

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan upaya kesehatan ibu dan bayi, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi. AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, nifas atau pengelolaan terapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain di setiap 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia;h.104). Sedangkan angka kematian anak termasuk angka kematian bayi (AKB) adalah kematian yang terjadi pada bayi baru lahir sampai dengan 28 hari (Profil Kesehatan Indonesia, 2015;h. 125).

AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil survey penduduk antar sensus (SUPAS) 2015. Terdapat 5 penyebab terbesar terjadinya AKI di Indonesia yaitu perdarahan, Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), infeksi, partus lama atau macet, dan abortus. Sedangkan AKB menurut SDKI 2012 sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2015; h. 104-118).

Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 sebanyak 619 kasus, mengalami penurunan cukup signifikan dibandingkan jumlah kasus kematian ibu tahun 2014 yang mencapai 711 kasus. Dengan demikian

Angka Kematian Ibu Provinsi Jawa Tengah juga mengalami penurunan dari 126.55 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014 menjadi 111.16 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2015; h. 16-18). Sedangkan Angka kematian bayi (AKB) di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 terjadi penurunan tetapi tidak signifikan dibandingkan AKB tahun 2014 yaitu 10.08 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2015; h.13-14).

Jumlah Angka Kematian Ibu di Kabupaten Kendal selama 5 tahun terakhir ini mengalami penurunan dari tahun 2010 yaitu 139.97, tahun 2011 yaitu 164.92, tahun 2012 yaitu 131.88, tahun 2013 yaitu 128.78 dan tahun 2014 yaitu 119.97. Adapun waktu kejadian kematian ibu pada tahun 2014 adalah 57.89 % pada saat nifas, 26.32 % pada saat persalinan dan 15.79 % pada saat hamil (Profil Kesehatan Kabupaten Kendal, 2014; h. 8-9).

Jumlah kelahiran di Kabupaten Kendal selama tahun 2010 sampai tahun 2014 mengalami fluktuasi, dengan jumlah kelahiran paling banyak pada tahun 2012 dengan angka 16.919 kelahiran dan mengalami penurunan pada tahun 2014 dengan angka 15.937 kelahiran dari total kelahiran semua bayi tersebut terdapat 6.84 per 1000 kelahiran hidup atau sekitar 109 yang meninggal pada tahun yg sama. Faktor penyebab kematian bayi di Kabupaten Kendal ada dua yaitu faktor endogen dan eksogen dimana faktor endogen yaitu faktor bawaan bayi pada saat lahir yang di turunkan dari ibu sedangkan faktor eksogen yaitu faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan luar (Profil Kesehatan Kota Kendal, 2014; h. 10).

Sebagai upaya penurunan AKI dan AKB Pemerintah Kementrian kesehatan sejak tahun 1990 telah memunculkan *safe motherhood invinitive*, sebuah program yang memastikan perempuan mendapatkan kebutuhan yang dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinan. Upaya tersebut di lanjutkan dengan Program Gerakan Sayang Ibu (PGSI) di tahun 1996 oleh presiden. Salah satu program utama yang di gunakan untuk menurunkan AKI yaitu menempatkan bidan di tingkat desa secara bersama-sama yang bertujuan agar mendekatkan akses pelayanan ibu dan bayi baru lahir ke masyarakat. Upaya lain yang juga telah di lakukan yaitu strategi *Making Pregnancy Safer* yang dicanangkan pada tahun 2000 (Profil Kesehatan Indonesia, 2015; h. 105).

Pada tahun 2012 Kementrian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetric dan bayi baru lahir (BBL) minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 puskesmas PONED, memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Profil Kesehatan Indonesia, 2015; h. 105).

Pemerintah Jawa Tengah melakukan upaya penurunan AKI dengan menerapkan program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG) mulai sejak 2015. Program tersebut memiliki 4 fase yaitu fase prahamil, fase kehamilan, fase persalinan, dan fase nifas. Pada fase keempat pemerintah Jawa Tengah bekerjasama dengan institusi Pendidikan Kesehatan dilakukan dengan cara melakukan pendampingan setiap ibu hamil sampai masa nifas lewat secara terus

menerus oleh satu mahasiswa bidan, perawat bahkan bila perlu mahasiswa kedokteran secara komprehensif (Dinkes, Jateng 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yanti (2015), dalam jurnal *Students' understanding of "Women-Centred Care Philosophy" in midwifery care through Continuity of Care (CoC)* bidan memiliki posisi strategis untuk berperan dalam penurunan AKI dan AKB. Salah satu upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan yaitu dengan menerapkan model asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) dalam pendidikan klinik. Upaya ini dapat melibatkan berbagai sektor untuk pendampingan pada ibu hamil sebagai upaya promotif dan preventif dimulai sejak ibu hamil sampai dengan masa nifas yang berahir melalui konseling, informasi dan edukasi (KIE) serta kemampuan mengidentifikasi resiko pada ibu hamil sehingga mampu melakukan rujukan.

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).

Data Puskesmas Limbangan selama bulan Januari sampai dengan bulan September 2017 terdapat 532 ibu hamil yang telah terdata melakukan ANC (Antenatal Care) terpadu. 250 ibu yang bersalin di PONEB Puskesmas Limbangan, 116 pasien di rujuk ke Rumah Sakit kebanyakan karena KPD (Ketuban Pecah Dini). Jumlah kematian ibu pada tahun 2017 selama bulan Januari sampai September tidak ada, kemudian untuk jumlah angka kematian bayi pada tahun 2017 selama bulan Januari sampai September terdapat 5 bayi yang

meninggal sebagian besar karena BBLR (Berat Badan Bayi Lahir Rendah) (Buku Register Puskesmas Limbangan, 2017).

Berdasarkan dari informasi Bidan Koordinator, Puskesmas Limbangan telah menerapkan program ANC terpadu sejak Januari tahun 2016, pertolongan persalinan semua dilakukan di puskesmas kemudian setelah 6 jam pasien diperbolehkan pulang, selanjutnya pasien dianjurkan melakukan kontrol ulang ke Puskesmas setelah 7 hari postpartum. Ada beberapa pelayanan masa nifas dilakukan oleh bidan desa dengan melakukan kunjungan rumah. Dari informasi yang disampaikan tersebut tergambar bahwa metode asuhan dengan CoC (*Continuity of Care*) belum berjalan maksimal.

Berdasarkan dari latar belakang tersebut untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny. S mulai dari hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, di Puskesmas Limbangan Kendal.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny. S mulai dari hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, di Puskesmas Limbangan Kabupaten Kendal dengan pendekatan manajemen Varney dan pendokumentasian SOAP.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan asuhan berkelanjutan pada ibu hamil Ny. S di Puskesmas Limbangan Kabupaten Kendal.

- b. Melakukan asuhan berkelanjutan pada ibu bersalin Ny. S di Puskesmas Limbangan Kabupaten Kendal.
- c. Melakukan asuhan berkelanjutan pada BBL Ny. S di Puskesmas Limbangan Kabupaten Kendal.
- d. Melakukan asuhan berkelanjutan pada ibu nifas dan KB Ny. S di Puskesmas Limbangan Kabupaten Kendal.

C. Manfaat

1. Puskesmas Limbangan

Dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan penerapan CoC.

2. Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran UNISSULA

Dapat digunakan sebagai evaluasi sejauh mana mahasiswa dapat menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan mulai dari hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan sebagai bahan bacaan di perpustakaan.

3. Masyarakat dan pasien

Dapat menambah pengetahuan klien tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, sehingga mereka mampu mengenali deteksi dini, melakukan pencegahan dan penatalaksanaan secara tepat.

D. Sistematika penulisan

Sistematika penulisan proposal 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 PUSTAKA

Berisi tentang tinjauan pustaka yang menguraikan tentang konsep dasar kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan neonatus, dan landasan hukum yang mendasari praktik kebidanan.

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 laporan tugas akhir, etika penulisan.

4. BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

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

5. BAB V PENUTUP

Berisi simpulan saran dari studi kasus yang telah dilakukan.