

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Terdapat beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu pada suatu wilayah, salah satunya yaitu Angka Kematian Ibu (AKI). AKI merupakan salah satu indikator yang peka terhadap kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2014; h. 85). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaan tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain disetiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015; h. 104).

Di Indonesia berdasarkan hasil perhitungan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI tahun 2012 sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, AKI tersebut mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2007 yang hanya mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, AKI kembali menunjukkan penurunan yaitu sebanyak 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015; h. 104). Angka tersebut sudah mencapai target yang ditetapkan SDG's (*Sustainable Development Goals*) yaitu 306 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015; h. 24). Meskipun sudah mencapai target, namun pemerintah masih perlu melakukan upaya agar AKI tidak mengalami kenaikan kembali mengingat AKI pada tahun sebelumnya masih mengalami fluktuasi.

Penyebab AKI di Indonesia dapat dibagi menjadi dua yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung AKI pada tahun 2013 diantaranya adalah perdarahan (30,3%), hipertensi (27,1%), infeksi (7,3%), lain-lain (40,8%) (Kemenkes RI, 2016; h. 119). Sedangkan penyebab tidak langsung biasanya terjadi karena tidak memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama pelayanan untuk kasus kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh 3 “terlambat” dan 4 “terlalu”. Tiga terlambat yaitu terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapat pelayanan difasilitas kesehatan. Empat “terlalu” yaitu terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), terlalu muda saat melahirkan (<20 tahun), terlalu banyak anak (>4 anak), terlalu rapat jarak melahirkan/ paritas (<2 tahun) (Kemenkes RI, 2015; h. 7).

Upaya penurunan AKI, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sejak tahun 1990 telah meluncurkan program *Safe Motherhood Initiative*, yaitu program untuk semua wanita pasti mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga sehat dan selamat selama masa kehamilan dan persalinan. Upaya tersebut akan dilanjutkan dengan program Gerakan Sayang Ibu (GSI) tahun 1996 oleh Presiden Republik Indonesia. Upaya lain juga sudah dilakukan yaitu strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan pada tahun 2000.

Pada tahun 2012 Kementrian Kesehatan meluncurkan program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) dalam rangka untuk

menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%, Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar yaitu di Provinsi Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan (Kemenkes RI Tahun 2015; h.105).

Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 sebanyak 111,16 per 100.000 kelahiran hidup (619 kasus), mengalami penurunan yang cukup signifikan dibandingkan jumlah kematian ibu tahun 2014 yang mencapai 126,55 per 100.000 kelahiran hidup (711 kasus). Penyebab AKI di Jawa Tengah pada tahun 2016 yang tertinggi adalah hipertensi (27,08%), perdarahan (21,26%), infeksi lainnya (4,82%) (Dinkes Jateng, 2016; h. 26).

Upaya yang telah dilakukan pemerintah Provinsi Jawa Tengah melalui Dinas kesehatan untuk menurunkan AKI dengan cara meluncurkan program baru untuk menurunkan AKI dengan cara melalui Program Jateng *Gayeng Nginceng Wong Meteng* (5NG) Selamatkan Ibu dan Anak. Program 5NG memiliki 4 fase yaitu Fase Pra Hamil, Fase Kehamilan, Fase Persalinan dan Fase Nifas. Pada fase keempat pemerintah Jawa Tengah telah mengeluarkan program OSOC (*One Student One Client*) dilakukan dengan cara melakukan pendampingan pada ibu hamil sampai masa nifas lewat secara terus menerus oleh satu mahasiswa bidan, perawat bahkan bila perlu mahasiswa kedokteran secara komprehensif CoC (*Continuity of Care*) (Dinas Kesehatan Provinsi Jateng, 2015).

Jumlah AKI di Kabupaten Kendal dari 5 tahun terakhir mengalami penurunan kasus kematian ibu, untuk tahun 2014 jumlah kematian ibu sebanyak 119,97 per 100.000 kelahiran hidup di bandingkan dengan tahun 2013 sebelumnya yaitu 128,78 per 100,000 KH. Jumlah kelahiran bayi di Kabupaten Kendal dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2014 mengalami ketidak tetapan dengan jumlah kelahiran yang paling banyak terjadi pada tahun 2012 dengan angka 16.919 kelahiran dan mengalami penurunan pada tahun 2014 menjadi 15.937 kelahiran. Dari total keseluruhan jumlah kelahiran tersebut terdapat 6,84 per 1000 kelahiran hidup (Dinkes Kabupaten Kendal, Tahun 2014; h.12-13).

Penyebab kematian ibu di Kabupaten Kendal paling tinggi terjadi pada masa nifas yaitu Pre-eklamsia berat sebesar 57,89 %, diikuti dengan pada saat penanganan persalinan yaitu perdarahan sekitar 26,32 %, dan 15,79 pada saat hamil (Dinkes Kabupaten Kendal, tahun 2014; h.12). Sedangkan berdasarkan surat edaran dari Bupati Kendal pada tahun 2017, penyebab langsung kematian ibu yaitu decomp (5 kasus), anemia (1 kasus), perdarahan (3 kasus), preeklamsia (2 kasus), TBC (1 kasus), HIV/AIDS (1 kasus), infeksi (3 kasus), keracunan (1 kasus), colic abdomen ( 1 kasus), lain-lain (1 kasus) (Dinkes Kendal, 2014;h. 9).

Upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah Kabupaten Kendal untuk menurunkan AKI yaitu melalui surat edaran dari Bupati Kendal yang mewajibkan semua persalinan berada di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan persalinan wajib dilakukan empat tangan serta dengan

pemeriksaan dokter. Selain itu peningkatan upaya promotif dan preventif melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

Standar pendidikan bidan dari ICM (*International Confederation of Midwifery*), menyatakan bahwa filosofi pendidikan bidan harus konsisten dengan filosofi asuhan kebidanan (ICM, 2011). Filosofi asuhan kebidanan adalah meyakini bahwa proses reproduksi perempuan merupakan proses alamiah dan normal yang dialami oleh setiap perempuan (ICM, 2011). Salah satu upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan tersebut dengan menerapkan model asuhan kebidanan yang berkelanjutan *Continuity of Care (CoC)* dalam pendidikan klinik (ICM, 2011).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Bidan Koordinator (BIKOR) jumlah AKI di wilayah Puskesmas Sukorejo 1 pada tahun 2016 sampai dengan bulan Agustus tahun 2017, tidak ada kasus kematian ibu. Meskipun demikian, terdapat beberapa masalah KIA di Puskesmas Sukorejo 1 seperti kehamilan terlalu muda, terlalu tua, dan preeklamsia. Puskesmas Sukorejo 1 saat ini melaksanakan program yang dicetuskan oleh Bupati Kendal melalui surat edaran. Program yang dijalankan mencetuskan bahwa persalinan harus dilakukan di FKTP dan mencegah terjadinya kehamilan pada usia  $\leq 20$  tahun atau  $\geq 35$  tahun dengan memberikan konseling pada pasangan usia subur, serta konseling KB kepada wanita usia  $\geq 35$  tahun.

Pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir di Puskesmas Sukorejo 1 telah menerapkan metode CoC, pelayanan persalinan sudah dilaksanakan di FKTP yang ditolong oleh

bidan wilayah yang merujuk dan bidan jaga di Puskesmas, asuhan nifas serta bayi baru lahir yang dilakukan selama 6 jam post partum di Puskesmas dan proses asuhan nifas dan bayi baru lahir selanjutnya akan dilakukan oleh bidan wilayah.

Berdasarkan dari latar belakang tersebut untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi maka penulis tertarik untuk melakukan manajemen asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny. I mulai dari hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas di Puskesmas Sukorejo 1 Kab. Kendal.

## **B. Tujuan Studi Kasus**

### 1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny. I mulai dari hamil TM III, bersalin, bayi baru lahir dan nifas di Puskesmas Sukorejo 1 dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut pendokumentasian SOAP.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan yang berkelanjutan pada Ny. I pada masa kehamilan di wilayah Puskesmas Sukorejo 1 Kabupaten Kendal.
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny. I pada masa bersalin di wilayah Puskesmas Sukorejo 1 Kabupaten Kendal.
- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan yang berkelanjutan pada masa bayi baru lahir Ny. I di wilayah Puskesmas Sukorejo 1 Kabupaten Kendal.

- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan yang berkelanjutan pada Ny. I pada masa nifas di wilayah Puskesmas Sukorejo 1 Kabupaten Kendal.

### **C. Manfaat Studi Kasus**

1. Bagi Penulis

Dapat menambah wawasan dan dapat menerapkan teori-teorinya tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, dan ibu nifas.

2. Puskesmas Sukorejo 1 Kabupaten Kendal

Digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan pada asuhan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, dan ibu nifas.

3. Prodi D3 Kebidanan

Digunakan sebagai bahan evaluasi sejauh mana mahasiswa dapat menerapkan asuhan kebidanan tersebut sehingga dapat meningkatkan kualitas proses pengajaran dalam menerapkan asuhan kebidanan yang berkelanjutan.

4. Bagi Klien

Digunakan untuk menambah informasi klien tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas sehingga mereka mampu untuk mengenali adanya deteksi dini untuk mencegah komplikasi yang terjadi serta segera untuk melakukan pencegahan dan penatalaksanaan.

#### **D. Sistematika Penulisan**

##### **1. BAB I PENDAHULUAN**

Menguraikan latar belakang, tujuan studi kasus, manfaat studi kasus, dan sistematika penulisan.

##### **2. BAB II TINJAUAN TEORI**

Menguraikan tentang konsep dasar kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan neonatus, manajemen kebidanan menurut Hellen Varney, pendokumentasian SOAP, serta landasan hukum aspek kewenangan bidan dan aspek legal.

##### **3. BAB III METODE STUDI KASUS**

Berisi rancangan penulisan studi kasus, ruang lingkup meliputi sasaran, tempat, waktu, metode perolehan data meliputi data primer, sekunder, dan SOP lahan, alur laporan tugas akhir, etika penulisan.

##### **4. BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

Berisi 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**

Menguraikan simpulan dan saran.