain itu keputusan untuk mencari dan memanfaatkan pelayanan ibu maternal (ibu bersalin) terjadi ketika kondisi ibu sudah memburuk. Faktor pengambilan keputusan dalam perawatan dan pencarian pelayanan maternal (persalinan) perlu dikaji yang tentunya tidak terlepas dari siapa pengambilan keputusan, kapan keputusan terjadi dan dasar pengambilan keputusan pencarian perawatan kesehatan ibu bersalin. Berdasarkan uraian tersebut, masalah pemanfaatan pelayanan maternal (persalinan) masih rendah.

1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan bukti empiris yang tersedia, beberapa faktor yang berhubungan dengan risiko komplikasi dan kematian maternal antara lain: biomedis, reproduksi, faktor layanan kesehatan, faktor sosial ekonomi dan budaya. Penyebab kematian ibu menurut McCarthy & Maine (1992) dipengaruhi oleh 3 determinan yaitu determinan dekat, determinan antara dan determinan jauh. Determinan dekat yaitu proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal, meliputi: kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh

determinan antara yaitu status kesehatan, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan dan perilaku penggunaan pelayanan kesehatan. Determinan jauh adalah determinan yang berhubungan dengan faktor demografi dan sosiokultural antara lain: status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat.

Berdasarkan temuan Thaddeus & Maine (1994) bahwa penyebab masalah pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal di masyarakat adalah akibat faktor *three delays*. Para peneliti mengembangkan *three delays model* yang berpengaruh untuk menganalisis berbagai faktor yang mendasari kematian ibu (Thaddeus & Maine, 1994). *Three delays model* sangat berguna dalam memahami cara-cara lingkungan seorang wanita atau anak dapat membantu kesehatan dan kelangsungan hidupnya. Tiga fase terlambat mengenai akses terhadap perawatan persalinan dan obstetri darurat yang tepat yaitu: penundaan fase 1 disebabkan oleh waktu yang dihabiskan dalam pengambilan keputusan untuk mencari perawatan medis; penundaan fase 2 akibat waktu yang dihabiskan untuk mencapai institusi perawatan yang tepat dan

penundaan fase 3 disebabkan oleh menunggu perawatan/penanganan yang tepat setelah mencapai pusat yang sesuai.

Pengambilan keputusan untuk mencari bantuan medis yang tepat dipengaruhi oleh: faktor sosio kultural, jarak dari fasilitas pelayanan kesehatan, biaya finansial. Mencapai fasilitas kebidanan yang tepat, tergantung dari seberapa jauh fasilitas terdekat dari rumahnya dalam hal: 1) jarak dan waktu tempuh, 2) ketersediaan dan biaya transportasi, 3) kondisi jalan dan menerima perawatan yang memadai saat fasilitas tercapai, 4) faktor yang mempengaruhi penerimaan dan penyediaan perawatan (termasuk kecukupan sistem rujukan), 5) kekurangan pasokan, peralatan dan tenaga terlatih dan 6) kompetensi personil yang ada, komunikasi yang tidak efektif dan manajemen pasien yang buruk (Thaddeus & Maine, 1994).

Keterlambatan pertama terjadi di tingkat rumah tangga dan masyarakat yang mencerminkan penundaan dalam memutuskan untuk mencari perawatan persalinan dan penanganan komplikasi kebidanan. Keterlambatan kedua adalah penundaan untuk mencapai fasilitas dan keterlambatan ketiga mengacu pada keterlambatan menerima perawatan kesehatan ibu setelah tiba di penyedia layanan. Penelitian

sebelumnya menunjukkan bahwa mayoritas kecacatan dan kematian ibu dapat dicegah melalui akses yang cepat, tepat dan pemanfaatan pelayanan maternal yang berkualitas (Navaneetham & Dharmalingam, 2002; Mekonnen & Mekonnen, 2003; Babalola & Fatusi, 2009). Penundaan pencarian perawatan juga dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang tanda bahaya obstetri pada kehamilan, persalinan dan nifas (Killewo *et al.*, (2006).

Hasil analisis kematian ibu yang dilakukan oleh Direktorat Bina Kesehatan Ibu (2010) membuktikan bahwa kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat persalinan (Kemenkes RI, 2016). Persalinan berbasis fasilitas didukung oleh akses ke fasilitas adalah strategi prioritas untuk mengurangi AKI. Demikian pula penolong persalinan yang profesional berkorelasi dengan penurunan AKI dan merupakan indikator kemajuan dalam mengurangi AKI. Jika terjadi komplikasi atau kegawatdaruratan saat persalinan, maka persalinan tersebut segera ditangani dengan cepat ataupun dengan efektif, sehingga tidak menyebabkan kesehatan yang semakin buruk bahkan kematian salah satunya atau keduanya yaitu ibu dan bayinya. Perawatan medis yang tepat waktu dan memadai untuk perempuan yang mengalami

komplikasi kebidanan adalah pilihan untuk mengurangi risiko kematian pada ibu (Agha *et al.*, 2011; Ronsmans *et al.*, 2003). Banyak negara lain yang telah menerapkan bebas atau mengurangi biaya juga menemukan bahwa upaya ini saja tidak menjamin akses ke layanan kesehatan ibu untuk semua. Beberapa studi juga telah menyoroti pentingnya penelitian konteks khusus ketika mengeksplorasi alasan di balik pemanfaatan atau tidak pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Shiferaw *et al.*, 2013; Kitui *et al.*, 2013; De Allegri *et al.*, 2011). Para peneliti mempertimbangkan pengalaman, persepsi, preferensi dan risiko yang dirasakan dari pengguna layanan selama kehamilan dan persalinan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih dalam baik dari proses pengambilan keputusan dan perilaku pencarian kesehatan dalam konteks tertentu (Gebrehiwot, 2012).

Akses pelayanan kesehatan yang rendah merupakan salah satu penyebab tidak langsung kematian ibu di Indonesia. Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah jika perempuan memiliki akses dan memanfaatkan ke fasilitas pelayanan profesional dan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Pencarian perawatan kesehatan modern adalah pilihan

terakhir ketika terjadi kegagalan yang jelas menurut pendekatan lokal masyarakat (WHO, 2012).

Akses ke sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu yang penting untuk menurunkan AKI. Namun demikian bilamana pemerintah hanya terjebak pada faktor biomedis saja yang masih dianggap sebagai faktor penyebab kematian ibu, maka akan sulit untuk melihat penyebab masalah yang bersumber dari sosio budaya, ekonomi dan politik (Gonzales *et al.*, 2006). Kebanyakan ibu bersalin di daerah pedesaan, mempercayai dukun bersalin/bersalin menolong persalinan di rumah dan masih terdapat praktik tradisional yang membahayakan nyawa ibu karena perdarahan dan pembengkakan (Iskandar & Meiwita, 1996). Tingkat keparahan yang dialami oleh ibu tersebut, bila tidak ditangani secara cepat dan tepat dan profesional dapat berakibat fatal bagi ibu dalam proses persalinan (KPA, 2006). Kefatalan ini sering terjadi bukan hanya penanganan yang kurang baik tetapi juga karena faktor keterlambatan pengambilan keputusan dalam keluarga, sementara semua kehamilan adalah berisiko dan komplikasi atau kegawatdaruratan kebidanan terjadi pada ibu yang sebelumnya tidak ada faktor risiko dan tidak diprediksi sebelumnya, sehingga

setiap ibu hamil wajib melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai (Kementerian RI, 2016).

Perempuan seringkali memiliki kendali terbatas atas keputusan kesehatan reproduksi mereka sendiri. Untuk meningkatkan penggunaan layanan dan perilaku preventif, penting untuk memahami bagaimana dinamika kekuatan anggota keluarga dan sikap perempuan, suami dan orang tua mereka terkait dengan praktik kesehatan ibu. Hasil penelitian lain bahwa keterlambatan ibu bersalin dalam mencari pelayanan maternal adalah faktor keyakinan kultural, masalah finansial, transportasi dan pengambilan keputusan dalam keluarga (Suwal, 2008).

Latar belakang budaya mempengaruhi kepercayaan, norma dan nilai terkait dengan kelahiran, penggunaan layanan, status perempuan (Coast *et al.*, 2014; Gabrysch & Campbell, 2009). Upaya untuk mengurangi kematian ibu menurut Ariyo, Ozodiegwu & Doctor, (2017) adalah harus menerapkan program yang disesuaikan yang mengatasi hambatan untuk perilaku pencarian kesehatan dipengaruhi oleh keyakinan budaya, sikap dan pencapaian pendidikan yang rendah. Upaya untuk memenuhi membawa AKI di bawah 70 per 100.000 KH hampir tidak dapat dicapai

tanpa meninjau strategi saat ini dan mengkaji berbagai determinan yang lebih luas termasuk mempertimbangkan konteks sosial budaya.

Faktor sosial budaya merupakan salah satu penyebab terlambat mengakses pelayanan maternal yang mengakibatkan kematian ibu (Thaddeus & Maine, 1994). Perilaku kesehatan tidak bisa dipisahkan dari budaya dan adat istiadat masyarakat di suatu daerah. Sehubungan dengan kemanunggalannya dengan kebudayaan, maka perilaku kesehatan seseorang terkait erat dengan unsur yang ada pada kebudayaan itu sendiri (pengetahuan, kepercayaan, adat istiadat, nilai dan norma) dalam lingkungan sosialnya. Pendapat Kalangie (1994) bahwa hubungan kebudayaan dengan perilaku, tidak dapat dipisahkan. Pada dasarnya konsep kebudayaan bukan perilaku, namun demikian perilaku merupakan konsekuensi logis yang manunggal yang tidak dapat dipisahkan dari kebudayaan. Dengan kata lain, perilaku manusia adalah sebuah produk budaya. Ketika berbicara soal kebudayaan, tentu tidak dapat dipisahkan dengan perilaku para aktor dalam sistem sosial yang menjalankan kegiatan tertentu pada lingkungan tertentu. Didukung oleh pendapat Blum (1972) bahwa lingkungan sosial budaya tidak hanya mempengaruhi status kesehatan, tetapi juga perilaku

kesehatan masyarakat. Hal ini menarik apabila dikaji yang nantinya menjadi acuan pengambilan dan implementasi kebijakan di bidang kesehatan, yang disesuaikan dengan kondisi masyarakat masing-masing daerah, mengingat perilaku sehat dalam pencarian pengobatan tradisional masih banyak dipercaya oleh berbagai kalangan masyarakat Indonesia baik di pedesaan maupun di perkotaan (Herlina *et al.*, 2010).

Budaya adalah salah satu pengaruh dominan dalam kehidupan seorang perempuan yang secara langsung mempengaruhi keputusannya selama masa kritis ini. Studi lain menyoroti pentingnya otonomi perempuan dalam mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan. Sebuah penelitian di sebuah kota di India Utara menemukan bahwa kebebasan bergerak merupakan faktor penentu penting dalam menggunakan petugas terlatih saat melahirkan (Bloom, Wypij & Gupta, 2015). Selanjutnya Sharan *et al.* (2005) berpendapat bahwa dalam masyarakat tradisional, faktor kunci yang diyakini mempengaruhi perilaku pencarian kesehatan perempuan adalah tingkat otonomi perempuan. Sementara di Asia Selatan, norma-norma sosial mendikte perempuan muda yang menikah tunduk kepada ibu mertua, suami dan

tertua rumah tangga dalam segala hal, termasuk yang terkait dengan kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri.

Penyebab utama di Provinsi NTT tidak menggunakan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Rahayu *et al.*, 2008) adalah jarak jauh dari fasilitas dan pelayanan kesehatan KIA, geografi wilayah yang sulit, masalah transportasi, masalah tenaga bidan yang tidak berada di tempat, kepercayaan dan keyakinan yang turun temurun terhadap dukun bersalin, masalah keuangan dan tradisi “*se'i/panggang* dan *tuhik/tatobi*”. Sekitar 60 persen persalinan di Indonesia berlangsung di rumah dan hal ini berkaitan dengan ada masalah kualitas pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan (Khasanah, 2011), sementara temuan Lowe *et al.* (2016) bahwa saat persalinan, keputusan untuk menerima perawatan oleh tenaga terlatih seringkali berada di luar kendali perempuan yang mengakibatkan komplikasi terkait kelahiran. Temuan Danforth *et al.* (2009) menunjukkan bahwa kedua pasangan harus dimasukkan dalam proses pengambilan keputusan mengenai persalinan untuk meningkatkan angka pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Perempuan yang melahirkan dengan bantuan penolong yang profesional dan di fasilitas pelayanan kesehatan yang

memadai merupakan salah satu indikator dalam memenuhi target MDGs (Feyissa & Genemo, 2014).

Salah satu faktor sosial budaya di Kabupaten Malaka Provinsi NTT yang memiliki budaya matriakat yaitu proses pengambilan keputusan dilakukan melalui diskusi diantara kerabat keluarga dan pengambilan keputusan terakhir tetap oleh anggota keluarga yang dituahkan di antara anggota keluarga tersebut. Khusus pengambilan keputusan dalam perawatan persalinan melalui proses kesepakatan bersama tetapi waktu ditentukan keputusan ketika seorang ibu bersalin sudah mengalami penyakit/komplikasi yang serius, sehingga keterlambatan dalam mengambil keputusan di tingkat keluarga/masyarakat ini berdampak pada keterlambatan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dan terlambat mendapat penanganan di fasilitas yang dituju. Budaya matrilineal/matriakat yang dianut masyarakat Malaka adalah sistem adat istiadat yang turun-temurun sebagai kesatuan kekerabatan anggota masyarakat Malaka yang mengikat rasa identitas masyarakat Malaka. Pendapat Djodigono dalam Koentjaningrat (2009) bahwa suku atau marga merupakan salah satu bentuk warga suatu kelompok kekerabatan dalam masyarakat.

Fungsi sosial dan keterikatan keluarga dalam budaya matrilineal yang dimiliki masyarakat Malaka sampai saat ini adalah bahwa status/kedudukan seorang paman/anggota keluarga yang dituahkan selain sebagai penentu pengambilan keputusan. Nilai dari kesatuan adat istiadat dalam kekerabatan masyarakat Malaka yang menganut matrilineal tersebut adalah dasar yang melandasi pengambilan keputusan dalam keluarga termasuk keputusan mencari perawatan kesehatan ibu bersalin. Pendapat Leininger (1996) tentang budaya adalah norma tindakan anggota dalam satu kelompok yang dipelajari dan dibagikan serta sebagai petunjuk untuk berpikir, bertindak dan mengambil keputusan. Nilai dari suatu budaya seperti budaya matrilineal tersebut masih dipertahankan dan pedoman yang melandasi tindakan masyarakat Malaka hingga sampai saat ini.

Hasil penelitian lain menyatakan bahawa penelitian sebelumnya hanya fokus pada penyebab biomedis dan penanganan untuk kematian ibu sebagian besar telah mengabaikan kenyataan bahwa di negara-negara di mana AKI tetap tinggi, budaya dan praktik kesehatan tradisionalnya banyak mendikte apa yang terjadi selama persalinan (Geller *et al.*, 2006). Begitu pula hasil penelitian Iqbal *et al.* (2014)

terdapat 53 kematian ibu terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam masuk rumah sakit serta faktor sosial ekonomi dan budaya seiring dengan gangguan medis berperan penting pada perempuan meninggal dunia. Studi lain yang berfokus pada kesakitan dan kematian ibu khususnya di negara berkembang menganjurkan perawatan ANC dan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terampil (*Family Care International and the Safe Motherhood Inter Agency Group*, 1998), namun pemanfaatan layanan masih banyak terkendala karena berbagai faktor budaya, sosial ekonomi dan demografi (Addai, 2000).

Referensi mengemukakan bahwa ada kebutuhan kritis untuk dokumentasi intervensi yang lebih baik, dengan penekanan pada negara-negara berpenghasilan rendah dan metode studi yang lebih baik untuk mengevaluasi cara-cara di mana faktor-faktor budaya dapat diarusutamakan secara sistematis ke dalam program-program untuk meningkatkan penggunaan layanan perawatan bersalin. Pesan pendidikan kesehatan sesuai budaya dikembangkan, pelatih dipilih yang fasih dalam bahasa lokal dan dilakukan di gereja-gereja. Literatur tentang intervensi menangani faktor budaya sebagai model praktik yang dievaluasi masih terbatas

(Coast *et al.*, 2014; Olaniran *et al.*, 1997). Budaya masyarakat membantu kita memahami perilaku masyarakat mencari pelayanan kesehatan khususnya pelayanan maternal dalam rangka menurunkan AKI. Dengan memahami karakteristik budaya masyarakat setempat kita memahami psikologi tentang masyarakat berpikir, merasakan, bernalar dan memilih diantara berbagai alternative cara perawatan persalinan/nifas seperti penolong, tempat dan praktik perawatan persalinan/nifas. Bagaimana perilaku ibu saat bersalin atau membuat keputusan untuk memilih pelayanan kesehatan maternal, layanan disesuaikan dengan kebutuhan lokal dan bahwa keterlibatan konsumen dapat bertindak sebagai katalisator untuk perubahan, dengan demikian mengatasi beberapa ketidaksetaraan dalam penyediaan layanan kesehatan (Tucker *et al.*, 2013; *Scottish Executive Department of Health*, 2001). Provider atau tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan kesehatan secara konsisten bertindak sebagai advokat bagi anggota keluarga untuk memastikan keinginan, pandangan dan perspektif mereka, didengar dan ditindaklanjuti (Miller, 2012). Karena budaya meresapi semua aspek perawatan kesehatan, membuat

pemahaman penerima tentang budaya, nilai-nilai dan keyakinan perawatan menjadi sangat penting (Schim *et al*, 2007).

Variasi besar ada di antara perempuan dalam kaitannya dengan kelahiran, khususnya bagaimana seorang perempuan mengalami persalinan dan melahirkan anak. Pendapat Green dalam Priddis (2012) dan Somé *et al.* (2013) bahwa pengetahuan, sikap dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku individu, termasuk dalam pengambilan keputusan. Keputusan yang dibuat perempuan untuk diri mereka sendiri dan bayi mereka selama kehamilan dan persalinan mungkin memiliki dampak langsung pada morbiditas dan mortalitas ibu. Akses pelayanan kesehatan yang memberikan kontribusi terhadap kematian maternal yang rendah dan buruk adalah di tingkat individu, keluarga, masyarakat dan institusi Kesehatan (Thaddeus & Maine, 1994; Domingues *et al.*, 2013). Mayoritas orang akan lebih suka anggota keluarga membuat keputusan ketika mereka tidak bisa. Pada budaya patriaki, suami memiliki pengaruh besar dalam pengambilan keputusan keluarga yang disebabkan suami merupakan kepala keluarga yang memiliki peran sebagai penentu nasib dan penggunaan sumber-sumber ekonomi keluarga. Seringkali,

individu membutuhkan dorongan dari orang lain, biasanya tokoh masyarakat atau orang yang dihormatinya untuk meningkatkan keyakinan dirinya.

Dampak persepsi budaya terhadap kesehatan reproduksi ibu dan anak di Indonesia terdapat 60 persen persalinan di Indonesia berlangsung di rumah (Khasanah, 2011). Hasil penelitian di Provinsi NTT menemukan bahwa faktor yang berhubungan dengan AKI yang tinggi dan penggunaan pelayanan kesehatan adalah faktor sosial ekonomi dan demografi yaitu kemiskinan, tingkat pendidikan, lokasi tempat tinggal, bias gender dalam masyarakat, keluarga dan budaya (Sinaga, 2007; Musadad *et al.*, 2003). Nilai dan keyakinan masyarakat NTT khususnya masyarakat Timor di Kabupaten Malaka tentang praktik persalinan belum banyak dieksplorasi. Kurangnya penelitian ini berdampak pada kualitas perawatan yang diberikan oleh layanan kesehatan dan tingkat aksesibilitas budaya dan penerimaan perawatan. Kemanjuran layanan bersalin di NTT, berpotensi dibatasi oleh kurangnya pengetahuan budaya tentang kebutuhan dan kepercayaan perempuan terutama di daerah pedesaan. Hal ini tercermin sebagian oleh fakta bahwa hanya 60,5 persen, ibu bersalin benar-benar melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI.,

2021). Preferensi kelahiran masyarakat setempat dibentuk oleh budaya mereka. Ada kekuatan akrab dan budaya yang kuat mendukung kelahiran di rumah dengan dukun bersalin. Wanita dan keluarganya harus memilih antara melahirkan di rumah yang dikelilingi oleh keluarga dengan dukun bersalin yang memahami budayanya atau di mana kenyamanan ini mungkin berkurang atau tidak ada. Preferensi budaya yang kuat untuk melahirkan di rumah tidak dipertimbangkan, juga tidak ada penghargaan atas keputusan yang dihadapi keluarga yang selalu bergantung pada kebijaksanaan partera selama kelahiran.

Adapun kajian masalah bersalin di Kabupaten Malaka NTT dapat dilihat dengan melakukan pendekatan *Health Belief Model* (HBM) yaitu dalam dimensi *Perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan dan dipersepsikan oleh ibu bersalin di Kabupaten Malaka NTT menyangkut risiko yang terjadi sebelum bersalin, saat bersalin dan sesudah bersalin tidak pada petugas kesehatan melainkan pada “mama dukun” hal ini menjadi sangat rentan akan kondisi kesehatan ibu bersalin, selain itu penegakan diagnosa yang tidak akurat dan tidak valid oleh “mama dukun” menjadi perkiraan pribadi yang kadang tidak berdasar pengetahuan, Sedangkan

dimensi *Perceived benefits*, Ibu bersalin merasakan manfaat dari proses bersalin pada “mama dukun” seperti keyakinan dan ketenangan dengan kondisi yang dirasakan meskipun kondisi kesehatan sangat terancam, hal ini dapat menimbulkan keseriusan yang tidak berdasar dengan kondisi kesehatan yang dihadapi ibu bersalin pada proses persalinan dan menghasilkan rasa manjur dan cocok. Pada dimensi *Health motivation*, ibu bersalin di Kabupaten Malaka NTT termotivasi dirinya untuk melakukan keyakinan terhadap persalinan dengan penolong “mama dukun” agar proses bersalinnya sesuai harapan ibu bersalin, kondisi ini inkontrol terhadap kondisi kesehatannya, pada dimensi *Perceived barriers* atau hambatan yang dirasakan ibu bersalin di Kabupaten Malaka NTT bersalin pada “mama dukun” tidak dirasakan akibat keyakinan dan kepercayaan akan pertolongan “mama dukun” sehingga kondisi ini bukan merupakan hambatan berarti bagi ibu bersalin sehingga memutuskan untuk tetap melakukan proses bersalin dengan bantuan “dukun bersalin/mama dukun”, adapun faktor demografis yang mempengaruhi ibu bersalin di Kabupaten Malaka NTT salah satunya faktor biaya dan akses kesehatan yang sulit terjangkau serta sebagian berasal dari kelas sosial ekonomi kebawah hal ini menjadi masalah

sekaligus keputusan ibu bersalin di Kabupaten Malaka NTT bersalin pada “mama dukun” sebagai solusi dengan banyak masalah seperti kurangnya pemanfaatan pelayanan maternal dan kematian yang disebabkan persalinan.

Berdasarkan hasil penelitian dan tinjauan literatur di atas serta sejalan dengan program KIA khususnya pemanfaatan pelayanan maternal dan kematian yang disebabkan persalinan merupakan salah satu masalah kesehatan internasional menunjukkan bahwa ada kebutuhan untuk mengeksplorasi faktor yang mempengaruhi keputusan yang dibuat oleh perempuan, keluarga serta tradisi/budaya, nilai-nilai dan keyakinan masyarakat Malaka yang mendukung pengambilan keputusan perawatan persalinan. Diharapkan hasil penelitian ini memberikan informasi kepada masyarakat NTT yang pandangannya jarang atau tidak pernah didengar oleh penyedia layanan kesehatan dan pembuat kebijakan. Ini penting karena budaya meresapi semua aspek perawatan kesehatan, membuat pemahaman penerima tentang budaya, nilai-nilai dan keyakinan perawatan menjadi sangat penting (Schim *et al*, 2007). Fokus kajian dalam penelitian ini adalah mengkaji bagaimana budaya dapat berperan sebagai faktor risiko tidak langsung (*determinant faktor*) terhadap

rendahnya pemanfaatan pelayanan maternal secara yang berdampak pada derajat kesehatan maternal pada masyarakat di Kabupaten Malaka NTT.

Berdasarkan semua variabel tersebut, maka dibuat bagan kajian masalah penelitian seperti pada gambar di bawah ini.



Gambar 1. 2 Bagan kajian masalah penelitian

1.3 Rumusan Masalah

Penelitian pengambilan keputusan perawatan persalinan di tingkat keluarga dalam masyarakat budaya matrilineal adalah hal yang penting karena beberapa alasan. Alasan pertama, kebanyakan ibu meninggal pada saat persalinan dan nifas. Alasan kedua, salah satu penyebab kematian ibu adalah dampak dari tiga terlambat yaitu terlambat pengambilan keputusan di tingkat keluarga, terlambat mencapai fasilitas

pelayanan kesehatan dan terlambat mendapat penanganan pelayanan maternal di fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, pengambilan keputusan dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah faktor budaya dan pengambilan keputusan telah banyak diteliti oleh para budayawan atau ilmuwan, namun pengambilan keputusan perawatan persalinan di tingkat keluarga dalam budaya matriakat jarang dilakukan.

Implementasi program yang efektif untuk promosi praktik persalinan/nifas membutuhkan pemahaman masyarakat terkait praktik perawatan ibu tradisional keluarga atau masyarakat. Informasi tersebut akan memungkinkan pengembangan program untuk mempromosikan perubahan praktik yang peka secara budaya dan dapat diterima (Vallery, 2013). Informasi tentang alasan melahirkan di rumah juga diperlukan bagi perencana layanan kesehatan untuk merancang layanan bersalin/nifas yang sesuai. Ketika volume dan kecanggihan penelitian di bidang kesehatan maternal telah berkembang, menjadi semakin jelas bahwa masing-masing dalam beberapa hal menunjuk pada pola yang sama konsisten dan penting, namun masih sangat kurang penelitian kesehatan ibu dilihat dari variasi regional dalam demografi dan budaya khususnya di NTT yang memiliki penduduk yang tersebar di beberapa pulau dengan

system budaya yang berbeda satu dengan lainnya. Banyak penelitian di Indonesia antara daerah-daerah dengan otonomi perempuan yang rendah dan kinerja demografis yang tidak menguntungkan pemanfaatan layanan maternal dan kematian ibu yang tinggi, di satu sisi dan perempuan yang relatif tinggi di sisi lain, kinerja ekonomi dan demografi yang relatif baik. Meskipun volume dan kecanggihan penelitian di bidang kesehatan maternal telah berkembang saat ini, namun perlu mengkaji faktor budaya pada masyarakat Indonesia dengan variasi demografi dan budaya masyarakat dan khususnya di NTT.

Ada area atau situasi yang yang belum jelas dalam hal pengambilan keputusan perawatan ibu di tingkat keluarga, di mana pengambilan keputusan yang terkait perawatan persalinan dan nifas di keluarga/masyarakat selalu mengalami keterlambatan dan atau memutuskan persalinan/nifas di fasilitas layanan kesehatan ketika timbulnya komplikasi atau kegawatdaruratan kebidanan pada ibu. Kami berusaha untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang kelahiran yang jatuh di zona atau situasi demikian sehingga tenaga medis dan ibu dapat memiliki bukti terbaik yang tersedia ketika memutuskan di mana akan melahirkan dan perawatan

nifas. Meskipun perubahan kebijakan menghentikan dukun bersalin untuk melakukan persalinan dan nifas di rumah dan mendorong semua ibu untuk melahirkan di klinik di bawah perawatan terampil, banyak wanita masih melahirkan di rumah dan dukun bersalin adalah penyedia penting perawatan kebidanan di pedesaan. Alasan utama wanita hamil memilih dukun bersalin/bayi belum dipahami dengan baik (Sialubanje *et al*, 2015). Dukun bersalin menurut WHO adalah orang yang membantu ibu selama persalinan dan mempelajari keterampilannya melalui magang yang melibatkan observasi dan peniruan, dan seringkali sangat dihormati oleh komunitas yang memilihnya untuk membantu wanita dalam persalinan (WHO, 2014). Penelitian masa depan dan upaya terprogram perlu menyertakan fokus di luar wanita individu jika ingin efektif secara maksimal. Target potensial termasuk masyarakat dan anggota keluarga yang terlibat dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatan dan memberikan bantuan logistik dan keuangan untuk menjalankan keputusan tersebut (Moyer *et al.*, 2014). Di beberapa negara berkembang keputusan seorang wanita untuk memanfaatkan layanan perawatan kesehatan ibu tidak dibuat oleh wanita itu sendiri tetapi oleh anggota keluarga lainnya. Persepsi anggota keluarga tentang

perawatan persalinan dan siapa orang yang paling berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk memanfaatkan layanan ini tidak meyakinkan.

Ciri yang menonjol dari studi ini adalah menguraikan masyarakat Kabupaten Malaka di NTT dengan budaya lokal dengan sistem kekerabatan yang tinggi dari garis ibu dan kebiasaan perawatan persalinan. Tujuan makalah ini adalah untuk mengatasi kesenjangan ini dengan mengeksplorasi bagaimana pengambilan keputusan di tingkat keluarga yang mempengaruhi kemampuan perempuan untuk mengakses dan menggunakan layanan kesehatan ibu di NTT. Temuan dari makalah ini berkontribusi pada pertumbuhan penelitian empiris tentang pengaruh otonomi perempuan dan pengambilan keputusan dalam keluarga serta budaya terhadap perilaku pencarian kesehatan ibu di NTT. Dengan demikian penelitian ini ingin melihat peran perempuan dalam mengelola perawatan persalinan dalam keluarga. Informasi tentang alasan persalinan di rumah masih kurang dan studi terdahulu belum banyak mengungkap pengambilan keputusan perawatan persalinan di tingkat keluarga pada masyarakat budaya lokal, oleh karena itu masalah penelitian dirumuskan dengan pertanyaan sebagai berikut:

1. Apa sajakah faktor yang berkontribusi terhadap pengambilan keputusan tentang pertolongan persalinan dan perawatan nifas di tingkat keluarga dalam budaya masyarakat matrilineal di Kabupaten Malaka Provinsi Nusa Tenggara Timur?
2. Bagaimanakah proses pengambilan keputusan tentang pertolongan persalinan dan perawatan nifas di tingkat keluarga dalam budaya masyarakat matrilineal di Kabupaten Malaka Provinsi Nusa Tenggara Timur?

1.4 Tujuan Penelitian

Studi ini fokus pada pengambilan keputusan tentang pertolongan persalinan dan perawatan nifas dan perawatan nifas di tingkat keluarga pada budaya masyarakat matriakat. Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengungkap faktor kontribusi terhadap pengambilan keputusan tentang pertolongan persalinan dan perawatan nifas di tingkat keluarga pada budaya masyarakat *matrilineal* di Kabupaten Malaka Provinsi Nusa Tenggara Timur.
2. Mengungkap proses pengambilan keputusan tentang pertolongan persalinan dan perawatan nifas pada budaya masyarakat matrilineal di Kabupaten Malaka Provinsi Nusa Tenggara Timur.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat memberikan sumbangan akademik untuk kajian tentang perilaku kesehatan pada ibu bersalin, nifas dan keluarga, khususnya perilaku terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dalam hal ini adalah proses pengambilan keputusan pertolongan persalinan dan perawatan nifas. Penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai bahan rujukan bagi pengembangan penelitian selanjutnya yang bertujuan untuk mengangkat permasalahan terkait dengan pengembangan ilmu sosiologi kesehatan, khususnya berkaitan dengan kelahiran dan nifas dalam budaya masyarakat Provinsi Nusa Tenggara Timur. Studi terdahulu belum banyak melakukan kajian pengambilan keputusan di tingkat keluarga, penelitian sekarang diharapkan dapat memberikan sumbangan informasi baru dan makin memperkaya studi tentang pemberian pelayanan kesehatan yang berdasarkan budaya masyarakat setempat khususnya praktik pelayanan ibu dalam masa persalinan dan nifas.

1.5.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat bagi para penyelenggara pendidikan, perencana pembangunan, petugas kesehatan dalam merumuskan berbagai strategi untuk mencegah dampak risiko dan kematian pada ibu bersalin, karena tidak selamanya peran anggota keluarga dalam pemanfaatan pelayanan maternal bernilai positif, terkadang terdapat perilaku kelompok berisiko (ibu bersalin/nifas dan keluarga) berdampak negatif terhadap kesehatan dan keselamatan ibu. Keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan persalinan/nifas tidak dapat dihindari atau dihilangkan, untuk itu diharapkan dapat dirumuskan program dan sistem pelayanan dengan metode pendekatan sesuai budaya setempat yang dapat meningkatkan derajat kesehatan ibu.