

PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN
TINDAKAN SUAMI DENGAN PENDIDIKAN KESEHATAN
DALAM PERSIAPAN PERSALINAN AMAN
DI KABUPATEN PINRANG
SULAWESI SELATAN

*THE IMPROVEMENT OF THE KNOWLEDGE, ATTITUDE
AND PRACTICE OF HUSBAND BY HEALTH EDUCATION
ON THE SAFE MOTHERHOOD
AT KABUPATEN PINRANG
SOUTH SULAWESI*

DYAH PUSPITA DEWI



PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2 0 0 8

KATA PENGANTAR

Tiada kalimat utama yang patut dikemukakan, kecuali mengucapkan Puji Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, atas limpahan berkah dan perkenaan-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat diselesaikan.

Untuk dapat mewujudkan wawasan akademis, yang akhirnya tertuang dalam bentuk tesis ini, tentu saja banyak pihak yang telah turut serta dengan tulus ikhlas memberikan kontribusi besar dalam penyelesaian tesis ini. Saatnyalah, apabila dalam kesempatan ini penulis mengungkapkan terima kasih dan apresiasi yang tinggi kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian studi ini :

1. **Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS** , selaku ketua Komisi Penasihat, sebagai seorang “bapak yang bijaksana”, sebagai “pembimbing akademik” penyelesaian studi penulis, yang tekun dalam memberikan bimbingan, wawasan dan dorongan dalam penyelesaian tesis ini .
2. **Dr.dr. Muh. Syafar, MS** ; sebagai anggota komisi penasihat, yang banyak memberikan bimbingan, masukan, saran dan perbaikan di setiap kesempatan, hingga tesis ini dapat selesai.
3. **Prof. Dr. dr. H. Rusli Ngatimin, MPH**, dan **Dr. Ridwan Thaha, M.Sc.** selaku dosen penguji yang banyak memberikan saran, masukan, dan perbaikan pada tesis ini sehingga dapat selesai.
4. Bapak Rektor Universitas Hasanuddin, Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Asisten Direktur I, Ketua Konsentrasi Program Promosi Kesehatan, para dosen dan seluruh staf administrasi yang telah memberikan pelayanan selama penulis menjadi mahasiswa Program Pascasarjana di Universitas Hasanuddin.
5. **Drs. H. A. Nawir Pasinringi, MP.**, selaku Bupati Pinrang beserta jajarannya yang telah memberi kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi ini dan memberikan beasiswa selama penyelesaian studi ini .
6. **H. Baharuddin Tahang, SKM, M.Si.**, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang, yang memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan ijin penelitian di lingkup Dinas Kesehatan

Kabupaten Pinrang dan segala perhatian, dan peluang yang diberikan kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan studi ini.

7. **Kepala Puskesmas dan Bidan Puskesmas** tempat dimana penulis melakukan penelitiannya, atas segala bantuan, mencari responden, melakukan pendekatan, membantu penulis dalam penyelesaian penelitian hingga tersusunnya tesis ini.
8. **DR. Rhommy R.M. Manule, M.Si**, suami tercinta dan ananda **Dyah Respati Maharani**, dan **Qannitha Candra Sekar** yang selalu saya sayangi, atas doa, segala pengertian, kesabaran, dan pengorbanan, serta dengan kasih sayang memberikan motivasi yang kuat kepada penulis dalam penyelesaian studi.
9. Teman-teman sependidikan dan rekan seperjuangan Program Promosi Kesehatan Angkatan 2006/2007 yang tak bisa kami sebut satu per satu; yang saling memberikan dorongan dan semangat di antara kami semua untuk penyelesaian studi penulis.
10. Suami-suami ibu hamil trimester pertama sebagai responden di lokasi penelitian yang rela meluangkan waktunya di tengah kesibukan pekerjaannya mau menyempatkan diri untuk terlibat dalam penelitian ini; akhirnya.....
11. Kepada semua pihak yang namanya tidak sempat penulis sebutkan satu per satu, atas bantuan yang telah diberikan, baik berupa moril maupun materil, disampaikan terima kasih yang setulus-tulusnya.

Penulis menyadari akan keterbatasan kemampuannya untuk kesempurnaan tulisan ini. Karya akademik ini masih jauh dari kesempurnaan. Saran dan kritik untuk kesempurnaan tesis ini sangat diharapkan. Akhirnya, penulis berharap semoga hasil penelitian yang tertuang dalam tesis ini dapat menambah khasanah bagi peningkatan kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan Ibu dan Anak.

Makassar, 2 Juni 2008
Penulis,

Dyah Puspita Dewi
NIM. P.180 520 6501

ABSTRAK

DYAH PUSPITA DEWI. Peningkatan Pengetahuan Sikap dan Tindakan Suami Dengan Pendidikan Kesehatan Dalam Persiapan Persalinan Aman di Kabupaten Pinrang Tahun 2008 (dibimbing oleh BURHANUDDIN BAHAR, sebagai ketua; MUH. SYAFAR sebagai anggota)

Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi interpersonal terhadap perilaku suami dalam persiapan persalinan aman di Kabupaten Pinrang, Provinsi Sulawesi Selatan. Tujuan khusus mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi interpersonal dalam persiapan persalinan aman terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman dan mengetahui gambaran hubungan karakteristik responden terhadap pemberian pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi interpersonal.

Metode Penelitian Desain Eksperimen Semu (*Quasi Experiment Designs*) dengan rancangan *Non-Equivalent Control Group*. Subyek penelitian adalah suami ibu hamil, anak pertama, usia kehamilan diatas 6 bulan. Jumlah responden 60 orang, dibagi menjadi dua kelompok, 30 responden kelompok perlakuan dan 30 responden kelompok kontrol. Lokasi penelitian di enam Puskesmas Kabupaten Pinrang. Pada kelompok perlakuan dilakukan pemberian pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi interpersonal dan pembagian leaflet tentang persiapan persalinan aman, yang dilakukan dengan kunjungan rumah. Variabel yang diukur adalah pengetahuan, sikap dan tindakan suami.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada pengetahuan, sikap dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman. Terdapat perbedaan signifikan pada responden dengan tingkat pendidikan yang berbeda terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman.

Kesimpulan penelitian bahwa pemberian pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi interpersonal tentang persiapan persalinan aman meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman. Ada hubungan karakteristik antara pendidikan suami dengan peningkatan pengetahuan sikap, dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman.

Kata Kunci : *pengetahuan, sikap, tindakan, pendidikan kesehatan, persiapan persalinan aman*

ABSTRACT

DYAH PUSPITA DEWI. The Improvement of the Knowledge, Attitude and Practice of Husband by Health Education on the Safe Motherhood at Kabupaten Pinrang, South Sulawesi (supervised by BURHANUDDIN BAHAR, and MUH. SYAFAR)

This research aimed to know determine of the health education by interpersonal communication education on the husband behavior based on the safe motherhood at Kabupaten Pinrang, Province of South Sulawesi. The core was aimed to know determine of the health education based on the knowledge, attitude, and practice of husband and was to describe the relationship of residence characteristics took on the health education within the interpersonal communication method.

Quasi experiment designs is used in this research. The research method was conducted with non-equivalent control group design. Husband of mother pregnant by characteristics with first child and the age of maternity upper six months is used the research subject. Sixty respondent were selected who covered thirty the control group and thirty the experiment group. This research was conducted in six community health center at Kabupaten Pinrang. The experiment group was given the health education by interpersonal communication method and distributed the leaflet of safe motherhood, was done by visited the home. The variance of knowledge, attitude, and practice of husband are used.

This research indicated that the significantly differences of the experiment group and the control group based on the variance of knowledge, attitude, and practice of husband on the safe motherhood. It was not the significantly differences within the different education level increased among the variance of knowledge, attitude, and practice of husband on the safe motherhood.

The conclusions of research that the health education was given by interpersonal communication method and distributed the leaflet are determine to built the knowledge, attitudes, and practices of husband on the safe motherhood. That was relationship describing the educational characteristic of husband to increasing of the knowledge, attitude, and practice on the safe motherhood.

Keyword : *knowledge, attitude, practice, health education, safe motherhood*

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	12
II. TINJAUAN PUSTAKA	14
A. Pendidikan Kesehatan	14
B. Komunikasi Interpersonal	16
C. Angka Kematian Ibu	18

D. Safe Motherhood	24
E. Peran Suami Dalam Persiapan Persalinan Aman	26
F. Pengaruh Penyuluhan dengan Metode Komunikasi Interpersonal dalam Persiapan Persalinan Aman	33
G. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan	39
H. Kerangka Konseptual	41
I. Hipotesis	42
J. Definisi Operasional.....	42
III. METODE PENELITIAN	46
A. Rancangan Penelitian.....	46
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	47
C. Populasi dan Teknik Sampel	48
D. Instrument Penelitian	50
E. Prosedur Penelitian	56
F. Analisis Data	57
IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	59
A. HASIL PENELITIAN	59
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	59
2. Identitas Kelompok Responden	61
3. Analisis Bivariat	63

4. Analisis gambaran hubungan karakteristik suami terhadap keberhasilan metode komunikasi interpersonal dalam persiapan persalinan aman	72
B. PEMBAHASAN	77
1. Analisis perbedaan pengetahuan sikap dan tindakan suami ibu hamil antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan nilai pretes postes	77
2. Pengetahuan sikap dan tindakan suami ibu hamil dalam persiapan persalinan aman pada kelompok perlakuan setelah diberi pendidikan kesehatan	88
3. Gambaran Karakteristik suami ibu hamil terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman	92
4. Keterbatasan Penelitian	94
VI. KESIMPULAN DAN SARAN	95
A. Kesimpulan	95
B. Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	97
LAMPIRAN-LAMPIRAN	100

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Butir penyebaran pertanyaan aspek pengetahuan	51
Tabel 2. Butir penyebarab pertanyaan aspek sikap	53
Tabel 3. Butir penyebaran pertanyaan aspek tindakan	54
Tabel 4. Jumlah ibu hamil dan jumlah kematian ibu bersalin di Kabupaten Pinrang Tahun 2007	60
Tabel 5. Distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan tingkat pendidikan	61
Tabel 6. Distribusi responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan pekerjaan	62
Tabel 7. Distribusi responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan umur	63
Tabel 8. Hasil Pretes – Postes kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada aspek pengetahuan	64
Tabel 9 Hasil Pretes – Postes kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada aspek sikap	64
Tabel 10. Hasil Pretes – Postes kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada aspek tindakan	65
Tabel 11. Hasil Uji Wilcoxon Signed Ranks Test dari hasil skor pretes postes aspek pengetahuan pada kelompok perlakuan	65
Tabel 12. Hasil Uji Wilcoxon Signed Ranks Test dari hasil skor pretes postes aspek sikap pada kelompok perlakuan	66
Tabel 13. Hasil Uji Wilcoxon Signed Ranks Test dari hasil skor pretes postes aspek tindakan pada kelompok perlakuan	67

Tabel 14. Hasil Uji U Mann Whitney pada saat pretes aspek pengetahuan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	68
Tabel 15. Hasil Uji U Mann Whitney pada saat postes aspek pengetahuan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	69
Tabel 16. Hasil Uji U Mann Whitney pada saat pretes aspek sikap pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	69
Tabel 17. Hasil Uji U Mann Whitney pada saat postes aspek sikap pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	70
Tabel 18. Hasil Uji U Mann Whitney pada saat pretes aspek tindakan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	70
Tabel 19 Hasil Uji U Mann Whitney pada saat postes aspek tindakan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	71
Tabel 20. Hasil uji chi square pretes-postes aspek pengetahuan pada kelompok perlakuan dengan perbedaan tingkat pendidikan responden	73
Tabel 21. Hasil uji chi square pretes-postes aspek sikap pada kelompok perlakuan dengan perbedaan tingkat pendidikan responden	74
Tabel 22. Hasil uji chi square pretes-postes aspek tindakan pada kelompok perlakuan dengan perbedaan tingkat pendidikan responden	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar.1. Penurunan Angka Kematian Ibu (MMR)	2
Gambar.2. Empat Pilar Safe Motherhood	25
Gambar.3. Struktur Sistem Kesehatan dan Sistem Rujukan	32
Gambar 4. Proses Pembentukan Tingkah Laku	37
Gambar 5. Kerangka Konseptual	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisisioner untuk responden	100
Lampiran 2. Format penilaian materi penyuluhan	106
Lampiran 3. Materi penyuluhan Persiapan Persalinan Aman	107
Lampiran 4. Leaflet Materi Penyuluhan Persalinan Aman	110
Lampiran 5 Hasil uji SPSS data penelitian	112

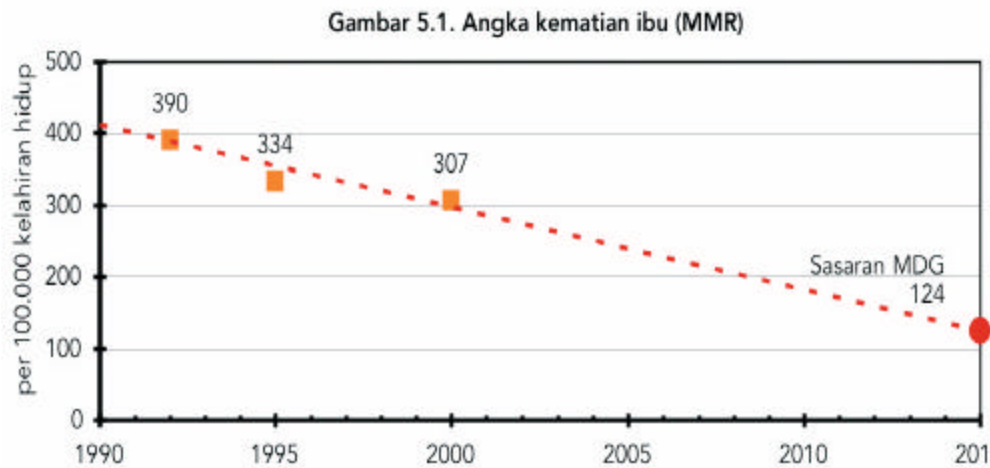
BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia merupakan masalah berkepanjangan dan kompleks yang sampai saat ini belum dapat diatasi. Kendati telah terjadi penurunan dari kurun waktu sebelumnya, tetapi penurunan belum signifikan. AKI di Indonesia menurut Survey Demografi & Kesehatan Indonesia (2002) yaitu 307/100.000 kelahiran hidup. Dengan angka ini, meskipun sudah mengalami penurunan, akan tetapi AKI Indonesia masih merupakan yang tertinggi di antara negara-negara ASEAN. Angka Kematian Ibu di Thailand 129/100.000 kelahiran hidup, Malaysia 39/100 000 kelahiran hidup dan Singapura sebesar 6/100.000 kelahiran hidup.

Penurunan angka kematian ibu yang sudah dicapai bangsa kita serta target yang harus dicapai pada tahun 2010 nanti., dapat dilihat dalam gambar 1.1, penurunan AKI dari tahun 1990, 390/100.000 kelahiran hidup, menurun menjadi 334/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995, dan tahun 2000 survei menunjukkan penurunan menjadi 307/100.000 kelahiran hidup, sedangkan target yang harus dicapai pada tahun 2010 adalah 124/100.000. Apakah target ini akan terpenuhi, semuanya adalah sesuatu yang menjadi tanda tanya .



Sumber: SDKI 1994, SDKI 1997, SDKI 2002-2003

Gambar 1. Penurunan Angka Kematian Ibu (MMR)

Penyebab langsung kematian ibu hamil, melahirkan dan nifas yang terbanyak disebabkan oleh perdarahan, eklampsia, infeksi, penanganan abortus yang tidak aman, dan partus lama. Selain kausa dari aspek medis, ketidak setaraan gender, nilai dan budaya masyarakat yang merendahkan perempuan. Rendahnya perhatian suami/laki-laki terhadap ibu hamil dan melahirkan serta kurangnya kemampuan kaum perempuan untuk membuat keputusan bagi kesehatan diri sendiri diduga sebagai faktor resiko bagi persalinan yang tidak aman.

Hasil survei memang menunjukkan, lebih dari 80 persen penyebab kematian ibu hamil dan bersalin ini disebabkan oleh trias klasik: perdarahan (40-60 persen), infeksi jalan lahir (20-30 persen) dan keracunan kehamilan (20-30 persen). Sisanya, sekitar 5 persen

disebabkan penyakit lain yang memburuk dengan terjadinya kehamilan dan persalinan (Cholil dalam Makato Ito, 2001)

Penyebab kematian ibu tidak langsung antara lain adalah anemia, Menurut SKRT 1995 prevalensi anemia ibu hamil adalah 55 persen dan pada ibu nifas 45 persen. Data Ibu hamil di daerah endemis seperti provinsi Irian Jaya, Maluku dan NTT mudah menderita panas tinggi dan meninggal karena penyakit malaria. Saat ini terdapat indikasi meningkatnya jumlah kasus infeksi PMS/HIV dan AIDS, walaupun jumlah kasus yang dilaporkan masih rendah. Dengan demikian prevalensi HIV pada wanita hamil maupun resiko penularan ibu pada anak diperkirakan akan meningkat (Depkes, 2005) tingginya angka kematian ibu tak hanya dipengaruhi oleh faktor klinis. Justru di Indonesia, 64 persen angka kematian ini dikontribusikan oleh faktor-faktor tradisi, sosial-budaya, ekonomi dan pendidikan (Cholil dalam Makato Ito, 2001)

Perdarahan masih merupakan sebab kematian ibu yang tertinggi, yang sebagian besar disebabkan karena *retensio placenta*, hal ini menunjukkan adanya manajemen Kala III yang kurang adekuat pada pertolongan persalinan (DepKes, 2002). Manajemen Kala III ini hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terampil, sehingga masalah ini menggambarkan pentingnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terampil yang dikenal dengan istilah Membuat Persalinan aman, yang juga merupakan program unggulan dari DepKes, *Safe Motherhood*.

Langkah yang ditempuh untuk mencapai persalinan aman telah tertuang dalam program *Making Pregnancy Safer* dengan tiga pesan kunci : 1)

Setiap persalinan ditolong oleh tenaga terampil, 2) Setiap komplikasi memperoleh pelayanan rujukan yang adekuat, 3) setiap wanita usia reproduksi dapat akses pencegahan dan penanganan kehamilan yang tidak diinginkan dan komplikasi abortus (DepKes, 2002). Telah banyak upaya yang dilakukan tetapi angka kematian ibu belum menunjukkan penurunan secara bermakna. Semua kegiatan belum menyenyuh keterlibatan dan partisipasi suami secara maksimal. Peran kunci yang dimiliki suami terutama dalam mengambil keputusan tampaknya menjadi sangat relevan bahwa mereka juga perlu dimotivasi untuk berkomunikasi dengan istrinya dalam mencapai persalinan aman. Hasil penelitian menemukan kematian ibu dapat dicegah bila suami dapat mengidentifikasi komplikasi-komplikasi potensial setelah persalinan dan selalu siaga untuk mencari pertolongan jika hal itu terjadi.

Peringatan Hari Kependudukan Dunia tahun 2007 pada bulan Juli bertemakan *Men as Partner in Maternal Health* (Pria mitra kesehatan ibu) mempunyai arti penting dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, dengan peringatan ini semua pihak diharapkan menjadi lebih peduli, peran suami lebih ditingkatkan dalam pemeliharaan kesehatan keluarganya, karena suami mempunyai peran kunci dalam pemeliharaan kesehatan ibu pada saat kehamilan, persalinan dan setelah melahirkan. (Meutia, 2007).

Suami siap ikut terlibat dalam program kesehatan reproduksi, utamanya dalam komunikasi. Dengan komunikasi yang efektif antara suami dan istri selama kehamilannya maka komplikasi kehamilan dan persalinan dapat diketahui suami dan selanjutnya dapat menentukan perannya. Meskipun

keterlibatan suami bukan satu-satunya cara untuk menurunkan angka kematian ibu di Indonesia tetapi fakta menunjukkan bahwa keterlibatan suami turut menentukan tingginya angka kematian ibu (Beni, dkk,2000)

Langkah-langkah yang dapat dilakukan dalam upaya agar suami dapat berkomunikasi dengan istri dalam mencapai persalinan aman adalah dengan memberikan pendidikan kepada suami tentang apa saja yang perlu dipersiapkan dalam mencapai persalinan aman. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada suami dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku dalam pengambilan tindakan yang berhubungan dengan kesehatan (WHO, 1992)

Dalam survei awal mengevaluasi proyek *Making Pregnancy safer* untuk mengetahui bagaimanakah keterlibatan suami dalam program tersebut, jawaban yang diperoleh adalah suami perlu pengetahuan tentang kehamilan dan persalinan istrinya (SDKI, 2002). Peran dan tanggung jawab suami dalam kesehatan ibu hamil sangat berpengaruh terhadap kesehatan istrinya, namun di lain pihak suami tidak mendapatkan informasi tentang kesehatan secara memadai. Pendekatan baru dalam meningkatkan partisipasi suami adalah membekali suami dengan informasi yang benar dan mengikutsertakan mereka dalam setiap upaya untuk menyiapkan kehamilan dan persalinan istrinya (Depkes, 2000).

Pada evaluasi dan revitalisasi Gerakan Sayang Ibu tahun 2005, suatu gerakan yang didalamnya melibatkan keterlibatan masyarakat termasuk suami dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu,

disimpulkan bahwa adanya ketidak setaraan gender yang terus terjadi memperparah, *tiga terlambat* dan *empat terlalu* yang terjadi di masyarakat, karena nilai sosial budaya terhadap perempuan, yang sangat erat berkaitan dengan ketidak setaraan gender dalam masyarakat serta masih kurangnya pengetahuan dan penghargaan terhadap hak dan kesehatan reproduksi perempuan. Bila ditelaah secara mendalam masalah ini bersumber dari banyak faktor, tetapi yang paling dominan adalah tata nilai sosial budaya dan penafsiran ajaran agama dalam sebagian masyarakat kita yang belum sejalan dengan kesetaraan dan keadilan gender. Pandangan yang menganggap kehamilan adalah peristiwa alamiah yang harus ditanggung resikonya oleh kaum perempuan, perlu dilakukan perubahan secara sosio-kultura agar kaum perempuan mendapat perhatian dari masyarakat sekitarnya dan memiliki hak terhadap kesehatan reproduksinya termasuk dalam penentuan kapan, berapa kali hamil selama masa suburnya, serta kemana mencari pertolongan untuk kehamilan dan persalinannya. (Endang Moerniati, 2005)

Perubahan sosio-kultural tersebut harus diikuti pula oleh peningkatan pelayanan dan perawatan kesehatan selama kehamilan dan melahirkan serta pasca kelahiran dan perawatan bayi, baik oleh pemerintah, swasta, maupun masyarakat terutama keluarga (suami) sebagai orang yang bertanggung jawab. Oleh karena itu, dalam kampanye kepedulian sosial terhadap hak dan kesehatan reproduksi perempuan perlu melibatkan semua pihak terutama kesadaran dan peran serta kaum laki-laki sebagai suami maupun pimpinan masyarakat.

Salah satu upaya program Departemen Kesehatan untuk penanggulangan kematian maternal terkait dengan peran suami adalah meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik suami tentang kehamilan yang aman yang meliputi ; menyusun jadwal untuk mengetahui pentingnya pemeriksaan kehamilan, menyusun kebutuhan ibu selama kehamilan sampai melahirkan, membuat rencana persalinan, membuat rencana siapa yang mengambil keputusan bila terjadi kegawat daruratan, mempersiapkan transportasi ke tempat bersalin atau ke tempat rujukan, membuat rencana pola menabung untuk biaya persalinan.

Metode pendidikan yang digunakan dalam memberikan informasi kesehatan pada suami tentang persiapan persalinan yang aman adalah dengan komunikasi interpersonal, komunikasi ini dilakukan secara tatap muka yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, selain itu masalah yang dihadapi suami dalam persiapan persalinan aman merupakan hal yang sensitif bagi para suami ibu hamil, sehingga dengan metode komunikasi interpersonal antara petugas kesehatan dengan suami ada komunikasi langsung, bila ada masalah yang diihadapi suami langsung bisa dibantu petugas kesehatan untuk menyelesaikannya. Dengan situasi ini diharapkan suami secara sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima informasi baru tersebut

Dalam Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang tahun 2007, angka kematian ibu dari tahun ke tahun belum menunjukkan penurunan yang cukup berarti, meskipun secara nasional AKI ini masih dibawah target tetapi

penurunan yang lambat cukup memprihatinkan, Pada tahun 2005 ada 5 kasus kematian ibu dari 6.126 kelahiran hidup atau 82/100.000 kelahiran hidup (Laporan tahun Kesehatan Ibu dan Anak Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang, 2005), Tahun 2006 terjadi peningkatan kasus kematian yaitu 8 kasus kematian ibu dari 6.366 kelahiran hidup atau 126/100.000 kelahiran hidup (Laporan tahunan Kesehatan Ibu dan Anak Dinas Kesehatan kabupaten Pinrang tahun 2006) dan tahun 2007 terjadi peningkatan kasus kematian ibu sebanyak 10 kasus dari 6.619 kelahiran hidup atau 151 / 100.000 kelahiran hidup (Laporan tahunan Kesehatan Ibu dan Anak Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang, 2007). Dari 10 kasus kematian tersebut, 5 diantaranya disebabkan karena perdarahan selama pertolongan persalinan dan ironisnya ditangani dukun tanpa pedamping bidan desa ataupun petugas kesehatan yang ada di desa tersebut. Jumlah kasus kematian ini merupakan kasus kedua terbanyak di Propinsi Sulawesi Selatan, setelah Tator dengan 12 kasus kematian (Laporan tahunan Kesehatan Ibu dan KB, Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan, 2007)

Meskipun cakupan pelayanan *Antenatal Care* (ANC) di Kabupaten Pinrang untuk K1 pada tahun 2007 sudah melampaui target nasional yaitu 99.5 persen dari 90 persen yang harus dicapai, demikian juga cakupan K 4 sebanyak 88, 8 % dari target nasional yaitu 85 persen, tetapi tingginya kunjungan ibu hamil yang memeriksakan ANC sampai trimester ke empat ini ternyata tidak menjamin menurunnya kasus kematian ibu di Kabupaten Pinrang.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Makoto Ito (1997) tentang tingginya angka kematian ibu di Kabupaten Pinrang, pada semua contoh kasus yaitu mengenai kesadaran yang rendah akan bahaya dalam persalinan. Ini terlihat pada kasus di mana telah diberitahukan bahwa ibu hamil tergolong resti, namun tidak diperhatikan. Rendahnya kesadaran akan bahaya dan resiko ini, menyebabkan pada saat persalinan, yang pertama dipanggil adalah dukun, dan ketika kondisi berbahaya ini tampak jelas di mata semua orang dan dukun mulai menyerah barulah cenderung untuk memanggil bidan. Dalam hal pemeriksaan kehamilan, seperti yang diharapkan, ibu hamil telah lebih memilih memeriksakan diri kepada bidan, akan tetapi saat persalinan, sosok dukun yang lebih dominan diharapkan. Masalah ini bukanlah masalah ekonomi semata. Kondisi ini menunjukkan bahwa peran suami sangat kurang dalam penentuan persalinan ibu hamil.

Untuk mendapatkan gambaran pendahuluan tentang bagaimana pelayanan pada ibu hamil dan suami khususnya dalam pemberian penyuluhan tentang kehamilan yang aman kepada sasaran, maka penulis, yang bertugas sebagai koordinator kegiatan ibu dan anak di Kabupaten Pinrang telah mengamati pelaksanaan pelayanan KIA di Puskesmas dan mewawancarai bidan Puskesmas. Berdasarkan hasil pengamatan bahwa kegiatan yang selama ini dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak lebih ditujukan pada si ibu, sedangkan suami jarang diintervensi, jarang suami yang mau mengantar istri selama memeriksakan kehamilannya, walaupun ada hanya segelintir orang saja, sehingga suami tidak mendapatkan informasi

tentang kehamilan yang aman bagi si ibu. Petugas beranggapan bahwa keluarga dan suami ibu hamil tersebut akan memperoleh informasi dari si ibu sendiri atau dari media informasi yang ada seperti koran, majalah, radio ataupun televisi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, maka ada beberapa permasalahan yakni :

- a. Angka kematian ibu yang masih cukup tinggi di Kabupaten Pinrang, (tertinggi kedua di Propinsi Sulawesi Selatan untuk tahun 2007)
- b. Lima kasus kematian ibu di Kabupaten Pinrang disebabkan karena perdarahan pada saat persalinandan ditangani oleh dukun

Intervensi yang selama ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan masih sebatas peningkatan pelayanan kesehatan ibu selama kehamilan tanpa melibatkan peran suami
- c. Suami membutuhkan pengetahuan dan informasi tentang kehamilan dan persiapan persalinan yang aman bagi istri

- d. Belum maksimalnya promosi kesehatan khususnya tentang kehamilan yang aman dan persiapan persalinan aman bagi suami ibu hamil

Maka rumusan masalah dalam penelitian yang akan dilakukan adalah ***apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan komunikasi interpersonal antara bidan dan suami terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman.***

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan melalui metode komunikasi interpersonal terhadap perilaku suami dalam persiapan persalinan aman

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi interpersonal terhadap peningkatan pengetahuan suami dalam persiapan persalinan aman

- b. Untuk menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi interpersonal terhadap perubahan sikap suami dalam persiapan persalinan aman
- c. Untuk menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi interpersonal terhadap perubahan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman
- d. Diketuainya gambaran hubungan antara karakteristik suami (pendidikan) terhadap keberhasilan metode komunikasi interpersonal dengan peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pengelola Program

Dengan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan yang berharga untuk menentukan program inovatif yang sesuai dalam rangka peningkatan pengetahuan tentang persiapan persalinan aman bagi suami ibu hamil

2. Bagi Peneliti

Dengan melakukan penelitian ini diharapkan akan menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti yang kelak akan berguna dalam melaksanakan tugas selanjutnya. Disamping itu, penelitian ini juga merupakan sarana bagi peneliti untuk mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama ini

3. Bagi Ilmu Pengetahuan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan khususnya mengenai ilmu promosi kesehatan

4. Bagi masyarakat

Diharapkan hasil penelitian ini bermanfaat bagi keluarga khususnya para suami dalam usaha untuk meningkatkan peran sertanya dalam persiapan persalinan aman

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Yang pada akhirnya pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya. Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses, dimana proses tersebut mempunyai masukan (*input*) dan keluaran (*output*). Fokus dari pendidikan kesehatan adalah pada perilaku individu/kelompok masyarakat dengan penekanan pada perubahan perilaku (L.Green, 1980)

Ada beberapa definisi tentang pendidikan kesehatan, antara lain yang didefinisikan oleh WHO (1997) "*Health Education is improve healthy literacy, life skill and community health*". Morton *et al*, (1995) dalam Ngatimin , (2005) "*Health Education is the profession principally devoted to employing health promotion process to foster healthful behaviour and health itself*". Turnock (1987) dalam Ngatimin, 2005) "*Health Education is any combination of*

learning opportunities design to facilitate voluntary or coadaptions of behavior (in individuals, group or communities) condusive to good health”.

Pendidikan kesehatan yang diberikan pada suami ibu hamil bersifat promotif yaitu pendidikan pada orang yang sehat yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatannya. Diharapkan setelah suami mendapatkan pendidikan kesehatan akan dapat mengubah pengetahuan, sikap dan perilaku suami terhadap persiapan persalinan aman. Sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan DepKes RI (1984). tujuan pendidikan kesehatan ada tiga hal yaitu pengetahuan (*knowledge*), perubahan sikap (*attitude*) dan ketrampilan atau tingkah laku (*practise*) yang berhubungan dengan masalah kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang dari individu, kelompok atau masyarakat. Kegiatan belajar dapat terjadi dimana saja, kapan saja dan oleh siapa saja. Seseorang dapat dikatakan belajar apabila didalam dirinya terjadi perubahan, dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat mengerjakan menjadi dapat mengerjakan sesuatu (Notoatmodjo, 1996).

Komponen-komponen yang terlibat dalam pendidikan kesehatan adalah, pendidik dalam penelitian ini adalah bidan/bidan desa, sebagai peserta didik adalah suami ibu hamil, metode pendidikan yang digunakan adalah komunikasi interpersonal, media yang digunakan berupa materi tentang persiapan persalinan aman, baik dalam bentuk leaflet, lingkungan belajar di

rumah masing-masing ibu hamil, serta kondisi suami ibu hamil yang bersedia menerima perlakuan. Untuk memperoleh hasil yang baik, dalam pendidikan kesehatan diperlukan adanya keterpaduan, kesesuaian dan keselarasan diantara komponen-komponen tersebut.

B. Komunikasi Interpersonal

Komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama. Efektifitas upaya komunikasi yang diberikan bergantung pada berbagai input (atau stimulus) serta out put (atau tanggapan terhadap stimulus). Menurut model komunikasi, perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain. Variabel input meliputi : sumber pesan, pesan itu sendiri, saluran penyampai, karakteristik penerima dan tujuan pesan-pesan tersebut. Variabel out put merujuk pada perubahan dalam faktor-faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, pembuat keputusan dan perilaku-perilaku yang dapat diobservasi (Mc.Guire, 1964 dalam Judith *et al*, 1996)

Komunikasi interpersonal (antar pribadi) adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal maupun non verbal. Bentuk khusus dan komunikasi interpersonal ini adalah komunikasi

diadik yang melibatkan hanya dua orang, seperti suami-istri, dua sejawat, dua sahabat dekat, guru-murid, dan sebagainya. Ciri-ciri komunikasi diadik adalah : pihak-pihak yang berkomunikasi mengirim dan menerima pesan secara simultan dan spontan (John, R Wenburg, *et al*, 2007)

Pada penelitian ini komunikasi dilakukan antara bidan sebagai pengirim pesan dan suami ibu hamil sebagai penerima pesan, dan dilakukan dalam jarak dekat, untuk membina perilaku baru. Bentuk pendekatan yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah komunikasi interpersonal, dengan cara ini kontak antara bidan sebagai pemberi penyuluhan dan suami ibu hamil sebagai penerima informasi lebih intensif, pihak yang berkomunikasi berada dalam jarak yang dekat, pihak-pihak yang berkomunikasi mengirim dan menerima pesan secara simultan dan spontan, baik secara verbal maupun non verbal, setiap masalah yang dihadapi suami selama persiapan persalinan aman dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Pada akhirnya diharapkan suami ibu akan dengan sukarela berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan mengubah perilakunya (Notoatmodjo, 2003).

Tubbs and Sylvia Moss, 1997, komunikasi dianggap efektif bila menghasilkan lima hal yaitu : pengertian , kesenangan, pengaruh pada sikap, hubungan yang makin baik dan tindakan. Komunikasi yang menimbulkan pengertian memang sukar, jauh lebih sukar lagi komunikasi persuasif yang menghasilkan tindakan nyata atau yang mendorong orang untuk bertindak. Namun demikian , keberhasilan komunikasi biasanya diukur dari tindakan nyata yang dihasilkan. Karena untuk menimbulkan tindakan, kita harus

berhasil lebih dahulu menanamkan pengertian, mengubah sikap atau menumbuhkan hubungan yang baik. Tindakan adalah hasil kumulatif seluruh proses komunikasi. Komunikasi interpersonal yang efektif meliputi banyak unsur, tetapi hubungan interpersonal barangkali yang paling penting (Anita Taylor *et al*, 1977).

C. ANGKA KEMATIAN IBU

Pengertian kematian ibu adalah kematian seorang perempuan yang terjadi selama kehamilan sampai dengan empat puluh dua hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan, yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan (WHO, 2002 dalam Windhu Purnomo, 2006).

1) Angka Kematian Ibu dan Kemiskinan

Masalah ini adalah penyakit kronis yang menggerogoti ibu di Indonesia. Walaupun sudah ada perbaikan, tetapi masih belum setara dengan kualitas kesehatan perempuan Indonesia yang diharapkan. Data menyebutkan bahwa AKI berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2003 adalah 307 per 00.000 kelahiran hidup. Setiap jam 2 orang ibu mati karena melahirkan. Setiap hari 38 orang ibu mati karena persalinan. Dan setiap tahun

hampir 20.000 nyawa ibu melayang karena melahirkan keturunannya. Hal ini sebanding dengan 1 buah pesawat terbang Jumbo Jet yang seluruh penumpangnya ibu-ibu hamil dan jatuh setiap 1 minggu sekali.(Asrul Anas, 2007)

Memang angka tersebut sudah mengalami penurunan dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada 1990. Namun, bila dibandingkan dengan negara negara tetangga, AKI di Indonesia masih menempati tempat teratas. Atau jumlahnya sekitar 6 – 7 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara negara tetangga, seperti Malaysia, Thailand, dan Vietnam. Bahkan bila dibandingkan dengan negara negara maju sekitar 75 kali lebih tinggi (*The United Nation Population Fund*). Di balik angka kematian ibu, berarti: Pertama, bayi yang ibunya meninggal dinyatakan sebagai mempunyai harapan hidup kurang dari dua tahun. Kedua, dampak psikis dan ekonomis bagi keluarga miskin, keluarga kehilangan seorang perawat kebutuhan fisik, emosional keluarga, dan tenaga kerja. Ketiga, status kesehatan perempuan Indonesia rendah atau buruk. Keempat, hak dasar kesehatan perempuan dan bayinya tidak terpenuhi. Kelima, hak hidup perempuan dilanggar. (Kompas, 2007)

Penyebab tingginya AKI di Indonesia, sebenarnya bukanlah hal sulit untuk dipecahkan. Azwar, 2002, pakar Kesehatan Masyarakat, mengatakan bahwa penyebab kematian ibu di Indonesia sebenarnya tidak terlalu istimewa. Artinya dapat diatasi dengan mudah melalui pendekatan teknologi karena berkaitan erat dengan kondisi kehamilan, pertolongan persalinan yang aman dan perawatan bayi baru lahir. Namun, kemiskinan dan masalah sosial

budaya yang mengelilingi kaum ibulah yang seringkali menyebabkan pendarahan, hipertensi selama kehamilan, infeksi, partus (persalinan) lama, komplikasi keguguran, anemia, dan malnutrisi kronik/kurang gizi menahun yang menimpa ibu hamil dan melahirkan, tidak dapat diintervensi begitu mudah dengan teknologi.

Kemiskinan telah menyebabkan perempuan Indonesia, minim mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang adekuat (memadai). Padahal, ketika persalinan dalam kondisi kegawatdaruratan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang adekuat sangat menentukan keselamatan nyawa ibu dan bayinya. Sebagai contoh, seorang ibu yang mengalami komplikasi pendarahan di sebuah wilayah terpencil, tidak akan dapat bertahan selama dua hari untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ada, seperti puskesmas atau rumah sakit terdekat. Dan dalam waktu dua jam, ibu tersebut harus mendapatkan transfusi darah. Permasalahan transportasi menuju akses pelayanan kesehatan terdekat juga kerap menjadi kendala. Bukan sekedar lamanya perjalanan, tetapi juga biaya yang dikeluarkan untuk membayar transportasi tersebut. Selain itu, UNFPA mengatakan bahwa persoalan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan AKI yang tinggi di Indonesia juga terkait dengan anggaran kesehatan nasional yang ditujukan untuk pelayanan kesehatan. Indonesia hanya membelanjai 2,4 persen dari dana kesehatan nasional untuk pelayanan kesehatan. Jumlah itu lebih rendah daripada sasaran World Health Organization (WHO), yang menyebutkan jumlah 5%. Bandingkan dengan Srilanka, sebagai sebuah negara yang lebih

miskin daripada Indonesia, namun dapat memberikan pelayanan persalinan gratis di rumah sakit untuk semua ibu hamil.

2) Angka Kematian Ibu dan Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya yang melingkupi kaum ibu juga berpengaruh terhadap AKI yang tinggi. Sosial budaya kaum ibu yang lebih suka persalinannya ditolong oleh dukun beranak daripada tenaga kesehatan terlatih adalah salah satu faktor. Di kalangan etnis Bugis di Sulawesi Selatan, secara umum dinamakan *Sanro Pemmanak*, peranan dukun sangat menentukan kegiatan ibu hamil di rumah, selama pemeriksaan kehamilan (ANC), saat bersalin dan nifas (Ngatimin, 2005), jika kondisi kegawatdaruratan pada proses persalinan ibu hamil terjadi, umumnya dukun tidak tahu harus berbuat apa, sehingga kondisi ibu pun kritis. Satu sisi memang kita tidak bisa begitu saja menyalahkan mereka. Karena umumnya, dukun berasal dari komunitas mereka juga. Sehingga mereka telah mengenal dengan baik. Selain itu, biaya yang harus dikeluarkan oleh mereka ketika meminta pertolongan dukun jauh lebih murah dibandingkan jika mereka melahirkan di bidan, apalagi dengan dokter. Kemiskinan sekali lagi berbicara.

Faktor sosial budaya lain yang berpengaruh adalah, anggapan bahwa kehamilan dan persalinan adalah urusan perempuan atau kaum ibu. Sehingga kaum bapak atau suami kurang peduli terhadap hal tersebut. Padahal, penelitian telah membuktikan bahwa kepedulian suami terhadap kehamilan

dan persalinan istri sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu selama kehamilan, kerutinan ibu dalam melakukan kunjungan perawatan kehamilan 'antenatal care' dan memperlancar proses persalinan.

Sosial ekonomi dan sosial budaya Indonesia yang bias gender juga berpengaruh terhadap status gizi ibu hamil. Masyarakat seringkali mengutamakan bapak dibandingkan ibu, dalam hal konsumsi makanan. Sang bapak didahulukan untuk mendapat makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu. Sehingga angka anemia pada ibu hamil pun cukup tinggi

"Hasil survei memang menunjukkan, lebih dari 80 persen penyebab kematian ibu hamil dan bersalin ini disebabkan oleh triasklasik: perdarahan (40-60 persen), infeksi jalan lahir (20-30 persen) dan keracunan kehamilan (20-30 persen). Sisanya, sekitar 5 persen disebabkan penyakit lain yang memburuk dengan terjadinya kehamilan dan persalinan (Cholil, 2005) .Tetapi jangan lupa, tingginya angka kematian ibu tak hanya dipengaruhi oleh faktor klinis. Justru di Indonesia, 64 persen angka kematian ini dikontribusikan oleh faktor-faktor tradisi, sosial-budaya, ekonomi dan pendidikan.

Pernyataan ini berlaku untuk tingkat nasional, akan tetapi setelah melihat contoh kasus ternyata juga relevan dengan kondisi Sulsel. Terdapat proses tertentu yang menyebabkan kematian ibu. Walaupun penyebabnya dalam alasan klinis adalah perdarahan, keracunan kehamilan atau infeksi, akan tetapi proses sebelumnya nyata melibatkan berbagai proses campur

tangan manusia dan sosial. Jika kondisi ini dapat diperbaiki maka akhirnya akan menurunkan AKI.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Makato Ito, 2001 tentang kejadian kematian ibu di tiga Kabupaten di Propinsi Sulawesi selatan, yaitu di Kabupaten Bulukumba, Soppeng dan Pinrang pernyataan tersebut diatas berlaku juga, kematian ibu secara klinis disebabkan karena perdarahan, eklamsi dan keracunan kehamilan, tetapi dibelakang penyebab klinis tersebut sebenarnya keterlibatan faktor sosial budaya, keterlibatan keluarga terutama suami sangat erat hubungannya dengan kematian ibu.

Senada dengan penelitian tersebut juga dilakukan oleh Arianti, dkk (2001), di Kampung Nelayan Jawa Timur, disimpulkan bahwa faktor penyebab kematian ibu selain faktor medis, ada beberapa faktor non medis antara lain karena faktor psikologis yakni perasaan stres yang dialami ibu hamil, keterlambatan rujukan, keterlambatan pengambilan keputusan, kondisi sosial ekonomi yang terbatas, rendahnya pendidikan dan pengetahuan akan arti pentingnya kesehatan reproduksi, kurangnya pemahaman tentang ideologi jender, masih kentalnya kepercayaan kultural khususnya terhadap dukun bersalin, kesalahan menetapkan tempat bersalin, mobilisasi yang terlalu awal, serta diabaikannya mengkonsumsi makanan yang bergizi.

D. SAFE MOTHERHOOD

Upaya Keselamatan Ibu (*Safe Motherhood Initiative*) dicanangkan tahun 1987 oleh badan-badan internasional dan pemerintah guna meningkatkan kesadaran dunia tentang pengaruh kematian dan kesakitan ibu serta untuk mendapatkan pemecahan masalahnya. Pengalaman secara global menunjukkan bahwa kematian ibu dapat dicegah dan berbagai penelitian tentang strategi untuk mengurangi kematian ibu telah dihasilkan. Namun ternyata sulit untuk mendokumentasikan angka kematian ibu yang terukur. Data yang tersedia menunjukkan bahwa kematian ibu tetap tinggi di beberapa negara berkembang. (Graham W,J, *et al*, 1996 dalam Jacqueline Sherris, 1998) Pada Simposium Internasional Keselamatan Ibu pada Hari Kesehatan Sedunia tanggal 7 April 1998, pesan yang disampaikan sangat jelas, yaitu : persalinan dapat dan harus diupayakan agar aman bagi ibu dan bayinya. Pesan ini merupakan bagian dari sepuluh pesan aksi yang dicanangkan.

Dibawah ini terdapat gambar empat pilar *safe motherhood* seperti yang sudah diuraikan sebelumnya,



Sumber : WHO-Mother Baby Package-1994

Gambar 2. Empat Pilar *Safe Motherhood*

Upaya-upaya yang bertujuan menyelamatkan ibu dalam kaitannya dengan kehamilan sangat bervariasi di berbagai negara, tergantung pada sumber daya dan lingkungan sosial budaya setempat. Upaya tersebut meliputi pelayanan keluarga berencana, promosi pelayanan antenatal, perbaikan pelayanan obstetri dan perbaikan status wanita. Semua upaya keselamatan ibu menuntut hubungan yang erat antar berbagai tingkat sistem pelayanan kesehatan, terutama antara pelayanan kesehatan masyarakat dengan tingkat rujukan primer (Maine, D, 1991 dalam Jacqueline Sherris, 1998).

Sedangkan fokus di tingkat masyarakat adalah upaya pencegahan termasuk pelayanan keluarga berencana dan pelayanan persalinan yang aman dan bersih. Pada tingkat ini strategi untuk meningkatkan kesadaran tentang sebab-sebab kematian ibu dan kebutuhan pelayanan yang cepat, memadai dan tepat waktu untuk pelayanan sangat penting. Deteksi dini komplikasi dan rujukan ke fasilitas rujukan yang memadai juga penting, karena banyak komplikasi obstetri yang tidak dapat ditangani masyarakat. Penjaga gawang yang dapat berperan di masyarakat dalam masalah rujukan ini meliputi anggota keluarga, utamanya suami, dukun bayi, kader dan tenaga kesehatan setempat. (Jacqueline Sherris, 1998).

E. PERAN SUAMI DALAM PERSIAPAN PERSALINAN AMAN

Dalam banyak kultur budaya Indonesia, Suami adalah pengambil keputusan ketika kondisi istri membutuhkan pertolongan kesehatan segera. Suami juga yang memutuskan transportasi apa yang akan digunakan untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan. Suami dapat menghindari keterlambatan tersebut dengan cara mengenali gejala-gejala persalinan imminen dan persalinan dengan komplikasi. Hal ini menjadi sebuah persoalan ketika kepedulian dan pengetahuan bapak atau suami terhadap masalah ini rendah. Sehingga, pertolongan pada ibu tidak dapat segera dilakukan.

Kepedulian suami terhadap proses kehamilan dan persalinan istri juga termasuk menyediakan biaya sejak usia kehamilan dini hingga bayi lahir.

Karena, kehamilan dan persalinan adalah sebuah proses yang seringkali secara tak terduga dan terkadang mengharuskan dilakukannya tindakan tindakan medis darurat yang membutuhkan keahlian khusus dan teknologi. Hal ini membawa konsekuensi pada biaya yang dikeluarkan oleh keluarga. Ironisnya, seorang suami seringkali tidak bisa menyediakan dana untuk proses kehamilan dan persalinan istrinya. Tetapi, untuk merokok selalu ada.(Cholil, 1985)

Peran dan tanggung jawab suami dalam kesehatan reproduksi sangat berpengaruh terhadap kesehatan wanita/istri. Dari aspek perilaku, suami diharapkan dapat memberikan kontribusi positif terhadap kesehatan reproduksi. Kurangnya peran suami ini berhubungan erat dengan isu kesetaraan jender dan adanya patriarki dalam masyarakat, budaya ini menempatkan posisi suami lebih tinggi daripada istri. Namun di lain pihak suami tidak mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi secara memadai. Karena itu masih banyak suami yang bersikap dan berperilaku kurang bertanggung jawab dalam kesehatan reproduksi, sehingga membahayakan pasangannya/istri (Departemen Kesehatan, 2000)

Pendekatan baru dalam meningkatkan peran serta suami dalam kesehatan reproduksi adalah dengan membekali suami dengan informasi yang benar dan mengikutsertakan mereka dalam setiap upaya untuk meningkatkan kesehatan reproduksi. Faktanya suami merupakan partner yang potensial untuk mencapai tingkat kesehatan reproduksi yang lebih baik (Beni, 2000) Untuk menekan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia yang mencapai

307 per 100 ribu kelahiran, Ani Yudhoyono menegaskan, peran serta para bapak menjadi sangat strategis. Peralunya, sampai saat ini perhatian para bapak terhadap istri yang hamil masih rendah karenanya, menghidupkan kembali peran keluarga jauh (*extended family*) diyakini dapat mengatasi sebagian tingginya masalah kematian ibu di Indonesia. Dengan adanya cara pandang yang baru terhadap peran suami dalam kesehatan reproduksi, maka diharapkan dampak akhirnya adalah menurunnya kejadian kematian ibu dan bayi, serta meningkatnya status kesehatan perempuan secara menyeluruh.

Salah satu peran suami dalam menurunkan angka kematian ibu adalah suami dapat memastikan persalinan istrinya ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan dapat berajalan dengan aman. Untuk itu suami perlu diberi pengetahuan melalui pendidikan kesehatan tentang persiapan persalinan aman.

Persiapan Persalinan aman adalah rencana tindakan yang dibuat bersama antara ibu hamil, suami dan bidan pada waktu ibu hamil masuk trimester ketiga (umur kehamilan diatas enam bulan) untuk memastikan bahwa si ibu dapat menerima asuhan yang ibu perlukan pada saat persalinan, dan memastikan ibu melahirkan dengan tenaga kesehatan yang terampil.(Depkes, 2001)

Tujuan Persiapan Persalinan Aman adalah : 1) Ibu hamil, suami dan keluarga tergerak untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman, 2) Persalinan direncanakan ditempat yang aman dan ditolong oleh tenaga terampil, 3)Adanya persiapan sarana transportasi untuk merujuk ibu bersalin

jika perlu, 4) Rujukan tepat waktu telah dipersiapkan bila diperlukan, 5) Untuk menurunkan kebingungan dan kekacauan saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan dimana ibu akan menerima pelayanan yang sesuai dan tepat waktu

Sedangkan komponen dalam persiapan persalinan aman yaitu : 1) Membuat rencana persalinan, 2) Membuat siapa pengambil keputusan utama bila terjadi kegawat daruratan dan siapa pengganti pengambil keputusan utama bila pengambil keputusan utama tidak ada/berhalangan, 3) Menyiapkan sistem transportasi bila terjadi kegawat daruratan, 4) Membuat rencana atau pola menabung untuk persalinan dan 5) mempersiapkan barang-barang yang diperlukan selama persalinan

Dalam membuat rencana persalinan sudah ditentukan dimana rencana ibu akan melahirkan, beberapa tempat yang dianjurkan dan memenuhi syarat seperti di rumah sendiri atau di rumah orang tua dengan persyaratan lingkungan bersih dan aman, di polindes, di Puskesmas rawat nginap, bidan praktek swasta, di rumah bersalin dan di rumah sakit terdekat yang disesuaikan dengan kondisi ibu hamil. Demikian pula dalam menentukan tenaga kesehatan terlatih, ibu hamil dan suami dapat menentukan siapa yang akan menolong persalinannya. Yang termasuk tenaga kesehatan terlatih adalah : bidan desa, bidan praktek swasta, dokter umum dan dokter ahli kandungan. Bagaimana transportasi ke tempat tenaga kesehatan dan ke tempat persalinan tersebut. Bila ibu memilih tempat bersalin bukan di rumah sendiri maka ibu dan suami perlu mengetahui; berapa jauh jarak yang harus

ditempuh ke tempat persalinan, apakah ada kendaraan umum, kalau tidak bagaimana cara ibu menuju ke tempat persalinan tersebut, meminjam kendaraan keluarga/tetangga atau apakah ada ambulans desa, siapa yang akan menemani ibu bersalin, Ibu hamil dan suami dapat menentukan siapa yang mendampingi ibu di saat melahirkan. Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut. Apakah ibu mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, asuransi kesehatan, jamsostek, dana sehat atau tabulin. Ibu dan suami sudah mengetahui berapa jumlah biaya persalinan yang dibutuhkan Siapa yang akan menjaga keluarganya jika ibu tidak ada. Apakah ibu dan suami sudah menghubungi orang yang menjaga rumah dan keluarga bila ibu bersalin

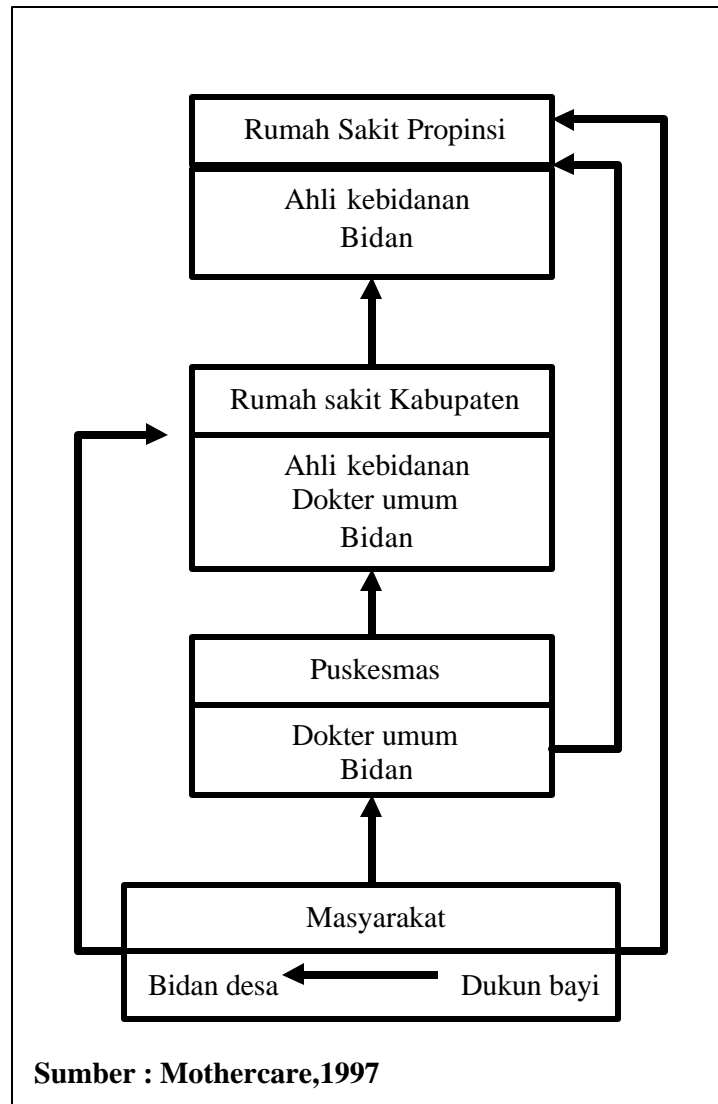
Dalam membuat rencana siapa pengambil keputusan utama jika terjadi kegawat darurat dan siapa pengganti pembuat keputusan bila pengambil keputusan utama tidak ada. Ibu hamil dan suami sebaiknya menentukan pembuat keputusan utama, apakah suami, orang tua, mertua atau orang yang dituakan dalam keluarga. Siapa yang membuat keputusan jika pengambil keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawat darurat ? Setelah ibu dan suami memutuskan pembuat keputusan utama, ibu dan suami juga harus menentukan pembuat keputusan pengganti bila pengambil keputusan utama tidak ada.

Suami hendaknya sudah menyiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawat darurat pada ibu hamil. Banyak ibu yang meninggal karena komplikasi yang serius selama kehamilan, persalinan atau pasca persalinan,

tetapi tidak mempunyai jangkauan transportasi yang dapat membawa mereka ke tingkat asuhan kesehatan yang dapat memberikan asuhan yang kompeten untuk masalah yang mereka hadapi. Setiap keluarga harus mempunyai suatu rencana transportasi untuk ibu jika ia mengalami komplikasi dan perlu segera dirujuk ke tingkat asuhan perawatan yang lebih tinggi.

Beberapa rencana ini perlu dipersiapkan lebih dini dalam kehamilan, dimana ibu akan bersalin jika terjadi komplikasi di Puskesmas atau di Rumah Sakit, bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawat daruratan dan sudah merencanakan transpor yang akan digunakan Tempat pelayanan rujukan juga sudah direncanakan apakah mau dirujuk di Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Darurat) atau sekalian ke RS PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif).

Pada gambar dibawah ini terdapat struktur sistem kesehatan dan pola rujukan dimana masyarakat, utamanya keluarga, (suami ibu hamil) dapat berperan dalam memutuskan dimana ibu akan dibawa jika mengalami kegawat daruratan selama kehamilan sampai persalinannya.



Gambar 3. Struktur Sistem Kesehatan dan Sistem rujukan

Bagaimana cara mendapatkan dana jika terjadi kegawat darurat. Apakah sudah dipersiapkan meminjam dari keluarga lain atau apakah ada dana masyarakat yang sudah disiapkan secara bersama dan digilir seperti arisan

untuk digunakan ibu bersalin Bagaimana cari donor darah yang potensial, apakah sudah ada daftar golongan darah untuk setiap ibu yang mau mendonorkan darahnya untuk disumbangkan pada ibu bersalin yang membutuhkan. Keluarga dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia selama ibu hamil, atau sewaktu-waktu terjadi kegawat darurat. Banyak kasus terjadi pada ibu hamil pada saat terjadi kegawat darurat, ibu hamil tidak menyediakan dana khusus, sehingga tidak cepat tertangani. Ibu hamil bersama suami dapat menyiapkan barang-barang yang akan digunakan pada saat persalinan, seperti : kain, baju ibu hamil supaya mudah menyusui bayinya, pembalut, sabun, perlengkapan bayi, peralatan bayi dan ibu bersalin dan menyimpannya di tempat yang sudah disiapkan.

F. PENGARUH PENYULUHAN DENGAN METODE KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM PERSIAPAN PERSALINAN AMAN

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah rangsangan atau respon seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003), perilaku merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Terdapat tiga jenis perilaku yaitu ; 1) perilaku ideal (*ideal Behavior*), yaitu tindakan yang bisa diamati pada individu atau masyarakat untuk mengurangi atau membantu memecahkan masalah, 2) perilaku

sekarang (*current behavior*), yaitu perilaku yang dilakukan saat ini dan 3) perilaku yang diharapkan (*expected behavior*), yaitu perilaku yang diharapkan akan dilakukan oleh sasaran.

Dalam aplikasinya dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, adanya fasilitas kesehatan serta sikap dan perilaku petugas kesehatan yang memperkuat terbentuknya perilaku tersebut. Sebagai contoh seorang ibu hamil tidak akan datang memeriksakan kehamilannya ke Posyandu atau Puskesmas bila ibu tersebut tidak mengetahui keberadaan posyandu atau puskesmas tersebut, Dia tidak akan minum tablet Fe bila dia tidak tahu apa manfaatnya untuk kehamilannya, dan tidak mengkonsumsi makanan lebih dari porsi biasanya, bila dia tidak tau bahwa selama kehamilannya diperlukan penambahan zat-zat gizi agar dapat melahirkan bayinya dengan sehat (Suryani, 1995)

Ada tiga macam cara untuk mengubah perilaku seseorang yaitu menggunakan kekerasan atau kekuatan, memberikan informasi dan dengan diskusi atau partisipasi. Untuk mengubah perilaku suami dalam persiapan persalinan aman adalah dengan memberikan informasi kepada suami tentang persiapan persalinan aman, sehingga muncul perilaku yang diharapkan.

Perubahan perilaku dipengaruhi beberapa aspek yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan (praktik) . Beberapa aspek tersebut dapat ditinjau pada uraian sebagai berikut :

1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya perilaku seseorang. Pengetahuan akan merangsang terjadinya perubahan sikap bahkan tindakan seseorang individu (Morton, et al, 1995). Pengetahuan tentang suatu obyek dapat diperoleh dari guru, orang tua, buku, maupun media massa (WHO, 1992).

Bloom , dalam Simon-Morton, et al, (1995) mengidentifikasi beberapa tingkatan pengetahuan seseorang terhadap suatu obyek yang telah dipelajari sebelumnya, memahami (*comprehention*) merupakan kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar obyek yang telah dipelajari. Setelah seseorang mampu memahami, maka seharusnya orang tersebut mampu mengaplikasikan atau menerapkan materi yang didapatkan dalam kondisi riil.

Pengetahuan yang diharapkan pada penelitian ini adalah suami mengetahui tentang persiapan persalinan aman, pengertian, tujuan, dan komponene-komponen yang terlibat di dalamnya, sehingga diharapkan akan merangsang terjadinya perubahan sikap dan tindakan suami terhadap persiapan persalinan.

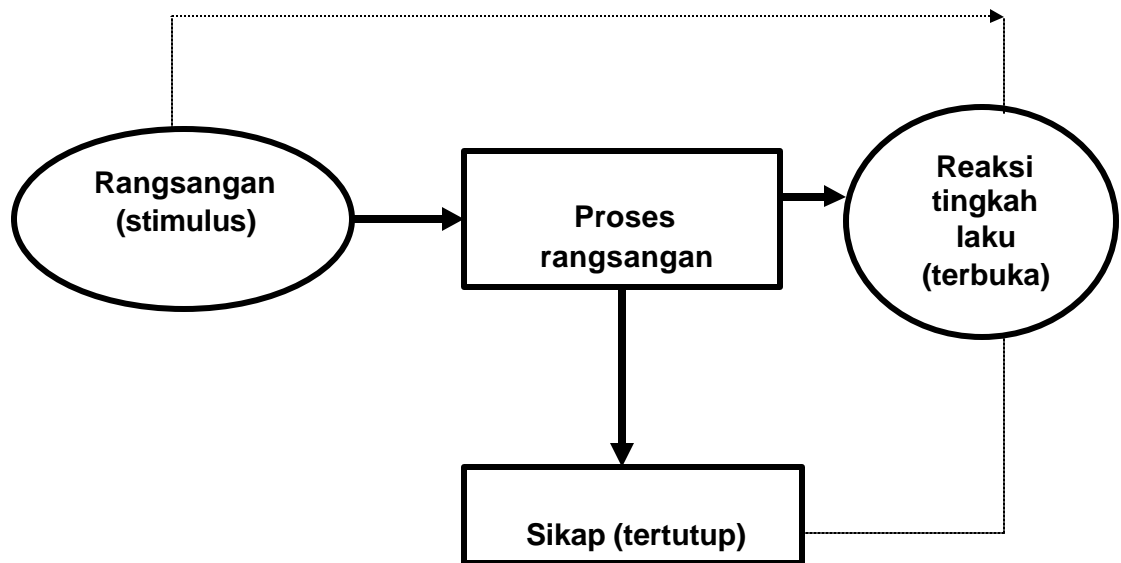
2. Sikap (*Attitude*)

Chaplin dalam Kartono, (2001) menyatakan bahwa sikap adalah suatu predisposisi atau kecenderungan yang relatif stabil dan berlangsung terus

menerus untuk bertingkah laku atau untuk bereaksi dengan suatu cara tertentu terhadap pribadi lain, obyek, lembaga atau persoalan tertentu. Sikap dapat berupa pengaruh atau penolakan, penilaian, suka atau tidak suka dan kepositifan terhadap suatu obyek psikologis. Selain itu definisi sikap merupakan produk dari proses sosialisasi dimana seseorang bereaksi sesuai dengan rangsangan yang diterimanya (Marat, 1981). Notoatmodjo (1996) menjelaskan bahwa sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat terlihat secara langsung, sehingga sikap hanya dapat ditasirkan dari perilaku yang tampak.

Sebagaimana pengetahuan, sikap juga memiliki beberapa tingkatan yang meliputi penerimaan (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valueing*), dan bertanggung jawab (*responsible*) (Notoatmodjo, 1996). Pembentukan sikap ini dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, kebudayaan orang lain yang dianggap penting, media massa, intitusi, atau lembaga tertentu serta faktor emosi dalam diri individu yang bersangkutan (Azwar, 2002)

Newcomb , (1978) dalam Ma'rat membatasi sikap sebagai motif menyebabkan terjadi tindakan tertentu sehingga sikap itu berupa kesiapan, kesediaan untuk bertindak dan bukan sebagai pelaksana motif, keadaan inii dapat digambarkan dalam gambar dibawah ini.



Gambar 4. Proses Pembentukan tingkah laku

Dengan demikian dapat digambarkan bahwa sikap merupakan satu kesatuan dari hubungan dengan tingkah laku dimana sikap itu terdiri dari komponen-komponen antara lain : komponen kognitif, komponen afektif dan komponen konatif. Komponen kognitif merupakan segala ide atau gagasan mengenai sifat atau karakteristik umum obyek sikapnya, komponen afektif merupakan keadaan emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap atau biasanya merupakan perasaan terhadap obyek sikap, dan komponen konatif merupakan endapan pikiran dan perasaan (suatu gejala perilaku) atau kecenderungan berperilaku yang sudah siap dalam diri individu (Azwar, 2002). Dalam penelitian ini, komponen kognitif nya adalah suami mempunyai ide dan

gagasan tentang persalinan yang aman, komponen afektifnya adalah bagaimana perasaan suami ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan yang aman bagi istrinya, sedangkan komponen konatifnya adalah kecenderungan suami dalam berperilaku yang diharapkan dalam menghadapi persalinan istrinya. Sikap positif diharapkan akan muncul bila suami memiliki pengetahuan yang memadai tentang persiapan persalinan aman,

3. Tindakan (*Practise*)

Tindakan atau praktik memiliki beberapa tingkatan, yaitu persepsi, respon terpinpin, mekanisme dan adaptasi. Persepsi merupakan kegiatan mengenal berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Dengan respon terpinpin, seorang individu akan dapat melakukan sesuatu dengan benar. Selanjutnya individu akan melakukannya secara otomatis, dan akan memodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran arti tindakannya. Oleh karenanya suatu tindakan rangsangan yang sama belum tentu direspon sama oleh seseorang. Tindakan yang didasarkan pada pengetahuan akan lebih langgeng daripada tindakan yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Setiap perilaku secara konstan mendapat pengaruh dari perilaku yang lain. Banyak perilaku kesehatan yang kelihatannya tidak menimbulkan hasil-hasil tertentu yang dapat dikenali. Komunikasi kesehatan tidak dapat mengajarkan kepada orang-orang hanya sekali atau bahkan dua kali, tetapi harus diulang. (Judith a. Graeff, 1996)

G. Beberapa penelitian empirik yang pernah dilakukan

Sadjiran (2002) melakukan penelitian dengan judul pengaruh penyuluhan kelompok dan penyuluhan individu terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik yang berkaitan dengan anemia ibu hamil di Kecamatan Klaten Selatan Propinsi Jawa Tengah dengan hasil bahwa penyuluhan individu lebih baik daripada penyuluhan kelompok dalam meningkatkan pengetahuan ibu hamil yang berkaitan dengan anemia ibu hamil. Rancangan penelitian dengan quasi eksperimen dengan sampel ibu hamil. Analisis karakteristik memakai uji statistik Chi-Square dan untuk analisis peningkatan pengetahuan, sikap dan praktek ibu hamil antara kelompok yang diberi penyuluhan kelompok dan kelompok yang memakai metode penyuluhan individu menggunakan uji t.

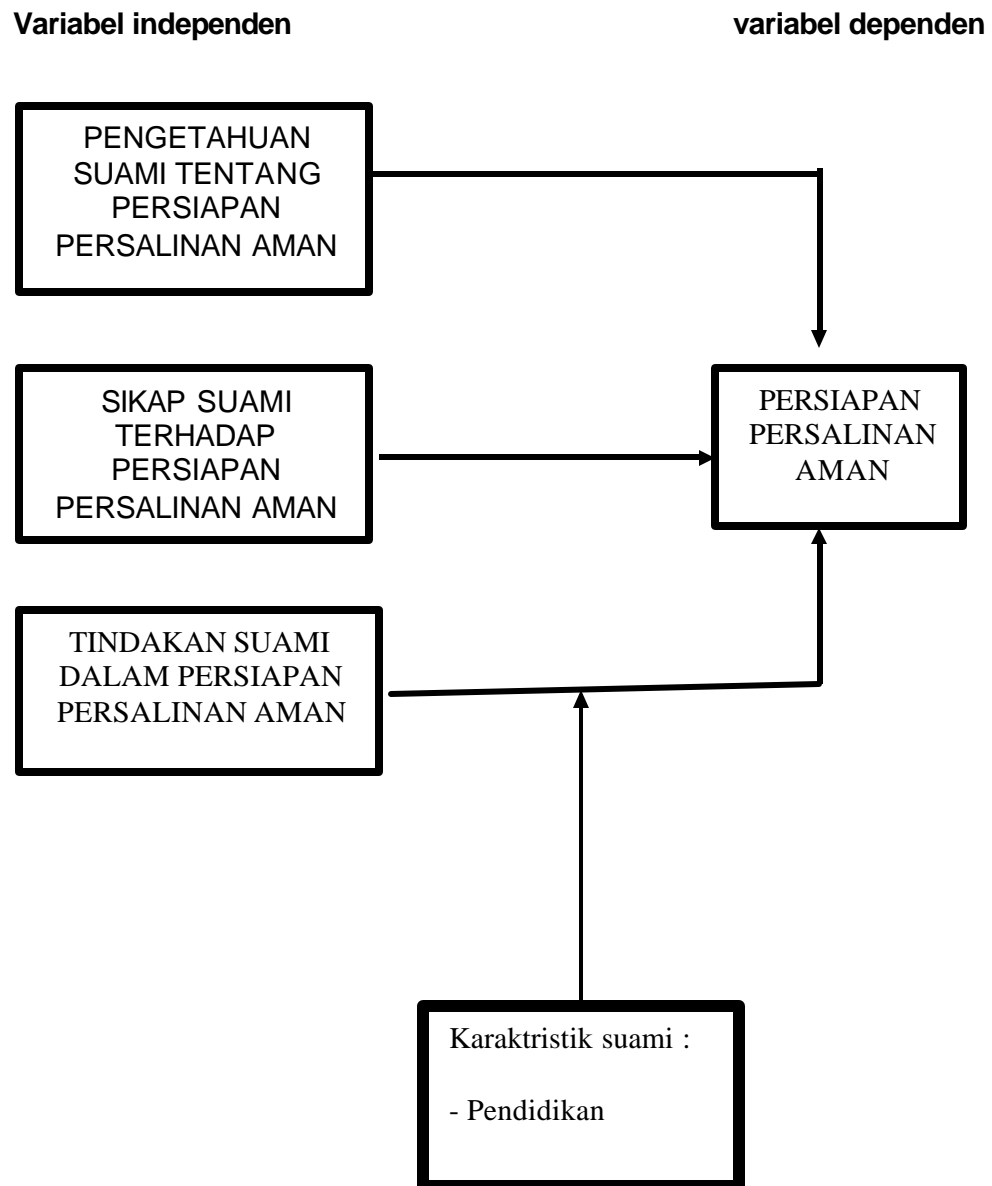
Penelitian yang dilakukan oleh Winarsih dan Retno, 2006 di Kartasura dengan judul Pendidikan Kesehatan mengatasi keluhan ibu-ibu hamil di Asrama Grup II Kopassus Kartasura, hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan pengetahuan dan sikap pada ibu-ibu hamil setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Ardiansyah, dkk, 2006 melakukan penelitian tentang kajian pembinaan kesehatan reproduksi untuk menurunkan angka kematian ibu, Masalah yang diteliti adalah teknologi (metoda, bahan dan alat) yang telah digunakan (*lesson learned*) untuk intervensi kesehatan reproduksi (ibu, neonatus, bayi, , dan remaja) yang memberikan kontribusi positif untuk akselerasi

penurunan AKI dan AKB. Efektivitas tiap jenis intervensi dan kelangsungan kegiatan intervensi di masing-masing lokasi pasca bantuan donor. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat berbagai hasil positif (*best practice and lesson learned*) khususnya aspek peningkatan kapasitas kemampuan teknis petugas kesehatan (bidan dan dokter) dalam pelayanan persalinan dan gawat darurat lebidanan dan neonatal, serta kemampuan komunikasi interpersonal dan konseling. Juga terjadi peningkatan peran serta masyarakat dalam kesehatan reproduksi.

Penelitian oleh Allison,*et al*, 2002 dengan judul *The Effects of Post Natal Health Education for Mothers o Infant Care and Family Palnning Practices in Nepal : A Randomised Control Trial*. Penelitian yang dilakukan di Nepal ini dilakukan pada responden ibu hamil yang merupakan pasien di RS Pemerintah di Nepal, dibagi dalam dua kelompok, satu kelompok diberi pendidikan kesehatan selama menanti kelahiran, dan kelompok lain tidak diberi pendidikan, satu bulan pasca melahirkan kedua kelompok ini dilakukan pretes di rumah masing-masing responden, disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan pada ibu-ibu pasca melahirkan akan berpengaruh positif dalam perawatan bayi dan perencanaan keluarga berikutnya.

H. KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 5. Kerangka Konseptual

I. HIPOTESIS

Pendidikan Kesehatan dengan komunikasi interpersonal antara bidan dan suami ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuan, perubahan sikap dan tindakan suami dalam persiapan persalinan aman

J. DEFINISI OPERASIONAL

1. **Komunikasi interpersonal** adalah komunikasi yang melibatkan dua orang, antara bidan dan suami ibu hamil secara tatap muka, dilakukan dengan kunjungan rumah selama tiga kali tatap muka, berturut-turut dengan selang waktu satu minggu, penyuluhan diberikan oleh bidan selama 30 menit, kemudian dilakukan diskusi langsung bila ada persoalan yang muncul dari responden. Bidan menyampaikan materi dengan menggunakan alat bantu pendidikan berupa leaflet sederhana yang berisi tentang persiapan persalinan aman, suami ibu sebagai sasaran mendengarkan dan memperhatikan materi yang disampaikan. Selama berkomunikasi antara bidan dan responden bisa berdiskusi.
2. **Pengetahuan** adalah pemahaman yang dimiliki suami tentang persiapan persalinan aman yang diperoleh dari sejumlah pertanyaan tertutup tentang persiapan persalinan aman. Pengetahuan baik bila suami tahu tentang :

tujuan persiapan persalinan aman, apa yang harus direncanakan selama persalinan, rencana pembuat keputusan, manfaat untuk mempersiapkan transportasi selama persalinan, apa yang harus dilakukan bila terjadi kegawat daruratan, barang apa saja yang diperlukan istri untuk persiapan persalinan.

Setiap jawaban **benar** diberi nilai 1 dan yang **salah** diberi nilai 0, Skala pengukuran adalah interval.

Kriteria obyektif

1. Pengetahuan Baik : Nilai antara 8– 15
 2. Pengetahuan Kurang Baik : Nilai antara 0– 7
3. **Sikap** adalah respon atau tanggapan yang diberikan suami tentang persiapan persalinan aman yang diperoleh dari 20 jawaban pertanyaan tertutup yang diajukan. Sikap baik bila suami setuju istri mau melahirkan ditolong oleh bidan atau dokter, suami setuju bila istri mau melahirkan minta pertolongan tetangga untuk ikut memantau kesehatan istrinya, suami rajin menabung untuk persiapan persalinan aman, suami sudah menyiapkan calon donor darah bagi istri, suami sudah memutuskan siapa pengambil keputusan utama dalam persiapan persalinan istri, suami ikut menyiapkan keperluan istri untuk persiapan persalinan, suami sudah mulai menyiapkan sarana transportasi untuk persiapan persalinan istri, suami sudah mengambil keputusan ke fasilitas mana istri dirujuk bila terjadi kegawat daruratan kehamilan, suami membutuhkan informasi tentang

persiapan persalinan aman, suami sudah punya rencana dimana tempat persalinan istri nantinya, suami sudah memutuskan siapa pengganti pembuat keputusan bila tidak ada pada saat istri bersalin, suami sudah menyiapkan sarana transportasi, suami sudah merencanakan tempat rujukan istri bila terjadi kegawat daruratan, suami setuju menabung untuk keperluan persalinan istri, suami setuju menyiapkan keperluan ibu dan bayi sebelum melahirkan.

Pengukuran sikap dengan menggunakan skala likert dengan alternatif jawaban **sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju dan sangat tidak setuju**. Skala pengukuran adalah interval.

Setiap jawaban pertanyaan positif (Favorabel)

Nilai 5	- ☒ sangat setuju
Nilai 4	- ☒ setuju ,
Nilai 3	- ☒ ragu-ragu
Nilai 2	- ☒ tidak setuju
Nilai 1	- ☒ sangat tidak setuju

Untuk jawaban pertanyaan negatif (Unfavorabel)

Nilai 5	- ☒ sangat tidak setuju,
Nilai 4	- ☒ tidak setuju,
Nilai 3	- ☒ ragu-ragu,
Nilai 2	- ☒ setuju
Nilai 1	- ☒ sangat setuju.

Kriteria Obyektif

1. Sikap Baik : Total nilai 80 – 100
2. Sikap Kurang Baik : Total nilai 0 – 80 .

4. **Tindakan** adalah kebiasaan yang dilakukan suami dalam satu bulan terakhir menjelang persalinan istrinya khususnya keadaan yang berkaitan dengan upaya persiapan persalinan aman yang diperoleh dari jawaban pertanyaan tertutup. Tindakan baik bila suami sudah menentukan tempat melahirkan di rumah sendiri yang memenuhi syarat, atau di Puskesmas atau di BPS, atau di RS. Suami sudah menentukan penolong persalinan, yaitu bidan atau dokter ahli kandungan, Suami sudah mempunyai tabungan untuk persalinan istri, suami sudah meminta keluarga atau tetangga terdekat untuk mengurus rumah tangga bila istri melahirkan di RS, suami sudah memutuskan tindakan yang akan diambil bila istri mengalami gangguan dalam persalinan, suami sudah menyiapkan kendaraan untuk membawa istri bila dirujuk, suami sudah menentukan tempat rujukan, suami sudah menyiapkan orang yang akan menyumbangkan darahnya bila dibutuhkan, suami sudah menyiapkan barang-barang yang diperlukan istri pada saat melahirkan, suami sudah menyiapkan biaya persalinan, dan suami sudah menyediakan kendaraan bila terjadi kegawat daruratan istri.

Setia Jawaban **ya** diberi nilai 1 sedangkan jawaban **tidak** diberi nilai 0.

Skala pengukuran adalah interval.

Kriteria Obyektif

1. Tindakan Baik : Nilai 7- 13
2. Tindakan Kurang Baik : Nilai 0 – 7