

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas atau pengelolaannya di setiap 100.000 kelahiran hidup (1). Angka Kematian Ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan yakni kematian yang di sebabkan karena kehamilannya atau penanganannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan dan terjatuh (6).

Persalinan merupakan saat yang dinanti-nantikan oleh ibu hamil, terlebih bagi ibu hamil anak pertama (*primigravida*), untuk segera dapat merasakan kebahagiaan melihat sekaligus memeluk bayi yang telah dikandungnya selama berbulan-bulan, tetapi di sisi lain selama proses persalinan juga sering terdapat hal-hal yang mungkin beresiko bagi keselamatan bagi ibu dan juga bayinya (2). Masa nifas (*puerperium*) adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kembali seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau \pm 40 hari (3).

Periode *postpartum* merupakan situasi krisis bagi ibu, pasangan, dan keluarga akibat berbagai perubahan yang terjadi baik secara fisik, psikologis,

maupun struktur keluarga yang memerlukan proses adaptasi atau penyesuaian. Adaptasi secara fisik dimulai sejak bayi dilahirkan sampai kembalinya kondisi tubuh ibu pada kondisi sebelum hamil, yaitu kurun waktu 6 sampai 8 minggu (4). Proses adaptasi psikologis pada seorang ibu hamil sudah di mulai sejak dia hamil. Kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa yang normal terjadi dalam hidup, namun banyak ibu yang mengalami stres yang signifikan. Ibu pada masa adaptasi psikologis *postpartum* sebagian mampu beradaptasi terhadap peran barunya sebagai seorang ibu dengan baik, tetapi ada sebagian lainnya tidak berhasil beradaptasi sehingga jatuh dalam kondisi gangguan psikologis *postpartum*. Secara umum gangguan psikologis *postpartum* digolongkan menjadi tiga yaitu *postpartum blues*, depresi *postpartum* dan *postpartum* psikosis. Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya, keadaan ini disebut *postpartum blues* atau *baby blues* (8).

Postpartum blues merupakan salah satu bentuk gangguan perasaan akibat penyesuaian terhadap kelahiran bayi, yang muncul pada hari pertama sampai hari ke empat belas setelah proses persalinan, dengan gejala memuncak pada hari ke lima (9). *Postpartum blues/ baby blues* adalah keadaan dimana seorang ibu mengalami perasaan tidak nyaman setelah persalinan, yang berkaitan dengan hubungannya dengan si bayi, atau pun dengan dirinya sendiri. Ketika plasenta dikeluarkan pada saat persalinan, terjadi perubahan hormon yang melibatkan *endorphin*, progesterone, dan estrogen dalam tubuh ibu, yang dapat mempengaruhi kondisi fisik, mental dan emosional ibu (9).

Angka kejadian *postpartum blues* di Asia cukup tinggi dan sangat bervariasi antara 26-85%, sedangkan angka kejadian *postpartum blues* di Indonesia antara 50-70% dari wanita pasca persalinan, 75% diantaranya terjadi pada ibu primipara (15). Satu dari 10 wanita yang baru saja melahirkan memiliki kecenderungan *postpartum blues* (16). Faktor yang mempengaruhi terjadinya *postpartum blues* secara internal adalah faktor umur ibu ketika menikah dan hamil 20 tahun atau > 35 tahun, ibu pertama kali melahirkan/ primipara, kesiapan menerima anggota keluarga baru, pendidikan. Sedangkan faktor eksternal adalah dukungan keluarga, dukungan suami, budaya/ kebiasaan masyarakat (17). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ayu pada wilayah kerja Puskesmas Kota Jogja, dari 80 responden didapatkan hasil sebanyak 37 orang (46%) mengalami *postpartum blues* (18).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 bahwa setiap tahunnya wanita yang melahirkan meninggal dunia mencapai lebih dari 500.000 orang. Sebagian besar kematian ibu terjadi di negara berkembang karena kurang mendapat akses pelayanan kesehatan, kekurangan fasilitas, terlambatnya pertolongan, persalinan “dukun” disertai keadaan sosial ekonomi dan pendidikan masyarakat yang masih tergolong rendah (5).

Indikator tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, ini

menunjukkan target dari MDG's belum tercapai. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (42%), eklamsi/preeklamsi (13%), abortus (11%), infeksi (10%), partus lama/persalinan macet (9%), penyebab lain (15%). AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil *Survey* Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 (1).

Menurut Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017, untuk jumlah K4 ibu hamil sebesar 86,57%, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mengalami penurunan dari 90,88% di tahun 2013 menjadi 83,14% di tahun 2017 (10). Sementara hasil RISKESDAS 2018, distribusi penolong persalinan pada perempuan umur 10-54 tahun yaitu sebesar 93,1% ditolong oleh tenaga kesehatan dan 6,7% ditolong oleh non tenaga kesehatan. Yakni 62,7% oleh bidan, 28,9% oleh non tenaga kesehatan, 1,2% oleh dokter kandungan, dan 0,3% oleh dokter umum dan perawat. Sementara itu, untuk proporsi tempat persalinan yaitu, praktik bidan mandiri (29%), RS swasta (18%), rumah (16%), RS pemerintah (15%), Puskesmas/ Pustu/ Pusling (12%), klinik (5%), Poskesdes/ Polindes (4%), dan praktik dokter mandiri (1%) (12).

Pada tahun 2014, jumlah kematian ibu di DIY sebanyak 40 ibu, mengalami penurunan dibandingkan tahun 2013 sebanyak 46 ibu. Pada tahun 2015 penurunan jumlah kematian ibu sangat signifikan hingga menjadi sebesar 29 kasus. Namun pada tahun 2016 kembali naik tajam menjadi 39 kasus dan kembali sedikit turun menjadi 34 pada tahun 2017. Kasus

terbanyak terjadi di Kabupaten Gunung Kidul (12 kasus) dan terendah di Kabupaten Kulon Progo (3 kasus). Penyebab kematian ibu yang paling banyak ditemukan di DIY adalah karena jantung (10), emboli (1), syok (3), sepsis/ infeksi (5), perdarahan (5), eklamsi (1), pre eklamsi (3), pneumoni (2), hipertiroid (2), kejang hypoxia (1), belum diketahui (1) (6).

Menurut data Dinas Kesehatan di Kabupaten Bantul, Angka Kematian Ibu pada tahun 2017 turun dibandingkan tahun 2016. Angka Kematian Ibu tahun 2017 sebesar 72,85/100.000 kelahiran hidup yaitu sejumlah 9 kasus, sedangkan pada tahun 2016 sebanyak 12 kasus sebesar 97,65/100.000. Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) menyimpulkan bahwa penyebab kematian ibu pada tahun 2017 adalah Perdarahan sebesar 17% (2 kasus), dan lainnya Pre Eklamsia Berat (PEB), Sepsis, Hypertiroid, Syok, Paripartum, Infeksi Paru dan lainnya 11% (1 kasus) (7).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Kasihan II Bantul, didapatkan data ibu hamil dari bulan Juni 2017-Desember 2017 sebanyak 38 orang ibu. Data ibu yang melahirkan di bulan Januari 2018 sebanyak 45 orang. Data kunjungan ibu nifas yang melakukan imunisasi BCG dari bulan Januari 2018-Oktober 2018 sebanyak 109 ibu. Sedangkan untuk kunjungan ibu nifas yang melakukan imunisasi IPV1 dari bulan Januari 2018-Oktober 2018 yaitu sebanyak 126 ibu.

Oleh karena itu, perawat berperan penting dalam memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas untuk mengurangi ketegangan

fisik dan psikologi selama masa nifas, serta memberikan pendidikan kesehatan maupun informasi kepada keluarga tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap psikologi ibu *postpartum* terutama ibu *primigravida* (19).

Seorang ibu yang berada pada periode pascapartum mengalami banyak perubahan baik perubahan fisik maupun psikologi. Perubahan tersebut merupakan perubahan psikologi yang normal terjadi pada seorang ibu yang baru melahirkan. Namun, kadang-kadang terjadi perubahan psikologi yang abnormal. Untuk mencegah terjadinya perubahan psikologi pada ibu pascapartum, dibutuhkan dukungan dari keluarga untuk selalu mensupport ibu tersebut (8).

Salah satu faktor pendukung adalah adanya dukungan dari keluarga khususnya dari anggota keluarga terdekat, baik itu orangtua kandung maupun orangtua dari suami terlebih yang paling utama adalah suami dari ibu hamil yang bersangkutan. Dalam hal ini, dukungan keluarga akan mendatangkan rasa senang, rasa aman, dan rasa nyaman yang membuat ibu hamil akan merasa mendapat dukungan secara emosional yang akan mempengaruhi kesejahteraan jiwanya (9). Sesuai dengan pendapat Nirwana, faktor yang mempengaruhi *postpartum blues* adalah faktor psikologis yang meliputi dukungan keluarga khususnya suami. Dalam asuhan pasca persalinan, dukungan keluarga sangat dibutuhkan. Bila suami dan keluarga tidak mendukung, ibu pasca melahirkan biasanya merasa sedih dan kewalahan dalam mengasuh bayinya di hari-hari pertama setelah melahirkan (20).

Berdasarkan hasil penelitian Dina Yusdiana didapatkan sebesar 56,7% ibu yang mengalami stres berat pasca persalinan di RS X Medan, sebesar 83,3% ibu yang mengalami stres berat melakukan partus dengan cara spontan dibandingkan ibu partus dengan seksio sesaria dan vakum. Serta perlunya memberikan perhatian kepada ibu pasca persalinan guna mereduksi gejala-gejala stres yang dihadapi oleh ibu setelah melahirkan (21). Sementara berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Taufik Rozali Nurrohman, dukungan keluarga berupa dukungan emosional, instrumental, informasi dan penghargaan pada ibu *postpartum* di desa Kartasura sebagian besar adalah mendukung (11).

Berdasarkan penelitian Risa dkk, kategori rawan berlaku pada kehamilan anak pertama (primipara). Selanjutnya, pada kehamilan kedua dan ketiga resiko akan menurun dengan sendirinya. Kehamilan pertama dianggap beresiko karena belum adanya catatan medis tentang perjalanan persalinan ibu (22).

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang “ Dukungan Keluarga terhadap Psikologis Ibu Post Partum Primigravida di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul ”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dikemukakan rumusan masalah sebagai berikut: “bagaimana dukungan keluarga terhadap psikologis

ibu *post partum primigravida* di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul?”.

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dukungan keluarga terhadap psikologi ibu *post partum primigravida* di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

1. Manfaat Teoritis:

a. Bagi Institusi

Diharapkan Institusi Pendidikan dapat memberikan fasilitas penunjang yang lebih lengkap berupa hasil penelitian maupun referensi yang terkait dengan materi penelitian yang dapat dijadikan sitasi dalam penelitian ini dan penelitian selanjutnya.

b. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan oleh peneliti selanjutnya atau peneliti lain untuk melakukan penelitian dengan topik yang serupa dengan penelitian ini atau melanjutkan penelitian ini untuk menjadi lebih sempurna.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi pihak Puskesmas Kasihan II Bantul

Memberikan data tentang kondisi ibu postpartum di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul.

a. Bagi Ibu *Postpartum* Primigravida dan Keluarga

Memberikan informasi atau pengetahuan tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap psikologis ibu.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti, serta meningkatkan kemampuan dalam menganalisis suatu masalah. Dan peneliti dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku kuliah dan pengalaman nyata dalam melaksanakan penelitian.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti (Tahun)	Judul	Metode	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1	Anafrin Yugistyowati, (2013)	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Masa Nifas terhadap Kemampuan Perawatan Mandiri Ibu Nifas Post <i>Sectio Caesarea</i> (SC)	Penelitian dilakukan dengan metode eksperimen dan menggunakan rumus <i>Independent Samples T-Test</i> . Sampel berjumlah 20 responden dengan teknik pengambilan sampel <i>quota</i> <i>Sampling</i> . Uji kemampuan perawatan mandiri dengan menggunakan lembar observasi.	Hasil penelitian didapatkan ada pengaruh pendidikan kesehatan masa nifas terhadap kemampuan perawatan mandiri ibu nifas <i>Post</i> <i>SC</i> dengan menggunakan taraf signifikansi 0,000.	Persamaan dengan penelitian ini terletak pada populasinya yaitu ibu nifas.	Perbedaan dengan penelitian ini terletak dari segi judul, sampel, metode, waktu dan tempat penelitian.
2	Fatimatasari, Ashon Sa'adi, Widati Fatmaningrum, (2017)	Frekuensi <i>Antenatal Care</i> tidak Berhubungan dengan Tingkat Pengetahuan Perawatan Kesehatan pada Ibu Nifas	Penelitian ini menggunakan rancangan <i>Cross Sectional</i> . Sampel dalam penelitian ini adalah 35 ibu nifas yang dirawat di RSUD Majenang.	Hasil penelitian menunjukkan 62,9% responden melakukan frekuensi <i>ANC</i> baik, 28,6% cukup dan 8,6% kurang pada kehamilan terakhir. 57,1% responden memiliki tingkat perawatan kesehatan ibu	Persamaan penelitian ini terletak pada populasinya yaitu ibu nifas.	Perbedaan dengan penelitian ini yaitu terletak dari segi judul, sampel, waktu dan tempat penelitian.

			Frekuensi ANC dinilai dari kuesioner dan catatan kunjungan KIA. Uji statistic menggunakan Uji <i>Spearman Rank</i> .	sedang, 31,4% responden kurang dan 11,4% baik. Hasil Uji <i>Spearman Rank</i> hubungan frekuensi ANC dan tingkat perawatan kesehatan ibu dengan derajat kemaknaan $\alpha = 0,05$ menunjukkan p-value= 0,293, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara frekuensi ANC dengan tingkat pengetahuan perawatan kesehatan ibu pada ibu nifas di RSUD Majenang.		
3	Ayu Media Lestari, (2012)	Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil <i>Primigravida</i> Trimester Pertama di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni I Kabupaten Pekalongan.	Metode yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan <i>CrossSectional</i> . Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>Total Sampling</i> . Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Hasil uji statistik menggunakan uji <i>Chi-Square</i> .	Hasil uji <i>chi square</i> diperoleh p value sebesar $0,004 < 0,05$, berarti ada hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan pada ibu hamil <i>primigravida</i> trimester pertama di wilayah kerja Puskesmas Kedungwuni I Kabupaten Pekalongan. Hal ini dibuktikan dengan didapatkan hasil 23 orang ibu hamil mendapat dukungan keluarga baik (41,1%), dukungan keluarga kurang sebanyak 33 orang (58,9%) dan 38 orang ibu hamil (67,9%) ibu	Variabel penelitian dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan.	Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada judul, kemudian sampel, teknik pengambilan sampel dan tempat penelitian.

			hamil mengalami kecemasan ringan, sebagian kecil yaitu 18 orang (32,1%) ibu hamil mengalami kecemasan sedang.			
4	Dedeh Mahmudah, (2010)	Hubungan Dukungan Keluarga dan Religiusitas dan Kecemasan pada Ibu Hamil Anak Pertama (<i>Primigravida</i>) di Jakarta.	Metode yang digunakan adalah metode deskriptif korelasional, teknik pengambilan sampel <i>purposive sampling</i> . Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan analisis statistic korelasi <i>Product Moment</i> .	Koefisien korelasi antara dukungan keluarga dan kecemasan melahirkan dengan koefisien sebesar -0,269 dengan signifikan 0,150 $p > 0,05$ yang menyatakan bahwa ada hubungan tetapi tidak signifikan antara dukungan keluarga dengan kecemasan melahirkan. Sedangkan nilai koefisien korelasi antara religiusitas dengan kecemasan melahirkan sebesar -0,139 dengan nilai $p=0,465 > p=0,05$ hal ini menyatakan bahwa ada hubungan tetapi tidak signifikan antara religiusitas dengan kecemasan melahirkan.	Variabel penelitian dukungan keluarga.	Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada sampel, metode penelitian, teknik sampel, dan tempat penelitian.
5	Dhiah Stiarti, (2011)	Hubungan Dukungan Suami dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil <i>Primigravida</i> Trimester III di RSUD Temanggung.	Metode penelitian yaitu survey analitik dengan pendekatan <i>CrossSectional</i> . Teknik pengambilan sampel adalah dengan menggunakan <i>Accidental Sampling</i> .	Dukungan suami pada ibu <i>primigravida</i> trimester III di RSUD Temanggung dengan kategori sedang 16 orang (48,5%), sedangkan yang mendapat dukungan suami kategori rendah 6 orang (18,2%). Tingkat kecemasan ibu hamil <i>primigravida</i> trimester III di RSUD	Variabel tingkat kecemasan.	Perbedaan dengan penelitian ini dari segi judul, sampel, tempat penelitian, analisa data.

Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Analisa data dilakukan dengan menggunakan rumus korelasi Kendall Tau.	Temanggung dengan kategori sedang 14 orang (37,1%), sedangkan yang mengalami kecemasan berat 7 orang (8,6%). Hasil uji statistik didapatkan nilai τ sebesar 0,587 dengan signifikansi (p) 0,000.
--	---

Sumber (23, 24, 25, 2, 26)