

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia merupakan salah satu target dalam *Sustainable Development Goals (SDGs)* 2015 – 2030. Menurut buku *Trend in Maternal Mortality:1990 to 2015*, AKI Indonesia menduduki peringkat 7 dari 10 negara ASEAN (WHO, 2015; h. 51 – 56). Sedangkan Menurut buku *Level & Trends in Child Mortality by The UN-Interagency Group for Child Mortality Estimation* untuk AKB Indonesia menduduki peringkat 6 dari 10 negara ASEAN (UNICEF, 2014; h.16 - 25).

Data Survei Penduduk (SP) pada tahun 2010 AKI Indonesia sebesar 346 per 100.000 kelahiran hidup serta AKB sebesar 26 per 1.000 kelahiran hidup. Dan data dari SUPAS pada tahun 2015 AKI Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup serta AKB sebesar 22 per 1.000 kelahiran hidup (SUPAS, 2015; h. 49 - 52). Dari data tersebut AKI di Indonesia dari tahun 2010 ke 2015 mengalami penurunan sebesar 11,85% sedangkan AKB dari tahun 2010 ke 2015 mengalami penurunan sebesar 15,38%.

Tahun 2014 AKI di Jawa Tengah sebesar 126,55 per 100.000 kelahiran hidup serta AKB sebesar 10,08 per 1.000 kelahiran hidup. Dan pada tahun 2015 AKI Jawa Tengah sebesar 111,16 per 100.000 kelahiran hidup serta AKB sebesar 10 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Jateng, 2015; h. 13 & 16).

Berdasarkan data tersebut dari tahun 2014 ke 2015 AKI di Jawa Tengah mengalami penurunan sebesar 12,16%, sedangkan AKB di Jawa Tengah mengalami penurunan sebesar 0,79%.

Di Kabupaten Kendal pada tahun 2010 AKI sebesar 139,97 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2014 sebesar 119,97 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Kendal, 2014; h. 8). Sedangkan untuk AKB terdapat 6,84 per 1.000 kelahiran hidup atau sekitar 109 bayi yang meninggal pada tahun 2014 (Dinkes Kendal, 2014; h.10). Sehingga AKI di Kabupaten Kendal dari tahun 2010 ke 2014 mengalami penurunan sebesar 14,29%.

AKI di Indonesia dari tahun 2010 - 2013 didominasi oleh lima penyebab utama yaitu perdarahan, hipertensi, infeksi, partus lama, abortus dan lain – lain (kanker, ginjal, jantung, tuberkulosis). Penyebab tertinggi adalah perdarahan, namun penyebab lain – lain juga berperan cukup besar (Kemenkes RI, 2014; h. 2).

Penyebab kematian ibu di Jawa Tengah yaitu: EMPAT TERLALU (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak anak dan terlalu dekat jarak kelahiran) dan TIGA TERLAMBAT (terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam pelayanan di fasilitas kesehatan) (Dinkes Jateng, 2015; h. 16). Sedangkan di Kendal terdapat waktu kejadian kematian ibu pada tahun 2014 adalah pada saat hamil 15,79% pada saat persalinan, 15,79% dan paling banyak terjadi pada saat nifas 26,32% (Dinkes Kendal, 2014; h. 9).

Menurut Direktorat Bina Kesehatan Ibu Ditjen Bina Gizi dan KIA, 85% kehamilan, persalinan, nifas, sampai BBL dapat berjalan normal, karena pada dasarnya proses tersebut adalah hal yang fisiologis pada wanita dan hanya 15% dengan komplikasi yang tidak dapat di prediksi tetapi dapat dicegah (Kemenkes RI, 2013; h.5).

Pemerintah mempunyai beberapa program yang bertujuan untuk menurunkan AKI dan AKB, untuk Indonesia sendiri mempunyai Program Perencanaan Persalinan dan

Pencegahan Komplikasi (P4K) dinilai sebagai suatu terobosan dan terbukti dalam penurunan AKI dan AKB. Program tersebut dapat mendorong peran aktif ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman (Depkes, 2010). Di Jawa Tengah terdapat program *Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng* (5NG) yang terdiri dari 4 fase yaitu fase prahamil, fase kehamilan, fase persalinan, dan fase nifas yang didukung oleh monitoring dan teknologi informasi (Dinkes Jateng, 2015).

Kabupaten Kendal mempunyai beberapa upaya sebagai pengendalian penurunan AKI, antara lain: Pendampingan bidan dari awal kehamilan sampai nifas berakhir di wilayah kerjanya masing – masing serta pertolongan persalinan dilakukan di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama), Gerakan nasional percepatan perbaikan gizi yaitu memperhatikan gizi janin dalam 1.000 hari pertama sampai usia 2 bulan serta memberikan ASI Eksklusif, dan peningkatan upaya promotif dan preventif melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Gerakan Sayang Ibu dan Bayi (GSIB), implementasi pemanfaatan buku KIA, penggerak sasaran untuk imunisasi dasar dan pemantauan tumbuh kembang dengan melibatkan semua unsur masyarakat (Surat Edaran Bupati Kendal 2017 Nomor 440.262.C/Dinkes).

Dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana (Permenkes RI no 28, 2017; h 11).

Bidan diharuskan memberikan pelayanan kebidanan yang berkelanjutan (*Continuity of Care*) mulai dari Antenatal Care, Intranatal Care, Asuhan BBL, Asuhan Postpartum, Asuhan Neonatus, dan Pelayanan KB yang berkualitas. (IBI, 2012). Dengan adanya COC, bidan mampu memberikan kontribusi dalam meningkatkan kualitas keamanan dalam asuhan pada ibu, karena COC mempunyai tiga manfaat utama yaitu merencanakan, memberikan informasi, dan menciptakan hubungan baik dengan klien (Sandall, 2014; h.5-6).

Menurut data otopsi verbal di Puskesmas Sukorejo 02 pada tahun 2017 sampai bulan September terdapat jumlah kehamilan sebanyak 382 jiwa,

persalinan sebanyak 355 jiwa, bayi baru lahir sebanyak 358 jiwa, dan nifas sebanyak 355 jiwa yang keseluruhannya dibawah tanggung jawab Puskesmas Sukorejo 02. Sedangkan dalam laporan kasus di Puskesmas Sukorejo 02 pada tahun 2017 sampai bulan september terdapat 2 kasus AKB yang diakibatkan prematuritas dan solusio plasenta dan tidak ada AKI.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan bidan koordinator Puskesmas Sukorejo 02, program ANC terpadu di Puskesmas Sukorejo 02 belum berjalan dikarenakan semua ibu hamil melakukan ANC di bidan desa masing - masing, namun untuk program persalinan semua dilaksanakan di Puskesmas Sukorejo 02 sebagai Mampu Persalinan (Maper) sejak tahun 2016 dengan sistem *on call* 24 jam, pertolongan persalinan dilakukan oleh bidan desa masing – masing dan bidan jaga puskesmas. Sedangkan, program PNC di Puskesmas Sukorejo 02 pengawasan pasca persalinan selama 2 jam dilakukan di Maper selanjutnya pasien di perbolehkan pulang dan pelayanan nifas dilanjutkan oleh bidan desa masing – masing.

Berdasarkan data dan keterangan diatas bahwa program COC di Puskesmas Sukorejo 02 sudah berjalan namun belum berjalan maksimal berkaitan dengan kondisi geografis puskesmas, sehingga berdasarkan uraian tersebut penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada Ny.M umur 29 tahun di Wilayah kerja Puskesmas Sukorejo 02 Kabupaten Kendal tahun 2017.

B. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Dapat melaksanakan asuhan kebidanan secara berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny.M di Puskesmas Sukorejo 02, Kabupaten Kendal dengan menggunakan Pendekatan 7 langkah Varney dan pendokumentasian metode SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan COC pada ibu hamil terhadap Ny.M di Puskemas Sukorejo 02, Kabupaten Kendal.
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan COC pada ibu bersalin terhadap Ny.M di Puskesmas Sukorejo 02, Kabupaten Kendal.
- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan COC pada bayi baru lahir terhadap By.Ny.M di Puskesmas Sukorejo 02, Kabupaten Kendal.
- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan COC pada ibu nifas terhadap Ny.M di Puskesmas Sukorejo 02, Kabupaten Kendal.

C. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Prodi Kebidanan FK Unissula

Studi Kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam peningkatan dan pengembangan kurikulum Program Studi DIII Kebidanan Unissula.

2. Bagi Puskesmas Sukorejo 02

Studi Kasus ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan khususnya bidan dalam manajemen asuhan kebidanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP). Serta dapat dijadikan suatu masukan untuk meningkatkan kualitas dan mutu Puskesmas.

3. Bagi Mahasiswa

Studi Kasus ini diharapkan dapat mengembangkan kemampuan berfikir mahasiswa dalam menentukan masalah dan memecahkan suatu permasalahan. Serta meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan mengimplementasikan teori yang sudah didapat.

4. Bagi Pasien

Studi Kasus ini diharapkan dapat menambah informasi serta pengetahuan kepada pasien mengenai kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas agar dapat menjalani fase tersebut dalam kondisi yang fisiologis dan dapat melakukan deteksi dini untuk hal yang patologis.

D. Sistematika Penulisan

1. BAB I Pendahuluan

Dalam bab ini penulis menuliskan secara singkat tentang latar belakang masalah, tujuan studi kasus, manfaat studi kasus, dan sistematika penulisan.

2. BAB II Tinjauan Pustaka

Dalam bab ini penulis menuliskan secara singkat tentang tinjauan teori yang terdiri dari :

- a. Tinjauan teori mengenai konsep dasar medis yang terdiri dari teori kehamilan trimester III, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas.
- b. Tinjauan teori mengenai asuhan kebidanan tentang manajemen kebidanan Varney, pendokumentasian SOAP, dan landasan hukum yang berkaitan dengan kewenangan dan aspek legal bidan.

3. BAB III Metode Studi Kasus

Dalam bab ini penulis menuliskan tentang rancangan penulisan studi kasus, ruang lingkup studi kasus, metode perolehan data, alir studi kasus, dan etika penulisan studi kasus.

4. BAB IV Hasil dan Pembahasan

Dalam bab ini penulis menuliskan tentang hasil studi kasus yang telah dilaksanakan dan pembahasan kasus yang berkaitan dengan kesenjangan lahan praktik dengan teori.

5. BAB V Penutup

Dalam bab ini penulis menuliskan tentang kesimpulan dan saran dari studi kasus yang telah dilaksanakan.

