

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami istri dan anak, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Dalam komponen keluarga ibu dan anak merupakan kelompok yang sangat rentan. Karena dalam siklus kehidupan setiap wanita mengalami suatu kejadian yaitu kehamilan, persalinan, nifas, dan memiliki anak atau bayi baru lahir. Untuk itu kesejahteraan seorang ibu perlu ditingkatkan, mengingat kesejahteraan ibu sangat berpengaruh terhadap indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Dan indikator tersebut merupakan ukuran yang sangat penting dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan status kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2015;h.103).

AKI di Indonesia mengalami tren naik turun. Pada tahun 2012 berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), terjadi peningkatan AKI (berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas) yang sangat signifikan yaitu sebesar 359 per kelahiran hidup setelah sebelumnya pada tahun 2007 AKI di Indonesia sebesar 228 per kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2015 AKI kembali mengalami penurunan yaitu menjadi 305 kematian ibu per kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 (Depkes RI, 2015;h.104).

Berdasarkan laporan Puskesmas jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2015 sebanyak 35 kasus dari 27.334 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 128,05 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu (AKI) mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya, yaitu 107,95 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013, dan 122,25 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014. Jika dilihat dari jumlah kematian ibu, juga terdapat peningkatan yaitu 33 kasus pada tahun 2014 menjadi 35 kasus di tahun 2015 (Dinkes Kota Semarang, 2015;h.14).

Berdasarkan hasil laporan kegiatan sasaran pelayanan kesehatan, pada tahun 2015 jumlah kematian bayi yang terjadi di Kota Semarang sebanyak 229 dari 27.344 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 8,38 per 1.000 KH. Jumlah kematian bayi di Kota Semarang terjadi penurunan sejak tahun 2011 sampai 2015 yaitu berturut-turut 314 kasus kematian bayi pada tahun 2011, 293 kasus kematian bayi pada tahun 2012, 251 kasus kematian bayi pada tahun 2013, 253 kasus kematian bayi pada tahun 2014 dan 229 kasus kematian bayi pada tahun 2015. Jika dibandingkan dengan target MDGs yang menetapkan bahwa pada tahun 2015 target AKB di bawah 23 per 1.000 KH, maka AKB Kota Semarang telah mencapai target (Dinkes Kota Semarang, 2015;h.125).

Kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung yaitu eklampsia (34%), penyebab lainnya adalah karena perdarahan (28%), disebabkan karena penyakit sebesar 26%, dan lain-lain sebesar 12%, dengan kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas yaitu

74,29% diikuti waktu hamil (17,14%). Hal ini juga diikuti dengan jumlah ibu hamil dan nifas resiko tinggi yang meningkat menjadi 46% (Dinkes Kota Semarang, 2015;h.104). Selain itu kematian ibu juga dapat disebabkan oleh penyebab tidak langsung dari berbagai faktor, antara lain kurangnya informasi tentang sosial ekonomi/kemiskinan, pendidikan, kedudukan peranan wanita, sosial budaya dan transportasi yang berdampak pada “4 terlalu” (terlalu muda, terlalu banyak melahirkan, terlalu tua, dan terlalu rapat jarak kelahiran), serta 3 terlambat( terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat mendapatkan pelayanan di tempat fasilitas kesehatan) (Dinkes Jateng, 2017).

Pada tahun 2012 Kementrian 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 total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam Provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan.

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 dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONEK; dan 2)

memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit (Depkes RI, 2015;h.105).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Depkes RI, 2015;h.105).

Untuk menjamin proses alamiah reproduksi seorang perempuan, bidan mempunyai peranan penting dengan memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada perempuan (*woman centered care*) secara berkelanjutan (*Continuity of Care*) yang artinya bidan memberikan asuhan komprehensif, mandiri, dan bertanggung jawab terhadap asuhan yang berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan perempuan (ICM, 2005). Melalui COC, bidan mampu memberikan kontribusi dalam meningkatkan kualitas keamanan dalam asuhan pada ibu, karena COC mempunyai tiga manfaat utama yaitu merencanakan, memberi informasi, dan menciptakan hubungan baik antara bidan dengan pasien (Sandall, 2014; h.5-6)

Gubernur Jawa Tengah melalui Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah berupaya dalam menurunkan AKI dengan Program “Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng” (5NG). Program 5NG memiliki 4 Fase yaitu Fase Pra Hamil, Fase Kehamilan, Fase Persalinan dan Fase Nifas: 1) Pada fase sebelum hamil terdapat dua terminologi yaitu Stop dan Tunda. Stop hamil jika ibu dengan usia > 35 tahun dan sudah memiliki anak; faktor kesehatan tidak memungkinkan/berbahaya bagi kesehatan.

Tunda jika usia ibu < 20 tahun dan kondisi kesehatan belum optimal. 2) Fase kehamilan, pada fase ini ibu hamil dapat dideteksi, didata, dilaporkan secara sistem melalui teknologi informasi; dari data ibu hamil yang dicatat oleh bidan desa, ibu hamil akan dikawal atau diperiksa oleh tenaga kesehatan, dan dapat diketahui faktor risikonya. Pada ibu dengan resiko tinggi akan diberikan tanda. Selain itu ibu hamil juga dapat “*diinceng*”, diketahui untuk merencanakan persalinannya secara tepat, menyiapkan dan menentukan tempat yang akan digunakan dalam melakukan proses persalinan, menyiapkan keluarganya, menyiapkan transportasi, menyiapkan pembiayaannya. 3) Fase persalinan, ibu hamil yang akan melahirkan dikawal dan didampingi. Ibu dengan persalinan normal dapat bersalin di fasilitas kesehatan dasar standar, sedangkan ibu hamil dengan resiko tinggi di rujuk ke Rumah Sakit dan dipantau “*diinceng*” oleh PKK/Dasa Wisma dan Masyarakat. 4) Fase Nifas, pada fase ini ibu nifas diberikan asuhan pasca persalinan oleh dokter/bidan/perawat dan dipantau oleh PKK/Dasa Wisma dan masyarakat. Sistem fase keempat ini mencatat dan memonitor ibu nifas dan bayi baru lahir sampai 1000 hari pertama kehidupan (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Pada program 5NG didukung pula dengan keterpaduan peran Institusi Kesehatan (Poltekkes, Akbid, Akper, STIKES, dan lain lain) melalui program OSOC (One Student One Client) yang nantinya dapat ditingkatkan menjadi OTOC (One Tim One Community). Pada program OSOC ini, satu mahasiswa diberikan penugasan untuk ikut mengawal, memonitoring ibu hamil, namun tidak memberikan pelayanan medis

kesehatan, sehingga berperan seperti manajer kasus kesehatan ibu hamil (Dinkes Provinsi Jateng, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis berusaha menerapkan Program OSOC yang bertujuan untuk ikut serta dalam program yang diluncurkan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dalam upaya penurunan AKI di Jawa Tengah yang cukup tinggi. Dengan memberikan Asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ny. S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

## **B. Rumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis merumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan kebidanan berkelanjutan yang sesuai pada Ny. S umur 28 tahun di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang?”.

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan umum.**

Mahasiswa dapat melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. S umur 28 tahun di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney dan metode pendokumentasian SOAP.

### **2. Tujuan khusus.**

- a. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan ibu hamil TM III pada Ny.S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

- b. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan ibu bersalin pada Ny.S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.
- c. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan bayi baru lahir pada By.Ny.S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.
- d. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan ibu nifas pada Ny.S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

#### **D. Manfaat**

- 1. Bagi mahasiswa
  - a. Melalui tugas akhir ini mahasiswa mampu mengaplikasikan ilmu yang di dapat selama perkuliahan.
  - b. Mengetahui lebih dalam tentang asuhan kebidanan selama hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.
  - c. Mahasiswa mampu berinteraksi secara langsung dengan klien dalam memberikan asuhan kebidanan
- 2. Bagi Institusi Pendidikan.
  - a. Mampu mengevaluasi sejauh mana mahasiswa dapat menerapkan asuhan kebidanan secara komprehensif
  - b. Dapat dijadikan rujukan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir selanjutnya.
- 3. Bagi Lahan Praktik.
  - a. Mampu meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan terutama pada asuhan kebidanan secara komperhensif.

- b. Mampu memperluas cakupan kunjungan ibu selama hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.
4. Bagi Klien.
  - a. Klien mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.
  - b. Klien dapat dengan mudah memperoleh informasi tentang kesehatan ibu dan bayi.

#### **E. Sistematika penulisan.**

Sistematika dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini mencakup.

#### **BAB I PENDAHULUAN**

Merupakan bab pertama yang menguraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat studi kasus, dan sistematika penulisan.

#### **BAB II TINJAUAN TEORI**

Dalam bab ini menguraikan tentang tinjauan teori dan tinjauan teori manajemen kebidanan :

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

### BAB III METODE STUDI KASUS

Berisi tentang rancangan penulisan, ruang lingkup, metode perolehan data, alur studi kasus, dan etika penulisan.

### BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Berisi tentang hasil perbandingan asuhan yang sudah diberikan kepada pasien dilahan dengan perbandingan asuhan yang diberikan sesuai teori yang didapatkan pada BAB II.

### BAB V PENUTUP

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