

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Indonesia ialah negara yang berada di wilayah Asia dalam bidang kesehatan mengalami kegagalan untuk menurunkan target Angka Kematian Ibu (AKI). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 yaitu sebagai organisasi kesehatan dunia mengatakan bahwa perempuan meninggal dikarenakan terjadi komplikasi pada kehamilan dan dalam proses persalinan, jumlah kematian di dunia mencapai 289.000 jiwa. Terdapat beberapa negara yang memiliki angka kematian ibu tinggi yaitu Afrika Selatan Sub-Saharan 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. AKI di negara-negara Asia Tenggara yang paling tinggi ialah Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan Vietnam, Thailand, Brunei dan Malaysia (WHO,2014).

Angka kematian yang tinggi pada ibu dan bayi di Indonesia paling besar disebabkan karena penyulit persalinan yang tidak segera dilakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menangani. Tindakan yang paling tepat dalam mencegah resiko pada ibu hamil ialah memeriksakan kehamilan secara teratur sehingga kelainan dapat diidentifikasi secara dini (Saifuddin, 2011).

Data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI), jumlah AKI pada tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu 390 menjadi 228 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Namun, pada tahun 2012 mengalami peningkatan yang signifikan yaitu 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) menunjukkan penurunan sebesar 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Indikator angka kematian anak yaitu Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Data kematian neonatal (0-28 hari) memberikan kontribusi terhadap 59% kematian anak. Berdasarkan SDKI tahun 2012, AKN sebesar 19 per kelahiran dimana angka tersebut menunjukkan penurunan sebesar 1 poin dibandingkan tahun 2007 sebesar 20 per kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Data Dinas Kesehatan DIY tahun 2015 dari 34.786 ibu yang hamil, 29 kasus mengalami kematian dan 60 % kasus kematian ibu umumnya terlambat dilakukan rujukan (Dinkes DIY, 2015). Data Dinkes Bantul pada tahun 2015 angka kematian ibu mencapai 11 kasus kematian dari total 12.585 ibu melahirkan yang mana AKI ini meningkat dari tahun 2014 jumlah kematiannya sebanyak 7 kasus. Pada AKB yang baru lahir mencapai 8,35/1000 kelahiran hidup. Jumlah tersebut tidak mencapai

target 7/1000 kelahiran hidup. Akan tetapi dibandingkan tahun 2014, AKB di Kabupaten Bantul sudah lebih baik karena pada tahun 2014 AKB di Bantul masih mencapai 8,75 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Bantul, 2015).

Ada 6 faktor penyebab langsung kematian pada ibu yaitu: 1) Pelayanan antenatal yang mencakup pemeriksaan pada kehamilan, persiapan pada saat persalinan, konseling atau memberikan informasi tentang tanda bahaya, pencegahan *unwanted pregnancy*, dan ketersediaan darah. 2) Persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (72,3 %). 3) Tempat persalinan yang berada di rumah sebanyak 60%. 4) Penanganan persalinan oleh dukun 31,5 % yang dilakukan 2 x lipat jumlah bidan. 5) PONED dan PONEK yang masih belum mencukupi. 6) Pelayanan Obstetri Emergensi yaitu dengan ketersediaan puskesmas (Wibowo dan Tim, 2014).

Program nasional *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) adalah suatu program penurunan AKI, angka kematian neonatal (AKN) sebanyak 25% diluncurkan pemerintah Indonesia yang berkerjasama dengan lembaga donor *United States Agency for International Development* (USAID). Supaya target tercapai program EMAS dilakukan di provinsi dan kabupaten yang memiliki jumlah kematian besar 52,6% untuk AKI dan 58,1% untuk AKN. Daerah yang

terpilih dalam pelaksanaan program EMAS yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan. (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Dengan demikian, angka kematian dari wilayah tersebut dapat menurunkan secara signifikan. Program EMAS dilakukan dengan cara: 1) Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 rumah sakit (PONEK) dan 300 puskesmas/ Bakesmas (PONED). 2) Memperkuat sistem rujukan secara efisien dan efektif antara rumah sakit dan puskesmas (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

Besarnya proporsi kehamilan pada usia terlalu muda dan terlalu tua menjadi tantangan program EMAS. Hasil dari kajian tindak lanjut Sensus Penduduk 2010, lebih dari 3% kematian terjadi pada ibu usia dibawah 20 tahun dan usia ibu di atas 35 tahun. Dari 10 % kematian terjadi kematian dengan memiliki jumlah anak lebih dari 4 anak. Penatalaksanaan ini juga perlu didukung dengan kinerja tenaga kesehatan yang baik agar penurunan angka kematian dan kasus dapat mencapai target (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Kinerja tenaga kesehatan menjadi hal yang sangat penting dalam meningkatkan dan memelihara pembanguana nasional di bidang kesehatan. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang dalam memperoleh prestasi kerja, seperti faktor individu, psikologis dan organisasi yang mendukung kinerja kesehatan.

Data yang ada RSU PKU Muhammadiyah Bantul tahun 2015 menunjukkan bahwa kunjungan poliklinik obgyn sebanyak 14.585 orang, jumlah poliklinik anak sebanyak 16.543 orang, dan unit kebidanan terdiri dari persalinan normal sebanyak 303 orang, persalinan spontan sebanyak 252 orang, vacuum sebanyak 84 orang, sectio caesaria sebanyak 297 orang dan curetage sebanyak 145 orang. Angka kematian ibu di RSU PKU Muhammadiyah Bantul pada tahun 2016 yaitu 1 orang dengan kasus perdarahan post partum. Sedangkan angka kematian bayi pada tahun 2016 dengan jumlah 5 orang dengan salah satu penyebabnya kasus Berat Bayi Lahir Sangat Rendah (BBLSR).

Dari studi pendahuluan yang penulis pada tanggal 13 September 2016 dengan melakukan wawancara pada kepala bangsal kamar bersalin bahwa program EMAS telah dilaksanakan, kemudian dibimbing sejak tahun 2015 dan telah dilakukan evaluasi pada Juni 2016. Menurut kepala bangsal ruang bersalin jumlah paramedis dalam menjalankan program EMAS sudah mencukupi persyaratan. Dengan adanya program EMAS, tenaga kesehatan terbantu dari segi keterampilan, sistem pelayanan dan penyediaan fasilitas.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan dari latar belakang dapat dirumuskan sebagai berikut  
”Apakah Ada Perbedaan Persepsi Tenaga Kesehatan Antara RS Program

EMAS Dan RS Non Program EMAS Berdasarkan Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja?”

### **C. Tujuan**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan faktor yang mempengaruhi persepsi tenaga kesehatan antara RS EMAS dan RS Non EMAS.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi perbedaan faktor individu (kemampuan) antara RS EMAS dan RS Non EMAS.
- b. Mengidentifikasi perbedaan faktor psikologis (sikap, motivasi) antara RS EMAS dan RS Non EMAS.
- c. Mengidentifikasi perbedaan faktor organisasi (kepemimpinan, sarana prasarana) antara RS EMAS dan RS Non EMAS.

### **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi kepada RS dengan program EMAS mengenai faktor yang mempengaruhi kinerja dalam pelaksanaan terhadap kegiatan kebidanan dan neonatal, agar dapat berkembang sejalan dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan dan peningkatan sistem rumah sakit.