

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian (Kemenkes, 2013; h. 169).

Risiko yang dihadapi ibu selama kehamilan sampai persalinan jika tidak ditangani akan meningkatkan AKI, AKI merupakan jumlah kematian ibu yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain (seperti kecelakaan, insidentil) di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015; h. 104).

Angka Kematian Ibu di Indonesia mengalami tren naik turun, pada 2007 terjadi penurunan menjadi 228 dari 307 pada tahun 2002, namun pada tahun 2012 mengalami peningkatan AKI yang signifikan yaitu 359 angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Kemenkes, 2015; h.104).

Di Jawa Tengah pada tahun 2015 jumlah kasus komplikasi yang ditangani sebesar 3.495 kasus atau 58,1% dari total 6.018 komplikasi kebidanan. Adapun jumlah total ibu hamil adalah 29.490 orang Kabupaten/kota dengan kasus kematian tertinggi adalah Brebes yaitu 52 kasus, diikuti Kota Semarang 35 kasus, Tegal 33 kasus. Sebesar 60,90 % kematian maternal terjadi pada waktu nifas, waktu hamil 26,33 %, persalinan

12,76 %. Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia 20-34 tahun sebesar 68,50 %, usia >35 tahun sebesar 26,17 % dan usia <20 tahun sebesar 5,33 % (Dinkes Jateng, 2015; h. 18).

Jumlah kematian ibu di Kota Semarang tahun 2015 sebanyak 35 kasus dari 27.334 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 128,05 per 100.000 kelahiran hidup, dengan jumlah kematian ibu berdasarkan usia, usia < 20 tahun 14 kasus, usia 20-34 tahun 17 kasus, >35 tahun 4 kasus (Dinkes Kota Semarang, 2015; h. 1).

Berdasarkan data yang diperoleh di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang pada tahun 2015 terdapat 814 ibu hamil, dengan 3 kasus kematian ibu yang disebabkan karena Anemia Berat, Preeklampsia, dan Perdarahan postpartum dengan jumlah kematian menurut usia 20-30 tahun 1 kasus, usia <20 tahun 1 kasus, usia 20-34 tahun 1 kasus dengan kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas. Pada tahun 2016 terdapat 2696 ibu hamil, diantaranya: 1) ibu hamil > 35 tahun 284 orang, 2) Preklampsia 15 ibu hamil, 3) ibu hamil dengan risiko lain-lain 88 orang. Dari banyaknya ibu hamil risiko tinggi di Bangetayu, pendampingan ibu hamil dengan risiko tinggi harus dilakukan secara komprehensif.

Secara umum penyebab kematian ibu terbagi menjadi 2 yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia sejak dahulu tidak banyak berubah, yaitu perdarahan (28 %), eklampsia (13 %), sepsis (10 %), partus lama/macet, dan komplikasi abortus (11 %) (Prawirohardjo, 2010). Penyebab tidak langsung kematian ibu diantaranya karena “3 terlambat” (terlambat mengenal tanda bahaya dan

mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan), 4 terlalu (terlalu muda punya anak < 20 tahun, terlalu banyak melahirkan > 3 anak, terlalu rapat jarak melahirkan < 2 tahun, terlalu tua > 35 tahun), Kurang Energi Kronis, anemia, serta kondisi sosial ekonomi/kemiskinan, pendidikan, dan lain-lain (Dinkes Jawa tengah, 2015; h. 16).

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sejak tahun 1990 telah meluncurkan *safe motherhood initiative*, sebuah program yang memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya. Upaya tersebut dilanjutkan dengan program Gerakan Sayang Ibu, salah satu program utama yang ditunjukkan untuk mengatasi masalah kematian ibu yaitu penempatan bidan di tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir ke masyarakat. Upaya lain yang juga telah dilakukan yaitu strategi *Making Pregnancy Safer* yang dicanangkan pada tahun 2000 (Kemenkes, 2015; h. 104).

Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS)* 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. Dasar pemilihan provinsi tersebut disebabkan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan

dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan (Kemenkes, 2015; h. 105).

Program EMAS meliputi 1) meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONEK); dan 2) memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2015; h. 105).

Terobosan lain adalah program P4K, salah satunya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program tersebut menitikberatkan kepedulian dan peran keluarga dan masyarakat dalam melakukan upaya deteksi dini, menghindari risiko kehamilan pada ibu hamil, serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdarutan. (Kemenkes, 2015; h. 105).

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).

Angka kematian di Kota Semarang yang cenderung meningkat dan perlu mendapat perhatian khusus. Sehubungan dengan hal tersebut, Pemerintah Kota Semarang berupaya dengan adanya pembentukan puskesmas PONEK, RS PONEK. Selain itu juga dilakukan jejaring rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat dasar ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dengan SIJARIEMAS. Upaya lain yang telah dilakukan adalah terbentuknya kerja sama/MOU antara RS PONEK dengan Dinas Kesehatan dalam wadah IC PONEK, dimana RS PONEK selain sebagai tempat rujukan juga melakukan pe, binaan ke Puskesmas PONEK. Rumah Sakit PONEK dibina oleh RSUP dr. Kariadi (Dinkes Kota Semarang, 2015; h. 16).

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

Program *One Student One Client* (OSOC) sebagai upaya menurunkan AKI merupakan program yang diluncurkan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dalam upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) yang cukup tinggi. Program OSOC ini merupakan kegiatan pendampingan ibu mulai

dinyatakan hamil sampai masa nifas selesai bahkan bila memungkinkan pada pendampingan kesehatan bagi keluarga. Model pelayanan maternitas *One Student One Client* berupa kolaborasi antar profesi kesehatan (Mahasiswa kedokteran, Mahasiswa Kebidanan, Mahasiswa Keperawatan) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Dari penelitian yang dilakukan oleh Sandall J, *et.al.* (2013) dalam jurnal *Midwife-led continuity models versus other models of care childbearing women (Review)* mengemukakan bahwa asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*Continuity of care*) merupakan model asuhan yang bertujuan untuk memastikan wanita menerima semua asuhan dari bidan, dimana bidan memberikan asuhan dimulai dari kehamilan, persalinan, dan nifas (berkesinambungan). Model CoC diinisiasi oleh Australia dengan istilah *Follow Through Experience/FTE* dan UK dengan istilah target kasus bagi siswa (*student caseloading*).

Bidan memegang peranan penting dalam upaya pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Bidan sebagai tenaga kesehatan memiliki kewenangan memberikan pelayanan kesehatan ibu meliputi pelayanan konseling pada masa pra hamil, pelayanan antenatal pada kehamilan normal, pelayanan persalinan normal, pelayanan ibu nifas, pelayanan ibu menyusui, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana (Permenkes Nomor 1464 tahun 2010). Dengan mengedepankan upaya promotif dan preventif agar adanya masalah/penyakit dapat dideteksi dan ditangani secara dini (Kemenkes RI, 2010; h.16).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny. S umur 38 tahun mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang Tahun 2016 sehingga penulis mengambil kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny. S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka perumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny. S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang?”.

## **C. Tujuan Studi Kasus**

### **1. Tujuan umum**

Mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny. S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney dan pendokumentasian SOAP.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu melakukan asuhan berkelanjutan ibu hamil pada Ny. S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.
- b. Mampu melakukan asuhan berkelanjutan ibu bersalin pada Ny. S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.
- c. Mampu melakukan asuhan berkelanjutan bayi baru lahir Ny. S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

- d. Mampu melakukan asuhan berkelanjutan ibu nifas pada Ny. S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

1. Penulis

Untuk menambah wawasan dan kemampuan dalam menerapkan teori-teori tentang asuhan kebidanan komprehensif yang di dapat saat perkuliahan.

2. Prodi D3 Kebidanan FK Unissula

Untuk dijadikan sebagai sumber bacaan di perpustakaan.

3. Puskesmas Bangetayu Kota Semarang

Untuk bahan masukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan serta upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

4. Pasien

Untuk menambah pengetahuan pasien dan keluarga pada masa kehamilan, persalinan, BBL, dan nifas.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Untuk memberikan gambaran secara singkat tentang penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, secara sistematis dapat diuraikan sebagai berikut:

1. BAB I PENDAHULUAN

Menguraikan latar belakang, tujuan studi kasus, manfaat studi kasus, dan sistematika penulisan.

2. BAB II TINJAUAN TEORI

Menguraikan konsep dasar medis, manajemen kebidanan, dan landasan hukum yang mendasari praktik kebidanan.

3. BAB III METODOLOGI

Menguraikan rancangan studi kasus, ruang lingkup, metode perolehan data, alur studi kasus, etika penulisan.

4. BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Menguraikan hasil studi kasus dan pembahasan terhadap hasil.

5. BAB V PENUTUP

Menguraikan tentang kesimpulan dan saran dari studi kasus yang telah dilakukan.