

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesejahteraan ibu dan anak dipengaruhi oleh proses kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan pemakaian alat kontrasepsi. Semua proses tersebut merupakan suatu tahapan perkembangan manusia yang alamiah atau fisiologis tetapi dalam perjalanannya dapat berkembang menjadi patologis yang dapat membahayakan jiwa ibu dan bayi setiap saat dan tentunya itu semua adalah sumber morbiditas dan mortalitas dimana Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) karena kualitas ibu akan memunculkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas kedepannya. Pengawasan pada antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga kesehatan ibu yang optimal akan meningkatkan kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan janin (Manuaba,2014).

Kematian ibu atau kematian maternal merupakan kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan. Kemampuan pelayanan kesehatan suatu negara ditentukan dengan perbandingan tinggi rendahnya AKI dan AKB. Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyakit penyerta sebaiknya juga dikenali sejak awal sehingga dapat dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan yang berat baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya. Indikator yang umum dalam kematian ibu adalah angka kematian ibu (*Maternal Mortality Ratio*) yaitu jumlah jumlah kematian ibu dalam 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mencerminkan risiko *obstetrik* yang dihadapi oleh seorang ibu sewaktu kehamilan (Sarwono, 2014).

AKI dan AKB merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan SDG's (*Sustainable Development Goal's*). SDG's pada tujuan ke-3, menjamin kehidupan yang sehat dan

mendorong kesejahteraan bagi semua orang disegala usia yaitu pada tahun 2030 mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, danAKB hingga 12 per 1.000 Kelahiran Hidup.

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2018 angka kematian bayi (AKB) mencapai 24,00/1.000 KH. Di provinsi Jawa Timur pada tahun 2016 AKB sebesar 23,6/1.000 KH. Pada tahun 2017 AKB menurun sebesar 23,1/1.000 KH (Profil Dinkes Jatim, 2017).

Pada tahun 2018 AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,45% per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2017 yang mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab tertinggi kematian ibu pada tahun 2018 adalah terjadi pada masa nifas 0-42 hari yaitu 54% atau sebanyak 281 orang. Sementara 25% atau sebanyak 130 orang terjadi ketika ibu hamil dan 21% atau 109 orang ketika bersalin. Sedangkan AKB sebesar 4.028 per 1.000 angka kelahiran hidup. Penyebab terbanyak kematian bayi disebabkan akibat berat badan lahir rendah (BBLR) yang mencapai 42% atau 1.691 bayi, dan sekitar 25% atau 1.007 bayi dikarenakan asfiksia serta 16% atau 644 bayi akibat kelainan bawaan. Capaian ibu hamil K1 97%. Capaian K4 87,3% target 76%. Capaian PN 83,67%. Capaian KF 87,36%. Capaian KN lengkap 97,75% target 97%. Capaian akseptor KB aktif 63,22% target 60%, dan akseptor KB baru 10,4% (Data Dinkes Prov. Jatim, 2018).

Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik tahun 2018 melaporkan AKI sebesar 96,64% atau 20 orang kelahiran hidup yang penyebab tertingginya di dominasi oleh PreEklamsi (PE), dan AKB sebesar 4,06% atau 84 orang angka kelahiran hidup penyebab tertingginya yaitu asfiksia. Capaian K1 ibu hamil 96,53% dengan target 98%. Capaian K4 ibu hamil 88,46% dengan target 90%. Capaian pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN) 92,94% dengan target 100%. Capaian kunjungan nifas (KF) 91,63% dengan target 91%. Capaian kunjungan neonatal (KN) lengkap 96,26% dengan target 95%. Capaian akseptor Keluarga Berencana (KB) aktif mencapai 80,8% dengan target 70%, dan akseptor Keluarga Berencana (KB) baru sebesar 89,18% (Dinkes dan Dinas KBPP Gresik, 2018).

Berdasarkan hasil survey data Polindes Desa Karang Turi Gresik tahun 2018 tidak terdapat kematian ibu, Capaian AKB sebesar 99,92%, dengan target 100% kelahiran hidup, capaian K1 penyebab tertingginya yaitu asfiksia dan BBLR. Capaian K1 ibu pada tahun 2018 sebanyak 101 ibu hamil (99,01%) dari sasaran 102 ibu hamil. Cakupan K4 sebanyak 102 ibu hamil (100%) dari sasaran 102 ibu hamil. Ibu hamil risiko tinggi oleh masyarakat sebanyak 14 ibu hamil (70%) dari sasaran 20 ibu hamil. Ibu hamil risiko tinggi oleh Nakes sebanyak 6 ibu hamil (30%) dari sasaran 20 ibu hamil. Komplikasi kebidanan yang ditangani sebanyak 8 ibu hamil (40%) dari sasaran 20 ibu hamil. Persalinan oleh nakes sebanyak 95 orang (96,93%) dari sasaran 98 orang. Ibu nifas 100 orang (100%) dari sasaran 98 orang. Jumlah keseluruhan KB aktif dibagi jumlah PUS (68%). Suntik 7406 orang (77,6%), Pil 788 orang (58,13%), Kondom 87 orang (24,37%), Implant 462 orang (77,49%), IUD 374 orang (68,4%), MOW 401 orang (72,6), MOP 20 orang (18,57%).

Berdasarkan survey data di PMB Nisbaningsih, S.ST pada tahun 2018 tidak terdapat kematian ibu maupun bayi. Cakupan ibu hamil sebanyak 101 orang, kehamilan patologi sebanyak 64 orang (63,36%) yaitu Pre Eklamsi Ringan (*PER*) sebanyak 12 orang (11,88%), Pre Eklamsi Berat (*PEB*) sebanyak 1 orang (0,99%), anemia sebanyak 16 orang (15,84%), *postdate* sebanyak 5 orang (4,95%), HEG sebanyak 1 orang (0,99%), hidramnion sebanyak 1 orang (0,99%). Jumlah persalinan yaitu sebanyak 96 orang (100%). Jumlah ibu nifas sebanyak 96 orang (100%). Jumlah kunjungan neonatus sebanyak 96 neonatus (100%). Jumlah akseptor KB sebanyak 1.065 orang, yang menggunakan KB suntik 984 orang (92,39%), pil 52 orang (4,88%), kondom 2 orang (0,18%), IUD 12 orang (1,12%), implan 15 orang (1,40%) (Nisbaningsih, 2018).

Kronologi terjadinya AKI dan AKB juga dipengaruhi dan didorong berbagai faktor yang mendasari timbulnya risiko maternal dan neonatal. Pada tahun 2016 AKI banyak terjadi karena perdarahan, sedangkan di tahun 2017 sudah berbeda lagi yang menjadi penyebab utama adalah PreEklamsi (*PE*), AKB pada tahun 2016 disebabkan karena Bayi Berat lahir Rendah (*BBLR*), asfiksia, pada tahun 2017 tetap sama yang menjadi penyebab utama kematian bayi yaitu *BBLR* dan asfiksia.

Dampak yang akan mungkin timbul jika tidak dilakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan akan dapat mengakibatkan tidak terdeteksinya komplikasi secara dini, sehingga bisa berlanjut pada keterlambatan penanganan terhadap komplikasi tersebut yang dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas. Komplikasi yang dapat timbul pada kehamilan diantaranya adalah anemia dalam kehamilan, hipertensi dalam kehamilan, perdarahan, aborsi, oedema pada wajah dan kaki, janin meninggal dalam rahim, adanya penyakit yang tidak diketahui, dan lain-lain (Syaifuddin, 2014).

Indonesia sudah melakukan banyak upaya untuk menekan AKI dan AKB antara lain, pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program EMAS ini berupaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit dan 300 Puskesmas atau Balikesmas dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit. Upaya penurunan AKI dan AKB di fokuskan pada kegiatan promotif dan preventif yaitu dengan jaminan mutu Antenatal Care (ANC) terpadu sesuai standart 14T serta pemberdayaan masyarakat melalui pendampingan ibu hamil oleh kader, satu ibu hamil satu kader pendamping, dan akan di dampingi mulai dari awal kehamilan sampai masa nifas (Kemenkes RI, 2016).

Upaya yang dilakukan Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam menurunkan AKI dan AKB antara lain Pemprov Jatim yang bekerjasama dengan Kabupaten atau Kota membentuk kader pendamping ibu hamil risiko tinggi sejak tahun 2013. Tugas dari kader tersebut yaitu mendampingi ibu hamil risiko tinggi selama 10 bulan, mulai dari kehamilan, sampai masa nifas. Selain itu, ada pula kader yang ditugaskan untuk memantau tingkat kematian ibu dan bayi yang lahir di setiap posyandu. Selain pembentukan kader, ketua tim penggerak PKK Jatim juga mengadakan forum penurunan kematian ibu dan bayi (Penakib) dan gerakan bersama amankan kehamilan (Gebrak) dan pendampingan ibu hamil risiko tinggi (Dinas Kominfo Jatim, 2015).

Upaya penurunan AKI dan AKB di Kabupaten Gresik antara lain dengan dibentuknya tim Audit Maternal dan Perinatal (AMP) yang bertugas untuk mendisiplinkan bidan dalam melakukan tugas dan tanggungjawabnya agar setiap tindakan yang dilakukan bisa sesuai dengan standar asuhan kebidanan yang telah ditentukan. Selain Audit Maternal dan Perinatal (AMP), program lainnya adalah Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang dijalankan oleh kader di setiap kecamatan. Badan Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (BKBPP) beserta Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik mengadakan sosialisasi kegiatan penyelenggaraan GSI yang merupakan bentuk perhatian masyarakat dan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan. Selain itu, pembentukan P4K diwajibkan di setiap Desa atau Kelurahan karena P4K merupakan gerakan bersama antara pemerintah dan masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan utamanya dalam percepatan penurunan AKI dan AKB dalam rangka peningkatan kualitas SDM. Dengan adanya program-program tersebut diharapkan masyarakat bersama pemerintah mampu bekerjasama dalam rangka penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Gresik, karena tanpa adanya kerjasama yang baik maka program-program tersebut tidak akan bisa berjalan dengan baik (Dinkes Gresik, 2017).

Dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian ibu, perlu diantisipasi adanya keterbatasan kemampuan untuk menatalaksanakn komplikasi pada jenjang pelayanan tertentu. Kompetensi petugas, pengenalan jenis komplikasi, dan ketersediaan sarana pertolongan menjadi penentu bagi keberhasilan penatalaksanaan komplikasi yang umumnya akan selalu berada menurut derajat, keadaan dan tempat terjadinya (Affandi, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis sebagai mahasiswa kebidanan berkewajiban memberi saran untuk melakukan asuhan kebidanan pada kehamilan sampai masa nifas dengan menggunakan asuhan yang berkesinambungan *continuity of care* sesuai dengan asuhan yang ada.

Asuhan yang tidak dilakukan sesuai standar dapat menyebabkan kejadian patologis sampai dengan kematian yang disebabkan karena tidak terdeteksinya komplikasi sejak dini. Oleh karena itu, sebagai seorang bidan yang profesional, kita harus selalu memperbarui ilmu pengetahuan dan berkompeten dalam melakukan asuhan kebidanan, sehingga kita mampu menurunkan AKI dan AKB.

1.2 Pembatasan Masalah

Berdasarkan ruang lingkup asuhan yang diberikan kepada ibu hamil, melahirkan, masa nifas, bayi baru lahir, neonatus dan KB, maka dalam penyusunan LTA ini mahasiswa membatasi berdasarkan *continuity of care*.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dari masa kehamilan, persalinan, nifas, asuhan bayi baru lahir dan neonatus sampai dengan ibu dapat memilih alat kontrasepsi (KB) yang di dokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kehamilan pada Ny.“D” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Nisbaningsih, S.ST tahun 2019.
2. Melakukan asuhan persalinan normal pada Ny.“D” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Nisbaningsih, S.ST tahun 2019.
3. Melakukan asuhan bayibaru lahir pada Ny.“D” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Nisbaningsih, S.ST tahun 2019.
4. Melakukan asuhan masa nifas pada Ny.“D” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Nisbaningsih, S.ST tahun 2019.
5. Melakukan asuhan Neonatus pada By Ny.“D” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Nisbaningsih, S.ST tahun 2019.
6. Melakukan asuhan keluarga berencana pada Ny.“D” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Nisbaningsih, S.ST tahun 2019.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil aterm, ibu bersalin, bayi baru lahir, sampai dengan 6 minggu masa nifas dan pemilihan alat kontrasepsi yang tepat.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah PMB Nisbaningsih, S.ST yang telah memiliki kesepakatan kerjasama dengan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik, atau tempat lain yang terjangkau atas persetujuan pembimbing.

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan mulai dari pemberian asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus dan keluarga berencana yaitu 5 bulan mulai Maret sampai Juni 2019.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengalaman nyata meningkatkan pemahaman secara nyata dan peningkatan kompetensi tentang asuhan kebidanan secara *Continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan kontrasepsi dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

2. Bagi Institusi

Dapat dijadikan sebagai masukan untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan agar mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Lahan Praktek

Sebagai masukan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi

2. Bagi Klien Asuhan

Sebagai informasi dan motivasi bagi klien, bahwa perhatian pemeriksaan dan pemantauan kesehatan sangat penting khususnya asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi.