

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu Negara (Kemenkes, 2014; h.2). AKI juga menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Kota Semarang, 2015; h.14).

Di Indonesia AKI masih menduduki peringkat tertinggi ke-3 di Negara *Association of Shoutheast Asian Nations* (ASEAN) sebesar 228/100.000 Kelahiran Hidup (KH) setelah Timur Leste (300/100.000 KH) dan Kamboja (250/100.000 KH). Hasil Dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 nilai AKI di dalam Indonesia mencapai 359/100.000 KH (BKKBN, 2016; h.25). Angka tersebut mengalami kenaikan dari tahun-tahun sebelumnya (1997-2007) yaitu tahun 1997 (390/100.000 KH) dan tahun 2007 (228/100.000 KH) (Kemenkes, 2014; h.2). Terlepas dari Kenaikan AKI di Indonesia, AKI di Provinsi Jawa Tengah juga menyumbang catatan penambahan AKI untuk Indonesia. Pada tahun 2011 sampai tahun 2015 AKI di Provinsi Jawa Tengah mengalami naik turun yaitu dimulai dari tahun 2011 sebesar 116,01/100.000 KH, tahun 2012 sebesar 116.34/100.000 KH, tahun 2013 sebesar 118.62/100.000 KH, tahun 2014

sebesar 126.55/100.000 KH dan tahun 2015 sebesar 112/100.000 KH (Prabowo, 2016; h.11).

Kota Semarang merupakan salah satu Kota yang berada di Jawa Tengah. Kota Semarang juga menyumbang kasus AKI terbesar ketiga untuk Provinsi Jawa Tengah. Hal ini ditunjukkan dengan besarnya angka kenaikan di tahun 2015. Berikut ini besarnya kasus AKI dari tahun 2013-2015, yaitu 107,95/100.000 KH pada tahun 2013, sebesar 122,25/100.000 KH pada tahun 2014 dan sekitar 128,05/100.000 KH atau 27.334 jumlah kelahiran hidup pada tahun 2015. Jika dilihat dari besarnya kasus maka didapatkan hasil yaitu besarnya jumlah kasus pada tahun 2015 adalah sebanyak 35 kasus dan tahun 2014 sebanyak 33 kasus, angka ini juga mengalami kenaikan (Dinkes Kota Semarang, 2015; h.14). Sedangkan prediksi untuk kasus AKI sampai dengan 24 Oktober 2016 kemarin sebanyak 31 kasus sehingga menjadikan Kota Semarang peringkat ke-3 setelah peringkat pertama brebes (46 kasus) dan kedua pematang (36 kasus) (Ketua Tim Penggerak PKK Provinsi Jateng, 2016; h.3).

Berdasarkan data yang diperoleh dari kasus AKI di Kota Semarang, salah satu Puskesmas yang menyumbang AKI di Kota Semarang adalah Puskesmas Bangetayu yang menyumbang 3 kasus di tahun 2015. Puskesmas tersebut mendapat peringkat ke-4 besar dengan jumlah ibu hamil yang diperiksa terdapat 814 ibu hamil, setelah Puskesmas Kedung Mundu (3 kasus), Puskesmas Lamper Tengah (3 kasus) dan Puskesmas Ngesrep (3 kasus) dari banyaknya kasus (35 kasus) di Kota Semarang (Dinkes Kota Semarang, 2015; h.15). Ada tiga penyebab kasus di Puskesmas Bangetayu diantaranya preeklamsia (33,3%), perdarahan

(33,3%) dan anemia (33,3%) yang dikutip dari hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

Di Jawa Tengah AKI paling banyak terjadi sewaktu masa nifas yaitu 74,29%, diikuti waktu hamil yaitu 17,14% dengan penyebabnya paling banyak dikarenakan eklamsia (34%), karena perdarahan (28%), karena penyakit (26%), dan karena penyebab lain-lain sebesar 12%. Hal ini juga dibarengi dengan jumlah ibu hamil dan nifas risiko tinggi yang meningkat menjadi 46% (Dinkes Kota Semarang, 2015; h.15). Jika kematian ini dikelompokkan maka didapatkan hasil Kematian menurut usia diantaranya yang paling banyak adalah usia 20-30 tahun sebesar 43,28%, usia 30-35 tahun sebesar 26,62%, usia >35 tahun sebesar 22,24%, usia 15-20 tahun sebesar 7,79% dan <15 tahun sebesar 0,16% (Ketua Tim Penggerak PKK Provinsi Jateng, 2016; h.12).

Penyebab lain yang berperan cukup besar dalam menyebabkan kematian ibu adalah penyebab tidak langsung, seperti kondisi penyakit kanker, ginjal, jantung, tuberculosi atau penyakit lain yang diderita ibu (Prawirohardjo, 2010, h.13). Penyebab tidak langsung lainnya karena sosial ekonomi atau kemiskinan, pendidikan, kedudukan dan peran wanita, sosial budaya, transportasi. Penyebab tidak langsung tersebut dapat dipengaruhi juga oleh tiga terlambat dan empat terlalu. Tiga terlambat diantaranya; (1) Terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan; (2) Terlambat mencapai fasilitas kesehatan; (3) Terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan, sedangkan empat terlalu yaitu; (1) Terlalu muda punya anak (<20 tahun); (2) Terlalu banyak melahirkan (>3 anak); (3) Terlalu rapat jarak melahirkan (<2 tahun); (4) Terlalu tua (>35 tahun) (Ketua Tim Penggerak PKK Provinsi Jateng, 2016; h.9-11).

Berdasarkan hasil data AKI di Kota Semarang, Pemerintah Kota Semarang berupaya menurunkan AKI dengan cara membentuk Puskesmas Pelayanan Obstetric dan Neonatal Esensial Dasar (PONED) dan Rumah Sakit (RS) Pelayanan Obstetric dan Neonatal Esensial Komprehensif (PONEK) di tahun 2013 serta upaya maksimal fungsi dan tugas puskesmas PONED dan RS PONEK secara nyata dan bertahap. Selain itu juga dilakukan peningkatan jejaring rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat dasar ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dengan Sistem Jaringan Rujukan *Expanding Maternal dan Neonatal Survival* (SIJARIEMAS). Upaya lain yang telah dilakukan adalah terbentuknya kerja sama atau *Memorandum of Understanding* (MOU) antar RS PONEK dengan Dinas Kesehatan dalam wadah *Intregrated Circuit* (IC) PONEK, dimana RS PONEK selain sebagai tempat rujukan juga melakukan pembinaan ke Puskesmas PONED. RS PONEK dibina oleh Rumah Sakit Umum Daerah (RSUP) dr. Kariadi (Dinkes Kota Semarang, 2015; h.16).

Pemerintah Jawa Tengah juga membuat kebijakan dengan upaya membangun kesehatan menggunakan paket sehat yaitu diantaranya: (1) Membentuk kolaboratif partnership, dengan memenuhi sarana dan prasarana untuk layanan publik (layanan rawat inap kelas tiga); (2) Membentuk program *One Student One Client* (OSOC) dengan tujuan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan upaya promotif dan preventif; (3) Jaminan pelayanan kesehatan dengan jaminan kesehatan daerah yang diperuntukkan bagi orang miskin, tak mampu, lansia (jaminan kesehatan daerah/premi); (4) Pemberdayaan masyarakat melalui revitalisasi pos pelayanan terpadu atau posyandu (desa siaga). Dari salah satu paket tersebut, OSOC dijadikan pemerintah sebagai terobosan pertama dengan

melakukan pendampingan terhadap ibu secara komprehensif atau berkelanjutan dari hamil, bersalin, BBL (Bayi Baru Lahir) dan nifas. Upaya tersebut sebagai dasar menuju Jawa Tengah sejahtera dan bedikari (Prabowo, 2016; h.25-32).

OSOC sudah banyak diterapkan di berbagai kota sesuai ketentuan dari pemerintah. Salah satu Kota Semarang dan tepatnya di kecamatan genuk yaitu puskesmas bangetayu yang juga memiliki kerja sama dengan perguruan tinggi dalam menjalankan OSOC. Salah satu kerjasama dengan perguruan tinggi adalah kerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang memantau ibu hamil dari mulai kehamilan trimester III, bersalin dan bayi baru lahir (Puskesmas Bangetayu, 2016). Di Puskesmas ini dilengkapi dengan sarana, prasarana, dan tenaga kesehatan yang lengkap dalam menunjang asuhan komprehensif ini. Selain itu, Puskesmas Bangetayu juga melayani BPJS sehingga memudahkan pasien dalam mendapatkan pelayanan terutama pelayanan kehamilan sampai pasien menggunakan alat kontrasepsi berencana.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) atau asuhan komprehensif Pada Ny.S dari mulai kehamilan trimester III, persalinan, bayi baru lahir dan nifas di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah yaitu: “Bagaimana Asuhan Kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny.S selama masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang yang menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney?”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Agar penulis mampu menerapkan asuhan kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas Ny.S di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut Hellen Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.S selama masa kehamilan TM III.
- b. Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.S selama masa persalinan.
- c. Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada bayi baru lahir.
- d. Penulis mampu melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.S selama masa Nifas.

D. Manfaat

1. Bagi Penulis

Dapat menjadi pengalaman dalam menerapkan manajemen asuhan kebidanan sesuai teori pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas sehingga nantinya pada saat bekerja di lapangan dapat dilakukan secara sistematis yang pada akhirnya meningkatkan mutu pelayanan yang akan memberikan dampak penurunan terhadap angka kematian ibu dan bayi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Sebagai tolak ukur penilaian kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan kebidanan.
- b. Sebagai wacana tambahan di perpustakaan Diploma 3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang sehingga dapat meningkatkan mutu dalam proses pembelajaran.

3. Bagi Institusi Pelayanan

- a. Dapat memberikan masukan bagi institusi pelayanan kesehatan masyarakat atas kendala dan masalah kesehatan yang terjadi pada masyarakat, khususnya masalah yang terkait dengan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas.
- b. Mengetahui adanya kesenjangan dan faktor penyebab kesenjangan antara teori dan praktik sebagai bahan perbaikan pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Bagi Klien

Dapat menambah pengetahuan klien dan keluarga dalam perawatan kehamilan, Persalinan, bayi baru lahir, dan nifas. Sehingga pasien dan keluarga dapat mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi.

E. Sistematika Penulisan

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

1. Bab I : Pendahuluan berisi: latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat dan sistematika penulisan.
2. Bab II : Tinjauan Teori berisi: konsep dari medis, manajemen kebidanan dan landasan hukum asuhan kebidanan.

3. Bab III : Metodologi berisi: rancangan penelitian, ruang lingkup, metode perolehan data, alur penelitian dan etika penulisan.
4. Bab IV : hasil dan Pembahasan berisi: hasil penelitian yang diambil dan pembahasan kasus terhadap adanya kesenjangan antara kenyataan asuhan yang dilakukan dengan teori.
5. Bab V : penutupan berisi: simpulan dan saran.