

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah pernyataan evaluatif terhadap objek, orang atau peristiwa. Hal ini mencerminkan perasaan seseorang terhadap sesuatu. Sikap mungkin dihasilkan dari perilaku tetapi sikap tidak sama dengan perilaku. Menurut Fishbein dalam Ali dan Asrori (2006:141) Sikap adalah predisposisi emosional yang dipelajari untuk merespons secara konsisten terhadap suatu objek. Sikap di pandang sebagai suatu yang efektif atau evaluative (Nursalam, 2013).

Sedangkan menurut Secord dan Backman dalam Saifuddin Azwar (2012:88) Sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognitif), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Menurut Nasution (2009) bahwa pengetahuan merupakan hal yang penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

a. Menerima (*receiving*)

Diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko. Secara umum orang tidak akan memperlihatkan sikap asli mereka dihadapan orang lain untuk beberapa hal. Satu cara untuk mengukur atau menilai sikap seseorang dapat menggunakan skala atau kuesioner. Skala penilaian sikap mengandung serangkaian pernyataan tentang permasalahan tertentu. Responden yang akan mengisi diharapkan menentukan sikap setuju atau tidak setuju terhadap pernyataan tertentu (Notoatmodjo, 2012).

Sikap merupakan jawaban seseorang terhadap sesuatu. Sikap merupakan kesiapan seseorang dalam memberikan respon terhadap sesuatu. Sikap menentukan sebuah tindakan yang akan dilakukan oleh manusia. Sikap yang dimaksud dalam penelitian ini adalah hasil respon dari seseorang yang akan melahirkan tindakan yang dilakukan suami dalam proses rujukan pada ibu hamil beresiko tinggi.

2.1.2 Ciri-Ciri Sikap

Ciri-ciri sikap menurut Heri Purwanto (1998) dalam buku Notoadmodjo (2003, p.34) adalah:

- a. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungannya dengan obyeknya.
- b. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.
- c. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu obyek. Dengan kata lain sikap itu terbentuk, dipelajari, atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu obyek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- d. Obyek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- e. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan- kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang.

2.1.3 Praktek atau Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan factor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan

antara lain adalah fasilitas. Seperti halnya pengetahuan dan sikap, praktek atau tindakan terdiri dari berbagai tingkatan(Notoatmodjo, 2012), yakni:

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

b. Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh

c. Mekanisme (*mecanisme*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

d. Adaptasi (*adaption*)

Adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia secara operasional dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu perilaku dalam bentuk pengetahuan, bentuk sikap, dan bentuk tindakan nyata atau perbuatan. Ketiga bentuk perilaku itu dikembangkan berdasarkan tahapan tertentu yang dimulai dari pembentukan pengetahuan (ranah kognitif), sikap (ranah afektif), dan keterampilan (ranah psikomotorik) sehingga menjadi pola perilaku baru.

2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap

Berikut akan diuraikan peranan masing-masing faktor tersebut dalam ikut membentuk sikap manusia (Azwar, 2012).

- a. Faktor intern yaitu faktor-faktor yang terdapat dalam diri orang yang bersangkutan sendiri seperti faktor emosi dan pengalaman pribadi.
- b. Faktor ekstern yang merupakan faktor di luar manusia yaitu :
 - 1) Sifat objek yang dijadikan sasaran sikap
 - 2) Sifat orang-orang atau kelompok yang mendukung sikap tersebut
 - 3) Media komunikasi yang digunakan dalam menyampaikan sikap
 - 4) Situasi pada sikap terbentuk
 - 5) Pengaruh kebudayaan

2.1.5 Struktur Sikap

Mengikuti skema triadik, struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif (*cognitive*), komponen afektif (*affective*), dan komponen konatif (*conatif*) (Azwar, 2012).

- a. Komponen kognitif

Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Kepercayaan datang dari apa yang telah kita ketahui. Berdasarkan apa yang telah kita lihat itu kemudian terbentuk suatu ide atau gagasan mengenai sifat atau karakteristik umum suatu obyek. Kepercayaan dapat terus berkembang. Pengalaman pribadi, apa yang diceritakan orang lain dan kebutuhan

emosional kita sendiri merupakan determinan utama dalam terbentuknya kepercayaan.

b. Komponen afektif

Komponen afektif menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu obyek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya, reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang kita percayai sebagai benar dan berlaku bagi obyek termaksud.

c. Komponen konatif

Komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada pada diri seseorang berkaitan dengan sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dalam perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual.

2.1.6 Pembentukan Sikap

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Interaksi sosial mengandung arti lebih daripada sekedar adanya kontak sosial dan hubungan antar individu sebagai kelompok sosial. Dalam interaksi sosial, terjadi hubungan saling mempengaruhi di antara individu yang satu dengan yang lain, terjadi hubungan timbal balik yang

turut mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu sebagai anggota masyarakat. Lebih lanjut, interaksi sosial itu meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis di sekelilingnya (Azwar, 2012).

2.1.7 Dimensi Sikap

Sax (1980) menjelaskan beberapa karakteristik (dimensi) sikap, yaitu :

- a. Sikap mempunyai arah, artinya sikap terpilah pada dua arah kesetujuan yaitu apakah setuju atau tidak setuju, apakah memihak atau tidak memihak, apakah mendukung atau tidak mendukung.
- b. Sikap memiliki intensitas, artinya kedalaman atau kekuatan sikap terhadap sesuatu belum tentu sama walaupun arahnya mungkin agak berbeda.
- c. Sikap juga memiliki keluasan, artinya kesetujuan atau ketidaksetujuan terhadap suatu obyek sikap dapat mengenai hanya aspek yang sedikit dan sangat spesifik akan tetapi dapat pula mencakup banyak sekali aspek yang ada pada obyek sikap.
- d. Sikap memiliki konsistensi, maksudnya adalah kesesuaian antara pernyataan sikap yang dikemukakan dengan responnya terhadap sikap yang dimaksud. Konsistensi sikap diperlihatkan oleh kesesuaian sikap antar waktu.
- e. Sikap memiliki spontanitas, yaitu menyangkut sejauh mana kesiapan individu untuk menyatakan sikapnya secara spontan. Sikap dikatakan memiliki spontanitas yang tinggi apabila dapat dinyatakan secara

terbuka tanpa melakukan pengungkapan atau desakan lebih dahulu agar individu mengungkapkannya.

2.1.8 Pengukuran Sikap

Menurut Wawan (2011) salah satu problem metodologi dasar dalam psikologi sosial adalah bagaimana mengukur sikap seseorang. Beberapa teknik pengukuran sikap: antara lain: Skala Thurstone, Likert, Unobstrusive Measures, Analisis Skalogram dan Skala Kumulatif, dan Multidimensional Scaling.

a. Skala Thurstone (Method of Equal-Appearing Intervals)

Metode ini mencoba menempatkan sikap seseorang pada rentangan kontinum dari yang sangat unfavorabel hingga sangat fafovabel terhadap suatu objek sikap. Caranya dengan memberikan orang tersebut sejumlah sistem sikap yang telah ditentukan derajat favorabilitasnya. Tahap yang paling kritis dalam menyusun alat ini seleksi awal terhadap pernyataan sikap dan penghitungan ukuran yang mencerminkan derajat favorabilitasnya dari masing-masing pernyataan. Derajat (ukuran) favorabilitasnya ini disebut nilai skala .

Untuk menghitung nilai skala dan memilih pernyataan sikap, pembuat skala perlu membuat sampel pernyataan sikap sekitar lebih 100 buah atau lebih. Pernyataan-pernyataan itu kemudian diberikan kepada beberapa orang penilai (judges). Penilai ini bertugas untuk menentukan derajat favorabilitas masing-masing pernyataan. Favorabilitas penilai itu diekspresikan melalui titik skala rating yang

memiliki rentang 1-11. Sangat tidak setuju 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11, Sangat setuju. Tugas penilai ini bukan untuk menyampaikan setuju tidaknya mereka terhadap pernyataan itu. Median atau rerata perbedaan penilaian antar penilaiterhadap item ini kemudian dijadikan sebagai skala masing-masing item. Pembuat skala kemudian menyusun item mulai dari item yang memiliki nilai skala terendah hingga tertinggi. Dari item-item tersebut, pembuat skala kemudian memilih item untuk kuesioner skala sikap yang sesungguhnya. Dalam penelitian, skala yang telah dibuat ini kemudian diberikan pada responden. Responden diminta untuk menunjukkan seberapa besar kesetujuan atau ketidaksetujuan pada masing-masing item sikap tersebut.

Teknik ini disusun oleh Thurstone didasarkan pada asumsi-asumsi ukuran sikap seseorang itu dapat digambarkan dengan interval skala sama. Perbedaan yang sama pada suatu skala mencerminkan perbedaan yang sama pula dalam sikapnya. Asumsi kedua adalah nilai skala yang berasal dari rating para penilai tidak dipengaruhi oleh sikap penilai terhadap isu. Penilai melakukan rating terhadap item dalam tatanan yang sama terhadap isu tersebut.

b. Skala Likert (Method of Summateds Ratings)

Likert (1932) mengajukan metodenya sebagai alternatif yang lebih sederhana dibandingkan dengan skala Thurstone. Skala Thurstone yang terdiri dari 11 point disederhanakan menjadi dua kelompok, yaitu yang favorable dan yang unfavorable. Sedangkan item yang netral tidak

disetarakan. Untuk mengatasi hilangnya netral tersebut, Likert menggunakan teknik konstruksi test yang lain. Masing-masing responden diminta melakukan agreement atau disagreement-nya untuk masing-masing item dalam skala yang terdiri dari 5 point (sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju). Semua item yang favorable kemudian diubah nilainya dalam angka, yaitu untuk sangat setuju nilainya 5 sedangkan untuk yang sangat tidak setuju nilainya 1. Sebaliknya, untuk item yang unfavorable nilai skala sangat setuju adalah 1 sedangkan untuk yang sangat tidak setuju nilainya 5. Seperti halnya Skala Thurstone, skala Likert disusun dan diberi skor sesuai dengan skala interval sama (*equal-interval scale*).

c. *Unobstrusive Measures*

Metode ini berakar dari suatu situasi dimana seseorang dapat mencatat aspek-aspek perilakunya sendiri atau yang berhubungan sikapnya dalam pertanyaan.

d. *Multidimensional Scaling*

Teknik ini memberikan deskripsi seseorang lebih kaya bila dibandingkan dengan pengukuran sikap yang bersifat unidimensional. Namun demikian, pengukuran ini kadangkala menyebabkan asumsi-asumsi mengenai stabilitas struktur dimensial kurang valid terutama apabila stabilitas diterapkan pada lain orang, lain isu, dan lain skala item.

e. *Pengukuran Involuntary Behavior* (pengukuran terselubung)

- 1) Pengukuran dapat dilakukan jika memang diinginkan atau dapat dilakukan oleh responden
- 2) Dalam banyak situasi, akurasi pengukuran sikap dipengaruhi oleh kerelaan responden.
- 3) Pendekatan ini merupakan pendekatan observasi terhadap reaksi-reaksi fisiologis yang terjadi tanpa disadari dilakukan oleh individu yang bersangkutan.
- 4) *Observer* dapat menginterpretasikan sikap individu mulai dari *facial reaction, voice tones, body gesture*, keringat, dilatasi pupil mata, detak jantung, dan beberapa aspek fisiologis lainnya.

2.1.9 Cara Pengukuran Sikap

Penilaian sikap tidak dapat dilakukan secara cermat apabila hanya melalui pertanyaan secara langsung maupun observasi tingkah laku. Metode pengukuran sikap yang dapat diandalkan dan memberikan penafsiran terhadap sikap manusia adalah pengukuran melalui skala sikap yang dikemukakan oleh Saifuddin Azwar (2012). Salah satu aspek yang sangat penting guna memahami sikap dan perilaku manusia adalah masalah pengukuran (*assessment*) dan pengukuran (*measurement*) sikap (Azwar S, 2012).

Menurut Azwar S (2012) cara untuk melakukan pengukuran sikap menggunakan Skala Likert yaitu Menurut Likert dalam buku Azwar S (2012), sikap dapat diukur dengan metode rating yang dijumlahkan

(*Method of Summated Ratings*). Metode ini merupakan metode penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respons sebagai dasar penentuan nilai skalanya. Nilai skala setiap pernyataan tidak ditentukan oleh derajat *favourable* nya masing-masing akan tetapi ditentukan oleh distribusi respons setuju dan tidak setuju dari sekelompok responden yang bertindak sebagai kelompok uji coba (*pilot study*).

Prosedur penskalaan dengan metode rating yang dijumlahkan didasari oleh 2 asumsi (Azwar S, 2012) yaitu:

- a. Setiap pernyataan sikap yang telah ditulis dapat disepakati sebagai pernyataan yang *favorable* atau pernyataan yang tidak *favourable*.
- b. Jawaban yang diberikan oleh individu yang mempunyai sikap positif harus diberi bobot atau nilai yang lebih tinggi daripada jawaban yang diberikan oleh responden yang mempunyaipernyataan negatif.

Suatu cara untuk memberikan interpretasi terhadap skor individual dalam skala rating yang dijumlahkan adalah dengan membandingkan skor tersebut dengan harga rata-rata atau mean skor kelompok di mana responden itu termasuk (Azwar S, 2012, p.155).

Salah satu skor standar yang biasanya digunakan dalam skala model Likert adalah skor-T yaitu:

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{S} \right]$$

Keterangan:

X = Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T

\bar{X} = Mean skor kelompok

s = Deviasi standar skor kelompok

Perlu pula diingat bahwa perhitungan harga \bar{X} dan s tidak dilakukan pada distribusi skor total keseluruhan responden, yaitu skor sikap para responden untuk keseluruhan pernyataan (Azwar, 2012). Skor sikap yaitu skor X perlu diubah ke dalam skor T agar dapat diinterpretasikan. Skor T tidak tergantung pada banyaknya pernyataan, akan tetapi tergantung pada mean dan deviasi standar pada skor kelompok. Jika skor T yang didapat lebih besar daari nilai mean maka mempunyai sikap cenderung lebih *favourable* atau positif. Sebaliknya jika skor T yang didapat lebih kecil dari nilai mean maka mempunyai sikap cenderung *unfavourable* atau negatif (Azwar, 2012).

2.2 Konsep Teori Kesiapan

2.2.1 Pengertian

Menurut Kamus Psikologi, kesiapan (*Readiness*) adalah suatu titik kematangan untuk menerima dan mempraktekkan tingkah laku tertentu.

Menurut Slameto (2010:113), kesiapan adalah keseluruhan kondisi seseorang yang membuatnya siap untuk memberikan respon atau jawaban dalam cara tertentu terhadap suatu situasi. Penyesuaian kondisi pada suatu saat akan berpengaruh atau kecenderungan untuk memberirespon.

Menurut Jamies Drever (dalam Slameto 2010:59) *Readiness* adalah *Preparedness to respond or react*. Kesiapan adalah kesediaan untuk memberi respon atau bereaksi.

Menurut Thorndike (dalam Slameto, 2010:114) kesiapan adalah prasyarat untuk belajar ke tahap berikutnya.

Menurut Kuswahyuni (dalam 2009:27) kesiapan adalah suatu tindakan yang dilakukan seseorang untuk merancang sesuatu.

Menurut Soekanto (1998:191) ada yang mengatakan bahwa *readiness* sebagai kesiapan atau kesediaan orang untuk berbuat sesuatu. Seorang ahli bernama Cronbach memberikan pengertian tentang *readiness* sebagai segenap sifat atau kekuatan yang membuat seseorang dapat bereaksi dengan cara tertentu

Kesiapan adalah kesediaan seseorang memberikan respon sehingga dapat merencanakan sesuatu. Kesiapan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kematangan dan kesediaan suami secara material maupun non material dalam proses rujukan pada ibu hamil beresiko tinggi. Dalam hal ini, peran aktif suami sangat diperlukan karena suami memiliki tanggungjawab dalam kehamilan tersebut.

2.2.2 Prinsip-prinsip Kesiapan

a. Menurut Slameto (2010:115) prinsip-prinsip kesiapan meliputi:

- 1) Semua aspek perkembangan berinteraksi (saling pengaruh dan mempengaruhi).
- 2) Kematangan jasmani dan rohani adalah perlu untuk memperoleh

manfaat dan pengalaman.

3) Pengalaman-pengalaman mempunyai pengaruh yang positif terhadap kesiapan.

4) Kesiapan dasar untuk kegiatan tertentu terbentuk dalam periode tertentu selama masa pembentukan dalam masa perkembangan.

b. Menurut Soekanto (1998:192) prinsip bagi perkembangan readiness, diantaranya:

1) Semua aspek pertumbuhan berinteraksi dan bersama membentuk readiness.

2) Pengalaman seseorang ikut mempengaruhi pertumbuhan fisiologi individu.

3) Pengalaman mempunyai efek kumulatif dalam perkembangan fungsi–fungsi kepribadian individu, baik yang jasmaniah maupun yang rohaniyah.

4) Apabila readiness untuk melaksanakan kegiatan tertentu terbentuk pada diri seseorang, maka saat–saat tertentu dalam kehidupan seseorang merupakan masa formatif bagi perkembangan pribadinya.

2.2.3 Macam–macam Kesiapan

Berikut macam–macam kesiapan (dalam Kuswahyuni, 2009: 27-28) :

a. Kesiapan Diri

Kesiapan diri adalah terbangunnya kekuatan yang dipadu dengan keberanian fisik dalam diri yang berakal sehat sehingga dapat

menghadapi segala sesuatu dengan gagah berani.

b. Kesiapan Kecerdasan

Kesiapan kecerdasan adalah kesigapan bertindak dan kecakapan memahami bisa tumbuh dari berbagai kualitas.

2.2.4 Faktor-faktor Kesiapan

Beberapa faktor dari kesiapan menghadapi ujian, yaitu:

a. Menurut Slameto (2010:113) kondisi kesiapan mencakup 3 aspek, yaitu:

- 1) Kondisi fsiki, mental, dan emosional
- 2) Kebutuhan-kebutuhan, motif, dan tujuan
- 3) Keterampilan, pengetahuan, dan pengertian yang lain yang telah dipelajari.

b. Menurut Dalyono (2005:55) faktor kesiapan terbagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal, meliputi:

- 1) Faktor Internal, seperti kesehatan, intelegensi dan bakat, minat dan motivasi.
- 2) Faktor eksternal, seperti keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar.

2.2.5 Kesiapan Suami

Dalam hal ini, kesiapan suami merupakan saat-saat dimana suami siap menjaga istrinya pada saat hamil, bersalin, dan nifas. Kesiapan suami dapat disebut juga dengan suami siaga. Suami siaga merupakan bentuk pendampingan yang diberikan kepada ibu, karena salah satu orang terdekat

ibu adalah suami. Program suami siaga (Suami Siap Antar Jaga) dikembangkan untuk mendukung program GSI. Suami menyiapkan biaya pemeriksaan dan persalinan, siap mengantar istri ke tempat pemeriksaan dan melahirkan, serta siap menjaga dan menunggu istri melahirkan.

Suami siaga adalah suami yang siap menjaga istrinya yang sedang hamil, menyediakan tabungan bersalin, serta memberikan kewenangan untuk menggunakannya apabila terjadi masalah kehamilan. Suami siaga mempunyai jaringan dengan tetangga potensial yang mampu mengatasi masalah kegawatdaruratan kebidanan. Suami siaga juga memiliki pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas dan mengutamakan keselamatan istri. Dalam konsep suami siaga, seorang suami dengan istri yang sedang hamil diharapkan siap mewaspadai setiap risiko kehamilan yang muncul, menjaga agar istri tidak melakukan hal-hal yang mengganggu kesehatan dan kehamilannya, serta segera mengantar ke rujukan terdekat bila ada tanda-tanda komplikasi kehamilan. Jika peran SIAGA ini dijalankan, diharapkan keterlambatan yang kerap menjadi penyebab kematian ibu melahirkan tidak terjadi. Keterlambatan yang dimaksud mencakup terlambat mengetahui kelainan kehamilan dan persalinan, terlambat memutuskan untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan, terlambat menerima perawatan yang tepat (Yulifah, 2014).

Suami siaga :

- a. **Siap**, suami hendaknya waspada dan bertindak atau mengantisipasi jika melihat tanda dan bahaya kehamilan.

- b. *Antar*, suami hendaknya merencanakan angkutan dan menyediakan donor darah jika diperlukan.
- c. *Jaga*, suami hendaknya mendampingi istri selama proses dan selesai persalinan.

Menurut Yulifah (2014) untuk menjadi suami yang benar-benar siaga, harus dibekali dengan pengetahuan tentang beberapa hal berikut:

- a. Upaya menyelamatkan ibu hamil
- b. Tiga terlambat, yaitu terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan.
- c. Empat terlalu, yaitu terlalu muda saat hamil, terlalu tua saat hamil, terlalu banyak anak dan terlalu dekat usia kehamilan.
- d. Perawatan kehamilan, tabungan persalinan, donor darah, tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas, serta pentingnya pencegahan dan mengatasi masalah kehamilan secara tepat.
- e. Transportasi siaga dan pentingnya rujukan. Dengan demikian perhatian suami dan keluarga bertambah dalam memahami dan mengambil peran yang lebih aktif serta memberikan kasih sayang pada istri terutama pada saat sebelum kehamilan, selama kehamilan, persalinan dan sesudah persalinan .

2.2.6 Peran dan Keterlibatan Suami dalam Kehamilan

Dukungan dan peran serta suami dalam masa kehamilan terbukti meningkatkan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan,

bahkan jaga produksi ASI. Keterlibatan suami sejak awal kehamilan, sudah pasti akan mempermudah dan meringankan pasangan dalam menjalani dan mengatasi berbagai perubahan yang terjadi pada tubuhnya akibat hadirnya sesosok "manusia mungil" didalam perutnya. Bahkan, keikutsertaan suami secara aktif dalam masa kehamilan, menurut sebuah penelitian yang dimuat dalam artikel berjudul "What Your Parthner Might Need From You During Pregnancy" terbitan Allina Hospitals & Clinics (tahun 2001), Amerika Serikat, keberhasilan istri dalam mencukupi kebutuhan ASI untuk si bayi kelak sangat ditentukan oleh seberapa besar peran dan keterlibatan suami dalam masa-masa kehamilan.

Peran dan keterlibatan suami yang dapat dilakukan:

- a. Membantu mempertahankan dan meningkatkan kesehatan istri yang sedang hamil.
- b. Memberikan perhatian dan kasih sayang kepada istri
- c. Mengajak dan mengantar istri untuk memeriksa kehamilan kefasilitas kesehatan yang terdekat minimal 4 kali selama kehamilan.
- d. Memenuhi kebutuhan gizi bagi istrinya agar tidak terjadi anemia dan memperoleh istirahat yang cukup.
- e. Mempelajari gejala komplikasi pada kehamilan.
- f. Menyiapkan biaya melahirkan dan biaya transportasi.
- g. Melakukan rujukan kefasilitas yang lebih lengkap sedini mungkin.

2.3 Rujukan

2.3.1 Pengertian

Sistem rujukan adalah sistem yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatif dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan dan neonatal di wilayah mereka berada (Depkes RI, 2006).

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetri adalah suatu pelimpahan tanggungjawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal, maksudnya adalah rujukan dan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap. Rujukan horizontal adalah konsultasi dan komunikasi antar unit yang ada dalam satu rumah sakit (Karwati, 2011).

2.3.2 Tujuan Sistem Rujukan

Sistem rujukan bertujuan agar pasien mendapatkan pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu sehingga jiwanya dapat terselamatkan, dengan demikian dapat menurunkan AKI dan AKB (Meilani, 2009).

2.3.3 Jenis Rujukan

Jenis rujukan menurut Rochjati (2004) sebagai berikut:

a. Rujukan Dini Berencana (RDB)

1) Bagi ibu resiko tinggi masih sehat

Di dalam RDB terdapat pengertian Rujukan Dalam Rahim (RDR) atau Rujukan In Utero (RIU).

2) Bagi janin resiko tinggi belum gawat darurat

Batasan Rujukan Dini Berencana:

- a) Rujukan dilakukan pada ibu hamil Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO), dan Ada Gawat Obstetrik (AGO) masih sehat yang diperkirakan mungkin mengalami komplikasi dalam persalinan.
- b) Ibu dirujuk pada hari-hari dekat persalinan, 38 minggu atau lebih (*near term*), ibu belum inpartu, belum ada tanda persalinan, belum ada komplikasi peralihan.

Manfaat RDB dalam pengiriman, penanganan di RS :

1) Pengiriman ibu ke rumah sakit

- a) Ada kemudahan untuk pergi berangkat ke pusat rujukan, ibu dapat berjalan sendiri tanpa kesakitan, tidak membutuhkan alat dan obat.
- b) Transportasi menggunakan kendaraan umum, ibu duduk santai dengan biaya murah.

2) Keuntungan dan kemudahan di rumah sakit

- a) Ibu resiko tinggi sehat dan kondisi baik, sebelum tindakan tidak butuh stabilisasi.
- b) KIE dengan santai kepada ibu hamil dan suami.

- c) Tindakan dapat direncanakan pada waktunya.
 - d) Alat, obat dan prosedur standar dapat menggunakan obat generik, dengan biaya yang jauh lebih murah.
 - e) Lama hari perawatan pendek, dan perawatan pasca operasi dapat diteruskan di puskesmas.
- 3) Hasil persalinan dengan ibu dan bayi hidup sehat, bayi mendapat ASI, dan ibu segera mendapat penyuluhan untuk pemberian Keluarga Berencana.

Rujukan Dini Berencana (RDB) dilakukan antara lain pada ibu bekas seksio dengan panggul sempit, letak lintang, letak sungsang, ibu tinggi badan rendah < 145 cm dan pada janin besar.

Pada semua ibu hamil terutama pada kehamilan I, pada kehamilan 9 bulan (>38 minggu) pada hari dekat persalinan oleh tenaga kesehatan, bidan di desa yang jauh dari akses rujukan melakukan skrining terakhir untuk mengetahui: “apakah ada disproporsi antara besar kepala dan luas panggul”.

b. Rujukan Dalam Rahim (RDR)

Dalam RDB bagi ibu resiko tinggi ada pengertian rujukan terencana bagi janin resiko tinggi sehat, yang disebut Rujukan Dalam Rahim (RDR) misalnya pada ibu diabetes mellitus atau ibu dengan penyakit anemia berat: ada kebutuhan penanganan persalinan oleh dokter spesialis obstetri ginekologi dan perawatan keahlihan dari dokter spesialis anak pada jam-jam pertama segera setelah bayi baru lahir.

1) Manfaat Rujukan dalam Rahim bagi janin/bayi

Menurut Hobel (1976), selama dalam perjalanan/pengiriman untuk merujuk janin resiko tinggi, janin dalam rahim ibu mempunyai banyak keuntungan: rahim ibu merupakan alat transportasi yang paling murah, aman, nyaman, hangat, bersih, dan steril. Rahim ibu merupakan inkubator alami dengan pemberian nutrisi bagi janin. Perlindungan fisik dan hubungan/ikatan batin antara ibu/janin dalam rahim tetap ada.

Hasil penelitian Brown, dkk (1977) didapatkan :

- a) Kebutuhan hari perawatan bayi lebih pendek.
- b) Kesakitan/kematian bayi rujukan dalam rahim (RDR) lebih rendah jika dibandingkan dengan bayi-bayi yang dikirim ke rumah sakit setelah dilahirkan, misalnya pada bayi baru lahir dengan partus prematurus imminens.

2) Peran dukun

Sejak awal kehamilan dan pengenalan adanya masalah, dukun segera dilibatkan dan ternyata sangat berperan dalam meyakinkan ibu hamil, suami, dan keluarga akan manfaat rujukan ke rumah sakit, bahkan dukun mendampingi berangkat ke rumah sakit.

3) Peran PKK

Setelah mendapat pelatihan ditambah dengan pengalaman kehamilan/persalinan pada dirinya, dapat melakukan skrining

antenatal, menemukan masalah/ faktor resiko dan KIE kepada ibu hamil, suami, dan keluarga.

c. Rujukan Tepat Waktu (RTW)

Batasan Rujukan Tepat Waktu (RTW)

Rujukan harus segera dilakukan dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayinya, pada:

- 1) Ibu Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO)
 - (a) Perdarahan ante partum yang belum sampai mengalami syok maupun anemia berat.
 - (b) Pre eklampsia berat/eklampsia belum ada tanda-tanda eklampsia berat, yaitu belum ada sindroma HELLP (hemolisis, peningkatan enzim dari hepar, penurunan jumlah trombosit), sebagai gagal fungsi hati, gangguan pembekuan darah.
- 2) Ibu dengan Komplikasi Obstetrik (KO) yang dini

Pada tiap persalinan KRR, KRT dan KRST semua penolong persalinan waspada ('allert') terhaap komplikasi persalinan, menemukan dini, menangani sendiri atau memberikan pertolongan pertama lalu RTW ke rumah sakit.

2.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rujukan

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya rujukan, termasuk dalam keadaan darurat, yaitu apabila:

- a. Riwayat seksio sesaria
- b. Perdarahan pervaginam

- c. Persalinan kurang bulan
- d. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
- e. Ketuban pecah lama (kurang lebih 24 jam)
- f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan
- g. Ikterus
- h. Anemia berat
- i. Tanda/gejala infeksi
- j. Preeklamsia
- k. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
- l. Gawat janin
- m. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- n. Presentasi bukan belakang kepala
- o. Presentasi ganda
- p. Kehamilan gemeli
- q. Presentasi majemuk
- r. Tali pusat menumbung

2.3.5 Jalur Rujukan

Menurut Meilani (2009) jalur rujukan untuk kasus gawat darurat dapat dilaksanakan sebagai berikut:

- a. Dari Kader

Dapat langsung merujuk ke:

- 1) Puskesmas pembantu

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

b. Dari Posyandu

Dapat langsung merujuk ke:

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

c. Dari Puskesmas Pembantu

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

d. Dari Pondok bersalin / Bidan Desa

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

2.3.6 Persiapan Rujukan

Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan, disingkat “BAKSOKUDa” yang dijabarkan (Karwati, 2011) sebagai berikut:

- B (bidan) : pastikan ibu/bayi/klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan melakukan kegawatdaruratan.
- A (alat) : bawa perlengkapan dan bahan – bahan yang diperlukan, seperti spuit, infus set, tensimeter,

- dan stetoskop.
- K (keluarga) : beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menerima Ibu (klien) ke tempat rujukan.
- S (surat) : beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat – obat yang telah diterima ibu (klien).
- O (obat) : bawa obat – obat esensial diperlukan selama perjalanan merujuk.
- K (kendaraan) : siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat.
- U (uang) : ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang di perlukan di tempat rujukan.
- Da (donor darah) : darah untuk transfusi bila diperlukan.

2.3.7 Keuntungan Sistem Rujukan

Beberapa keuntungan sistem rujukan menurut Karwati (2011) diantaranya:

- a. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarga.
- b. Dengan adanya penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing – masing.
- c. Masyarakat desa dapat menikmati tenaga ahli.

2.3.8 Mekanisme Rujukan

- a. Menentukan kegawatdaruratan pada tingkat kader, bidan desa, pustu dan puskesmas (Meilani, 2009).
 - 1) Pada tingkat Kader

Bila ditemukan ibu hamil beresiko tinggi yang tidak dapat ditangani sendiri maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat karena mereka belum dapat menetapkan tingkat kegawatdaruratan.
 - 2) Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas

Tenaga kesehatan harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui. Sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.
- b. Peran suami dalam sistem rujukan dapat dimulai dari pengambilan keputusan saat diketahui adanya kegawatdaruratan pada ibu hamil sehingga dapat menentukan fasilitas kesehatan yang akan dituju pada saat akan dilakukan rujukan.

- c. Memberikan informasi kepada ibu hamil beresiko tinggi dan suaminya perlu diberikan informasi tentang perlunya penderitanya segera dirujuk mendapatkan pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu (Meilani, 2009).
- d. Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang ditunju melalui telepon atau radio komunikasi pelayanan kesehatan yang lebih mampu (Meilani, 2009).
- e. Persiapan penderita (Meilani, 2009).
 - 1) Sebelum dikirim keadaan umum penderita harus diperbaiki terlebih dahulu. Keadaan umum ini perlu dipertahankan selama dalam perjalanan, surat rujukan harus dipersiapkan sesuai dengan format rujukan dan seorang bidan harus mendampingi penderita dalam perjalanan sampai ke tempat rujukan.
 - 2) Surat rujukan perlu disiapkan sesuai dengan format rujukan.
 - 3) Dalam hal penderita gawat darurat seorang bidan perlu mendampingi penderita dalam perjalanan.
- f. Pengiriman penderita (Meilani, 2009).

Untuk mempercepat sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan/sarana transportasi yang tersedia untuk mengangkut penderita.
- g. Tindak lanjut penderita (Meilani, 2009).
 - 1) Untuk penderita yang telah dikembalikan dan memerlukan tindak lanjut, dilakukan tindakan sesuai dengan saran yang diberikan.

- 2) Bagi penderita yang memerlukan tindak lanjut tapi tidak melapor, maka dilakukan kunjungan rumah.

2.4 Kehamilan Beresiko Tinggi

2.4.1 Pengertian

Kehamilan Risiko Tinggi adalah salah satu kehamilan yang di dalamnya kehidupan atau kesehatan ibu atau janin dalam bahaya akibat gangguan kehamilan yang kebetulan atau unik. **Menurut Poedji Rochyati dkk.** Mengemukakan kriteria KRT sebagai berikut:

Resiko

Resiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, seperti kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan, atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan bayi.

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut **SKOR**. Digunakan angka bulat di bawah 10, sebagai angka dasar 2, 4 dan 8 pada tiap faktor untuk membedakan risiko yang rendah, risiko menengah, risiko tinggi. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi tiga kelompok:

a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Kehamilan tanpa masalah / faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

Kehamilan dengan faktor risiko:

- 1) Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan atau banyinya, membutuhkan di rujuk tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.
- 2) Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, tingkat risiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter Spesialis. (Rochjati, 2011).

2.4.2 Kehamilan Resiko Tinggi

a. Riwayat Obstetric Jelek (ROJ)

Dapat terjadi pada ibu hamil dengan:

- 1) Kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami:
 - a) Keguguran
 - b) Lahir belum cukup bulan
 - c) Lahir mati
 - d) Lahir hidup lalu mati umur ≤ 7 hari
- 2) Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.

Bahaya yang dapat terjadi:

- a) Kegagalan kehamilan dapat berulang dan terjadi lagi, dengan tanda-tanda pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya keluar darah, perut kencang.
- b) Penyakit dari ibu yang menyebabkan kegagalan kehamilan, misalnya: Diabetes mellitus, radang saluran kencing, dll (Rochjati, 2011).

b. Persalinan yang Lalu dengan Tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau per-vaginam:

- 1) Tindakan dengan cunam / forcep / vakum. Bahaya yang dapat terjadi:
 - a) Robekan / perlukaan pada jalan lahir
 - b) Perdarahan pasca persalinan
- 2) Uri manual, yaitu: tindakan pengeluaran uri/ari-ari/plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan pada keadaan bila:
 - a) Ditunggu 30 menit uri tidak dapat lahir sendiri
 - b) Setelah bayi lahir serta uri belum lahir terjadi perdarahan banyak > 500 cc

Bahaya yang dapat terjadi:

- (1) Radang, bila tangan penolong tidak steril
- (2) Perforasi, yaitu: jari si penolong menembus rahim

(3) Perdarahan

3) Ibu diberi infus / transfusi pada persalinan lalu. Persalinan yang lalu mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500 cc, sehingga ibu menjadi syok dan membutuhkan infus, serta transfusi darah. Pemberian infus/transfusi pada ibu tersebut, merupakan tindakan yang dapat menyelamatkan ibu hamil. Transfusi diberikan di rumah sakit rujukan (Rochjati, 2011).

c. Bekas Operasi Sesar

Ibu hamil, pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan/persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim. Keadaan ini dapat terjadi pada operasi sesar klasik (corporil), yaitu: rahim dibuka pada badan rahim, tetapi tidak pada bagian bawah dari rahim. Bahaya pada robekan rahim :

- 1) Kematian janin dan kematian ibu
- 2) Perdarahan dan infeksi (Rochjati, 2011).

d. Penyakit pada Ibu Hamil

1) Anemia (kurang darah)

Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan dengan anemia berat (Hb < 6 gr%):

- a) Kematian janin dalam kandungan
- b) Persalinan prematur, pada kehamilan kurang dari 37 minggu

- c) Persalinan lama
- d) Perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2011).

2) Kencing Manis (Diabetes Mellitus)

Pengaruh kencing manis terhadap kehamilan tergantung pada berat ringannya penyakit, pengobatan dan perawatannya. Pengobatan kencing manis menjadi lebih sulit karena pengaruh kehamilan. Kehamilan akan memperberat kencing manis dan memperbesar kemungkinan timbulnya komplikasi seperti koma (ibu tidak sadar).

Bahaya yang dapat terjadi:

- a) Persalinan prematur (belum cukup bulan, kurang dari 37 minggu)
- b) Hydramnion
- c) Kelainan bawaan
- d) Kelahiran bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gram
- e) Kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan minggu ke-36
- f) Kematian bayi perinatal (yaitu: bayi lahir hidup, kemudian mati pada umur kurang dari 7 hari) (Rochjati, 2011).

3) HIV / AIDS

Bahaya yang dapat terjadi:

- a) Pada HIV terjadi gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil mudah terkena infeksi.

- b) Kehamilan memperburuk progresifitas infeksi HIV, sebaliknya efek HIV pada kehamilan adalah pertumbuhan intra uterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan risiko prematur.
- c) Bayi juga dapat tertular dalam kandungan atau tertular melalui ASI (Rochjati, 2011).

Jika seorang ibu hamil atau pasangannya dicurigai memiliki risiko menderita HIV atau AIDS maka harus dilakukan penapisan terhadap kedua penyakit tersebut melalui pemeriksaan darah. Wanita hamil yang menderita HIV atau AIDS akan ditangani secara khusus di rumah sakit pusat rujukan.

e. Pre-Eklamsia Ringan

Sedikit bengkak pada kaki atau tungkai bawah pada kehamilan 6 bulan ke atas mungkin masih normal yang disebabkan oleh karena tungkai banyak di gantung atau kekurangan vitamin B1. Tetapi, bengkak pada tangan atau wajah disertai tekanan darah tinggi sedikit meningkat, berarti ada pre-eklamsi ringan .

Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini yaitu :

Bila keracunan kehamilan tidak mendapat perawatan / pengobatan dari dokter Puskesmas Rawat Inap, akan menjadi lebih berat disebut **pre-eklamsi** berat dan kemudian timbul serangan kejang-kejang seperti ayan disebut **eklamsia**.

Bahaya bagi janin, pada ibu dengan pre-eklamsi adalah:

- 1) Memberikan gangguan pertumbuhan janin dalam rahim ibu dan bayi lahir lebih kecil.
- 2) Janin mati dalam kandungan (Rochjati, 2011).

f. Hamil Kembar

Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu:

- 1) Keracunan kehamilan
- 2) Kembar air (air ketuban banyak sekali)
- 3) Ibu kurang darah
- 4) Persalinan prematur, yaitu bayi lahir kurang bulan dengan berat badan lahir rendah/BBLR, kurang dari 2500 gram.
- 5) Kelainan letak, dimana dalam rahim 2 janin atau lebih dengan letak kepala, sungsang atau lintang.
- 6) Persalinan sukar
- 7) Timbul perdarahan setelah bayi dan uri keluar (Rochjati, 2011).

g. Hidramnion / Hamil Kembar Air

Bahaya yang dapat terjadi:

- 1) Keracunan kehamilan
- 2) Cacat bawaan pada bayi
- 3) Kelainan letak
- 4) Persalinan prematur, kurang bulan, berat lahir < 2500 gram
- 5) Perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2011).

h. Janin Mati Dalam Rahim

Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan ibu pertama kali pada umur kehamilan 4-5 bulan. Sejak saat itu gerakan janin sering dirasakan ibu. Janin sehat bergerak secara teratur. Bila gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan janin mungkin terancam. Ibu perlu segera mencari pertolongan.

Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim, yaitu:

Janin mati terlalu lama dalam rahim menimbulkan gangguan pada ibu. Bahaya yang terjadi berupa gangguan pembekuan darah, disebabkan oleh zat-zat berasal dari jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu (Rochjati, 2011).

i. Letak Sungsang

Letak sungsang: pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bayi letak sungsang lebih sukar lahir, karena kepala lahir terakhir. Pada kehamilan normal: kepala janin berada di bagian bawah rahim ibu dan menghadap ke arah punggung ibu. Menjelang persalinan, kepala akan turun dan masuk rongga panggul ibu.

Bahaya yang dapat timbul pada kelainan letak sungsang:

Persalinan dapat macet pada bahu, kepala sangat sukar dilahirkan akibatnya:

- 1) Bayi lahir bebang putih yaitu gawat napas yang berat
- 2) Bayi dapat mati (Rochjati, 2011).

j. Letak Lintang

Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang:

Pada persalinan yang tidak di tangani dengan benar, dapat terjadi :

- 1) Robekan rahim
- 2) Akibat robekan rahim:
 - a) Bahaya bagi ibu:
 - (1) Perdarahan yang mengakibatkan anemia berat
 - (2) Infeksi
 - (3) Ibu syok dan dapat mati
 - b) Bahaya bagi janin

Janin mati (Rochjati, 2011).

k. Perdarahan Antepartum

(Perdarahan sebelum persalinan, perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi)

Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum.

Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan atau janinnya, perdarahan dapat keluar:

- 1) Sedikit-sedikit tetapi terus-menerus, lama-lama ibu menderita anemia berat.

2) Sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok, lemas/nadi kecil dan tekanan darah menurun.

Perdarahan dapat terjadi pada:

a) Uri (ari-ari atau plasenta) melekat di bagian bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh mulut rahim, keadaan ini disebut: **Plasenta Previa**. Pada kehamilan normal uri dalam rahim terletak dibagian atas.

b) Karena sesuatu sebab, misalnya: trauma/kecelakaan, tekanan darah tinggi atau pre-eklampsia, maka terjadilah perdarahan pada tempat melekat plasenta pada dinding rahim. Akibat perdarahan yang terjadi, menyebabkan adanya penumpukan darah beku di belakang plasenta (di antara dinding rahim dan plasenta), sehingga plasenta sebagian atau seluruhnya akan lepas dari tempat melekatnya, keadaan ini disebut: **Solusio Plasenta** .

Bahaya yang dapat terjadi akibat perdarahan yang keluar sebelum bayi lahir :

(1) Bayi terpaksa dilahirkan sebelum cukup bulan

(2) Dapat membahayakan ibu:

(a) Kehilangan darah, timbul anemia berat dan syok

(b) Ibu dapat meninggal

(3) Dapat membahayakan janinnya yaitu mati dalam kandungan (Rochjati, 2011).

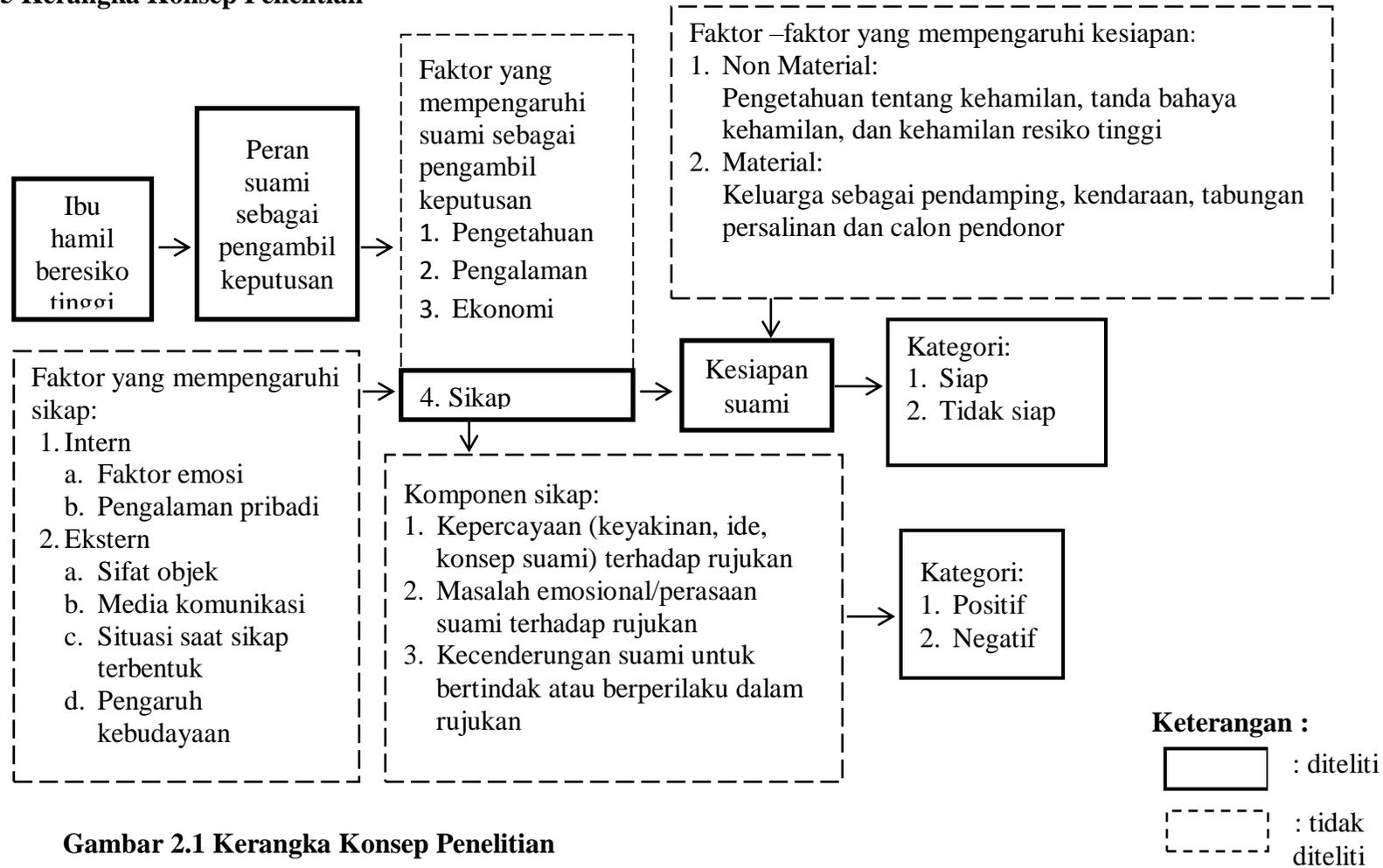
I. Pre-Eklamsia Berat / Eklamsia

Pre-eklamsia berat terjadi bila ibu dengan pre-eklamsia ringan tidak dirawat, ditangani dan diobati dengan benar. Pre-eklamsia berat bila tidak ditangani dengan benar akan terjadi kejang-kejang, menjadi eklamsia. Pada waktu kejang, sudip lidah dimasukkan ke dalam mulut ibu diantara kedua rahang, supaya lidah tidak tergigit.

Bahaya yang dapat terjadi yaitu :

- 1) Bahaya bagi ibu, dapat tidak sadar (koma) sampai meninggal
- 2) Bahaya bagi janin:
 - a) Dalam kehamilan ada gangguan pertumbuhan janin dan bayi lahir kecil
 - b) Mati dalam kandungan (Rochjati, 2011).

2.5 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

2.6 Hipotesis

H1 : Ada hubungan sikap dengan kesiapan suami tentang rujukan pada ibu hamil beresiko tinggi