

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan upaya kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Angka kematian ibu (per 100.000 kelahiran hidup) adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah kehamilan. Tahun 2012 SDKI menunjukkan peningkatan AKI yang sangat signifikan dari 228 pada tahun 2007 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan, angka Kematian Bayi (AKB) adalah kematian bayi sebelum berusia 1 tahun setiap 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015; h. 13). Pada tahun 2015 AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015;h. 104-105).

Di Indonesia AKI masih banyak disebabkan oleh tiga penyebab utama yaitu perdarahan (30,3%), hipertensi dalam kehamilan (27,1%), infeksi (7,3%) dan lain-lain (40,8%). Sedangkan AKB masih banyak disebabkan oleh bayi berat lahir rendah (BBLR), dan kekurangan oksigen (asfiksia) (Kemenkes RI, 2015; h. 118-126).

Dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal, Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) pada tahun 2012. Dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan Neonatal Esensial Komprehensif) dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONED (*Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial*

Dasar) dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan (Kemenkes RI, 2015: h. 105).

Di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 jumlah kematian ibu sebanyak 619 kasus, mengalami penurunan cukup signifikan dibandingkan jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2014 yang mencapai 711 kasus. Dengan demikian AKI 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. Sedangkan kasus kematian bayi pada tahun 2015 terdapat sebesar 10 per 1.000 kelahiran hidup, mengalami penurunan akan tetapi tidak signifikan dibandingkan dengan kematian bayi tahun 2014, yaitu 10,08 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015; h. 13-16).

Di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015, AKB disebabkan karena tingkat pelayanan ANC, status gizi ibu hamil, tingkat keberhasilan KIA&KB. AKI di Jawa Tengah paling banyak disebabkan karena perdarahan (21,14%), hipertensi (26,34%), infeksi (2,76%), gangguan sistem peredaran darah (9,27%), dan lain-lain (40,49%) (Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2015).

Upaya Pemerintah Jawa Tengah dalam menurunkan AKI yaitu dengan membuat terobosan baru. Program *Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng* “5NG”. Program tersebut memiliki 4 fase yaitu fase prahamil (stop jika usia

diatas 35 tahun dan tunda jika usia dibawah 20 tahun), fase kehamilan (dideteksi, didata, dilaporkan), fase persalinan (ibu hamil yang akan melahirkan normal di fasilitas kesehatan dasar standar dan ibu hamil dengan risiko tinggi dirujuk ke Rumah sakit dengan proses rujukan melalui sistem SIJARIEMAS), dan fase nifas (mencatat dan memonitor ibu nifas dan bayi sampai 1000 hari pertama kelahiran oleh dokter, bidan, ataupun perawat dan dipantau oleh PKK atau Desa Wisma dan masyarakat) (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Selain itu, Pemerintah Provinsi Jawa Tengah pada tanggal 27 Oktober 2015 meluncurkan Program *One Student One client* (OSOC) yang merupakan kegiatan pendampingan ibu mulai hamil sampai masa nifas selesai bahkan bisa memungkinkan dimulai sejak persiapan calon ibu sehingga mengarah pada pendampingan kesehatan keluarga (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015; h. iii). Sesuai dengan hasil penelitian Bowers (2015), bahwa *COC* tersebut merupakan program asuhan kebidanan mulai dari *antenatal care* sampai postnatal dan terbukti memiliki dampak yang baik karena dapat lebih banyak mengidentifikasi masalah. Oleh karena itu, asuhan kebidanan yang diberikan lebih komprehensif.

Di Kabupaten Kendal pada tahun 2016, AKI berada di urutan nomor 10 di Jawa Tengah. Yaitu sebanyak 19 kasus di tahun 2016, kasus tersebut disebabkan oleh decomp 5, anemia 1, perdarahan 3, preeklamsi/eklamsi 2, TBC 1, HIV/AIDS 1, infeksi 3, keracunan 1, colik abdomen 1, tanpa diketahui 1. Sedangkan AKB sebanyak 125 kasus (DKK Kendal, 2016).

Pemerintah Kabupaten Kendal memberikan kebijakan yang harus dilaksanakan untuk setiap puskesmas bahwa semua persalinan harus dilakukan di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama), program PONEC, semua bidan harus bertanggung jawab terhadap kesehatan ibu hamil dan nifas di wilayah kerjanya masing-masing mulai dari awal hamil sampai nifas, serta menerapkan perawatan bayi dengan metode kangguru untuk bayi dengan BBLR tanpa komplikasi, pemberian ASI eksklusif sampai dengan 6 bulan, dan upaya promotif-preventif melalui program perencanaan persalinan, dan pencegahan komplikasi, gerakan sayang ibu dan bayi, implementasi pemanfaatan buku KIA, penggerakan sasaran imunisasi dasar dan pemantauan tumbuh kembang (Surat edaran Dinkes Kendal, 2017).

Berdasarkan data dari UPTD Puskesmas Patean Kabupaten Kendal, jumlah AKI pada tahun 2014 sampai Februari 2015 tidak terdapat kasus kematian ibu, pada tahun 2016 terdapat 1 kematian ibu. Sedangkan jumlah AKB pada tahun 2014 sampai Februari 2015 terdapat 20 dari 848 bayi hidup.

Cakupan kunjungan ibu hamil, nifas, neonatus di Puskesmas Patean pada tahun 2015 (Cakupan kunjungan ibu hamil K4 94.23% lebih rendah dari target yaitu 96%, cakupan pelayanan nifas 91.03%, lebih rendah dari target yaitu 95% dan cakupan kunjungan bayi 27.27% lebih rendah dari target 95%). Jumlah kunjungan sejak bulan Januari-Oktober 2017 adalah sasaran ibu hamil 897, K1 766 ibu hamil dan K4 704 ibu hamil, sasaran ibu bersalin 855 dan cakupan persalinan 650 (Profil Puskesmas Patean, 2017).

Berdasarkan Informasi dari Bidan Koordinator bahwa Pelayanan di Puskesmas Patean sudah menerapkan ANC terpadu, Keluarga Sehat, Kelas Lansia, Kelas Ibu Hamil, dan Kelas Balita. Program ANC terpadu dilakukan setiap hari Selasa, semua ibu hamil wajib melakukan ANC terpadu 1x selama

hamil. Pertolongan persalinan dilakukan di Puskesmas Patean dengan mekanisme bidan desa merujuk pasien ke Puskesmas, kemudian pertolongan persalinan dilakukan oleh bidan yang jaga di Puskesmas. PNC (Post Natal Care) ibu dirawat selama 24 jam di Puskesmas untuk mengurangi resiko perdarahan. Selanjutnya dilakukan kunjungan rumah oleh Bidan desa untuk mengetahui keadaan ibu dan bayi.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny.H di Puskesmas Patean Kabupaten Kendal.

B. Tujuan Studi

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny.H yang dimulai dari hamil, bersalin, BBL, dan nifas di Puskesmas Patean Kabupaten Kendal dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney dan pendokumentasian menggunakan SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny.H pada masa kehamilan di Puskesmas Patean Kabupaten Kendal.
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny.H pada masa persalinan di Puskesmas Patean Kabupaten Kendal.

- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny.H pada masa nifas Puskesmas Patean Kabupaten Kendal.
- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Bayi Ny.H pada masa bayi baru lahir Puskesmas Patean Kabupaten Kendal.

C. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Pasien

Dapat mendorong pasien dan masyarakat untuk memeriksakan dirinya secara rutin, serta dapat menambah wawasan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas.

2. Bagi Puskesmas Patean Kabupaten Kendal

Dapat meningkatkan mutu dan pelayanan yang sesuai standar pelayanan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas.

3. Bagi Prodi D3 Kebidanan Unissula

Sebagai bahan bacaan dipergustakaan Prodi D3 Kebidanan Unissula Semarang sehingga dapat meningkatkan mutu proses pengajaran dalam menerapkan asuhan kebidanan yang berkelanjutan.

4. Bagi Penulis

Untuk menambah wawasan dan kemampuan dalam menerapkan teori-teori tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas.

D. Sistematika Penulisan

1. BAB 1 PENDAHULUAN

Berisi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan studi kasus secara umum dan secara khusus, manfaat studi kasus bagi pasien, Puskesmas, Institusi Pendidikan dan Penulis, serta sistematika penulisan.

2. BAB II TINJAUAN TEORI

Berisi tentang tinjauan pustaka mengenai kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas. Manajemen kebidanan meliputi konsep dasar menurut Hellen Varney dan pendokumentasian SOAP, landasan hukum aspek kewenangan bidan dan aspek legal.

3. BAB III METODE KASUS

Berisi tentang penulisan studi kasus, ruang lingkup, meliputi sasaran, tempat, waktu, metode perolehan data meliputi data primer, data sekunder, SOP lahan, dan etika penulisan.

4. BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Berisi tentang pengelolaan kasus pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, nifas, BBL, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen Hellen Varney dan Pendokumentasian SOAP, Pembahasan kesenjangan antara teori dan praktik.

5. BAB V PENUTUP

Berisi simpulan dan saran dari asuhan yang diberikan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas.