

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, atau terjatuh⁽¹⁾. Pada tahun 2015 menurut *World Health Organization* (WHO) jumlah AKI di dunia mencapai 303.000 kasus kematian ibu, 99% kasus terjadi di negara berkembang, dan sisanya terjadi di negara maju⁽²⁾. Salah satu tarjet SDGs yaitu menurunkan AKI sebesar 70/100.000 kelahiran hidup dari periode 2015-2030 masih sulit dilakukan terutama di negara-negara berkembang yang saat ini memiliki AKI tertinggi. Salah satunya di wilayah Asia tenggara yaitu mencapai 13.000 kematian ibu⁽²⁾. Di wilayah Asia Tenggara, Indonesia menjadi negara terbanyak kedua AKI yang mencapai 126/100.000 kelahiran hidup⁽³⁾.

Prevalensi angka kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 berada di urutan ke 2 terbesar di Indonesia yaitu sebesar 109,65/100.000 kematian hidup⁽⁴⁾. Angka tersebut turun sejak 3 tahun terakhir yaitu dari tahun 2014 mencapai 126,55/100.000 kelahiran hidup, turun pada tahun 2015 menjadi 111,16/100.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2017 menjadi 337 kasus kematian ibu. Namun penurunan AKI di Jawa Tengah masih belum dapat memenuhi target SDGs saat ini. Masih tingginya AKI di Jawa Tengah terlihat di beberapa daerah seperti di Kabupaten Brebes yang mencapai 24 kasus, Pemalang mencapai 19 kasus, serta kota Semarang 15 kasus dan Grobogan mencapai 13 kasus⁽⁵⁾.

Empat penyebab utama kematian pada ibu adalah adanya perdarahan 31%, eklamsi 29,3% , infeksi , dan penyebab lain-lain 43,7%⁽⁶⁾. Umumnya 57% kematian ibu terjadi di rumah sakit dan 31,3 % kematian ibu terjadi di rumah⁽⁷⁾. Angka kematian ibu yang tinggi di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti komplikasi kehamilan, komplikasi

persalinan, riwayat penyakit, riwayat KB serta presentasi riwayat persalinan oleh tenaga kesehatan, kurangnya perawatan antenatal⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾. Komplikasi-komplikasi yang terjadi diakibat oleh adanya status gizi yang kurang, jarak kelahiran, dan memanfaatkan pelayanan *Antenatal Care* yang kurang maksimal⁽¹²⁾. Padahal pelayanan *Antenatal Care* dapat mendeteksi komplikasi pada ibu hamil secara dini agar tidak menjadi komplikasi serius yang dapat mengancam jiwa ibu⁽¹³⁾. Untuk itu deteksi dini dengan *Antenatal care* merupakan faktor yang paling dominan dalam menurunkan kematian ibu⁽¹⁴⁾.

Perawatan pada masa kehamilan atau yang biasa di sebut *Antenatal care* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil sejak konsepsi hingga awal persalinan⁽¹⁵⁾. Namun saat ini belum semua pelayanan *antenatal care* sesuai dengan standar, hal tersebut di akibatkan oleh sarana dan prasarana yang belum memadai⁽¹⁶⁾. Selain itu pengetahuan ibu hamil yang kurang, dukungan suami yang kurang, pekerjaan, pendidikan, paritas, serta umur ibu hamil juga berpengaruh terhadap cakupan Antenatal care⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾. Selain dari pengetahuan ibu hamil, pengetahuan bidan dalam pemanfaatan buku KIA untuk deteksi dini juga berpengaruh dalam mendeteksi secara dini faktor resiko yang dialami oleh ibu sehingga tidak akan terjadi keterlambatan dalam merujuk pasien⁽²²⁾.

Menurut Peraturan Permenkes Nomor 97 Tahun 2014 tarjet nasional cakupan pelayanan K1 antenatal care mencapai 100%. Untuk itu pelayanan *antenatal care* dilakukan secara terpadu yaitu dilakukan sejak awal kehamilan sebelum 12 minggu serta dengan frekuensi kunjungan minimal 4x selama masa kehamilan. Pelayanan *antenatal care* dilakukan oleh petugas kesehatan seperti bidan, dokter dan dokter spesialis kandungan dengan pendataannya dilakukan oleh bidan desa dengan menggunakan Kohort ibu hamil, di catat dan dilaporkan dengan formulir LB3 KIA, PWS KIA, PWS Imunisasi⁽²³⁾.

Pada tahun 2017 di Puskesmas Gubug 2 jumlah cakupan K1 di desa Trisari mencapai 88% dan desa Ngroto yaitu 93,2%. Dari jumlah cakupan K1 tersebut, cakupan K1 murni di desa Ngroto hanya 41,5 % dan di desa Trisari yaitu 8%. Rendahnya cakupan K1 murni di sebabkan karena penemuan ibu hamil dilakukan secara pasif yaitu tenaga kesehatan menunggu ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya. Saat ini ibu hamil memeriksakan kehamilannya di puskesmas, bidan desa, dan di klinik swasta. Data yang terkumpul dari bidan desa akan dilaporkan ke puskesmas menggunakan register kohort ibu hamil yang selanjutnya akan di laporkan ke dinas kabupaten menggunakan PWS KIA oleh bidan koordinator. Sedangkan data dari klinik kesehatan akan melaporkan datanya ke puskesmas, namun saat ini tidak semua klinik swasta bersedia melaporkan keberadaan ibu hamil kepada puskesmas. Pendataan ibu hamil yang dilakukan secara pasif serta hanya mengandalkan bidan desa mengakibatkan cakupan K1 Murni saat ini masih rendah untuk itu di perlukan peran masyarakat yaitu kader untuk membantu menemukan ibu hamil baru. Selain itu keberadaan peran serta masyarakat atau kader yang terlatih juga dapat melakukan upaya pendampingan kepada ibu hamil ⁽²⁴⁾.

Oleh sebab itu perlu dikembangkan sistem penemuan ibu hamil baru dengan berbasis masyarakat untuk meningkatkan temuan K1 murni?

B. Perumusan Masalah

Pencegahan komplikasi dengan *antenatal care* dilakukan guna menurunkan jumlah AKI yang masih tinggi di Indonesia. Namun pelayanan antenatal care yang tidak standar seperti akses pelayanan yang dilakukan terlambat yaitu pada usia kehamilan di atas 12 minggu serta frekuensi yang kurang, tidak dapat mencegah komplikasi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas. Masih rendahnya pelayanan K1 murni di akibatkan karena pelayanan antenatal care yang pasif serta hanya mengandalkan bidan desa untuk menemukan keberadaan ibu hamil. Selain bidan pendataan dan penemuan ibu hamil dapat dilakukan dengan menggunakan peran serta masyarakat yaitu melalui kader di setiap RT. Selain itu keberadaan peran

serta masyarakat dapat memberikan pendampingan pada ibu hamil, sehingga semua ibu hamil mendapatkan akses layanan kesehatan. Berdasarkan kasus tersebut, timbul pertanyaan umum Bagaimana mengembangkan sistem penemuan ibu hamil baru berbasis masyarakat ? Dari pertanyaan umum tersebut, disusun pertanyaan khusus sebagai berikut :

1. Bagaimana mendiskripsikan gambaran sistem penemuan ibu hamil baru?
2. Bagaimana mengidentifikasi masalah sistem penemuan ibu hamil baru?
3. Bagaimana mendiskripsikan kebutuhan pengembangan sistem untuk menemukan ibu hamil baru?
4. Bagaimana memperoleh pengembangan sistem penemuan ibu hamil baru?
5. Bagaimana mengevaluasi sistem penemuan ibu hamil baru terhadap peningkatan ketrampilan dan temuan K1 murni ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengembangan sistem penemuan ibu hamil baru berbasis masyarakat untuk meningkatkan temuan K1 murni

2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan gambaran sistem penemuan ibu hamil baru.
- b. Mengidentifikasi masalah sistem penemuan ibu hamil baru.
- c. Mendiskripsikan kebutuhan pengembangan sistem untuk menemukan ibu hamil baru.
- d. Memperoleh pengembangan sistem penemuan ibu hamil baru.
- e. Mengevaluasi sistem penemuan ibu hamil baru terhadap peningkatan ketrampilan dan temuan K1 murni.

D. Manfaat Penelitian

1. Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak puskesmas terkait jumlah ibu hamil di wilayah kerja puskesmas gubug 2 serta dapat memberikan masukan kepada pelayanan desa terdekat

guna melakukan pendekatan kepada masyarakat dengan lebih intensif agar dapat menemukan ibu hamil sedini mungkin agar dapat dilakukan tindakan pencegahan terhadap komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi.

2. Teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar kajian bagi peneliti selanjutnya, terkait dengan sistem Penemuan pada ibu hamil baru dan dapat di kembangkan di daerah lain guna untuk pencegahan komplikasi pada ibu hamil dan bersalin sedini mungkin.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Daftar publikasi yang menjadi rujukan

No	Peneliti (Th)	Judul	Jenis penelitian	Variable bebas dan terikat	Hasil
1.	Ulfah Fachrun Nisa 2015 ⁽²⁵⁾	Pengembangan sistem informasi pemantauan ibu hamil beresiko di puskesmas Ngemplak Simongan Semarang	Deskriptif kualitatif	- Pengembangan sistem informasi pemantauan ibu hamil	Dengan adanya pembuatan rancangan pengembangan sistem informasi pemantauan ibu hamil beresiko diharapkan dapat mempermudah proses penginputan data hingga proses pengiriman laporan ke DKK
2.	Rahmawati Putri 2017 ⁽²⁶⁾	Surveilan ibu hamil baru di wilayah kerja Puskesmas induk Kedungmundu kota Semarang	Deskriptif kualitatif dengan <i>Cross Sectional</i>	- Surveilan ibu hamil baru	Kehamilan resiko tinggi (KRT) sebanyak (46,2%) dan kehamilan risiko sangat tinggi sebanyak (1,9%) . KRST terbanyak terdapat di sendang Guwo.
3.	Hosizah, Kuntoro, Basuki Hari (2015) ⁽²⁷⁾	Perancangan sistem informasi pelayanan antenatal terpadu (SIPAT)	Perancangan SIPAT menggunakan metode <i>system development life cycle (SDLC)</i>	- Perancangan sistem informasi pelayanan antenatal	SIPAT menghasilkan informasi kesehatan bumil individual dan agregat yang diperlukan bidan dalam manajemen ANC terpadu

Perbedaan penelitian ini dengan ke 3 penelitian lainnya adalah pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian *Action Reseach* dimana akan mengembangkan sistem baru berdasarkan permasalahan pada sistem yang lama untuk meningkatkan temuan K1 murni dengan peran serta masyarakat.

