

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Berdasarkan SDKI (Survey Demografi Kesehatan Indonesia) tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS). Angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan AKI tahun 2012, yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Pencapaian target pada tahun 2015 untuk menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup belum memenuhi target. Mengacu dari kondisi saat ini, potensi untuk pencapaian target untuk menurunkan AKI adalah *off track*, artinya diperlukan kerja keras dan sungguh-sungguh untuk menurunkan AKI. Kondisi seperti ini dikhawatirkan tidak akan tercapainya target ke-3 *Sustainable Development Goal's* (SDG's) pada tahun 2019, mengurangi AKI hingga di bawah 306 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2016; h. 102). Lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan (30,1%), hipertensi dalam kehamilan (HDK) (26,9%), infeksi (5,6%), partus lama/macet (1,8%), dan abortus (1,6%). Kematian ibu di Indonesia masih di dominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan (30,1%) hipertensi dalam kehamilan (HDK) (26,9%) dan infeksi (5,6%) (Kemenkes RI, 2015; h. 118).

Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 mencapai 602 kasus, mengalami penurunan yang tidak signifikan

dibandingkan jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2015 yang mencapai 619 kasus. Dengan demikian AKI di Provinsi Jawa Tengah juga mengalami penurunan dari 111,16 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 menjadi 109,65 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2016. Enam penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan (21,26%), hipertensi dalam kehamilan (HDK) (27,08%), infeksi (4,82%), gangguan sistem peredaran darah (13,29%), gangguan metabolisme (0,33%) dan lain-lain (33,22%) (Dinkes Prov Jateng, 2016; h. 20). Sedangkan AKB di Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 sebesar 5485 kasus, mengalami penurunan tetapi tidak signifikan dibandingkan jumlah AKB pada tahun 2015 yang mencapai 5571 kasus. Dengan demikian AKB di Provinsi Jawa Tengah juga mengalami penurunan tetapi tidak signifikan dari 10 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 menjadi 9,99 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2016 (Dinkes Prov Jateng, 2016; h. 20).

Berdasarkan jumlah kasus kematian ibu di Kabupaten Kendal pada tahun 2016 mencapai 19 kasus, mengalami penurunan yang cukup signifikan dibandingkan jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2015 yang mencapai 23 kasus. Dengan demikian AKI di Kabupaten Kendal juga mengalami penurunan dari 148,81 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 menjadi 119,97 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2016. Penyebab AKI pada tahun 2016 adalah Decomp 5, Anemia 1, Perdarahan 3, preeklampsia/eklampsia 2, TBC 1, HIV/AIDS 1, Infeksi 3, Keracunan 1, colik abdomen 1, tanpa diketahui 1. Sedangkan penyebab AKI pada tahun 2015 paling banyak terjadi pada masa nifas, dimana 57% terjadi pada saat masa nifas. Hal ini berarti, dari segi pelayanan dan kualitas pelayanan

kesehatan sudah cukup bagus, namun masih perlu ditingkatkan untuk kapabilitas dan kecakapan petugas kesehatan dalam hal penanganan persalinan, mengingat masih ada 26% ibu yang meninggal akibat proses dari persalinan dan 17% ibu hamil yang meninggal (Dinkes Kabupaten Kendal, 2015; h. 8-9). Sementara AKB di Kabupaten Kendal tahun 2016 yaitu 8,08 per 1.000 kelahiran hidup dengan kasus 125, jumlah tersebut mengalami penurunan di bandingkan tahun 2015 yaitu 10,35 per 1.000 kelahiran hidup dengan jumlah kasus 160 kasus (Dinkes Kabupaten Kendal, 2016; h. 10).

Tabel 1.1. Jumlah AKI dan AKB di Puskesmas Boja 01

Tahun	AKI	Penyebab	Jumlah	AKB	Penyebab	Jumlah
2016	1	Perdarahan	1	-	-	-
2017	-	-	-	8	1. BBLR 2. Asfiksia Berat 3. Kelainan jantung 4. Hidrocephalus	8

Sumber : Laporan Puskesmas Boja 01, 2017.

Tabel 1.2. Cakupan Jumlah kunjungan Pasien di Puskesmas Boja 01 tahun 2016-2017

Jumlah	Hamil	Bersalin	Bersalin di rujuk	Penyebab	Jumlah	Nifas	BBL
2016	1.832	261	82	1. Ketuban Pecah Dini 2. partus macet/fetal distress 3. Hemoglobin rendah	20 44 18	179	179
2017	1.254	204	75	1. partus macet 2. partus macet dan fetal distress	11 64	129	129

Sumber : Laporan Puskesmas Boja 01, 2017.

Berdasarkan tabel 1.1 di Puskesmas Boja 01 jumlah kematian bayi pada tahun 2016 sebanyak 1 kasus dari 100.000 kelahiran hidup, penyebab kematian tersebut dikarenakan perdarahan, yang selanjutnya tahun 2017

sudah tidak ada kejadian AKI. Sedangkan jumlah kematian bayi pada tahun 2017 sebanyak 8 kasus dari 1000 Kelahiran hidup, penyebab kematian tersebut dikarenakan BBLR, asfiksia berat, kelainan jantung, dan hidrocephalus, yang sebelumnya tahun 2016 sudah tidak ada kejadian AKB (Laporan Puskesmas Boja 01, 2017). Berdasarkan tabel 1.2 data pasien bersalin yang dirujuk pada tahun 2016 dan 2017 sebagian besar pasien dirujuk karena partus macet dan fetal distress (Laporan Puskesmas Boja 01, 2017).

Sebagai suatu usaha untuk menurunkan AKI, Pemerintah Jawa Tengah menerapkan sebuah program *Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng* (5NG). Program tersebut terdiri dari 4 fase, fase pertama yaitu sebelum hamil terdapat 2 terminologi yaitu *stop* dan *tunda*. *Stop* jika sudah memiliki anak, usia >35 tahun dan kondisi kesehatan yang tidak memungkinkan /berbahaya dan *tunda* jika usia <20 tahun serta kondisi kesehatan yang belum optimal. Fase kedua yaitu hamil berisi dideteksi, didata, dan dilaporkan secara sistem melalui teknologi informasi dengan dibedakan antara ibu dengan resti maupun yang non resti. Fase ketiga yaitu persalinan, ibu hamil yang akan melahirkan normal bersalin di fasilitas kesehatan dasar standart ibu hamil yang berisiko didampingi dan dirujuk ke Rumah Sakit. Keempat fase nifas yaitu pada program 5NG asuhan diberikan oleh dokter, perawat ataupun bidan dan dipantau oleh PKK, Dasa Wisma, dan masyarakat (Dinkes Prov Jateng, 2017; h. 55).

Kabupaten Kendal menerapkan kebijakan upaya penurunan AKI melalui program dan kegiatan prioritas yaitu semua bidan bertanggung jawab terhadap kesehatan Ibu Hamil dan Nifas di wilayah kerjanya masing-masing

mulai dari awal kehamilan sampai masa nifas berakhir, semua persalinan dilakukan di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) sesuai standart pelayanan, mencegah pernikahan dan kehamilan usia remaja (<20 tahun), menerapkan perawatan bayi dengan metode kanguru untuk bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) tanpa penyakit penyerta (komplikasi), peningkatan upaya promotif-preventif melalui program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), gerakan sayang Ibu dan Bayi (GSIB), implementasi pemanfaatan buku KIA, pergerakan sasaran untuk imunisasi dasar dan pemantauan tumbuh kembang dan melibatkan semua unsure masyarakat (kader, PKK, aparat desa, PLKB, dan lain-lain) (Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah Nomor 440/000/3404; 2017).

Standar pendidikan bidan di ICM (*International Confideration of Midwefery*), menyatakan bahwa filosofi pendidikan bidan harus konsisten dengan filosofi asuhan kebidanan. Filosofi asuhan kebidanan menyakini bahwa proses reproduksi perempuan merupakan proses alamiah dan normal yang di alami oleh setiap perempuan (ICM, 2011; h. 8). Berdasarkan filosofi tersebut, untuk menjamin proses alamiah reproduksi peserta didik harus memiliki pengalaman praktis bidan yang cukup di berbagai lahan praktik untuk mencapai kompetensi bidan melalui CoC (*Continuity of Care*) dari hamil, bersalin hingga nifas dan menyusui (ICM, 2011; h. 8-9). Melalui pengalaman CoC selama mengikuti perempuan sejak hamil, bersalin, hingga pada masa nifas, membuat pembelajaran menjadi lebih bermakna karena mengutamakan kualitas dibandingkan kuantitas. Melalui CoC dapat meningkatkan kepercayaan perempuan terhadap bidan, menjamin dukungan terhadap perempuan secara konsisten sejak masa kehamilan, persalinan dan

nifas. Bagi siswa bidan dengan menggunakan CoC bisa mengembangkan keterampilan bekerja secara kemitraan dan lebih percaya diri. Program CoC bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, program CoC merupakan konsep pembelajaran bagi mahasiswa untuk lebih mengetahui kondisi nyata yang ada di lapangan (Dinkes Prov Jateng, 2015; h. 58).

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny.T di Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny.T di Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.T meliputi kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, sampai nifas, dengan menggunakan manajemen alur pikir 7 langkah Varney dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. T pada masa kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal.
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. T pada masa persalinan di wilayah kerja Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal.

- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Bayi Ny. T pada masa BBL di wilayah kerja Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal.
- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. T pada masa nifas termasuk KB post partum di wilayah kerja Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal.

C. Manfaat

1. Bagi Prodi D3 Kebidanan Unissula
 - a. Sebagai tolak ukur penilaian kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan kebidanan komprehensif.
 - b. Sebagai wacana tambahan di perpustakaan D3 Kebidanan Unissula Semarang sehingga dapat meningkatkan mutu dalam proses pengajaran.
2. Bagi Puskesmas Boja 01 Kabupaten Kendal

Dapat meningkatkan pelayanan kesehatan Ibu dan Anak dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif.
3. Bagi klien dan keluarga

Dapat melakukan deteksi dini adanya komplikasi-komplikasi atau penyulit pada ibu hamil, bersalin, BBL, dan nifas untuk meningkatkan pengetahuan pada ibu dan keluarga pada masa Hamil, Bersalin, Bayi Baru Lahir, dan Nifas.

4. Bagi penulis

Penulis dapat mengaplikasikan dan memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas dengan menerapkan manajemen Hellen Varney.

5. Bagi bidan

Dapat memberikan asuhan sesuai dengan kompetensi bidan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan neonatus secara komprehensif.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam laporan tugas akhir ini terdiri dari Lima BAB yang urutannya sebagai berikut :

1. BAB I PENDAHULUAN

Berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, sistematika penulisan.

2. BAB II TINJAUAN TEORI

Berisi tentang tinjauan pustaka yang menguraikan tentang konsep dasar Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas dan KB manajemen kebidanan meliputi konsep dasar menurut Hellen Varney dan pendokumentasian SOAP, landasan hukum aspek kewenangan bidan dan aspek legal.

3. BAB III METODE STUDI KASUS

Berisi tentang rancangan penulisan studi kasus, ruang lingkup meliputi sasaran, tempat, waktu, metode perolehan data meliputi data primer, sekunder, dan SOP lahan, alir studi kasus, etika penulisan.

4. BAB IV HASIL

Berisi tentang hasil dan pembahasan kasus yang menuangkan kemampuan penulis dalam mengupas, mengamati dan memberi solusi dengan alasan-alasan ilmiah yang dapat dipertanggungjawabkan.

5. BAB V

Berisi Kesimpulan, Saran, Daftar Pustaka dan Lampiran.