

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada dasarnya proses kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan suatu tahapan yang alamiah dialami oleh ibu, namun tetap harus diwaspadai apabila terjadi hal-hal yang dapat membahayakan jiwa ibu dan bayi, terutama pada ibu yang kurang mendapatkan asuhan dari tenaga kesehatan (Kemenkes, 2013; h. 169).

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

Angka kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu selama kehamilan Persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan persalinan dan nifas atau pengelolanya tetapi bukan karena sebab-sebab seperti kecelakaan, terjatuh dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015; h.104).

AKI di Indonesia masih tinggi dan 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 Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan jumlah kematian bayi (0-11 bulan) per 100 kelahiran hidup dalam kurun waktu satu tahun (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015 ; h.13).

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. Begitu pula dengan Angka Kematian Balita (AKABA) hasil SUPAS 2015 sebesar 26,29 per 1.000 kelahiran hidup, juga sudah memenuhi target MDG's 2015 sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI,2015; h.125).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten/Kota 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. Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Tengah tahun 2015 sebesar 10 per 1.000 kelahiran hidup. Terjadi penurunan tetapi tidak signifikan dibandingkan AKB tahun 2014 yaitu 10,08 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015; h.13-17).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Kendal dari 5 tahun terakhir ada 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 kelahiran. Kejadian kematian ibu di Kabupaten Kendal paling tinggi terjadi pada masa nifas yaitu 57,89%, diikuti dengan pada saat penanganan persalinan yaitu 26,32%, dan 15,79 pada saat hamil (Dinkes Kabupaten Kendal, Tahun 2014; h.12-13).

Pencapaian pelayanan dengan beberapa indikator kinerja Puskesmas Pegandon sesuai dengan MDG's Kabupaten Kendal pada tahun 2014 yaitu : prosentase dengan angka kematian ibu (AKI) 19 per 100.000 kelahiran hidup sebesar 144,5 %. Angka kematian pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih 96% sebesar 100%. Cakupan pelayanan antenatal (ANC) pada kunjungan pertama 100% sebesar 100,1 sedangkan pada kunjungan minimal 4 kali 98% sebesar 99,4. Dan angka kematian bayi (AKB) pada tahun 2014 yaitu 23 per 1000 kelahiran hidup sebesar 3,2% (Profil Puskesmas Pegandon, 2014; h. 15).

Faktor utama penyebab tingginya angka kematian ibu terbesar di Indonesia tidak hanya penyebab langsung saja seperti perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Terdapat faktor penyebab tidak langsung lainnya yang berkontribusi besar dalam meningkatkan risiko kematian ibu. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK

proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh HDK (Kemenkes RI,2015; h.118-119).

Penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi baru lahir adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Kondisi geografi serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat) dan 4 terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu rapat jarak kelahiran) (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015; h.16).

Pemerintah melakukan upaya untuk menurunkan AKI yaitu melalui kementerian kesehatan sejak tahun 1990 telah meluncurkan *Safe Motherhood initiative*, Sebuah Program yang memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat. Upaya tersebut telah di lanjutkan dengan program gerakan sayang ibu di tahun 1996 oleh presiden Republik Indonesia Program ini juga melibatkan sektor lain yaitu diluar kesehatan salah satu program utama yang ditujukan untuk mengatasi kematian ibu yaitu penempatan bidan desa, yang tujuannya untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Upaya lainnya yaitu *pregnancy safer* yang di rencanakan tahun 2010 (Kemenkes RI Tahun 2015; h.104).

Pada tanggal 12 Oktober 2000 Presiden RI mencanangkan *Making Pregnancy Safer (MPS)* sebagai strategi sector 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 menurunkan AKI sebesar 75% pada tahun 2015 menjadi 115/100.000 KH dan menurunkan AKB menjadi kurang dari 35/1000 KH pada tahun 2015 (Prawirohardjo, 2011; h. 26)

Pada tahun 2012 kementerian kesehatan meluncurkan program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) adalah suatu program kerjasama Kementerian Kesehatan RI dan *United States Agency For International Development* (USAID) selama lima tahun (2012-2016) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. 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. Program EMAS mendukung pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten, dalam berjejaring dengan organisasi masyarakat sipil, fasilitas kesehatan publik dan swasta, asosiasi rumah sakit, organisasi profesi dan sektor swasta dan lain-lainnya (Kemenkes RI Tahun 2015; h.105).

EMAS bertujuan untuk meningkatkan kualitas PONEID yang merupakan pelayanan untuk menanggulangi kasus-kasus kegawatdaruratan obstetrik

neonatal dan PONEK untuk pelayanan obstetri neonatal esensial/emergensi komperhensif di rumah sakit. Tujuan utamanya adalah mampu menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir melalui program rujukan berencana dalam satu wilayah kabupaten atau provinsi. Meningkatkan efektifitas dan efisien system rujukan anatar puskesmas atau balai kesehatan masyarakat dan rumah sakit dapat juga meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjamin akuntabilitas dan kualitas tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan dan pemerintahan daerah, meningkatkan akses masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Kemenkes RI Tahun 2015; h.105).

Upaya Jateng dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program ini memiliki tujuan yaitu meningkatkan peran aktif keluarga dalam menghadapi persalinan dan komplikasinya. Selain itu juga meluncurkan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke Puskesmas di Kabupaten/ Kota yang difokuskan pada kegiatan preventif dan promotif dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015; h.16).

Dalam upaya penurunan AKI dan AKB di Jawa Tengah, Dinas pemerintah Jawa Tengah sedang mengusung program 5NG yaitu “Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng” selamatkan Ibu dan Anak, dimana program ini memiliki 4 fase yaitu fase Pra hamil, fase hamil, fase bersalin, dan fase nifas. Untuk melaksanakan program ini agar lebih tepat, efektif, dan efisien, tidak hanya tenaga kesehatan saja yang berperan tetapi juga

melibatkan lintas sektor yang berperan serta dalam pemberdayaan, edukasi kepada masyarakat dan pelayanan publik lainnya secara cepat. Selain itu juga ada program OSOC (*One Student One Client*) dimana pada program ini mahasiswa diberikan akses ke database 5NG dan penugasan untuk mengawal, memonitoring ibu hamil, namun tidak dalam kapasitas memberikan pelayanan medis kesehatan (Dinkes Jateng, 2017 ; h.21).

Dinas Provinsi Jawa Tengah juga bekerjasama dengan institusi – institusi kesehatan khususnya D3 Kebidanan melalui program *One Student One Client* (OSOC) dengan metode *Continuity Of Care* (COC). Menurut standar pendidikan bidan dari *International Confederal Of Midwifery* (ICM), COC adalah asuhan yang berkelanjutan dan bersinambungan sepanjang siklus kehidupan yang dialami oleh perempuan. Melalui COC, bidan mampu memberikan kontribusi untuk meningkatkan kualitas keamanan dan asuhan pada ibu dari hamil, persalinan, nifas, BBL, dan KB. COC memiliki tiga manfaat yaitu merencanakan, memberikan informasi, dan menciptakan hubungan baik antara bidan dengan pasien (Sandall, 2013; h. 1).

Puskesmas Pegandon merupakan salah satu puskesmas yang mendukung adanya model pembelajaran COC (*Continuity Of Care*). Selain itu, Puskesmas Pegandon merupakan salah satu puskesmas yang ikut berkontribusi dalam mengurangi jumlah angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Kendal yaitu dengan memberikan asuhan kebidanan sesuai standar pada pasien hamil, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Puskesmas Pegandon juga merupakan fasilitas kesehatan yang mengutamakan upaya

promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Berdasarkan data PWS-KIA Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal pada bulan Januari sampai November 2017 didapatkan jumlah kunjungan ibu hamil (ANC) 581 orang, adapun jumlah ibu bersalin di Puskesmas Pegandon yaitu 547 orang, jumlah ibu nifas 547 orang dan jumlah bayi baru lahir 547 orang. Jadi untuk angka kematian ibu dan bayi di Puskesmas Pegandon yaitu 0 (Data Puskesmas Pegandon; 2016; 1-3).

Pada tahun 2016 sampai 2017, tidak ada kasus kematian ibu, pelayanan ANC dilakukan di Puskesmas dan di Praktik Bidan Mandiri (PBM). Pelayanan ANC terpadu di Puskesmas Pegandon sudah berjalan dimana ibu hamil diwajibkan untuk memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali di Puskesmas yaitu trimester I satu kali, trimester II satu kali, trimester III 2 kali yang bertujuan untuk memantau atau mendeteksi adanya penyulit pada masa hamil, serta pertolongan persalinan sudah diwajibkan di fasilitas kesehatan seperti Puskesmas yang dilakukan di PONED yang ditolong oleh bidan jaga. Pengawasan dilakukan setelah 6-8 jam postpartum dan pasien diperbolehkan pulang yang kemudian dilanjutkan dengan kunjungan nifas dan bayi baru lahir ke rumah pasien yang dilakukan oleh bidan desa.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity of care*) mulai dari masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, neonatus serta KB postpartum serta melakukan pendokumentasian kebidanan yang telah dilakukan pada ibu

hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB di UPTD Puskesmas Pegandon Kecamatan Pegandon Kabupaten Kendal.

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 Pegandon Kabupaten Kendal dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. S pada masa kehamilan trimester III di UPTD Puskesmas Pegandon Kecamatan Pegandon Kabupaten Kendal.
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. S pada masa persalinan di UPTD Puskesmas Pegandon Kecamatan Pegandon Kabupaten Kendal.
- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. S pada masa Nifas dan KB di UPTD Puskesmas Pegandon Kecamatan Pegandon Kabupaten Kendal.
- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Bayi Baru Lahir (BBL) Ny. S di UPTD Puskesmas Pegandon Kecamatan Pegandon Kabupaten Kendal.

C. Manfaat studi kasus

1. Bagi penulis

Meningkatkan kemampuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

2. Bagi Prodi D3 Kebidanan Unissula

Digunakan sebagai bahan referensi dalam pembelajaran mengenai asuhan kebidanan berkelanjutan dan berkesinambungan ataupun pelaksanaan pembuatan asuhan kebidanan berkelanjutan dan berkesinambungan di Fakultas Kedokteran UNISSULA Prodi D3 Kebidanan.

3. Bagi Puskesmas Pegandon

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam meningkatkan kebijakan dan mutu pelayanan yang lebih komprehensif dalam memberikan asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar operasional prosedur.

4. Bagi klien

Klien mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

D. Sistematika Penulisan

1. Bab 1 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 KB serta 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 Metodologi

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.

