

# **PROGRAM PELATIHAN DENGAN METODE SIMULASI UNTUK FASILITATOR: PENELITIAN AWAL KEMATIAN TENTANG IBU YANG HAMIL, SIAPA YANG BERTANGGUNG JAWAB?**

**Nuryati Atamimi  
Rasimin Bujang Sanmustari  
Sofia Retnowati**

Universitas Gadjah Mada

## **ABSTRACT**

*Maternal mortality rate in Indonesia is considered relatively high (UNICEF, 1994). It is necessary to make concrete efforts to cut down the number of women who die in the period of their pregnancy, at birth, and in the period of 42 days after birth, either caused by direct effects of pregnancy of birth, or by indirect effects of certain diseases, not to include accidents. Maternal mortality has socially broad impact since the mother's double functions is cannot be replaced by others. Research has shown that a baby born by a mother who died at the birth, has 90 % possibility to die in the first year of his or her life. This tragedy should not have happened since 80 % of maternal mortality can be prevented (Indonesian Department of Health, 1999).*

*This study is meant to find an alternative method which is reliable and testable to improve the level of initiative (responsive attitudes) of pregnant women and of all elements of the surrounding social institutions to issues related to maternal mortality risk. One to mention is by comparing the use of simulation method (together with poster campaigns) with that of radio-spot broadcast method.*

*The study focuses on several targets, among others are 1) a case study related to the handling of high-risk pregnancy which has so far been done, as a step stone to developing an instrument to change attitude/behavior; 2) constructing an inventory or questionnaire on attitude change which will be used as a measuring instrument in the research to follow; and 3) making instruments to change attitude (in the forms of simulation sheets and posters) of which the effectiveness, validity, and reliability as intervening media will be trained to the simulation facilitators. Developing intervening media in the form of radio-spots will be in the third-year phase of the study, and comparing the two intervening media is to be done in the*

*year afterwards. The third and fourth studies, however, do not manifest since the budget cut is significant in limiting the production of the intervention media.*

*The preliminary study by using in-depth interviews with 56 subjects showed that a great majority of high-risk pregnant women had low level of understanding and initiative to various anticipatory measures needed to face emergency situations in pregnancy period and at birth. A number of social institutions in the surroundings such as neighbors and Village Community Welfare Institutions and health service providers such as Integrated Service Post and Community Health Center had not yet played significant roles.*

*Draft of simulation sheets and posters had been made and tried out according to the plan. The questionnaire has been designed and has been tried out. The training for the facilitators has also been completed in the first year study.*

**Keywords:** *Simulation method, material mortality.*

## PENGANTAR

Angka kematian maternal di Indonesia terhitung relatif tinggi (UNICEF, 1994). Survey Kesehatan Rumah Tangga 1995 memperkirakan, secara nasional angka kematian ibu (AKI) di Indonesia sekitar 373 per 100 ribu kelahiran hidup (Republika, 1999). Angka ini empat puluh kali lipat lebih besar dibandingkan dengan angka kematian ibu di negara-negara maju. Bahkan dibandingkan dengan Malaysia, angka kematian ibu di Indonesia limabelas kali lipat besarnya. Di Malaysia hanya ada 26 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan Thailand (37 kematian per 100.000 kelahiran hidup), angka kematian ibu di Indonesia lebih dari sepuluh kali lipat, sedangkan bila dibandingkan dengan Filipina (74 per 100.000 kelahiran hidup), kurang lebih lima kali lipatnya.

Berdasarkan data terakhir, terjadi penurunan angka kematian ibu di Indonesia, namun jumlah ini masih sangat jauh dari harapan. Angka tersebut berkisar 343 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu ada 39 kematian per 100.000 kelahiran hidup di

Malaysia, ini berarti masih 9 kali lipatnya. Untuk Filipina tercatat angka 44 kematian per 100.000 kelahiran hidup, sekitar 8 kali lipat kematian ibu di Indonesia (Dep.Kes.Sos, 2000). Padahal kematian maternal memiliki dampak sosial yang luas, mengingat bahwa peran ganda seorang ibu tidak mungkin digantikan oleh orang lain. Penelitian menunjukkan, bayi yang dilahirkan oleh seorang ibu yang meninggal setelah melahirkan bayinya mempunyai kemungkinan 90% mati pada tahun pertama kehidupannya. Di Indonesia rata-rata 2-3 anak menjadi piatu karena ibunya meninggal sehingga mereka tidak mendapatkan perawatan yang baik. (Dep.Kes, 1999)

Sesungguhnya tragedi kematian ibu ini tidak perlu terjadi, sebab lebih dari 80% kematian ibu dapat dicegah (Dep.Kes, 1999). Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya-upaya nyata untuk mengurangi jumlah kematian ibu pada masa kehamilan, persalinan, sampai 42 hari setelah persalinan; baik sebagai akibat langsung dari kehamilan atau persalinannya, maupun

sebagai akibat tidak langsung dari penyakit lain (kecuali kecelakaan).

Di Indonesia dari dulu hingga sekarang penyebab kematian ibu masih sama, yakni perdarahan (46,7 persen), eklamsia/keracunan kehamilan (14,5 persen) dan infeksi (8 persen). Padahal teknologi untuk mengatasi hal itu sudah ada di Indonesia. Tingginya persalinan di rumah, sekitar 73 persen dari seluruh persalinan berhubungan dengan penanganan komplikasi kehamilan yang kurang baik oleh dukun. (Dep.Kes, 1999)

Ada penyebab kematian ibu dan anak yang cukup tinggi kontribusinya, yakni aborsi. Kematian akibat aborsi sering tidak dilaporkan, karena dianggap memalukan. Jumlah aborsi di Indonesia setiap tahunnya diperkirakan berkisar antara 750 ribu hingga satu juta. Ini berarti sekitar 18 aborsi per 100 kehamilan. Kebanyakan perempuan yang melakukan aborsi sudah menikah dan tidak ingin mempunyai anak lagi. Sebuah studi di Bali menemukan, 71 persen perempuan yang melakukan aborsi telah menikah. Begitu pula di Jakarta, studi yang dilakukan Population Council di sebuah klinik aborsi swasta dan pemerintah tahun 1996/1997 menemukan 98,9 perempuan yang melakukannya telah menikah dan rata-rata memiliki anak. (Republika, 1999).

Satu dari sepuluh ibu yang melahirkan memiliki kemungkinan mengalami komplikasi tanpa dapat dihindari (Dep.Kes, 1999). Permasalahan yang muncul adalah bagaimana cara mengatasi komplikasi tersebut supaya ibu tidak meninggal. Di negara maju untuk mencegah hal tersebut dilakukan dengan deteksi dini. Kebijakan di Indonesia sebenarnya secara teoritis sudah bagus yaitu dengan adanya

Pelayanan Obstetri Neonatal di Puskesmas (PONEK) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif 24 jam di RS Kabupaten (POEK). Hanya saja, pelaksanaannya di lapangan tidak mudah.

Ada sejumlah persyaratan supaya sistem deteksi dini yang bersifat preventif tersebut dapat berjalan. Antara lain: (Dep.Kes. 1999)

1. Pengetahuan yang akurat tentang hal-hal yang berkaitan dengan kehamilan risiko tinggi harus secara meluas sudah tersebar di berbagai lapisan masyarakat.
2. Tersedianya pusat layanan kesehatan yang dilengkapi dengan berbagai peralatan yang dibutuhkan secara merata di semua wilayah, seimbang dengan proporsi persebaran penduduk.
3. Tersedianya tenaga ahli dalam jumlah mencukupi.
4. Terjalannya koordinasi yang baik antara berbagai unsur dalam masyarakat sehingga tindakan penanganan yang tepat terhadap kasus-kasus kehamilan risiko tinggi tersebut menjadi mungkin untuk dilakukan. Itu berarti harus ada suatu sistem komunikasi antar warga yang mendukung untuk itu.

Jika keempat faktor di atas belum tersedia secara memadai, tindakan preventif berupa deteksi dini terhadap kehamilan risiko tinggi tentu akan sulit dilakukan. Bahkan tindakan-tindakan yang bersifat kuratif pun akan tidak mudah dilakukan. Hal yang akan terus berlangsung adalah terjadinya keterlambatan-keterlambatan penanganan sebagaimana hasil studi yang dilakukan GSI (Gerakan Sayang Ibu) di sejumlah daerah di Indonesia yang menunjukkan adanya tiga titik rawan tempat berlangsungnya keterlambatan

penanganan kehamilan/persalinan risiko tinggi, yaitu: (1) Keterlambatan dalam proses pengambilan keputusan di tingkat keluarga; (2) Kesulitan transportasi, dan; (3) Keterlambatan ditangani di pusat layanan kesehatan (Cholil, dkk., 1999). Artinya terjadi lagi kematian demi kematian, sebab penanganan yang cepat dan tepat adalah kunci dari tindakan kuratif yang paling mungkin untuk dilakukan. Seorang ibu yang sudah menunjukkan tanda bahaya kehamilan atau persalinan, semisal mengalami perdarahan setelah melahirkan (*post partum*), apabila tidak mendapatkan penanganan yang dibutuhkan dalam rentang waktu seratus dua puluh menit saja kemungkinan besar sudah akan mengalami kematian.

Seperti yang telah dikemukakan pada latar belakang permasalahan bahwa perlunya melakukan upaya mengurangi tingkat kematian ibu yang hamil risiko tinggi, pada dasarnya penelitian ini dimaksudkan untuk menemukan metode alternatif yang andal dan teruji untuk meningkatkan kadar inisiatif (sikap tanggap) ibu hamil dan segenap komponen dari lembaga sosial yang melingkunginya terhadap hal-hal yang berkaitan dengan risiko kematian maternal.

Penelitian ini dilakukan di Daerah Tingkat II Purworejo, Jawa Tengah. Lokasi ini dipilih dengan berbagai pertimbangan, terutama karena angka kematian ibu di daerah ini terhitung tinggi bila dibandingkan dengan angka kematian ibu di

kabupaten atau kotamadya lain di Jawa Tengah. Adapun gambaran ringkas mengenai lokasi penelitian ini adalah sebagai berikut.

Kabupaten Purworejo terletak di daerah pantai selatan Jawa Tengah, berbatasan dengan Lautan Indonesia. Secara topografi wilayah Kabupaten Purworejo 32% berupa pegunungan, 33% berupa daratan dan 35% berupa daerah bergelombang. Luas daerah Purworejo 1034,82 km<sup>2</sup>, terdiri dari 5 wilayah pembantu bupati, 16 kecamatan, 494 desa/kelurahan. Jumlah penduduk 752.994, dengan angka pertumbuhan penduduk 0,63% pertahun dan proporsi penduduk adalah 11% berusia di bawah 4 tahun, 82% antara 5-59 tahun, dan sisanya 7% berusia di atas 60 tahun (Kantor Statistik Kabupaten Purworejo, 1999).

Fasilitas kesehatan di Kabupaten Purworejo adalah: 1 RSUD Pemerintah, 25 Puskesmas, 6 di antaranya dengan fasilitas rawat inap, 63 Puskesmas pembantu, 1 RS khusus Ibu dan Anak, 6 BP Swasta, 4 RB Swasta, serta 158 Polindes. Tenaga kesehatan yang berhubungan dengan Kesehatan Ibu dan Anak sebagai berikut: Dokter spesialis kebidanan dan kandungan 2, dokter umum 70, bidan praktek swasta sebanyak 46, di mana masing-masing memiliki pondok bersalin. Jumlah bidan desa 244 serta jumlah dukun terlatih 465 (Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo, 1999).

**Tabel 1.** Rekapitulasi Kematian Ibu di Kabupaten Purworejo Th.1996/97, 1997/98 dan 1998/99.

VARIABEL	Th.1996/97	Th.1997/98	Th.1998/99
<b>SEBAB KEMATIAN</b>			
- Perdarahan	8	12	10
- Ekslamsia	6	1	1
- Sepsis	5	2	2
- Lain-lain	14	9	11
<b>TEMPAT KEMATIAN</b>			
- Rumah	12	5	12
- Puskesmas/RB	2	1	0
- Rumah Sakit	19	17	11
- Perjalanan	0	1	1
<b>MENINGGAL SAAT</b>			
- Hamil	9	2	7
- Persalinan	14	19	9
- Nifas	10	3	8
<b>PENOLONG PERSALINAN</b>			
- Dukun	12	6	12
- Bidan	9	12	9
- Dokter	12	6	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>24</b>

(Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo,1999).

Dari data tersebut, terlihat bahwa tempat kematian ibu bersalin tertinggi selama tiga tahun berturut-turut dari tahun 1996/97,1997/98 dan 1998/99 adalah di Rumah Sakit yaitu masing-masing sebesar 19(57,57%), 17(70,83%) dan 11 (45,83%). Bila dibandingkan dengan kematian ibu bersalin rata-rata di Rumah Sakit di Jawa Tengah pada tahun 1997/98 sebesar (52,9%), kematian ibu bersalin di Rumah Sakit Umum Purworejo sebanyak 11 kasus, juga relatif tinggi. (Dep.Kes RI, 1998).

Tujuan akhir dari penelitian ini ialah mengembangkan metode alternatif untuk meningkatkan kadar sensitivitas masyarakat sedemikian rupa sehingga tindakan

kuratif yang cepat dan tepat untuk menangani kasus-kasus kehamilan risiko tinggi menjadi mungkin untuk dilakukan. Juga supaya kemungkinan untuk melakukan langkah-langkah deteksi dini yang lebih bersifat preventif menjadi lebih terbuka.

Penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan metode alternatif untuk meningkatkan kadar inisiatif (sikap tanggap) ibu hamil dan segenap komponen dari lembaga sosial yang melingkunginya terhadap hal-hal yang berkait dengan risiko kematian maternal yang dikembangkan sesuai dengan konteks budaya Indonesia.

Dengan kata lain, penelitian ini diarahkan kepada tercapainya beberapa sasaran sebagai berikut:

- (1) Mengembangkan suatu media yang memungkinkan masyarakat mengakses informasi yang akurat dan dalam jumlah yang mencukupi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kehamilan risiko tinggi secara mudah dan murah. Misalnya, informasi tentang tanda-tanda hamil risiko tinggi dan proses terjadinya kematian maternal sebagai akibat dari kekurangan informasi tentang kehamilan risiko tinggi;
- (2) Mengembangkan sistem pengambilan keputusan pada masyarakat, dan mengurangi ketidakberdayaan ibu dan keluarga, serta masyarakat dalam menangani kasus-kasus ibu hamil risiko tinggi sampai pada saat kelahiran bayi yang dikandungnya untuk menghindari keputusan yang tidak seimbang yang dasarnya hanya dari suami atau figur signifikan lainnya
- (3) Menyumbangkan model paket program intervensi sosial dan perilaku untuk menurunkan risiko kematian ibu karena kehamilan risiko tinggi. Model intervensi yang memungkinkan terjembatannya pemahaman medis dan kepercayaan lokal (*local beliefs*) dalam masalah kehamilan risiko tinggi berdasarkan masukan dari studi-studi pendahuluan.

Menurut *International Classification for Diseases* (ICD 9), kematian maternal adalah kematian wanita hamil atau 42 hari *post partum*, tanpa memandang umur dan tempat (*intra/ekstra uterin*); disebabkan faktor yang berhubungan atau diperberat oleh "kehamilan atau penanganannya",

tetapi bukan oleh sebab kecelakaan atau insidental.

Menurut *International Classification for Diseases* (ICD 10), kematian maternal adalah kematian wanita hamil atau 42 hari *post partum*, tanpa memandang umur dan tempat (*intra/ekstra uterin*); disebabkan oleh sebab apapun. Disamping itu ada pula yang disebut kematian maternal lanjut, dialami oleh ibu antara 42 hari – 1 tahun *post partum*.

Dalam penelitian ini, digunakan definisi dari Departemen Kesehatan yang bunyinya adalah sebagai berikut: Kematian maternal adalah kematian wanita pada masa **kehamilan, persalinan**, sampai 42 hari **setelah persalinan**, baik sebagai akibat langsung dari kehamilan atau persalinannya, maupun sebagai akibat tidak langsung dari penyakit lain, kecuali kecelakaan.

Ada tiga penyebab kematian maternal, yaitu penyebab langsung, penyebab tak langsung, dan penyebab mendasar. Berikut ini adalah uraian tentang masing-masing penyebab kematian maternal tersebut:

Sebagian besar (lebih dari 90%) kematian para ibu dan bayi disebabkan oleh penyebab langsung. Penyebab langsung ada dua jenis, yaitu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas: (1) terjadi komplikasi obstetrik, atau; (2) terjadi tindakan atau penanganan yang salah.

Di kalangan kedokteran, penyebab langsung kematian yang disebut sebagai komplikasi kebidanan atau komplikasi obstetrik adalah terjadinya perdarahan, infeksi, dan eklamsia. Komplikasi obstetrik merupakan situasi darurat yang berlangsung pada saat persalinan (*partus*).

Perdarahan pada umumnya tidak terduga. Dapat terjadi pada masa *post-partum* (pasca persalinan) ataupun pada triwulan ketiga kehamilan. Jika terjadi pada masa pasca persalinan, tandanya ialah keluarnya darah dari jalan lahir lebih dari 500 cc, kira-kira dua gelas, setara dengan basahnya empat lembar kain. Bila berlangsung selama lebih dari dua jam, perdarahan pasca persalinan (*post partum*) biasanya berlanjut ke kematian. Perdarahan pada triwulan ketiga kehamilan ada dua macam: *solutio placenta* (terasa nyeri, terjadi biasanya pada kehamilan kembar atau kehamilan yang terjadi pada ibu hamil berusia terlalu tua) dan *placenta praevia* (tidak terasa nyeri, sehingga lebih berbahaya). Perdarahan merupakan penyebab langsung yang paling sering dijumpai, terutama perdarahan setelah melahirkan.

Selain pendarahan, infeksi melalui jalan lahir dapat terjadi pada ibu bersalin yang pertolongan persalinannya tidak bersih. Juga pada wanita yang menggugurkan kandungannya dengan cara yang berbahaya. Tanda-tandanya adalah panas badan yang tinggi lebih dari 2 hari setelah melahirkan atau setelah mengalami keguguran. Keadaan ini berbahaya dan ibu perlu mendapatkan perawatan intensif. Infeksi ini dapat dicegah dengan pertolongan persalinan yang bersih dan aman.

Penyebab langsung yang ketiga adalah *eklamsia*. *Eklamsia* ditandai oleh gejala berupa kejang-kejang, hipertensi, dan pembengkakan pada wajah atau tangan. Komplikasi obstetri yang seringkali fatal ini biasanya terjadi pada tiga bulan terakhir masa kehamilan (triwulan ketiga), pada saat bersalin, atau pun pada masa nifas.

Gejala awal *eklamsia* adalah rasa nyeri kepala hebat yang diikuti dengan penglihatan kabur dan kejang-kejang. *Eklamsia* selalu didahului oleh *preeklamsia*, yang mempunyai tanda-tanda yang sama dengan *eklamsia*, tetapi tanpa mengalami kejang-kejang. *Preeklamsia* tidak dapat dicegah; namun karena biasanya terjadi pada masa kehamilan, maka dapat ditemukan secara dini dan melalui penanganan yang intensif dapat dicegah agar tidak berlanjut menjadi *eklamsia*.

Kurang dari 10% saja kematian ibu yang disebabkan oleh penyebab tidak langsung. Penyebab tak langsung adalah penyebab yang berupa penyakit yang sudah diderita ibu sejak sebelum hamil atau selama kehamilan yang diperberat oleh pengaruh kondisi fisiologis ibu ketika hamil. Penyebab yang berupa penyakit, misalnya: (1) TBC, asma, jantung; (2) Hepatitis; (3) Malaria; (4) Ginjal; (5) Diabetes Mellitus; (6) Psikosis, dan; (7) Epilepsi. Penyebab tak langsung dapat pula berupa keadaan gizi yang buruk sejak sebelum hamil, kehamilan yang terlalu sering (jarak kehamilan yang terlalu dekat), serta kehamilan yang terjadi pada usia terlalu muda atau terlalu tua.

Adapun penyebab yang bersifat mendasar adalah status wanita dan tingkat pendidikan yang rendah. Di samping itu, ada pula keadaan-keadaan tertentu yang dapat memperbesar risiko kehamilan pada ibu hamil, antara lain: (1) Usia ibu hamil terlalu muda; (2) Bayi yang dikandung tidak diharapkan; (3) Kehamilan pertama atau kehamilan setelah yang ketiga kalinya; (4) Kekurangan Energi Kronis (KEK), anemia berat, penyakit kronis; (5) Kurang mampu sehingga akses perawatan

kesehatan sangat terbatas; (6) Usia ibu hamil terlalu tua. (Hadi, 1999).

Bagi sebuah masyarakat, secara lambat atau cepat, kematian seorang ibu akan menimbulkan masalah sosial. Sepuluh orang anak yang ditinggal mati oleh satu orang ibu, tentu akan menjadi beban berat bagi anggota keluarga yang ditinggalkan, juga warga masyarakat di sekitar tempat mereka tinggal.

Kematian ibu tidak perlu terjadi jika tindakan preventif atau kuratif untuk itu dilakukan secara cepat dan tepat, sebab sebagian besar (lebih dari 80%) kematian ibu sesungguhnya dapat dicegah (Dep.Kes., 1999).

Dewasa ini di Indonesia hanya sekitar satu dari sepuluh orang ibu yang mengalami komplikasi obstetri mendapatkan pelayanan obstetri emergensi, baik dari bidan, puskesmas maupun rumah sakit. Setiap tahun terdapat sekitar 1.000.000 ibu yang mengalami komplikasi obstetri, jadi hanya sekitar 100.000 orang saja yang sampai ke sarana kesehatan. (Hadi, 1999).

Setiap ibu yang hamil mempunyai risiko untuk mengalami komplikasi obstetri. Sejumlah hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata satu dari setiap enam orang ibu yang hamil mengalami komplikasi. Kebanyakan komplikasi obstetri tidak dapat diperkirakan sebelumnya atau dicegah. Meskipun demikian, ibu yang mengalami komplikasi kebidanan dapat diselamatkan jiwanya, asal mendapat pertolongan yang memadai tepat pada waktunya. (Cholil, dkk., 1994)

Ibu yang hamil dengan risiko tinggi (kehamilan dengan komplikasi obstetrik) perlu mendapatkan pertolongan yang

segera. Akan tetapi, sejumlah penelitian menunjukkan adanya beberapa hambatan yang menyebabkan tidak bisa diperolehnya pertolongan dengan segera, dengan akibat berupa kematian ibu hamil tersebut atau janin yang dikandungnya. (Hadi, 1999).

Ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya keterlambatan dalam proses pengambilan keputusan di tingkat keluarga, antara lain:

1. Keluarga tidak mengenal tanda-tanda bahaya dan tidak mengetahui bahwa komplikasi obstetri memerlukan pertolongan yang cepat dan tepat.
2. Pengambil keputusan dalam keluarga biasanya suami atau ibu mertua, yang pada umumnya tidak mengetahui tanda-tanda komplikasi dan bahayanya terhadap jiwa ibu serta janin.
3. Ketakutan untuk membayar biaya pengobatan yang cukup besar, tidak adanya sarana transportasi dan ketidakpercayaan akan memperoleh pelayanan yang baik di sarana kesehatan.
4. Kurangnya perhatian terhadap kelangsungan hidup ibu, sehingga upaya untuk menyelamatkan jiwanya tidak memadai. Hal ini berkaitan dengan rendahnya penghargaan terhadap status wanita.
5. Hambatan sosiobudaya seperti tidak mau memanfaatkan pelayanan kesehatan modern, atau ibu/keluarganya tidak mau bila ibu diperiksa oleh dokter pria

Faktor-faktor yang melatari terjadinya keterlambatan dalam mencapai sarana pelayanan kegawatan obstetri antara lain karena keterbatasan biaya, jarak, keterbatasan kendaraan, maupun ketidaktahuan tempat pelayanan kegawatan obstetri.



Hal-hal yang mengakibatkan terjadinya keterlambatan dalam memperoleh pertolongan di sarana pelayanan kesehatan ialah keterbatasan tenaga, alat, obat, darah atau kualitas pelayanan yang belum memadai (Departemen Kesehatan, 1999).

Hasil penelitian Hadi (1999) memberikan gambaran lebih jauh mengenai kondisi di lapangan yang menjadi penyebab terjadinya keterlambatan penanganan kehamilan risiko tinggi di atas, yakni: (1) Rendahnya kemampuan masyarakat untuk melakukan pengenalan terhadap tanda-tanda bahaya persalinan, dengan akibat berupa keterlambatan dalam mengambil keputusan untuk berusaha mendapatkan pelayanan kesehatan; (2) Lemahnya mekanisme rujukan ibu bersalin ke Rumah Sakit, misalnya kenyataan bahwa sebelum akhirnya dirujuk ke Rumah Sakit, sebagian ibu bersalin harus melewati jalur rujukan mulai dari dukun, poliklinik desa (polindes) dan Puskesmas tanpa memperoleh pertolongan yang dibutuhkan; (3) Pengetahuan bidan desa yang kurang memadai. Kadang ibu hamil langsung dirujuk ke Rumah Sakit tanpa melewati tingkat pelayanan dasar disebabkan bidan atau petugas kesehatan ragu, takut, serta kurang percaya diri dalam menghadapi situasi kedaruratan obstetri.

Menurut peneliti sendiri, penelitian yang ada selama ini cenderung difokuskan kepada pemberdayaan lingkungan ibu hamil risiko tinggi. Kurang menekankan upaya memunculkan inisiatif ibu hamil itu sendiri. Dalam penelitian ini, pendekatan yang digunakan dalam penyusunan simulasi ini adalah pendekatan *humanistik*. Dalam pendekatan *humanistik*, manusia dipandang mampu mewujudkan kecenderungan spontan untuk berdiferensiasi,

bertanggung jawab, menentukan hidupnya sendiri, menjadi matang, dan dapat bekerja sama dengan baik. Setiap organisme (manusia) adalah inisiator aktif yang menunjukkan satu kecenderungan konstruktif yang terarah kepada tujuan tertentu yaitu aktualisasi diri (Rogers, dalam Agus, 1987). Oleh karena itu penelitian ini mencoba untuk memberdayakan ibu yang hamil risiko tinggi itu sendiri agar mantap dalam membuat keputusan bagi keselamatan dirinya.

Di samping itu memperkuat penelitian sebelumnya yang banyak menyoroti peranan lingkungan (komunitas) bagi pengambilan keputusan dalam usaha mengurangi kematian maternal, penelitian ini pun mencoba memberdayakan lingkungan maternal, mengembangkan sikap bertanggung jawab atas kematian maternal yang ada di sekitar mereka. Menurut pendekatan *Psikologi Komunitas*, dalam suatu komunitas yang sehat akan berkembang suatu rasa tanggung jawab bersama bagi keselamatan anggota komunitasnya (Hersheuson, dkk, 1996).

Penelitian ini merupakan penelitian tahun pertama yang menggunakan metode simulasi untuk mencapai sasaran bagi perubahan sikap responden. Oleh karena itu penelitian ini menitik beratkan pada penyusunan modul simulasi, pelatihan bagi fasilitator dan penyusunan serta uji coba angket yang diasumsikan mengukur perubahan sikap responden terhadap kehamilan risiko tinggi.

## METODE

Simulasi merupakan suatu metode penyampaian informasi yang bersifat komunikatif, mudah dijangkau, dan tidak

memerlukan biaya yang mahal, untuk menyebarkan pengetahuan yang akurat mengenai suatu hal. Oleh karena itulah pada penelitian ini metode simulasi dipilih sebagai metode alternatif penyampaian pesan, dalam hal ini penyampaian pesan mengenai seluk-beluk kehamilan risiko tinggi. Penyebaran informasi yang efektif secara luas, dengan metode komunikasi yang memungkinkan terjadinya perubahan kesadaran dan sikap terhadap kehamilan risiko tinggi, dapat meningkatkan kadar inisiatif (sikap tanggap) ibu hamil dan segenap komponen dari lembaga sosial yang melingkunginya terhadap hal-hal yang berkait dengan risiko kematian maternal.

Simulasi adalah suatu gambaran kenyataan yang bersifat fisik ataupun abstrak. Simulasi ini merupakan suatu permainan yang dimainkan satu pemain atau lebih, yang berkompetisi dalam mencapai hasil, berdasarkan serangkaian peraturan yang telah disetujui. Metode simulasi dapat digunakan untuk:

1. Menghasilkan sikap yang positif terhadap suatu topik
2. Memperoleh keterlibatan aktif
3. Memberikan pengalaman yang serupa dengan dunia nyata.
4. Memperagakan relevansi pengetahuan dan
5. Bereksperimen dalam situasi yang aman.

Dalam simulasi disediakan ruang dan waktu kepada satu peserta atau satu kelompok kecil peserta untuk:

1. Memperoleh umpan balik dan menjer-nihkan kesalahpengertian

2. Mendorong dan mengembangkan peserta yang *introvert*.
3. Mengembangkan serta mendorong penalaran mengenai suatu topik secara lebih mendalam.

Simulasi penanganan kehamilan risiko tinggi dalam penelitian ini dikembangkan dengan mendasarkan kepada konsep atau prinsip belajar orang dewasa yang tersusun atas lima hal sebagai berikut: (1) Orang mengalami perubahan konsep diri, dari mentah menuju matang. Kematangan konsep diri berada pada satu rentang mulai dari ketergantungan total kepada otoritas lain menuju pada pengarahan diri sendiri; (2) Manusia sebagai individu, mempunyai pengalaman yang berbeda-beda. Pengalaman yang berbeda-beda dan unik pada masing-masing orang ini akan membentuk satu kerangka berpikir (*frame of reference*) yang khas pada masing-masing orang. Kerangka berpikir inilah yang menentukan bagaimana orang akan menyikapi sesuatu; (3) Untuk melakukan proses pembelajaran, orang memerlukan kesiapan mental (*mental-set*); (4) Kesiapan belajar ditentukan setidaknya oleh dua hal: oleh kebutuhan orang dewasa yang hendak belajar dan oleh sifat serta cara suatu materi pelajaran dapat dipelajari; (5) Orang dewasa memiliki kecenderungan untuk mempelajari sesuatu yang berpusat pada pemecahan masalah (Knowles, 1980).

Oleh karena itu alat ukur yang dimainkan dalam simulasi penanganan kehamilan risiko tinggi dikemas sedemikian rupa sehingga:

1. Soal-soal yang dimuat di dalamnya menyangkut hal-hal yang sudah diketahui oleh para pesertanya, mempunyai keterkaitan dengan pekerjaan,

kepentingan dan kehidupan sehari-hari mereka.

2. Dalam proses diskusi yang berlangsung di dalam permainan simulasi, para peserta akan saling memberikan saran dan bukan saling menggurui. Permainan simulasi lebih merupakan suatu proses kerjasama antar peserta untuk mencapai tujuan belajar yang sama.
3. Keterlibatan aktif para peserta akan disimulasikan, supaya para peserta mempunyai kesempatan untuk memanfaatkan secara penuh pengetahuan, kemampuan dan ketrampilannya
4. Permasalahan-permasalahan yang disimulasikan merupakan permasalahan yang diambil dari peristiwa nyata, dibahas dari berbagai segi, dan dapat diaplikasikan. Proses perubahan sikap atau proses pembelajaran melalui metode simulasi sengaja diarahkan kepada upaya untuk menggali pengetahuan, ketrampilan, dan pengalaman praktis dari semua peserta untuk memecahkan masalah-masalah yang terjadi dalam kehidupan nyata.
5. Simulasi adalah salah satu metode belajar dengan merasakan pengalaman (*experiential learning*). Belajar melalui pengalaman akan dilalui oleh orang-orang yang terlibat dalam proses pembelajaran itu dalam lima tahapan belajar, yaitu: (1) Mengalami (*experiencing*); (2) Mengungkapkan (*publishing*); (3) Mengolah (*processing*); (4) Menyimpulkan (*generalizing*); (5) Menerapkan (*applying*) (Pfeiffer, 1988).

## A. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah (a) Untuk studi kasus dalam rangka menyusun instrumen angket dan simulasi digunakan sejumlah ibu hamil risiko tinggi (Bumil risti) baik yang telah melahirkan selamat ataupun meninggal dunia.. Bagi Bumil risti yang melahirkan dengan selamat dilakukan observasi dan wawancara mendalam juga kepada anggota keluarga, tetangga sekitarnya, tokoh masyarakat dan penyedia kesehatan yang terlibat. Bagi bumil risti yang telah melahirkan akan tetapi meninggal, dilakukan observasi dan wawancara mendalam kepada anggota keluarga, tetangga terdekat dan tokoh masyarakat serta penyedia kesehatan yang pernah terlibat pada kasus sang ibu tersebut. Jumlah subyek penelitian 25 orang. 13 anggota keluarga dan masyarakat dari 2 bumil risti yang meninggal dunia dan 12 anggota keluarga, masyarakat dan bumil risti yang selamat. (b) Untuk uji efektivitas instrumen pengubah perilaku digunakan subjek penelitian yaitu calon fasilitator dari kecamatan Bayan dan Butuh. Instrumen intervensi yang dikembangkan pada penelitian ini berupa perangkat permainan SIMULASI PENANGANAN KEHAMILAN RISIKO TINGGI. Perangkat permainan simulasi ini terdiri dari empat komponen pokok, yaitu: (1) Lembar simulasi; (2) Kartu soal; (3) Kartu peran; dan; (4) Modul simulasi. Pengujian terhadap efektivitas perangkat simulasi penanganan kehamilan risiko tinggi dilakukan terhadap 40 orang subjek yang nantinya akan bertindak sebagai fasilitator bagi penelitian tahun kedua. Pemilihan subjek dilakukan secara acak dari 5 desa yang akan digunakan sebagai lokasi penelitian. Oleh karena penelitian ini

melibatkan instansi puskesmas maka subjek yang ikut sebagai fasilitator yang akan dilatih sebagian besar adalah para penyedia kesehatan (*provider*). (c) Untuk uji validitas dan reliabilitas alat yang mengukur perubahan perilaku (angket) digunakan subjek penelitian dari kecamatan Bayan dan Butuh sejumlah 30 orang.

### B. Instrumen Ukur dan Instrumen Intervensi

Ada lima macam angket dikembangkan dalam penelitian ini. Lima macam angket tersebut disusun untuk lima kelompok subjek yang terdiri dari ibu hamil risiko tinggi, anggota keluarganya, tetangganya, tokoh masyarakat, dan penyedia layanan kesehatan (bidan desa atau dukun). Kelima angket tersebut memiliki garis besar *blue print* yang kurang-lebih sama, artinya dirancang untuk mengungkap aspek perilaku yang sama. Perbedaannya adalah dalam hal pembahasan dalam bentuk aitem-aitemnya.

Aspek-aspek pengetahuan yang hendak diidentifikasi melalui angket ini meliputi: (1) Aspek Biomedis; (2) Aspek Sosio-ekonomi-politis; (3) Aspek Psikologis, dan; (4) Aspek Religio-Spiritual (*Lihat Blueprint Angket pada Tabel 2*).

Adapun level atau dimensi pengetahuan yang hendak diidentifikasi melalui angket ini mencakup:

1. Dimensi Kognitif (Rasio): Pengetahuan mengenai proses (sebelum, sampai, sesudah) ibu hamil meninggal

2. Dimensi Afektif (Intuisi): Rasa yang dihayati selama proses (sebelum, sampai, sesudah) ibu hamil meninggal.
3. Psikomotorik (Tindakan): Tindakan yang dilakukan selama proses (sebelum, sampai, sesudah) ibu hamil meninggal.

Secara ringkas dapat dinyatakan bahwa perubahan sikap yang diharapkan meliputi perubahan pada aspek pengetahuan (kognisi), rasa (afeksi), dan tindakan (psikomotorik) subjek dalam konteks kehamilan risiko tinggi. Dari tidak tahu menjadi tahu. Dari tidak bersikap empatik menjadi lebih bersikap empatik. Dari melakukan tindakan kuratif secara individual menjadi melakukan tindakan preventif secara kolektif.

### C. Jalannya Penelitian

Secara garis besar langkah-langkah yang dilakukan pada penelitian ini adalah demikian:

1. Melakukan studi kasus awal pada sejumlah subjek penelitian untuk memperoleh data otentik guna menyusun angket dan materi inventori untuk kepentingan intervensi.
2. Pengembangan inventori atau angket perubahan sikap.
3. Pelatihan fasilitator permainan SIMULASI PENANGANAN IBU HAMIL RISIKO TINGGI

**Tabel 2. Blue-Print** Angket Penanganan Kehamilan Risiko Tinggi

Pengetahuan	Level/Dimensi I Kognitif	Level/Dimensi II Afektif	Level/Dimensi III Psikomotorik
<b>Aspek Biomedis</b>	Faktor risiko rendah/tinggi pada kehamilan, gizi seimbang untuk ibu hamil, olahraga untuk ibu hamil, persamaan dan perbedaan cara menangani persalinan oleh bidan/tenaga medis dan dukun bayi	Perasaan yang dihayatinya berkait dengan pengetahuannya mengenai faktor risiko, gizi seimbang untuk ibu hamil, olahraga untuk ibu hamil, persamaan dan perbedaan cara menangani persalinan oleh bidan/tenaga medis dan dukun bayi	Tindakan yang dilakukan sehubungan dengan perasaan yang dihayatinya tersebut
<b>Aspek Sosio-ekonomi-politis</b>	Kebijakan pemerintah di bidang kesehatan reproduksi (NKKBS), biaya pemeriksaan kehamilan atau pertolongan persalinan di rumah/ puskesmas/rumah sakit oleh diri sendiri/keluarga/dukun/bidan/dokter/dokter spesialis; siapa yang bisa dimintai tolong dalam keadaan mendesak (dalam hal keuangan, kendaraan, ...)	Perasaan yang dihayatinya berkait dengan pengetahuannya mengenai adanya kebijakan pemerintah di bidang kesehatan reproduksi (NKKBS), biaya pemeriksaan kehamilan atau pertolongan persalinan di rumah/ puskesmas/rumah sakit oleh diri sendiri/keluarga/dukun/bidan/dokter/dokter spesialis; siapa yang bisa dimintai tolong dalam keadaan mendesak (masalah keuangan, kendaraan,..)	Tindakan yang dilakukan sehubungan perasaannya tersebut
<b>Aspek Psikologis</b>	Perasaan yang dihayati oleh ibu selama masa kehamilan hingga persalinan, siapa yang dianggap berhak menentukan dalam proses pengambilan keputusan apabila terjadi sesuatu pada ibu hamil (suami, tokoh masyarakat, atau...), persepsi atau harapan terhadap dukun bayi/bidan/dokter/ dokter spesialis/ puskesmas/rumah sakit	Kemampuan berempati terhadap ibu hamil, perasaan yang dihayati berkait dengan pengetahuan atau harapan mengenai siapa yang dianggap berhak menentukan dalam proses pengambilan keputusan apabila terjadi sesuatu pada ibu hamil (suami, tokoh masyarakat, atau...), persepsi atau harapan terhadap dukun bayi/bidan/dokter/ dokter spesialis/ puskesmas/rumah sakit	Tindakan yang dilakukan sehubungan dengan kemampuan berempatinya terhadap ibu hamil dan perasaan yang dihayatinya sehubungan dengan proses pengambilan keputusan tersebut
<b>Aspek Religio-Spiritual</b>	Konsep mengenai rezeki, jodoh, umur (jodoh di tangan tuhan, orang bisa mati karena santet, ibu hamil meninggal karena tuhan menghendaki demikian)	Perasaan yang dihayati berkait dengan konsep yang dipahami mengenai rezeki, jodoh, dan umur tersebut	Tindakan-tindakan yang dilakukan sehubungan dengan perasaan yang dihayati berkait dengan konsep yang dipahami mengenai rezeki, jodoh, dan umur tersebut

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**A. Hasil Studi Kasus**

Berdasarkan hasil studi kasus I, II, III, dan IV yang dilakukan di dusun Cangkep Kidul, dan Kalinongko kabupaten

Purworejo, diperoleh kesimpulan bahwa penyebab kasus kematian ibu hamil risiko tinggi antara lain adalah hal-hal berikut ini:

1. Keterlambatan penanganan di rumah sakit dengan alasan tidak ada dokter yang jaga saat itu.

2. Keterlambatan petugas medis di rumah sakit ketika memberikan pelayanan pada saat pasien tiba di rumah sakit.
3. Ketidak sigapan diagnosis dari rumah sakit mengenai kelainan kondisi pre kehamilan,
4. Saat kehamilan dan pasca kehamilan.
5. Keterlambatan subjek untuk periksa ke rumah sakit ketika mengetahui ada kelainan, meskipun sudah memperoleh rujukan dari bidan desa.
6. Menolak untuk memeriksakan diri ke Puskesmas dengan alasan bahwa kehamilan adalah proses alamiah sehingga dapat diatasi tanpa bantuan petugas kesehatan.
7. Merasa takut memeriksakan diri ke rumah sakit karena biaya yang mahal
8. Merasa takut memberikan usul ke pihak rumah sakit untuk melakukan operasi terhadap ibu hamil rasiko tinggi karena takut dikira bodoh.
9. Merasa malu, kecewa dan terbebani karena sudah kehamilan ke sepuluh sehingga berusaha menghindar ketika petugas kesehatan mendatangi rumah subyek.
10. Penolakan dari pihak keluarga, dari anak-anak yang merasa malu akan kehamilan ibunya yang kesekian kali.
11. Aktivitas kerja ibu hamil yang berlebihan, antara lain masih bersepeda pada usia kehamilan lebih dari 7 bulan.
12. Jarak dari rumah subjek ke lokasi bidan desa yang jauh sehingga menjadi salah satu faktor keterlambatan penanganan.

## B. Pembahasan Hasil Studi Kasus

Dari hasil studi kasus, butir 5,7,8, dan 9 merupakan temuan baru yang nampaknya

belum tersentuh oleh penelitian-penelitian tentang kematian ibu hamil risiko tinggi sebelumnya. Kemungkinan pengaruh *ego sectoral* atau praktek-praktek lapangan dari Departemen lain yang terkait seperti BKKBN, misalnya petugas lapangan kurang bijaksana dalam menjalankan tugasnya dapat menjadi sebab penolakan ibu hamil risiko tinggi untuk melakukan pemeriksaan kehamilannya. Ada perasaan takut, malu dan perasaan bersalah yang berkecamuk, mungkin karena merasa tidak memenuhi anjuran pemerintah untuk mengikuti program Keluarga Berencana.

## C. Hasil Uji Coba Angket Perubahan Sikap

### 1. Angket untuk Ibu Hamil

Angket sikap yang disusun sebelum uji coba berjumlah 67 butir yang mewakili 4 aspek biomedis, sosio ekonomis-politis, psikologis, dan religio-spiritual. Uji validitas butir dengan menggunakan modul analisis butir dari SPS-2000 (Seri Program Statistik) program Analisis Kesahihan Butir menghasilkan 28 butir yang terpakai dengan koefisien korelasi ( $r_{pq}$ ) = 0,345 s.d 0,834. Uji reliabilitas angket dilakukan dengan menggunakan Uji Keandalan Teknik Hoyt dan menghasilkan koefisien reliabilitas ( $r_{tt}$ ) = 0,957. Kesimpulan hasil uji coba menunjukkan bahwa angket sikap cukup valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian.

### 2. Angket untuk Suami.

Angket sikap yang disusun sebelum uji coba berjumlah 50 butir yang mewakili 4 aspek biomedis, sosio ekonomis-politis, psikologis, dan religio-spiritual. Uji

validitas butir dengan menggunakan modul analisis butir dari SPS - 2000 (Seri Program Statistik) program Analisis Kesahihan Butir menghasilkan 32 butir yang terpakai dengan koefisien korelasi ( $r_{pq}$ ) = 0,351 s.d. 0,888. Uji reliabilitas angket dilakukan dengan menggunakan Uji Keandalan Teknik Hoyt dan menghasilkan koefisien reliabilitas ( $r_{tt}$ ) = 0,953. Kesimpulan hasil uji coba menunjukkan bahwa angket sikap cukup valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian.

### **3. Angket untuk Tetangga**

Angket sikap yang disusun sebelum uji coba berjumlah 60 butir yang mewakili 4 aspek biomedis, sosio ekonomis-politis, psikologis, dan religio-spiritual. Uji validitas butir dengan menggunakan modul analisis butir dari SPS - 2000 (Seri Program Statistik) program Analisis Kesahihan Butir menghasilkan 28 butir yang terpakai dengan koefisien korelasi ( $r_{pq}$ ) = 0,408 s.d. 0,716. Uji reliabilitas angket dilakukan dengan menggunakan Uji Keandalan Teknik Hoyt dan menghasilkan koefisien reliabilitas ( $r_{tt}$ ) = 0,927). Kesimpulan hasil uji coba menunjukkan bahwa angket sikap cukup valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian.

### **4. Angket untuk Tokoh Masyarakat**

Angket sikap yang disusun sebelum uji coba berjumlah 60 butir yang mewakili 4 aspek biomedis, sosio ekonomis-politis, psikologis, dan religio-spiritual. Uji validitas butir dengan menggunakan modul analisis butir dari SPS - 2000 (Seri Program Statistik) program Analisis Kesahihan Butir menghasilkan 22 butir yang terpakai dengan koefisien korelasi

( $r_{pq}$ ) = 0,351 s.d. 0,651. Uji reliabilitas angket dilakukan dengan menggunakan Uji Keandalan Teknik Hoyt dan menghasilkan koefisien reliabilitas ( $r_{tt}$ ) = 0,906. Kesimpulan hasil uji coba menunjukkan bahwa angket sikap cukup valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian.

### **5. Angket untuk Bidan (Penyedia Layanan Kesehatan)**

Angket sikap yang disusun sebelum uji coba berjumlah 70 butir yang mewakili 4 aspek biomedis, sosio ekonomis-politis, psikologis, dan religio-spiritual. Uji validitas butir dengan menggunakan modul analisis butir dari SPS - 2000 (Seri Program Statistik) program Analisis Kesahihan Butir menghasilkan 33 butir yang terpakai dengan koefisien korelasi ( $r_{pq}$ ) = 0,476 s.d. 0,832. Uji reliabilitas angket dilakukan dengan menggunakan Uji Keandalan Teknik Hoyt dan menghasilkan koefisien reliabilitas ( $r_{tt}$ ) = 0,951). Kesimpulan hasil uji coba menunjukkan bahwa angket sikap cukup valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian.

### **D. Pembahasan Hasil Uji Coba Angket Perubahan Sikap**

Setelah melalui rangkaian kegiatan uji coba, angket sikap untuk ibu hamil, suami, tetangga, tokoh masyarakat, dan penyedia layanan kesehatan menunjukkan koefisien reliabilitas yang tinggi, akan tetapi uji kesahihan butir agak kurang memuaskan. Jumlah butir yang gugur cukup banyak. Perbandingan yang cukup besar antara jumlah butir terpakai dengan jumlah butir yang dirancang diduga karena jumlah responden uji coba kurang optimal sehingga secara statistik, tuntutan uji

signifikansinya menjadi tinggi. Namun demikian jumlah butir terpakai secara metodologis sudah mewakili aspek-aspek perilaku yang akan diukur. Lagipula butir yang terlalu banyak juga akan menimbulkan efek kelelahan dan kebosanan pada responden.

### E. Hasil Penelitian

Penelitian ini memperoleh hasil berupa perangkat instrumen intervensi yang diberi nama Mosi Pekerti sebagai singkatan dari Modul Simulasi Penanganan Kehamilan Risiko Tinggi yang terdiri:

1. Pedoman Pelaksanaan untuk Fasilitator yang terdiri dari:
  - Tujuan Umum
  - Sasaran
  - Simulasi Penanganan Kehamilan Risiko Tinggi (Pemain dan Pencatat)
  - Aturan Permainan (Peserta, Tempat permainan, Waktu, tahapan permainan)
  - Pembagian Peran (Fasilitator, Pemain, Nara sumber, Penonton, Evaluator)
2. Beberan Simulasi, memuat 12 angka dan gambar sesuai dengan jumlah kartu soal.
3. Dadu dan tempat dadu untuk melakukan undian bagi pemain
4. Kartu Soal sejumlah 12 kartu yang memuat ilustrasi kasus

Hasil ini diperoleh setelah terlebih dahulu dilakukan rangkaian ujicoba terhadap subjek penelitian di lapangan.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, perangkat SIMULASI PENANGANAN IBU HAMIL RISIKO TINGGI sudah dapat digunakan oleh para fasilitator untuk mencoba menghasilkan perubahan sikap terhadap seluruh sasaran subjek penelitian. Diharapkan metode ini akan mampu mengarahkan subjek kepada upaya peningkatan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman praktis untuk memecahkan masalah-masalah nyata berkenaan dengan penanganan ibu hamil risiko tinggi.

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan disarankan untuk :

Memantapkan dan mengerahkan fasilitator untuk menggunakan instrumen intervensi ini kepada subjek penelitian ibu yang hamil risiko tinggi pada tahap kedua penelitian lanjutan dengan topik yang sama oleh karena penelitian ini direncanakan dalam 4 tahun anggaran dan membandingkannya dengan metode pengubah sikap lainnya untuk menemukan metode mana yang paling efektif.

### DAFTAR PUSTAKA

- Cholil A. 1994. *Gerakan Sayang Ibu di Indonesia*. Bandung: Mizan.
- Departemen Kesehatan, 1999. *Kematian Ibu: Tragedi Yang Tak Perlu Terjadi*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Harian Republika. *Angka Kematian Ibu Hamil*. Desember 1999. Jakarta: Penerbit Yayasan Abdi Bangsa
- Hersheuson, D.B; Power, P.W, & Waldo, M. 1996. *Community Counseling, Contemporary Theory and Practices*, Boston: Allyn and Bacon.



Rogers, C.R., 1987. *Antara Engkau dan Aku*. (Editor Agus Cremers) Jakarta:PT. Gramedia.

Hadi, 1999. *Pelayanan Rujukan Gawat Darurat Ibu Bersalin Yang Meninggal di Rumah Sakit Purworejo Yang*

*Berasal dari Kabupaten Purworejo Tahun 1998/1999*. Unpublished: UGM.

UNICEF. 1996. *The State of World's Children*. UNICEF, New York USA.

UNICEF Jakarta. 1994. *Internal Discussion Papers*. Unpublished; United Nation's Children's Fund.