

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Periode nifas (setelah persalinan sampai 42 hari persalinan) (WHO, 2008b) merupakan periode penting bagi ibu dan bayi baru lahir (Zainur and Loh, 2006). Perawatan nifas menjadi aspek yang diabaikan dari perawatan kesehatan wanita (Depkes, 2010). Masa transisi ini sering dianggap sementara atau tidak penting (Symon *et al.*, 2003b), dan tidak ada kejadian hidup yang memiliki efek luar biasa terhadap kondisi fisik, emosional dan sosial seperti masa nifas (Webb *et al.*, 2008).

Pengalaman kehamilan dapat dilihat sebagai besarkejadian dalam perkembangan perempuan. Ini adalah sangat signifikan saat transisi yang menyebabkan perubahan fisik dan emosional yang dalam, sehingga membutuhkan banyak adaptasi ( Figueiredo & Conde, 2011).

Periode nifas berkaitan dengan kesakitan ibu (Symon, 2003). Wanita mengalami serangkaian gejala fisik. Wanita mengalami perubahan fisik, emosional, dan sosial berhubungan dengan bayi dan keluarganya (Bahadoran *et al.*, 2009). Satu dari empat wanita (25%) melaporkan gangguan pencernaan dan sakit kepala, 96 % setidaknya satu gejala kesehatan fisik sejak kelahiran, dan 62,5% antara dua dan lima gejala. Sebanyak 54,5% sakit punggung, 52,4% puting pecah-pecah, 45,9% nyeri perineum dan 35,5% wasir (Albright *et al.*, 2009; Bahadoran *et al.*, 2009; Chang *et al.*, 2011; Declerq *et al.*, 2008; Lu, et al, 2011; Webb *et al.*, 2008; Ansara *et al.*, 2005). Prevalensi sakit punggung dan

sakit kepala adalah tinggi selama tahun pertama setelah melahirkan. Kondisi fisik lainnya yang juga berdampak terhadap kesehatan fisik dan sosial ibu adalah kelelahan, gangguan perineum, seksioesarean, gangguan punggung, wasir, sakit kepala, sembelit, *inkontinensia uri*, gangguan tidur, kurangnya gairah seksual, dan hubungan seksual yang menyakitkan (Ansara *et al*, 2005).

Rasa sakit dapat membatasi ibu untuk melaksanakan tugas-tugas rutin (Hammoudeh *et al.*, 2009).

WHO (2009) menyatakan lebih dari 60% kematian ibu terjadi di masa nifas, 45% diantaranya dalam waktu 1 hari, 65% dalam 1 minggu, dan lebih dari 80% dalam 2 minggu dari persalinan. Penyebab kematian ibu meliputi perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium 8%, partus macet 5%, abortus 5%, *traumaobstetric* 5%, emboli 3%, dan lain-lain 11%. Periode nifas berkaitan dengan kematian ibu.

Periode nifas berkaitan juga dengan kematian neonatal. Sebanyak 54,7 % dari kematian bayi terjadi pada periode neonatal (Depkes, 2011). Neonatus atau bayi baru lahir (0-28 hari) memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi (Bahadoran *et al*, 2009). Sebanyak 78,5% kematian neonatus terjadi minggu pertama kehidupan (0-6 hari), dan 29,9 % di hari pertama (Titaley *et al.*, 2008) sehingga kesehatan neonatus merupakan kunci utama keberhasilan penurunan kematian bayi.

Periode nifas adalah salah satu periode krisis dalam proses kehidupan seorang perempuan dan merupakan masa sulit, khususnya pada kehamilan pertama (Yanita & Zumralita, 2001). Hal ini menjadi pengalaman baru, baik istri maupun suami, sehingga yang dirasakan adalah kebingungan, khususnya istri

yang akan merasakan perasaan cemas, takut, dan bahagia (Kararina & Suyasa, 2005)

Faktor mental dapat menimbulkan masalah kesehatan dan potensi komplikasi (Bahadoran *et al.*, 2009). Kelahiran anak pertama yang diinginkan merupakan campuran antara perasaan gembira dan cinta, dapat disertai dengan tuntutan berat terhadap pekerjaan, munculnya kebingungan akan perubahan peran dan perubahan menjadi orang tua. Tanggung jawab perawatan anak, kurangnya pengetahuan dan persiapan dapat menjadi sumber frustrasi dan kelelahan bagi ibu baru (Aston, 2002). Persepsi negatif Ibu terhadap kesehatan mereka sendiri juga dapat berdampak negatif pada perilaku perawatan bayi mereka.

Faktor sosial pada periode nifas juga dapat menimbulkan masalah kesehatan dan potensi komplikasi (MacArthur *et al.*, 2002). Faktor lain yang dapat meningkatkan kematian ibu adalah rendahnya akses dan kualitas pelayanan ibu dan anak, kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat, ketidaksetaraan gender, nilai budaya, rendahnya perekonomian, rendahnya perhatian suami terhadap ibu hamil dan melahirkan, faktor sosial ekonomi rendah, seperti tinggal di daerah pedesaan, pengangguran, kurang kebersihan, kemiskinan dan tidak tersedianya perawatan kehamilan dan adat kebiasaan masyarakat dalam keterampilan perawatan segera setelah melahirkan. Faktor sosial pada periode nifas juga dapat menimbulkan masalah kesehatan dan potensi komplikasi (MacArthur *et al.*, 2002).

Kesejahteraan psikologi ibu menentukan awal hubungan ibu dan bayi dan kesehatan bayi. Memberikan perhatian pada aspek ini sangat penting terutama pada awal periode paska melahirkan . Persepsi negatif

Ibu terhadap kesehatan mereka sendiri juga dapat berdampak negatif pada perilaku perawatan bayi mereka. Informasi dan adat/kebiasaan di masyarakat dinilai cenderung tidak rasional dan membuat bingung para ibu nifas. Kesalahan informasi dan kurangnya pengetahuan terjadi terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan (primipara) (Turner *et al.* 2010).

Pengalaman ibu dalam perawatan bayi baru lahir, kondisi selama sebelum persalinan dan pendidikan sebelum persalinan penting untuk kesiapan perawatan diri dan bayi baru lahir (Escobar *et al.*, 2001). Persiapan masa nifas yang tidak diberikan sejak masa kehamilan, menyebabkan ibu tidak mengetahui perawatan diri dan bayinya dengan baik. Ibu merasa kurang waktu dan ruang pribadi dan kurang dapat mengendalikan kehidupan mereka, sehingga persiapan menghadapi kondisi pospartum perlu dilakukan sejak dini, yaitu sejak masa kehamilan (Escobar *et al.*, 2001).

. Pelatihan adalah salah satu cara memperkuat keyakinan (efikasi diri) ibu baru bahwa mereka mampu melakukan perawatan diri dan perawatan bayi baru lahir. Seseorang yang dilatih akan memiliki kemampuan memobilisasi dan mempertahankan perilaku, daripada jika mereka berkonsentrasi pada kekurangan pribadi dan keraguan diri ketika masalah timbul (Hill *et al.*, 2006).

Dukungan sosial dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan kesejahteraan/kualitas hidup ibu (WHO, 2005). Dukungan sosial berpengaruh positif terhadap pengalaman perempuan bersalin dan terbukti menjadi faktor pencegahan depresi postpartum (Evans *et al.*, 2011). Kurangnya dukungan sosial dapat menimbulkan depresi postpartum sedangkan menurut Leahy-Warren *et al.*, (2011) prevalensi depresi nifas cukup tinggi sebesar 13,2% pada 6 minggu postpartum dan 9,8% pada 12 minggu postpartum. Dukungan sosial

dapat berupa bantuan dalam pekerjaan rumah tangga dan perawatan bayi. Dukungan sosial dapat diterima ibu nifas dari suami dan ibu mereka. Dukungan terhadap ibu nifas perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan.

Selain dukungan sosial, perawatan masa nifas juga dipengaruhi oleh efikasi diri ibu nifas (keyakinan ibu dalam kemampuan mereka sebagai ibu baru). Seorang ibu dengan efikasi diri yang tinggi lebih mandiri dan mampu memecahkan masalah perawatan (Leahy-Warren *et al.*, 2012).

Dewasa ini pengukuran kualitas hidup sudah semakin diakui sebagai ukuran hasil penting dalam evaluasi pelayanan kesehatan dan studi pengobatan (Wong, *et al.*, 2009), namun penelitian kualitas hidup pada periode nifas terbatas (Wong *et al.*, 2007).

Mayoritas studi postpartum difokuskan pada aspek pengalaman ibu, dengan porsi yang lebih besar tentang komplikasi postpartum, depresi postpartum, permasalahan administrasi, dan akses keperawatan nifas (Hammoudeh *et al.*, 2009; Hill *et al.*, 2006). Isu tentang penelitian sementara ini berhubungan dengan aspek biomedis, pengalaman melahirkan, pengetahuan, dan dukungan medis yang diperlukan (Web *et al.*, 2008; Hammoudeh *et al.*, 2009). Beberapa penelitian mencoba meneliti pengasuhan anak, perilaku pencarian perawatan, kepercayaan, budaya, sikap dan keterampilan yang berkaitan dengan periode nifas dan implikasinya dalam kehidupan sehari-hari (Hammoudeh *et al.*, 2009).

Penilaian kualitas hidup penting untuk mengukur ketepatan pemberian perawatan nifas (Bahadoran *et al.*, 2007). Penelitian tersebut dengan memanfaatkan metode kualitatif dan kuantitatif (Symon, 2003; Hill dan Aldag JC, 2007).

Bagi masyarakat Jawa, kehamilan (dan kemudian kelahiran bayi) merupakan peristiwa yang penting dalam siklus hidup manusia. Ibu dan keluarga biasanya melakukan serangkaian aktivitas ritual untuk menyambutnya. Faktor kekerabatan (suami, orang tua, nenek) masih memberikan peran yang penting dalam tindakan-tindakan ibu yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan pasca persalinan, baik dalam memberikan nasehat (karena mereka sudah berpengalaman menjalani peristiwa tersebut) maupun pengambilan keputusan. Peranan suami/ayah sangat berpengaruh sebagai perantara dalam penentuan nasib termasuk yang menguasai sumber-sumber ekonomi keluarga. Pola garis keturunan patrilineal mengakibatkan suami sangat dominan dalam pengambilan keputusan rumah tangga sehari-hari. Keterlibatan orang tua dan mertua lebih dominan dalam perawatan bayi baru lahir. Musyawarah keluarga sangat diperlukan untuk merujuk ibu ke rumah sakit (Suryawati, 2007).

Suryawati (2007) dalam penelitiannya di Semarang Jawa Tengah menyatakan sebanyak 41,7% ibu nifas berpantang makan daging dan ikan laut (agar ASI tidak berbau amis). Hampir semua responden minum jamu dan 83,3% responden melakukan pijat badan untuk mengembalikan kebugaran tubuh setelah bersalin. Kebiasaan perawatan yang lain adalah bayi di gedhong (dibungkus) dengan *jarik* (kain batik pelengkap busana kebaya) agar bayi hangat dan diam, mengaitkan kesalahan masa lalu orang tuanya dengan kondisi bayi lahir cacat atau sungsang, namun sebanyak 1,7% melakukan hubungan seksual saat nifas,

Sebuah tinjauan sistematis literatur telah menyarankan bahwa program pengasuhan yang dirancang dengan baik dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kesehatan psikososial ibu termasuk self-efficacy (Barlow dan Coren 2004; Sanders dan Woolley 2005), tetapi bukti dari Asia langka.

Upaya peningkatan kualitas hidup ibu nifas telah digulirkan pemerintah sejak tahun 2009, melalui program kelas ibu hamil, namun dalam pelaksanaannya, belum disesuaikan dengan kebutuhan ibu. Menurut hasil studi pendahuluan, beberapa kekurangan kelas ibu hamil sebagai berikut: 1). Pembelajaran menggunakan metode kooperatif memerlukan modul sebagai pegangan. Pelaksanaan kelas ibu hamil menggunakan buku KIA sebagai buku pegangan ibu. Meskipun buku KIA berisi informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak, namun buku KIA bukan modul. 2). Pembelajaran dalam kelas ibu hamil cenderung menggunakan metode partisipatif (menuntut untuk partisipasi), belum menggunakan metode kooperatif (berfikir dan merespon serta saling bantu satu sama lain). 3). Program ini belum efisien. Ibu hamil trimester 1-3 berkumpul secara bersama-sama dalam satu kelas, dan bertemu sebanyak 3 kali pertemuan dengan waktu sesuai kesepakatan. Sedangkan kebutuhan perawatan ibu adalah berbeda-beda pada setiap trimesternya.

Kekurangan Kelas Ibu Hamil tersebut perlu disempurnakan agar kualitas hidup ibu nifas dapat tercapai sesuai tujuan. Sehingga peneliti tertarik untuk menyusun sebuah bentuk pelatihan bagi ibu hamil berupa pelatihan persiapan masa nifas dengan menggunakan Modul Persiapan Masa Nifas sebagai pegangan ibu. Pelatihan tersebut diberi nama Pelatihan Persiapan Masa Nifas (PMN).

Kelas ibu hamil dan pelatihan persiapan masa nifas memiliki tujuan akhir yang sama yaitu kualitas hidup ibu nifas. Kedua model tersebut akan dilaksanakan, dilakukan penilaian efikasi diri dan dukungan sosial ibu nifas, kemudian dibandingkan hasil akhirnya (kualitas hidup ibu nifas), untuk

mengetahui pengaruh pelatihan persiapan masa nifas terhadap kualitas hidup ibu nifas.

### **B. Rumusan Masalah**

Sehingga rumusan masalah penelitian adalah: “Bagaimana pengaruh pelatihan Persiapan Masa Nifas (PMN), dukungan sosial, dan efikasi diri ibu nifas, terhadap kualitas hidup ibu nifas?”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum:**

Menguji dan mendapatkan bukti secara empirik pengaruh pelatihan Persiapan Masa Nifas, dukungan sosial, dan efikasi diri ibu nifas, terhadap kualitas hidup ibu nifas

#### **2. Tujuan Khusus:**

Tujuan khusus penelitian adalah

- a. Membandingkan dukungan sosial, efikasi diri ibu nifas, dan kualitas hidup pada ibu nifas dengan pelatihan persiapan masa nifas, dibandingkan dengan tanpa pelatihan persiapan masa nifas
- b. Menguji korelasi antara dukungan sosial, efikasi diri ibu nifas, dengan kualitas hidup ibu nifas
- c. Menguji pengaruh pelatihan persiapan masa nifas terhadap kualitas hidup ibu nifas

### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian diharapkan bermanfaat bagi:

1. Fasilitas Kesehatan tingkat pertama (Fasilitas Kesehatan Primer yaitu Puskesmas, RS Pratama/Klinik Pratama/Dokter Praktek dalam pelaksanaan Pelatihan Persiapan Masa Nifas.
2. Peneliti selanjutnya dalam penelitian ibu masa nifas

#### **E. Luaran Penelitian**

1. Model pelatihan persiapan masa nifas
2. Buku pegangan bagi peserta pelatihan persiapan masa nifas
3. Lembar penilaian efikasi ibu nifas, dukungan sosial, dan kualitas hidup ibu nifas.

#### **F. Keaslian Penelitian**

Penelitian tentang pelatihan persiapan masa nifas, efikasi diri ibu nifas, dukungan sosial, dan kualitas hidup ibu nifas belum pernah dilakukan peneliti sebelumnya. Penelitian yang pernah dilakukan peneliti lain adalah

1. Tam *et al.*, (2003), meneliti tentang pengaruh proactive educational counselling terhadap kualitas hidup ibu. Penelitian kuasi eksperimen pada ibu setelah melahirkan. *World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF)*. Kelompok intervensi : ibu setelah melahirkan dengan *proactive educational counselling*. Kualitas hidup diukur pada enam minggu dan enam bulan pasca-persalinan. Skor rata rata domain fisik kualitas hidup kelompok intervensi 74 (SD 13) lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol 68 (SD 13). Terdapat kesamaan skor psikologis antar kelompok. Skor rata-rata kualitas hidup atau kepuasan klien kelompok konseling= 2,6 (SD 2,6) lebih rendah dibandingkan dengan perawatan rutin

- 3,9 (SD 3,2). Pendidikan konseling setelah melahirkan mungkin memiliki efek merugikan terhadap kualitas hidup ibu dengan persalinan tindakan.
2. Torkan *et al.*, (2009), membandingkan kualitas hidup pada wanita setelah melahirkan normal dan operasi caesar Penelitian prospektif. SF-36 pada dua titik waktu. Waktu 1: 6 sampai 8 minggu setelah melahirkan. Waktu 2: 12 sampai 14 minggu setelah melahirkan). Kelompok persalinan normal vagina memiliki kualitas hidup yang lebih baik untuk hampir semua sub-skala di kedua kali penilaian. Kelompok persalinan vagina mengalami peningkatan pada kualitas kesehatan sementara kelompok operasi caesar pada kualitas kesehatan mental.
  3. Safarinejad *et al.*, (2009), menghubungkan antara cara kelahiran dengan disfungsi seksual dan penurunan kualitas hidup (kualitas hidup) baik pada wanita dan suami mereka. Penelitian prospektif Female Sexual Function Index (FSFI), International Index of Erectile Function (IIEF), dan Short Form-36 Ibu hamil antara 21-32 tahun, paritas I dan bersuami, kemudian saat persalinan dibagi menjadi 5 kelompok vaginal delivery (SVD) vaginal delivery with episiotomy (VDE) operative vaginal delivery (OVD) planned cesarean section (PCS) (emergency cesarean section (ECS) Aktifitas seksual intercourse rata-rata dilakukan ada 8 minggu setelah melahirkan. Skor *Female Sexual Function Index* FSFI adalah lebih rendah pada wanita dengan persalinan pervaginam dan operasi sesar darurat dibandingkan *planned cesarean section* PCS. Skor nyeri awal seksual intercourse SI ( $P = 0,001$ ) Wanita dengan *planned cesarean section* PCS adalah lebih rendah dibandingkan *operative vaginal delivery* OVD Antar kelompok tidak terdapat perbedaan skor *International Index of Erectile Function* IIEF untuk fungsi