

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

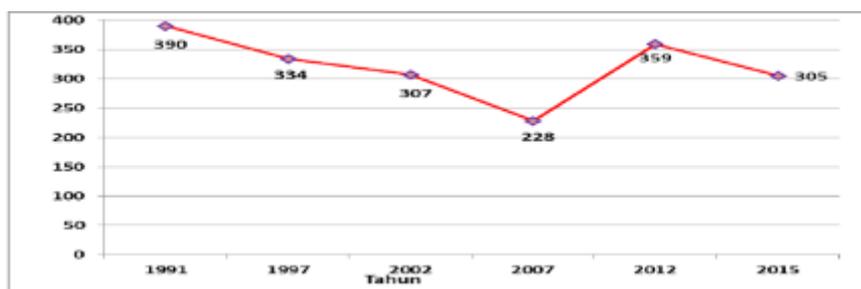
Untuk mengetahui kesejahteraan dalam upaya kesehatan ibu, salah satunya dapat dilihat dengan indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu semata, melainkan mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (Kementerian Kesehatan RI, 2015; h. 104).

Penyebab atau risiko dalam AKI dan AKB selama proses kehamilan sampai melahirkan dipengaruhi oleh banyak faktor yang tidak hanya dari sektor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan prasarana kesehatan, melainkan juga dipengaruhi faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, keturunan, ataupun penyakit. Beberapa tersebut mengakibatkan kondisi “3T” (terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat) dan “4T” (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu rapat jarak kehamilan) (Dinas Kesehatan provinsi Jateng, 2015; h. 12-16).

Kehamilan kaitannya dengan suatu perubahan fisik, emosional, maupun sosial didalam keluarga. Pada umumnya kehamilan akan berkembang dengan normal dan melahirkan bayi yang sehat. Namun tidak semua ibu memiliki

kondisi yang sehat dan normal sesuai harapan, sulit diketahui sebelumnya bahwa kehamilan, persalinan, BBL dan nifas akan menjadi masalah apabila suatu hal yang fisiologis berubah menjadi patologis karena ibu tidak segera mengetahui tanda gejala yang mengarah ke hal patologis. (Saifuddin, 2009; h. 89-132)

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. AKI kembali menunjukkan penurunan pada tahun 2015 menjadi lebih rendah dari tahun 2014 yaitu 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 (Kementerian Kesehatan RI, 2015; h. 104)



Gambar 1.1. Grafik Angka Kematian Ibu di Indonesia Tahun 1991-2015

Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDG's 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup walaupun kenaikannya hanya sedikit (Kementerian Kesehatan RI, 2015; h. 104)

Indikator AKI dan AKB di Provinsi Jawa Tengah tahun 2013-2015. AKI di Provinsi Jawa Tengah dari tahun 2013 mengalami kenaikan yang cukup signifikan pada tahun 2014 yaitu 111,52 menjadi 126,55 per 100.000 kelahiran hidup dan mengalami penurunan pada tahun 2015 jumlah AKI di

Provinsi Jawa Tengah sebanyak 619 kasus, namun AKI di Jawa Tengah masih merupakan penyumbang 5 besar terbanyak AKI di Indonesia. Sedangkan AKB di Provinsi Jawa Tengah dari tahun 2013 mengalami penurunan yang cukup signifikan pada tahun 2014 AKI sebanyak 711 kasus atau sebesar 10,41 menjadi 10,08 per 1.000 per kelahiram hidup (Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2015; h. 13-17).

Indikator AKI dan AKB di Kabupaten Kendal pada tahun 2013-2017. Pada tahun 2013 mengalami penurunan yang cukup signifikan pada tahun 2014 yaitu sebesar 128,79 menjadi 119,79 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 AKI sebanyak 22 kasus, pada tahun 2016 mengalami penurunan menjadi 19 kasus. Sedangkan AKB mengalami penurunan yang signifikan dari tahun 2013-2014 sebanyak 153 menjadi 109 per 1.000 kelahiran hidup. (Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, 2016; h. 11-17)

Pemerintah pusat dalam menurunkan AKI dan AKB saat ini adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program dengan menggunakan stiker yang dapat meningkatkan peran aktif suami, keluarga atau masyarakat dalam perencanaan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi pada saat kehamilan, termasuk perencanaan KB pasca persalinan. Program P4K juga mendorong ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan (ANC), persalinan, nifas, BBL oleh tenaga kesehatan, termasuk skrining status imunisasi lengkap pada setiap ibu hamil, mendorong ibu untuk IMD, dan pemberian ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2010).

Salah satu program di Jawa Tengah untuk menurunkan AKI dan AKB adalah Program *Gayeng Nginceng Wong Meteng* (5NG) selamatkan ibu dan anak. Program tersebut memiliki 4 fase yaitu pra hamil, fase kehamilan, fase persalinan dan fase nifas. Monitoring 4 fase tersebut didukung dengan teknologi informasi, sehingga memudahkan tenaga kesehatan yang terlibat dapat mengakses untuk melakukan saran, observasi, menganalisis, rujukan dan tindakan lebih lanjut (Dinkes Jawa Tengah, 2015)

Program di Kabupaten Kendal dalam upaya menurunkan AKI dan AKB dengan adanya surat edaran keputusan Bupati Kendal No. 440/1418/Dinkes tahun 2017 yang berbunyi “Semua persalinan harus di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sehingga setiap Puskesmas harus mampu persalinan dan berkembang menjadi Puskesmas PONED. Selain itu pembentukan Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar) dan RS PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Komprehensif), terdapatnya Rumah Tunggu Kelahiran (RTK), program Sistem Jejaring Rujukan Maternal Neonatal (SIJARI EMAS), Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), Keluarga sehat (Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, 2015)

Bidan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, memiliki kewenangan yaitu meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa sebelum hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara kedua kehamilan. Pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita,

dan anak prasekolah. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana Bidan berwenang memberikan penyuluhan dan pelayanan kontrasepsi (PMK No. 28 2017, h. 11-13).

Program *One Student One Client* (OSOC) merupakan metode pendampingan setiap ibu hamil oleh 1 mahasiswa Bidan, Perawat, bila perlu Dokter secara *Continuity of Care* (CoC). Program yang diluncurkan dalam menurunkan AKI dan AKB cukup tinggi (Dinas Kesehatan Provinsi Jateng, 2016; h. 1).

Menurut William BA, *et al* (2010) *Continuity of Care* yang dilakukan oleh bidan di Australia terbukti meningkatkan hubungan bidan dengan klien, klien menjadi tempat jaminan kenyamanan yang dirasakan pasien selama menghadapi proses kehamilan, persalinan, dan nifas. Serta meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan kesehatan yang telah dilakukan.

AKI di Puskesmas Sukorejo 02 pada tahun 2016 terdapat 1 kasus disebabkan inversio uteri dan AKB terdapat 2 kasus disebabkan kelainan kongenital dan hidrocephalus. Pada tahun 2017 sampai pada bulan September ini terdapat 2 kasus yang disebabkan prematuritas dan solusio plasenta.

Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan manajemen asuhan kebidanan secara komprehensif mulai kehamilan TM III, persalinan, Bayi Baru Lahir (BBL), dan nifas pada Ny. M G₂P₁A₀ umur 27 tahun di Wilayah kerja Puskesmas Sukorejo 02 Kabupaten Kendal tahun 2017.

B. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Penulis dapat melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. M dimulai saat hamil trimester III, persalinan, BBL, dan nifas dengan menggunakan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu hamil Ny. M di Puskesmas Sukorejo 02.
- b. Mampu melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu bersalin Ny. M di Puskesmas Sukorejo 02.
- c. Mampu melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada BBL Ny. M di Puskesmas 02.
- d. Mampu melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu nifas Ny. M di Puskesmas 02.

C. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi penulis

- a. Lebih mendalami tentang ilmu kebidanan sehingga penulis mampu melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* sejak masa hamil sampai nifas dan BBL dengan tepat dan benar.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan dan ketrampilan penulis sebagai bidan dalam memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu hamil, bersalin, BBL, dan nifas.

2. Bagi Institusi pendidikan

Dapat dijadikan sebagai referensi, sumber belajar dan dapat sebagai evaluasi pada asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu hamil, bersalin, BBL dan nifas sehingga dapat mengetahui kemampuan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif.

3. Bagi Institusi pelayanan kesehatan/lahan praktik puskesmas

Dapat dijadikan sebagai referensi dan acuan untuk lebih meningkatkan dan mengembangkan kualitas pelayanan dalam memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu hamil bersalin, BBL dan nifas sesuai standar prosedur. Sehingga bisa menurunkan AKI dan AKB di Kabupaten Kendal khususnya Puskesmas Sukorejo 02.

4. Bagi Klien

Memberikan pengetahuan dan wawasan pada klien dan keluarga mengenai ibu hamil, bersalin, BBL, dan nifas. Klien dapat mendeteksi secara dini dan dapat segera ditangani apabila timbul suatu masalah ataupun komplikasi.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Laporan Tugas Akhir ini meliputi :

1. BAB I PENDAHULUAN

Bab ini berisi tentang latar belakang, tujuan studi kasus, manfaat studi kasus, dan sistematika penulisan.

2. BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi tentang teori medis yang meliputi kehamilan, persalinan, nifas, dan BBL. Serta teori manajemen kebidanan meliputi : konsep dasar kebidanan menurut Hellen Varney, pendokumentasian (SOAP), dan landasan hukum.

3. BAB III METODE STUDI KASUS

Bab ini berisikan tentang rancangan penulisan, ruang lingkup, metode perolehan data, alur studi kasus, dan etika penulisan.

4. BAB IV HASIL dan PEMBAHASAN

Bab ini berisikan tentang laporan kasus dengan menggunakan manajemen kebidanan tujuh langkah menurut Hellen Varney dan pendokumentasian SOAP.

5. BAB V PENUTUP

Bab ini berisi tentang kesimpulan studi kasus yang telah dilakukan dan saran.