

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan ibu dan perinatal merupakan masalah nasional yang perlu mendapat prioritas utama, karena sangat menentukan kualitas sumber daya manusia pada generasi mendatang. Perhatian terhadap ibu dalam sebuah keluarga perlu mendapat perhatian khusus karena Angka Kematian Ibu (AKI). Di Indonesia masih sangat tinggi bahkan tertinggi di antara negara-negara *Association South East Asian Nation (ASEAN)* (Depkes RI, 2007).

Angka kematian ibu dan kematian bayi menjadi indikator keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan. AKI mengacu pada jumlah kematian ibu yang terkait dengan masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI tahun 2007 sebesar 228/100.000 kelahiran (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan DIY (daerah istimewa Yogyakarta) telah tercatat data kematian ibu dalam 4 tahun terakhir menunjukkan penurunan yang cukup baik. Tahun 2008 angka kematian ibu di DIY berada pada angka 104/ 100.000. Jumlah kematian ibu yang dilaporkan kabupaten/kota pada tahun 2009 mencapai 48 ibu meskipun angka kematian ibu terlihat kurang tajam. Target MDG's di tahun 2015 untuk angka kematian ibu nasional adalah tiga perempat dari kondisi tahun

1999 (132/100.000) yaitu 97,5/100.000, untuk DIY angka tersebut relative sudah mencapai target MDG's (Dinkes Propinsi DIY,2008).

Angka kematian ibu di Kabupaten Kulon Progo pada tahun 2007 terlihat tetap pada kisaran 100/100.000 kelahiran hidup sedangkan tahun 2008 mengalami penurunan yaitu 72,23/100.000 kelahiran hidup, untuk kasus kematian ibu tahun 2007 sebanyak 6 orang, tahun 2008 sebanyak 4 orang dan tahun 2009 sebanyak 10 orang (167,34/100.000 kelahiran hidup) (Profil Kesehatan Kulon Progo,2009).

Tabel 1.1 Hasil Presentase Penyebab Kematian Ibu Di Indonesia

No	Penyebab Kematian Ibu Di Indonesia	Presentase
1.	Pendarahan	42%
2.	Eklamsia	13%
3.	Komplikasi abortus	11%
4.	Infeksi	10%
5.	Persalinan lama	9%

Keadaan 4 terlalu yang berhubungan dengan kehamilan “terlalu muda” (kurang dari 20 tahun) “terlalu tua” (lebih dari 35 tahun) “terlalu sering”(jarak kehamilan kurang dari 2 tahun) dan “terlalu banyak” (lebih dari 4 anak). Selain itu dalam proses pengelolaan kegawatdaruratan maternal masih terdapat “3 terlambat” . (terlambat deteksi dan pengambilan keputusan,terlambat merujuk dan terlambat mendapat penanganan oleh tenaga *professional*) (Depkes RI, 2007). Ketidaktahuan bahaya itu samapai

sekarang masih dialami oleh sebagian besar para suami. Ranson dan Yinger (2000) dari *population Reference Bureau* (Amerika) dalam bukunya “*Making Motherhood Safer*” mengutip ungkapan lelaki Indonesia yang istrinya meninggal saat melahirkan, karena sang Suami tidak mengetahui bahwa istrinya dapat meninggal karena melahirkan (BKKBN,2007).

Untuk mencegah hal tersebut maka perlu disosialisasikan suami siaga untuk menghindari “ 3 terlalu “ Keterlambatan seringkali berkontribusi terhadap kematian ibu ketika terjadi komplikasi kehamilan. Suami dan anggota keluarga lainnya memegang peranan penting dalam mendapatkan pelayanan secepat mungkin. Suami biasanya menjadi pemegang keputusan ketika kondisi istri dalam keadaan membutuhkan segera mungkin. Kematian ibu dapat dicegah bila suami dapat mengidentifikasi komplikasi-komplikasi potensial kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan, dan selalu siaga untuk mencari pertolongan jika hal ini terjadi (BKKBN,2007).

Berdasarkan beberapa fakta di atas, upaya pelayanan dan program kesehatan maternal difokuskan pada peningkatan aksesibilitas serta kualitas pelayanan terkait dengan berbagai faktor risiko yang menjadi penyebab utama kematian ibu maternal.

Upaya peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat, seperti peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, deteksi dini risiko tinggi, dan rujukan pada kelompok risiko tinggi yang ditemukan (Depkes RI,2007).

Berdasarkan laporan PWS (Pemantauan Wilaya Setempat) KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) tahun 2010 di Wilaya Kerja Puskesmas Sentolo II desa Klebalkan Salamrejo Kecamatan Sentolo Kabupaten Kulon Progo Jumlah ibu hamil sebanyak 379 orang, yang terdeteksi resiko tinggi oleh tenaga kesehatan 33 orang dan yang terdeteksi oleh masyarakat ada 2 ibu hamil, cakupan ibu hamil resiko tinggi yang terdeteksi oleh tenaga kesehatan 57 ibu hamil dan yang terdeteksi oleh masyarakat tidak ada.

Hasil Studi Pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 28 Februari 2011 di Puskesmas Sentolo II Klebalkan Salamrejo Kecamatan Sentolo Kabupaten Kulon Progo dengan wawancara terhadap 10 orang suami yang memiliki istri hamil resiko tinggi diperoleh hasil bahwa 6 dari 10 suami yang memiliki istri hamil resiko tinggi. Selanjutnya, diketahui bahwa Peran Suami dalam pengambilan keputusan rujukan masih kurang, yang dilatar belakangi oleh masalah sosial ekonomi keluarga.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti tentang Gambaran Peran Suami Dalam Pengambilan Keputusan Rujukan Pada Ibu Hamil Resiko Tinggi.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Peran suami dalam mengambil keputusan rujukan pada ibu hamil resiko tinggi di Puskesmas Sentolo II Desa Klebalkan Salamrejo Kecamatan Sentolo Kabupaten Kulon Progo Tahun 2011 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk Mempelajari Gambaran Peran Suami Dalam Pengambil Keputusan Rujukan Pada Ibu Hamil Risiko Tinggi di Puskesmas Sentolo II Desa Klebalkan Salamrejo, Sentolo Kabupaten Kulon Progo

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui Peran suami dalam menentukan tempat periksa.
- b. Mengatahui Peran Suami dalam masa kehamilan.
- c. Mengetahui Peran suami dalam pengambilan keputusan menentukan tempat bersalin

D. Manfaat Teoritis Dan Praktisi

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memperkaya bahan bacaan tentang peran suami dalam pengambilan keputusan Rujukan Pada Ibu Hamil Risiko Tinggi.

2. Manfaat Praktisi

a. Bagi peneliti

Untuk mengetahui dengan jelas Peran suami dalam pengambil keputusan rujukan pada ibu hamil resiko tinggi, sehingga dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang ilmu kebidanan, serta sebagai penerapan ilmu yang telah di peroleh selama studi.

b. Bagi Institusi Pendidikan.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan penelitian lebih lanjut, dan dapat menambah koleksi buku-buku di Perpustakaan Stikes A. Yani Yogyakarta .

c. Bagi pengembangan ilmu

Sebagai referensi, sumber bahan bacaan dan bahan pengajaran terutama yang berkaitan dengan peran suami dalam pengambilan keputusan rujukan pada ibu hamil resiko tinggi.

d. Bagi puskesmas

hasil penelitian ini dapat digunakan untuk masukan terhadap tenaga kesehatan khususnya bidan, untuk meningkatkan Peran Suami Dalam Pengambilan Keputusan Rujukan Pada Ibu Hamil Risiko Tinggi.

e. Bagi Para Suami

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi bagi masyarakat, ibu-ibu hamil pada khususnya, dan diharapkan adanya sikap meningkatnya peran suami dalam pengambilan keputusan rujukan pada ibu hamil resiko tinggi.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian yang berkaitan dengan pola pengambilan keputusan keluarga dan bidan dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit relatif banyak dilakukan. Meski demikian, penelitian-penelitian tersebut cenderung memiliki karakteristik yang khas, seperti jenis dan jumlah variabel bebas yang digunakan, jenis dan desain penelitian, subjek penelitian, teknik analisis data, dan sebagainya. Hal tersebut yang membedakan antara penelitian yang akan dilakukan peneliti dengan penelitian-penelitian sebelumnya sudah pernah dilakukan antara lain.

1. **Latuamury (2001)** Hubungan antara Keterlambatan Merujuk dengan kematian Ibu di RSUD Tidar Kota Magelang Propinsi JawaTengah desain penelitian deskriptif kuantitatif rancangannya *restropective* teknik analisis data deskriptif kuantitatif. Hasil Angka kematian ibu di RSUD Tidar tergolong tinggi dan dipengaruhi oleh faktor :
1. Preeclampsia/eclamps 2. Hemorrhage 3. Infeksi 4. Terlambat merujuk rumah sakit 5. Terlambat pergi ke rumah sakit 6. Terlambat mendapatkan pelayanan medis rumah sakit (faktor utama yang mendorong terjadinya kematian
2. **Puji Astuti, Sri (2008/6)** Pola pengambilan keputusan keluarga dan bidan dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit pada kasus kematian ibu dirumah sakit Di Kabupaten Demak, penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan fenomenologi kematian ibu bersalin disebabkan terjadinya keterlambatan dalam merujuk ke rumah sakit yang terdiri dari

keterlambatan dalam mengambil keputusan setuju merujuk dari pihak keluarga, keterlambatan dalam mengenali risiko tinggi ibu bersalin baik oleh bidan dan/atau keluarga, keterlambatan dalam mencari bidan yang bersedia menolong persalinan, keterlambatan dalam mencari transportasi, dan keterlambatan dalam mengambil keputusan merujuk atau membawa ke rumah sakit yang disebabkan adat istiadat.

3. Arsyad, M. Lukman (2006/9) Jurnal Proporsi ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk pada daerah tertinggal di Sulawesi Utara Penelitian, desain penelitian study kasus dengan pendekatan survey, analisis Data statisti deskriptif, hasil kasus ibu hamil risiko tinggi yang ditangani atau dirujuk pada lokasi penelitian, menggambarkan Besarnya kasus ibu hamil risiko tinggi mengalami gangguan atau komplikasi sebagai penyebab langsung kematian ibu hamil, yang dapat ditinjau oleh pelayanan kesehatan. informasi kesehatan ini bertujuan untuk melihat jumlah total atau proporsi kasus resiko tinggi yang dirujuk pada 7 daerah tertinggal sebagai lokasi penelitian, hasilnya baru mencakup 50,52%. Hal ini berarti masih rendah (-9,8%) dari harapan upaya penanganan kasus ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk dengan proporsi minimal 60% yang dianjurkan.

4. Irasanty, Hakim.dkk (2008/9) Jurnal Pencegahan keterlambatan rujukan maternal di Kabupaten Majene, Penelitian ini menggunakan desain Kuantitatif dengan rancangan studi kasus yang bersifat deskriptif, keluarga dan pasien memegang peranan utama dalam berurusan dengan kedaruratan persalinan, kemampuan keluarga dan jarak merupakan kondisi yang

menyulitkan pengelolaan persalinan darurat bagi penduduk yang jauh dari fasilitas kesehatan. Upaya mengatasi masalah itu diserahkan pada masing-masing provider dan unit layanan kesehatan, ia sangat tergantung pada kemampuan pasien dan keluarganya.

Perbedaan lainnya pada peneliti adalah metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode *dikriptif* dengan pendekatan *Survey* sedangkan peneliti Latuamuri deskriptif kuantitatif dengan rancangan *restropective* 3. Teknik analisis data deskriptif kuantitatif, *dan* dari jurnal penelitian M.Lukman Arayad desain penelitian dengan studi kasus pendekatan *survey* Teknik analisis Data statistik deskriptif sedangkan jurnal dari Irasanty, Hakim.dkk menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan studi kasus yang bersifat diskriptif.