

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Derajat kesehatan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih merupakan masalah terbesar di Indonesia, karena masalah tersebut merupakan salah satu indikator kesejahteraan suatu bangsa, dapat dilihat dari angka mortalitas dan morbilitas ibu dan bayi. Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi merupakan salah satu pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan salah satu target pencapaian dari SDGs (*Sustainable Development Goals*).

Menurut profil kesehatan Indonesia tahun 2017, bahwa pada tahun 1991 hingga 2012 Angka Kematian Ibu di Indonesia mengalami penurunan dari 390 sampai 359 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2015 angka kematian ibu yaitu sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup.

Kasus Angka Kematian ibu di Jawa Tengah pada tahun 2012 hingga 2015 menurun dari 116,34 hingga 111,16 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2016 AKI di Jawa Tengah juga mengalami penurunan yaitu 109,65 per 100.000 kelahiran hidup. Kasus AKI tertinggi di Provinsi Jawa Tengah adalah Brebes sebesar 52 kasus, Kota Semarang 35 kasus, dan Tegal 33 kasus. Sedangkan kasus kematian ibu terendah adalah kabupaten Temanggung yaitu 3 kasus, Kota Magelang 3 kasus, dan Kota Surakarta 5 kasus (Profil Kesehatan Jateng, 2016; hl 14-15).

Masalah tingginya AKI disebabkan dari penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung AKI yaitu 1) hipertensi dalam kehamilan sebesar 27,08% (dikarenakan tekanan darah melebihi batas normal), 2) perdarahan sebesar 21,26% (perdarahan bisa terjadi ketika bersalin atau masa nifas), 3) gangguan sistem peredaran darah sebesar 13,29%, 4) infeksi sebesar 4,82% (infeksi bisa terjadi saat air ketuban pecah sebelum waktunya dalam beberapa waktu yang lama), itu bisa terjadi ketika belum ada tanda-tanda bersalin, 5) gangguan metabolisme sebesar 0,33%, 6) lain-lain sebesar 33,22% (Profil Kesehatan Jateng, 2016; hl: 16).

Penyebab tidak langsung AKI yaitu, 4T (terlalu), terlalu tua yaitu ≥ 35 tahun sebesar 29,07%, dan juga usia yang terlalu muda yaitu ≤ 20 tahun, terlalu dekat jarak kelahiran ≤ 2 tahun sebesar 3,82%, terlalu banyak anak ≥ 4 , penyakit penyerta misal TBC, Malaria, dan penyakit jantung (Profil Kesehatan Jateng, 2016; hl: 14-16).

Menurut Profil Kesehatan Kabupaten Kendal tahun 2015, Angka Kematian Ibu masih tinggi dari tahun 2010 hingga 2015 sekitar 148,81 per 100.000 kelahiran hidup, AKI terbanyak saat masa nifas sebesar 57% dikarenakan perdarahan postpartum (Profil Kesehatan Kendal, 2015).

Berdasarkan data Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal pada tahun 2018, terdapat 1 kasus kematian ibu yang disebabkan karena solusio plasenta yaitu pada bulan Februari 2018.

Menurut profil kesehatan Indonesia tahun 2017 (hl: 127), Angka Kematian Bayi di Indonesia pada tahun 1991 hingga 2007 mengalami

penurunan dari 68 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 hingga 2017 Angka Kematian Bayi juga mengalami penurunan, dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Tengah dari tahun 2012 hingga 2015 mengalami penurunan dari 10,75 menjadi 10 per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2016 juga mengalami penurunan menjadi 9,99 per 1.000 kelahiran hidup. Kasus AKB terendah di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016, adalah Kota Surakarta yaitu 3,36 per 1.000 kelahiran hidup, Jepara 5,46 per 1.000 kelahiran hidup, dan Demak 5,86 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB tertinggi di Provinsi Jawa Tengah adalah Grobogan yaitu 17,08 per 1.000 kelahiran hidup, Rembang 15,93 per 1.000 kelahiran hidup, dan Batang 15,39 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Jateng, 2016; hal:12). Masalah Angka Kematian Bayi (AKB) yang tinggi salah satunya yaitu karena BBLR ≤ 2500 , dan Asfiksia.

Sedangkan kasus AKB di Kabupaten Kendal pada tahun 2010 hingga 2015 mengalami penurunan, namun di tahun 2011 AKB mengalami kenaikan sebesar 14,21 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kendal, 2015). Berdasarkan data di Puskesmas Cepiring, kasus AKB sebanyak 9 kasus per 1.000 kelahiran hidup, dikarenakan kelainan kongenital, asfiksia, hipotermi, dan BBLR

Upaya pemerintah yang sudah dilakukan untuk mengurangi masalah yang timbul terjadinya AKI dan AKB yaitu meluncurkan program-program untuk menurunkan AKI dan AKB, salah satunya yaitu program dari

pemerintah berupa EMAS, Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu dan Neonatal diharapkan angka keberhasilannya sebesar 25%. Tujuan dari EMAS salah satunya untuk menurunkan AKI dan AKB yaitu, meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir, memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah sakit (Profil Kesehatan, 2017; hl: 106).

Salah satu upaya dari Kementerian Kesehatan yang mampu meningkatkan cakupan (persalinan oleh tenaga kesehatan), dalam menurunkan AKI dan AKB adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) angka keberhasilannya sebesar 88%. Melalui Program ini Bidan dapat menjadi fasilitator untuk masyarakat serta bertanggung jawab atas Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir dari awal kehamilan, bersalin, nifas dan KB, suami berserta keluarga, dapat berperan aktif untuk merencanakan persiapan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi komplikasi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas (Profil Kesehatan RI, 2017; hl: 115-117).

Upaya Pemerintah Provinsi Jawa Tengah untuk menyelamatkan ibu dan anak dengan mengadakan program “Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng” (5NG) yang diluncurkan pada tahun 2015 sampai sekarang. Program 5NG memiliki 4 fase yaitu fase pra hamil, fase kehamilan, fase persalinan, dan fase nifas (Dinkes Provinsi Jateng, 2017).

Program dari pemerintah Jawa Tengah salah satunya yaitu program *One Student One Client (OSOC)* program ini merupakan terobosan terbaru penurunan AKI dan AKB. Tujuan dari program *OSOC* adalah adanya pendampingan berkelanjutan terhadap seorang perempuan dari hamil, bersalin, hingga 40 hari nifas. Memastikan kepada klien mendapatkan asuhan yang sesuai standar, adanya deteksi dini dan komplikasi, program ini merupakan upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Dalam program *OSOC* ini pada asuhan kebidanan terdapat beberapa tahap dari mulai hamil, bersalin, dan nifas, *OSOC* ini melibatkan lintas sektoral yaitu mahasiswa untuk membantu mewujudkan program ini, diharapkan mahasiswa tersebut memberikan asuhan pada pasien, dimana asuhan tersebut berkelanjutan dari awal kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas, asuhan tersebut dinamakan *Continuity Of Care (COC)* (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Bidan mempunyai peranan penting dalam memberikan asuhan kepada perempuan (*women of care*) secara berkelanjutan atau *Continuity Of Care (COC)* dapat diartikan perawatan berkesinambungan atau asuhan komprehensif yang menyeluruh dan bertanggung jawab atas asuhan yang diberikan untuk perempuan. Bidan dikenal sebagai pemberi dukungan untuk ibu melahirkan. Bidan juga memegang peranan penting terhadap asuhan dan bertanggung jawab meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan yang diberikan dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2015; hl: 49).

Continuity Of Care (COC) dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan asuhan yang berkelanjutan dari mulai Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana, yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan kebutuhan pada keadaan pribadi setiap individu (Homer, et al., 2014).

Continuity Of Care (COC) mempunyai tiga jenis pelayanan yaitu management, informasi dan hubungan. Di negara Kanada, Bidan senantiasa memberikan dukungan kepada ibu, apabila ibu membutuhkan informasi dan konsultasi, Bidan juga memberikan hal-hal positif untuk persiapan persalinan ibu. Di Kanada Bidan yang bekerja di pelayanan primer sangat mempunyai waktu yang lebih sehingga Bidan dapat memberikan pelayanan kepada Ibu yang membutuhkan intervensi medis untuk indikasi resiko sedang. Oleh karena itu ibu yang bersalin dengan Dokter Kandungan lebih sedikit, hal ini dapat meningkatkan pelayanan *Continuity Of Care (COC)* selama persalinan oleh bidan (Jonge, Stuijt, Wasterman, 2014; hl: 74).

Puskesmas Cepiring mulai menjadi puskesmas mampu bersalin sejak tahun 2012, Puskesmas Cepiring memiliki pelayanan Antenatal Care terpadu (ANC Terpadu) dan memiliki fasilitas lengkap untuk pemeriksaan laboratorium (HIV) serta Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED), melayani persalinan sampai 24 jam. Melalui PONED bidan juga dapat memberikan asuhan sayang ibu pada persiapan persalinan. Puskesmas Cepiring juga sudah mempunyai pelayanan rawat inap. Menurut hasil wawancara dengan bidan koordinator, puskesmas Cepiring sudah menerapkan asuhan berkelanjutan *Continuity Of Care (COC)* sejak bulan

Maret tahun 2012, di tahun 2012 angka keberhasilannya mencapai sekitar 55%, dan di tahun 2013 hingga 2017 angka keberhasilannya mencapai 90% dari target cakupan 100%.

Gambaran asuhan berkelanjutan *Continuity Of Care (COC)* di Puskesmas Cepiring yaitu ibu menentukan Bidan desa setempat untuk memeriksakan kehamilannya, bidan tersebut dapat memberikan motivasi kepada ibu agar melakukan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) terpadu di Puskesmas. Kemudian Bidan juga dapat memberikan sebuah motivasi kepada ibu untuk mempersiapkan persalinan yang aman dan memberikan pilihan di Puskesmas atau di Rumah Sakit. Pada masa nifas bidan juga melakukan kunjungan nifas dan neonatal 3 kali ke rumah pasien untuk memastikan tidak ada masalah pada ibu, serta di akhir kunjungan bidan menganjurkan ibu untuk berpartisipasi dalam melakukan KB.

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan berkelanjutan *Continuity Of Care (COC)* pada Ny.T selama hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir di Puskesmas Cepiring dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dapat melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity Of Care*) di Puskesmas Cepiring, Kabupaten Kendal dengan alur pikir pendekatan 7 langkah Varney dan pendokumentasian menggunakan metode SOAP

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. T pada masa kehamilan Trimester III.
- b. Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. T pada masa persalinan.
- c. Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. T pada masa nifas dan KB.
- d. Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada By. Ny. T pada masa bayi baru lahir.

C. Manfaat

1. Bagi Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal

Sebagai motivasi untuk mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara komprehensif sesuai dengan SOP (Standar Oprasional Prosedur).

2. Bagi Prodi D3 Kebidanan FK Unissula

Studi kasus ini dapat dijadikan bahan masukan dalam peningkatan dan pengembangan kurikulum Program Studi D3 Kebidanan FK Unissula, khususnya dalam bidang Kebidanan dan pendokumentasian asuhan kebidanan.

3. Bagi Mahasiswa

Studi kasus ini dapat mengembangkan kemampuan berfikir dalam menentukan masalah dan mencari pemecahan masalah tersebut serta memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan bermutu sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

4. Bagi Pasien

Dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi pasien dan keluarga dalam perawatan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan Laporan Tugas Akhir ini sebagai berikut :

1. Bab I Pendahuluan

Dalam bab ini penulis menjelaskan secara singkat mengenai latar belakang, tujuan studi kasus, manfaat studi kasus dan sistematika penulisan

2. Bab II Tinjauan Teori

Dalam bab ini menjelaskan tentang tinjauan teori medis dan tinjauan teori asuhan kebidanan yang terdiri dari :

- a. Tinjauan teori tentang konsep dasar medis yang terdiri dari teori kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas.
- b. Tinjauan teori asuhan kebidanan yang menjelaskan tentang manajemen Varney, pendokumentasian dengan metode SOAP dan landasan hukum yang berkaitan dengan kewenangan bidan.

3. Bab III Metode Studi Kasus

Dalam bab ini menjelaskan tentang rancangan penulisan, ruang lingkup, metode perolehan data alur studi kasus dan etika penulisan.

4. Bab IV Hasil dan Pembahasan

Bab ini menguraikan tentang hasil studi kasus yang telah dilakukan dan pembahasan kasus antara kesesuaian dari kesenjangan dengan teori yang ada.

5. Bab V Penutup

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan studi kasus yang telah dilaksanakan dan saran.