

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dll di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2005; h.104). Lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Kematian di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi (Kemenkes RI, 2015; h.118).

AKI di Indonesia masih tinggi. Setiap tahun diperkirakan ada 5 juta ibu hamil di Indonesia, dari jumlah tersebut dua ibu meninggal dalam satu jamnya karena komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Jadi setiap tahun ada 15.000-17.000 ibu meninggal karena melahirkan. Kondisi seperti ini dikhawatirkan tidak akan dapat mencapai target ke-3 *Sustainable Development Goal's* (SDG's) yaitu pada tahun 2030, mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup (BKKBN, 2012).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan SDKI tahun 2007, yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami kelonjakan dan jauh dari target ke-3 SDG's, artinya diperlukan kerja keras dan sungguh-sungguh untuk menurunkan AKI (Kemenkes RI,

2015; h.104). Sementara itu AKI di Jawa Tengah pada tahun 2014 yaitu 126,55 per 100.000 kelahiran hidup dengan kasus 711, jumlah itu meningkat dibandingkan tahun 2013 118,62 per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah kasus 668 (Dinkes Jateng Prov, 2015; h.16) dan pada tingkat nasional capaian indikator penanganan komplikasi kebidanan sebesar 79,13%. Gambaran capaian antar provinsi menunjukkan Jawa Tengah memiliki presentase tertinggi yaitu 118,55 per 100.000 diikuti oleh Kalimantan Selatan dan Jawa Timur (Kemenkes RI, 2015; h.118).

AKI di Kota Semarang berada di urutan kedua setelah Kabupaten Brebes. Berdasarkan laporan Puskesmas di Kota Semarang jumlah kematian ibu pada tahun 2015 sebanyak 35 kasus dari 27.334 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 128,05 per 100.000 KH. AKI mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya, yaitu 107,95 per 100.000 KH pada tahun 2013, dan 122,25 per 100.000 KH pada tahun 2014 (Dinkes Jateng Prov, 2015; h.17). Berdasarkan data kasus AKI Kota Semarang pada tahun 2015, desa Bangetayu menyumbang 3 kasus dari sebanyak 35 kasus AKI dari 27.334 jumlah kelahiran hidup (Dinkes Kota Semarang, 2015; h.15).

Untuk menurunkan AKI di Indonesia Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 menetapkan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai salah satu indikator upaya kesehatan ibu, menggantikan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Meskipun persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan tetapi tidak dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan, dianggap menjadi salah satu penyebab masih tingginya AKI. Oleh karena itu, mulai tahun 2015 penekanan persalinan yang aman adalah

persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan karena pada tahun 2014 persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia sebesar 88,68% namun terdapat penurunan pada tahun 2015 sebesar 88,55% (Kemenkes RI, 2015; h.112). Maka dari itu pemerintah menetapkan persalinan di Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal Dasar di tingkat Puskesmas (PONED) dan Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015; h. 119).

Sementara itu Pemerintah Jawa Tengah menerapkan program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG) sebagai usaha untuk menurunkan AKI. Program tersebut terdiri dari 4 fase, fase pertama yaitu sebelum hamil terdapat 2 terminologi yaitu *stop* dan *tunda*. *Stop* jika sudah memiliki anak, usia >35 tahun dan kondisi kesehatan tidak memungkinkan/ berbahaya dan *tunda* jika usia <20 tahun serta kondisi kesehatan belum optimal. Fase kedua yaitu hamil berisi dideteksi, didata, dilaporkan secara sistem melalui teknologi informasi dengan dibedakan antara ibu yang resti maupun yang non resti. Fase ketiga yaitu persalinan, ibu hamil yang akan melahirkan normal bersalin di fasilitas kesehatan dasar standar dan ibu hamil yang berisiko didampingi dan dirujuk ke Rumah Sakit dengan sistem SIJARI EMAS, untuk 12 kabupaten/kota yang sudah dilatih dan difasilitasi *EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival)*, sedangkan kabupaten lainnya dapat menggunakan *Public Service Center (PSC)* atau Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) untuk monitoring proses rujukan. Dan keempat adalah fase nifas, ibu nifas diberi asuhan paskapersalinan oleh dokter, perawat maupun bidan dan dipantau oleh PKK, Dasa Wisma, dan masyarakat (Dinkes Prov Jateng, 2017).

Sementara itu peran Bidan diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali masa kehamilan dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan minimal 2 kali pada trimester ketiga. standar waktu pelayanan dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kebidanan. Pelayanan antenatal dilakukan secara rutin, terpadu dan sesuai standar antenatal yang berkualitas (Dinkes Prov Jateng, 2015; h.55).

Standar pendidikan bidan dari *International Confederation of Midwifery* (ICM), menyatakan bahwa filosofi pendidikan bidan harus konsisten dengan filosofi asuhan kebidanan. Filosofi asuhan kebidanan adalah meyakini bahwa proses reproduksi perempuan merupakan proses alamiah dan normal yang dialami oleh setiap perempuan (ICM, 2011; h.8). Berdasarkan filosofi tersebut, maka untuk menjamin proses alamiah reproduksi peserta didik harus memiliki pengalaman praktis kebidanan yang cukup dalam berbagai lahan praktik untuk mencapai kompetensi inti bidan melalui model asuhan yang berkelanjutan/*Continuity Of Care* (CoC) sejak hamil, bersalin hingga nifas dan menyusui (ICM, 2011; h.8-9). Melalui pengalaman CoC selama mengikuti perempuan sejak hamil bersalin hingga masa nifas, membuat pembelajaran menjadi lebih bermakna karena lebih mengutamakan kualitas dibanding kuantitas. Melalui CoC meningkatkan kepercayaan perempuan terhadap bidan, menjamin dukungan terhadap perempuan secara konsisten sejak kehamilan, persalinan dan nifas. Bagi siswa bidan model CoC bisa mengembangkan ketrampilan bekerja secara kemitraan dan lebih percaya diri. Program OSOC sendiri bertujuan menurunkan angka kematian ibu dan bayi, program OSOC juga merupakan konsep pembelajaran bagi mahasiswa untuk lebih mengetahui kondisi riil di lapangan (Dinkes Jateng Prov, 2017).

Sementara itu pelibatan profesi kesehatan dalam kontribusi penurunan AKI dan AKB telah dilakukan. Dalam perkembangan pola pikir sekarang bahwa adanya keterlibatan institusi pendidikan dengan mengintegrasikan dalam program pendidikan, di samping upaya pemberdayaan masyarakat yang selama ini sudah dilaksanakan namun belum bersinergi dengan pendidikan dianggap perlu. Uraian tersebut didukung dengan adanya kebijakan bidang kesehatan di Provinsi Jawa Tengah melalui program *One Student One Client (OSOC)*. Di mana kegiatan tersebut bahwa setiap mahasiswa menjadi pendamping satu klien, di mana klien adalah ibu hamil yang akan diikuti pada masa kehamilannya, bersalin, dan masa nifas. Proses ini memungkinkan mahasiswa sebagai pendamping memberikan pelayanan promotif dan preventif secara menyeluruh (*holistic care*) dan mahasiswa kesehatan dapat juga memotivasi klien melalui hubungan berkelanjutan (*ongoing partnership*) dalam peningkatan pemahaman, dukungan, kepercayaan, dan deteksi dini kesehatan ibu sehingga diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam penurunan AKI dan AKB (Dinkes Prov Jateng, 2015).

Maka dari itu, penulis tertarik untuk membuat Laporan Tugas Akhir (LTA) dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny.I di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang”.

B. Rumusan Masalah

Merujuk pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah: “Bagaimanakah Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. I umur 37 tahun mulai dari masa kehamilan, masa persalinan, bayi baru lahir, dan masa nifas di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Kota Semarang?”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.I meliputi kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dengan menggunakan manajemen alur pikir 7 langkah Varney dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. I pada masa kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. I pada masa persalinan di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.
- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. I pada masa BBL di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.
- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. I pada masa nifas di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak diantaranya adalah:

1. Bagi penulis

Dapat mempraktikkan teori yang didapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas.

2. Bagi klien

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

3. Puskesmas Bangetayu

Asuhan kebidanan ini diharapkan dapat dijadikan masukan bagi Puskesmas, sehingga dapat dijadikan dasar pengambilan tindakan dalam perencanaan dan pelaksanaan asuhan kebidanan secara teratur sehingga kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi dapat termonitor dengan baik dan pemantauan terhadap komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi dapat terdeteksi secara dini.

4. Institusi pendidikan

Studi kasus ini diharapkan mampu menjadikan acuan dan berguna untuk memberikan informasi, pengetahuan dan ilmu baru bagi kemajuan di bidang kesehatan sebagai bahan referensi guna pengembangan ilmu pengetahuan.

5. Instansi pemerintah

Sebagai bahan informasi bagi pelaksana program kesehatan dalam perencanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan kehamilan normal dan sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatkan mutu pelayanan Antenatal care (ANC) dan memberikan masukan tambahan kebijakan Pemerintah.

E. Sistematika Penulisan

1. Bagian awal

Bagian awal terdiri dari halaman sampul, halaman judul, halaman persetujuan bimbingan, halaman pengesahan, daftar riwayat hidup, halaman persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar lampiran dan abstrak.

2. Bagian isi

a. BAB I : PENDAHULUAN

Berisi latar belakang penulisan, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, dan sistematika penulisan dilakukannya asuhan komprehensif di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

b. BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang tinjauan teori meliputi kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, manajemen asuhan kebidanan dan pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode SOAP, serta landasan hukum asuhan kebidanan.

c. BAB III : METODOLOGI STUDI KASUS

Bab ini menguraikan tentang rancangan studi kasus, ruang lingkup, metode perolehan data, alur studi kasus, dan etika penulisan.

d. BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pelaksanaan Asuhan Kebidanan komprehensif sesuai Standar Asuhan Kebidanan dari kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir serta menilai dan mengidentifikasi kesenjangan dan melakukan pembahasan berdasarkan teori terkait.

e. BAB V : PENUTUP

Bab ini menguraikan kesimpulan dari asuhan yang diberikan saat kehamilan, persalinan, masa nifas, dan BBL, serta memberikan saran aplikatif berdasarkan kesenjangan yang ada.

3. Bagian akhir

Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.