

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu capaian *Sustainable Development Goal's* (SDG's) pada tahun 2030 adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Selain menurunkan AKI SDG's juga menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) setidaknya hingga 12 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015 ; h. 17).

Angka kehamilan diseluruh dunia adalah 160 juta perempuan setiap tahunnya. Sebagian besar kehamilan dapat berlangsung dengan aman tanpa adanya komplikasi. Namun, sekitar 15% kehamilan menderita komplikasi berat. Komplikasi ini mengakibatkan kematian lebih dari setengah juta ibu setiap tahunnya. Dari jumlah ini diperkirakan 90% terjadi di Asia dan Afrika, 10% di negara berkembang lainnya, dan kurang dari 1% di negara-negara maju (Saifuddin, 2013; h. 53).

AKI di Indonesia menduduki peringkat tertinggi ke-3 di Negara *Association of Shoutheast Asean Nations* (ASEAN). Hasil Dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) AKI pada tahun 2012 yaitu mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup (BKKBN,

2016; h.25). Angka tersebut mengalami kenaikan dari data sebelumnya yaitu dari tahun 1991-2007 (390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes, 2014; h.1). Sedangkan AKB mencapai 22,23 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI 2014; h.104-125)

Sedangkan AKI 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 AKI di 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. Namun angka tersebut belum sesuai dengan target dari program MDG's yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup sehingga di keluarkanlah program SDG's untuk memenuhi program-program sebelumnya (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015; h. 16-18).

AKI di Kabupaten Kendal menempati urutan ke-8 dengan 23 kasus. Pada tahun 2013 dan 2014 AKI di Kabupaten Kendal mengalami penurunan yaitu dari 128,78 per 100,000 kelahiran menjadi 119,97 per 100.000 kelahiran hidup. Adapun penyebab dari 22 ibu yang meninggal dapat dilihat dari waktu kejadian kematian ibu, paling banyak terjadi pada masa nifas yaitu 57,89%. Hal ini berarti, dari segi pelayanan dan kualitas pelayanan kesehatan sudah cukup bagus, karena masih ada 26,32% ibu meninggal akibat dari

proses persalinan dan 15,79% karena kehamilan. Dari segi kuantitas cakupan pertolongan persalinan yang memiliki kompetensi kebidanan sebesar 95,84% dan cakupan pelayanan nifas sudah 94,11%, dari hal tersebut maka sudah sesuai dengan yang ditargetkan. Akan tetapi masih harus ditingkatkan dalam kualitas pelayanan dan mutu pelayanan (Dinkes Kabupaten Kendal, 2014; h.12-13).

Berdasarkan data laporan tahunan Puskesmas Kaliwungu, diketahui bahwa AKI di wilayah tersebut pada tahun 2015 terdapat 5 orang meninggal yang disebabkan 3 diantaranya oleh PEB, sepsis, dan odema pulmo. Pada tahun 2016 terdapat 3 orang meninggal yang disebabkan oleh ileus post SC dan 2 diantaranya disebabkan oleh PEB sedangkan pada 2017 ini sampai bulan Oktober 2017 terdapat 2 orang meninggal yang disebabkan oleh PEB dan preeklamsi ringan (PER).

Pada tanggal 12 Oktober 2000 Presiden RI mencanangkan *Making Pregnancy Safer (MPS)* sebagai strategi sektor kesehatan yang bertujuan untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB. Melalui MPS diharapkan seluruh pejabat yang berwenang, mitra pembangunan dan pihak terkait lainnya melakukan upaya bersama dengan kegiatan peningkatan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu yang *cost-effective* dan berkualitas kepada ibu hamil, bersalin dan nifas berdasarkan bukti ilmiah. Dalam rencana Strategi Nasional MPS di Indonesia 2001-2010 yang mempunyai tujuan

global yaitu (1) menurunkan AKI sebesar 75% pada tahun 2015 menjadi 115/100.000 KH dan (2) menurunkan AKB menjadi kurang dari 35/1000 KH pada tahun 2015 (Prawirohardjo, 2011; h. 26)

Upaya peningkatan kesehatan ibu dan penurunan angka kematian ibu ini tidak dapat dilakukan sendiri oleh Pemerintah, terlebih dengan berbagai keterbatasan sumber daya yang dimiliki tenaga, sarana prasarana, dan anggaran. Oleh karena itu, mutlak diperlukan kerja sama lintas program dan lintas sektor terkait, yaitu pemerintah daerah, sektor swasta, organisasi profesi kesehatan, kalangan akademisi, serta lembaga dan organisasi kemasyarakatan baik dari dalam negeri maupun luar negeri. Maka dari itu, upaya pemerintah dibuat sehingga bidan sebagai tenaga kesehatan melakukan *Continuity of Care* (CoC) (Risksedas, 2013; h. 178-179).

Salah satu penelitian di Australia dimana beberapa ibu hamil di dampingi oleh bidan dari masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL hasilnya ibu hamil yang didampingi oleh bidan tidak mengalami masalah apapun mulai dari hamil sampai nifas. Semua klien yang di dampingi bidan memiliki kepuasan yang sangat tinggi dibandingkan dengan perawatan yang lain (Allen J. *et al*, 2013; h.138).

Dari hasil penelitian di Melbourne bahwa pendampingan ibu hamil dengan risiko tinggi oleh bidan mampu menurunkan angka seksio sesarea sehingga dari beberapa survey menyatakan bahwa

wanita dengan risiko tinggi dapat melahirkan secara normal tanpa adanya perbedaan risiko dengan dilakukannya seksio caesarea (McLachlan H. *et al*, 2012;h. 1483-1485).

Puskesmas Kaliwungu merupakan salah satu puskesmas yang sudah mendirikan PONEB dimana semua persalinan di wilayah Kaliwungu wajib di Puskesmas, tentunya hal tersebut tidak lepas dari peran bidan di wilayah Kaliwungu yang sudah menerapkan pelayanan ANC terpadu meliputi kehamilan, persalinan, nifas, BBL, dan KB sehingga apabila terdapat ibu hamil dengan risiko tinggi tenaga kesehatan dapat mengetahui dan dapat memberikan perhatian khusus.

Dengan diterapkannya pelayanan ANC terpadu ini di Puskesmas Kaliwungu dalam memberikan pelayanan kebidanan dari hamil, nifas, BBL dan KB dapat mengurangi AKI diwilayah Kaliwungu dari 5 orang menjadi 2 orang dalam dua tahun terakhir, jadi penulis tertarik memberi asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. S di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kendal dari hamil.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny. S mulai dari hamil trimester III, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas di Puskesmas Kaliwungu

Kabupaten Kendal dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. S pada masa kehamilan TM III.
- b. Mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. S pada masa persalinan.
- c. Mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. S pada masanifas.
- d. Mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. S pada masa bayi baru lahir.

C. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

- a. Meningkatkan pengetahuan dan wawasan penulis dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil.
- b. Meningkatkan ketrampilan penulis dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, BBL, dan nifas.

2. Bagi Klien dan Keluarga

Memberikan tambahan ilmu dan pengetahuan pada ibu hamil dan keluarga tentang masa kehamilan, persalinan, BBL dan nifas.

3. Bagi Prodi D3 Kebidanan

Digunakan sebagai sumber bacaan dan referensi pada asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil dan mengetahui kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan kebidanan yang komprehensif.

4. Bagi Puskesmas Kaliwungu Kendal

Dapat sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan dalam proses asuhan kebidanan berkelanjutan sesuai dengan standar operasional prosedur.

D. Sistematika Penulisan

1. BAB I PENDAHULUAN

Pada Bab 1 pendahuluan ini penulis menguraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, dan sistematika penulisan.

2. BAB II TINJAUAN TEORI

Bab ini menguraikan tentang teori kehamilan trimester III, persalinan normal, nifas, bayi baru lahir, dan menerapkan manajemen kebidanan yang berisi 7 langkah Varney sebagai alur pikir dalam mengambil sebuah keputusan dan metode SOAP dalam mendokumentasikan setiap asuhan yang diberikan sesuai dengan peraturan standar pelayanan kebidanan.

3. BAB III METODE STUDI KASUS

Bab ini merupakan metodologi penulisan yang berisi rancangan studi kasus, ruang lingkup, metode perolehan data, alur studi kasus, etika penulisan.

4. BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Merupakan hasil studi kasus yang didapatkan dalam asuhan yang diberikan pada klien dan pembahasan yang menguraikan tentang kemampuan mengupas dan memberikan solusi yang rasional sesuai dengan teori dari hasil implementasi yang di dapat dari asuhan.

5. BAB V PENUTUP

Bab ini berisikan simpulan dan saran dari hasil asuhan yang telah diberikan dalam bentuk masukan yang membangun dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan.

