

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila di hitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2010; h. 213).

Masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan ibu hamil yakni salah satunya dari sisi akses. Selain itu kualitas pelayanan yang diberikan juga harus di tingkatkan, di antaranya pemenuhan semua komponen pelayanan kesehatan ibu hamil harus diberikan saat kunjungan. Setiap kehamilan dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit dan komplikasi oleh karena itu pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin (Kemenkes RI, 2015; h. 107).

Cakupan pelayanan antenatal dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil K1 untuk melihat akses dan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar, yaitu paling sedikit empat kali (K4) dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga. Cakupan kunjungan K1 di Semarang adalah yang tertinggi yaitu 103,85%, dan cakupan kunjungan ibu hamil K4 95%, dan angka tersebut sudah mencapai SPM (Standar Pelayanan Minimal) (Dinkes Kota Semarang, 2015; h. 15).

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, AKI (Angka Kematian Ibu) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2012 AKI mengalami kenaikan sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 berdasarkan hasil SUPAS (Survey Penduduk Antar Sensus) AKI menunjukkan penurunan menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015; h. 104).

Berdasarkan laporan AKI di Jawa Tengah pada tahun 2014 yaitu 12.655 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 AKI di Jateng mengalami penurunan menjadi 11.116 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB (Angka Kematian Bayi) pada tahun 2015 sebesar 10 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Jateng, 2015; h. 16).

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 12.225 per 100.000 KH pada tahun 2014 (Dinkes Provinsi Jateng, 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. Sedangkan, jumlah kematian bayi pada di Kota Semarang terjadi penurunan, yaitu 253 kasus kematian bayi pada tahun 2014 menjadi 229 kasus kematian bayi pada tahun 2015. (Dinkes Kota Semarang, 2015; h. 15).

Penyebab AKI yang terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat

waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambat mencapai fasilitas kesehatan, serta terlambat mendapatkan pelayanan difasilitas kesehatan. Selain itu penyebab kematian ibu juga tidak terlepas dari kondisi ibu itu sendiri dan merupakan salah satu dari kriteria 4 “terlalu”, yaitu terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), terlalu muda pada saat melahirkan (<20 tahun), terlalu banyak anak (>4 anak), terlalu rapat jarak kelahiran/paritas (<2 tahun) (Dinkes Provinsi Jateng, 2015; h. 33).

Berdasarkan laporan Puskesmas Bangetayu pada tahun 2015 jumlah AKI terdapat 3 kasus, penyebab kematian tersebut di karenakan anemia, pre eklamsi dan perdarahan postpartum, pada tahun 2016 terdapat 1 kasus penyebab kematian di karenakan Ca Mamae. Dan terdapat 8 kasus kematian bayi, dimana 3 kasus disebabkan karena IUFD, 2 kasus asfiksia, 2 kasus prematur, dan 1 kasus aspirasi mekonium. Jumlah ibu hamil resiko tinggi pada bulan Januari-Desember tahun 2016 terdapat 686 ibu hamil, diantaranya: 1) ibu hamil umur >35 tahun 284 orang, 2) ibu hamil dengan preeklamsia 15 ibu hamil, 3) ibu hamil dengan risiko lain-lain 88 orang(Puskesmas Bangetayu, 2016). Dari kehamilanrisiko dapat diprediksi akan mengalami komplikasi. Komplikasi yang tidak tertangani dapat menyebabkan kematian(Kemenkes RI, 2015; h. 105).

Cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan dengan pelaynan persalinan yang aman yang dilakukan adalah tenaga kesehatan yang kompeten seperti dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan, sehingga meminimalisir terjadinya komplikasi pada ibu. Cakupan pelayanan nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan adalah tenaga kesehatan guna mendeteksi secara dini

terjadinya infeksi maupun komplikasi (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2015; h. 59-60). Cakupan kunjungan neonatus dipantau dari cakupan kunjungan neonatus I (KN I), kunjungan neonatus 2 (KN II) dan kunjungan neonatus 3 (KN III) (Dinkes Kota Semarang, 2014; h. 64).

Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival)* dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini di laksanakan di Provinsi dan Kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Sulawesi Selatan. Dasar penilaian Provinsi tersebut di sebabkan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal di enam Provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam Provinsi tersebut di harapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan (Kemenkes RI, 2015; h. 105).

Program EMAS berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara: 1) meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Komprehensif) dan 300 puskesmas PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar) dan 2) memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan rumah sakit (Kemenkes RI, 2015; h. 105).

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

dan usia ibu >35 tahun dan kondisi kesehatan tidak memungkir/ 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 di bedakan 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 beresiko didampingi dan di rujuk ke Rumah Sakit dengan sistem SIJARI EMAS. Dan keempat adalah fase nifas ibu nifas diberi asuhan pascapersalinan oleh dokter, perawat maupun bidan dan dipantau oleh PKK, Dasa Wisma, dan masyarakat (Dinkes Provinsi Jateng, 2017).

Upaya lain yang telah dilaksanakan adalah terbentuknya Pokja KIA, perda Keselamatan Ibu dan Anak, kerja sama dengan perguruan tinggi dalam pendampingan ibu hamil resiko tinggi dengan menerapkan Asuhan Kebidanan Komprehensif. Awal tahun 2015 Dinas Kesehatan Kota Semarang juga sudah merekrut tenaga kesehatan selama setahun untuk pendataan dan pendampingan ibu hamil, yaitu Gasurkes (Petugas Surveilans Kesehatan). Selain itu juga telah dilakukan kegiatan pendampingan ibu hamil sampai nifas oleh kader kesehatan (Dinkes Kota Semarang, 2015; h.16).

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/CoC (Continuity Of Care) sejak hamil, bersalin hingga nifas dan menyusui (ICM, 2011; h. 8-9).

Adanya kebijakan bidang kesehatan di Provinsi Jawa Tengah melalui program OSOC (*One Student One Client*). Dimana kegiatan tersebut bahwa setiap mahasiswa menjadi pendamping satu klien, dimana klien adalah ibu hamil yang akan di ikuti 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 Jateng Provinsi, 2015).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu, maka penulis tertarik melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny S G₄P₁A₂ di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny S G₄P₁A₂ dari hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny S G₄P₁A₂ pada masa kehamilan TM III .
- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny S G₄P₁A₂ pada masa persalinan.
- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny S G₄P₁A₂ pada masa BBL.
- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny S G₄P₁A₂ pada masa nifas.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Prodi D III Kebidanan

Sebagai tolak ukur penilaian dan bacaan di perpustakaan prodi DIII Kebidanan sehingga dapat meningkatkan mutu proses pengajaran dalam menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan.

2. Bagi Puskesmas Bangetayu

Dapat memberikan masukan dengan adanya program asuhan berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan dan menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) dalam memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan di Puskesmas Bangetayu.

3. Bagi Pasien

Untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan untuk melakukan deteksi dini pada komplikasi atau penyulit, sehingga segera mendapatkan pencegahan dan penanganan secara tepat.

4. Bagi Penulis

Untuk menambah pengatahuanan dapat menerapkan teori-teori tentang asuhan kebidanan berkelanjutan yang di dapat dalam perkuliahan.

E. Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran tentang LTA (Laporan Tugas Akhir) ini, maka perlu penyusunan yang baik pula, sistem penulisan yang dipakai adalah sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

Berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORI

Berisi tentang konsep dasar kehamilan, persalinan, BBL, nifas, KB, manajemen kebidanan dan landasan hukum yang mendasari praktik kebidanan.

BAB III METODE STUDI KASUS

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

BAB IV HASILDAN PEMBAHASAN

Berisi tentang hasil dan pembahasan kasus yang menuangkan kemampuan penulis dalam mengupas, mengamati dan memberi solusi dengan alasan-alasan ilmiah yang dapat di pertanggungjawabkan.

BAB V PENUTUP

Berisi kesimpulan di rumuskan untuk menjawab tujuan dan merupakan inti dari pembahasan, serta saran di rumuskan sebagai alternatif pemecahan masalah yang realistis.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN