

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

“Dan Allah menciptakan kamu dari tanah kemudian dari air mani, kemudian Dia menjadikan kamu berpasangan (laki-laki dan perempuan). Dan tidak ada seorang perempuanpun mengandung dan tidak (pula) melahirkan melainkan dengan sepengetahuan-Nya. Dan sekali-kali tidak dipanjangkan umur seorang yang berumur panjang dan tidak pula dikurangi umurnya, melainkan (sudah ditetapkan) dalam Kitab (Lauh Mahfuzh). Sesungguhnya yang demikian itu bagi Allah adalah mudah” (Faathir 11).

“Dan kami perintahkan kepada manusia (agar berbuat baik) kepada kedua orang ibu bapaknya; ibunya telah mengandung dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah, dan menyapihnya dalam dua tahun. Bersyukurlah kepada-Ku dan kepada dua orang ibu bapakmu, hanya kepada-Kulah kembalimu” (Luqman 14).

Mengandung dan melahirkan adalah anugerah yang diberikan oleh Allah SWT kepada seorang wanita. Kehamilan dan persalinan merupakan proses fisiologis, namun demikian wanita mempunyai risiko terhadap kesehatan fisik maupun mental selama proses kehamilan dan

persalinan. Menurut Rochjati, (2003) *cit* Irma (2008) ibu hamil bisa menghadapi kegawatan dengan derajat ringan sampai berat yang dapat memberikan bahaya terjadinya ketidaknyamanan, kesakitan, kecacatan bahkan kematian bagi ibu hamil risiko tinggi maupun rendah yang mengalami komplikasi pada persalinan.

Wanita-wanita yang telah terdeteksi dalam risiko tinggi, antara lain oleh karena faktor-faktor seperti tinggi tubuh (berhubungan dengan disproporsi panggul sehingga berisiko persalinan obstruktif), umur ibu <20 tahun atau >35 tahun, paritas, diet atau kondisi-kondisi sebelumnya seperti diabetes dan hipertensi. Wanita-wanita tersebut memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami komplikasi dibanding para wanita yang tidak memiliki faktor risiko. Hal ini dapat mempertinggi Angka Kematian Maternal (Christian, 2007).

Negara Indonesia memiliki Angka Kematian Maternal (AKM) yang terus meningkat dari tahun ke tahun dibanding negara ASEAN lainnya. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007, angka kematian ibu di Indonesia sebesar 148 per 100.000 kelahiran. Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia, seperti halnya di negara lain adalah perdarahan, infeksi dan eklamsia. Hanya sekitar 5% kematian ibu disebabkan oleh penyakit yang memburuk akibat kehamilan, misalnya penyakit jantung dan infeksi yang kronis. Penyebab tak langsung kematian

ibu antara lain adalah anemia, kurang energi kronis (KEK) dan keadaan “4 terlalu” atau terlalu muda atau tua, sering dan banyak (Saifuddin dkk, 2006).

Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan (Dinkes) DIY, Chadarie menerangkan angka kematian ibu pada tahun 2005 sebesar 110 per 100.000 kelahiran, sedangkan tahun 2006, 107 per 100.000 kelahiran, dan turun menjadi 105 per 100.000 kelahiran pada tahun 2007 dan 2008. Faktor utama penyebab kematian ibu di DIY adalah perdarahan (Dinkes DIY, 2008).

Menurut hasil survey Dinkes Provinsi Yogyakarta tahun 2006, jumlah kematian ibu di Kulon Progo yaitu 6 orang, Gunung Kidul yaitu 8 orang, Kota dan Bantul sebanyak 9 orang, sedangkan jumlah kematian ibu yang paling tinggi yaitu di Sleman sebanyak 12 orang dan pada tahun 2008 jumlah kematian ibu di Sleman sebanyak 11 orang.

Salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian ibu adalah melalui program *safe motherhood*. Intervensi strategis dalam upaya *safe motherhood* dinyatakan sebagai empat pilar *safe motherhood*, yaitu Keluarga Berencana (KB), Asuhan Antenatal, Persalinan bersih dan aman, Pelayanan Obstetri Esensial. Pelayanan obstetri esensial adalah program untuk memastikan bahwa pelayanan obstetri untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkannya. Jelas bahwa

hal ini membutuhkan dukungan tenaga kesehatan dalam pelaksanaannya sehingga prioritas Departemen Kesehatan yang dipaparkan oleh Menteri Kesehatan Dr.Fadillah Supari saat menjadi pembicara di hadapan peserta Tanwir Aisyiyah II di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY) untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dengan target menurunkan angka kematian ibu dan anak dapat tercapai (Anonim, 2009).

Sebagaimana penelitian Anya, et all (2008) di Gambia yang menyatakan bahwa rendahnya pemberian informasi, pendidikan, dan komunikasi oleh tenaga kesehatan kepada wanita-wanita hamil yang berisiko selama antenatal care memberikan kontribusi untuk meningkatkan angka kematian maternal di Gambia. Berdasarkan hal itu pemberian informasi, pendidikan, dan komunikasi selama antenatal care dibutuhkan untuk mendukung upaya percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI).

Upaya-upaya untuk mengurangi Angka Kematian Maternal dibutuhkan tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan untuk memberikan pelayanan yang optimal (Saifuddin dkk, 2006). Salah satu bentuk pelayanan yang optimal adalah dengan memberikan dukungan pada ibu hamil berisiko, dukungan mampu memberikan pengaruh positif melalui dua cara, yaitu secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung berupa dorongan untuk berperilaku lebih sehat dan secara tidak

langsung dukungan berfungsi untuk menurunkan ketegangan dan depresi sehingga tidak menimbulkan gangguan (Kaplant, 1995). Bentuk dukungan menurut Friedman (2003) *cit* Masriah (2008) dibagi menjadi 4 jenis, yaitu dukungan informasional, dukungan instrumental, dukungan emosional, dan dukungan penilaian.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 5 Oktober 2009, Puskesmas Mlati 2 merupakan bagian wilayah Kecamatan Mlati dengan layanan 24 jam, rawat jalan dan rawat inap. Wilayah desa binaan 3 yaitu Sumberadi, Tirtoadi, Tlogoadi. Berdasarkan data bulan Juni-September 2009 yang diperoleh dari bagian Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) 30 ibu hamil termasuk dalam kehamilan dengan faktor risiko tinggi, meliputi umur ibu <20 tahun berjumlah 11 orang, umur ibu >35 tahun berjumlah 11 orang, tinggi badan <145 cm berjumlah 4 orang, lingkaran lengan atas (lila) <23,5 cm berjumlah 1 orang, dan ibu hamil dengan riwayat abortus berjumlah 3 orang. Kematian maternal pada tahun 2009 di Puskesmas Mlati 2 berjumlah 1 orang. Penyebab kematian ibu dikarenakan menderita penyakit jantung.

Tingginya jumlah kehamilan berisiko di Puskesmas Mlati 2 merupakan ancaman kematian bagi ibu hamil berisiko dan merupakan tanggung jawab tenaga kesehatan untuk memberikan dukungan kepada ibu dengan kehamilan berisiko sehingga ancaman kematian dapat dihindarkan.

Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana persepsi ibu hamil beresiko terhadap dukungan sosial tenaga kesehatan di Puskesmas Mlati 2 Sleman Yogyakarta?

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana persepsi ibu hamil beresiko terhadap dukungan sosial tenaga kesehatan di Puskesmas Mlati 2 Sleman Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai persepsi ibu hamil beresiko terhadap dukungan sosial tenaga kesehatan di Puskesmas Mlati 2 Sleman Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya persepsi ibu hamil beresiko terhadap dukungan emosional tenaga kesehatan.
- b. Diketuinya persepsi ibu hamil beresiko terhadap dukungan informasi tenaga kesehatan.

- c. Diketuainya persepsi ibu hamil beresiko terhadap dukungan instrumental tenaga kesehatan.
- d. Diketuainya persepsi ibu hamil beresiko terhadap dukungan penilaian positif tenaga kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Puskesmas

Memberikan informasi kepada Puskesmas Mlati 2 sebagai salah satu bahan evaluasi terhadap dukungan tenaga kesehatan dengan lebih meningkatkan pelayanan kesehatan.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Memberikan sumbang saran bagi tenaga kesehatan di dalam perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan terutama pelayanan obstetri.

3. Bagi Ibu Hamil Beresiko

Memenuhi hak klien khususnya ibu hamil berisiko, yaitu hak untuk mendapatkan dukungan informasional, dukungan instrumental, dukungan emosional, dan dukungan penilaian.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dijadikan sebagai acuan dalam penelitian selanjutnya terkait masalah pada ibu hamil berisiko.

E. Keaslian Penelitian

Peneliti belum menemukan penelitian yang sama, tetapi ada beberapa penelitian yang sejenis dan mendukung penelitian ini:

1. Dewi (2008), Hubungan Antara Dukungan Sosial Pada Ibu

Hamil Berisiko Tinggi Dengan Sikap Ibu Dalam Menjalani Kehamilan Berisiko Di RSUD Sleman Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian observasional bersifat non-eksperimental dengan rancangan penelitian *Cross Sectional*. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 40 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 70 % responden mendapatkan dukungan sosial yang tinggi, sebanyak 28 responden. 97,5 % responden memiliki sikap yang baik dalam menjalani kehamilan berisiko, sebanyak 37 responden. Probabilitas $> 0,05$, maka hasil tersebut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara skala dukungan sosial dengan sikap ibu hamil dalam menjalani kehamilan berisiko. Perbedaan pada penelitian ini adalah terletak pada variable penelitian yaitu terletak pada variable terkaitnya sikap ibu hamil dalam menjalani kehamilan berisiko. Responden pada penelitian ini adalah ibu hamil risiko tinggi yang datang memeriksakan kehamilannya di RSUD Sleman Yogyakarta.

2. Rahmawati (2001), Hubungan Dukungan Sosial Keluarga

Dengan Emesis Gravidarum Pada Kehamilan Trimester I Di
RSU Dr. Sarjito Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian
analitik dengan menggunakan rancangan retrospektif. Dari penelitian
tersebut didapat hasil penelitian bahwa ada hubungan yang bermakna
antara dukungan sosial keluarga dengan emesis gravidarum. Perbedaan
penelitian ini terletak pada variabel terkaitnya emesis gravidarum pada
kehamilan trimester 1. penelitian ini bertujuan untuk mengetahui
hubungan dukungan sosial keluarga dengan emesis gravidarum pada
kehamilan trimester 1. Responden pada penelitian ini adalah ibu hamil
dengan emesis gravidarum pada trimester 1 yang memeriksakan
kehamilannya di RSU. Dr. Sarjito Yogyakarta.