

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Proses kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan suatu proses yang normal dan alamiah, namun kehamilan, persalinan, dan nifas bisa terjadi komplikasi atau penyulit yang membahayakan ibu dan bayi. Terutama pada ibu yang tidak mendapatkan asuhan dari tenaga kesehatan. Agar hal itu tidak terjadi ibu harus memeriksakan kehamilan, persalinan dan nifas secara berkala pada tenaga kesehatan yang ada. Untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal dan sosial ibu. Kematian ibu dapat terjadi saat hamil, bersalin, atau setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan. Salah satu persiapan menghadapi persalinan, ibu hamil perlu diberikan pelayanan kebidanan secara berkesinambungan atau *Continuity Of Care*. Tujuan *Continuity Of Care* adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu, janin saat hamil, persalinan dan nifas serta deteksi dini kelainan dan komplikasi pada bayi baru lahir dan neonatus (Manuaba, 2014).

Pengawasan antenatal dan postnatal sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun perinatal. Pengawasan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya. Diketahui bahwa janin dalam rahim dan ibunya merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi, sehingga kesehatan ibu yang optimal akan meningkatkan kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan janin. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pengawasan antenatal sebanyak 4 kali, yaitu satu kali pada Trimester I (TM I), satu kali pada Trimester II (TM II) sedangkan trimester terakhir sebanyak dua kali (Manuaba, 2014).

Status kesehatan masyarakat di Indonesia pada khususnya bagian kesehatan ibu dan anak dilihat dari Kemenkes RI 2018 cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K1 100%. Cakupan ibu hamil K4 88,46% target (Renstra) Kementerian Kesehatan sebesar 74%, cakupan sebesar 4,79%, cakupan TT2+ sebesar 65,28%, cakupan pertolongan persalinan oleh nakes sebanyak 92,94% target 77%. Cakupan kunjungan nifas (KF3) sebesar 84,41%. Cakupan puskesmas yang melaksanakan

kelas bumil 90,73%. Cakupan puskesmas yang melaksanakan P4K 89,75%. Cakupan peserta KB aktif 80.8%. Capaian KN1 sebesar 91,14% target 78% (Data Kemenkes, 2018).

Angka Kematian Ibu di Jawa Timur cenderung meningkat pada dua tahun terakhir. Hal ini bukan berarti menunjukkan hasil kinerja yang menurun tetapi adanya faktor dukungan baik dari segi manajemen program KIA maupun sistem pencatatan dan pelaporan yang semakin membaik. Peningkatan keterampilan klinis petugas di lapangan tetap dilakukan dengan melibatkan multi pihak dari Forum Penakib Provinsi Jawa Timur dan Kabupaten atau Kota. Menurut SUPAS tahun 2016, target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Jawa Timur, 2017)

Menurut SUPAS tahun 2016, target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan target AKI menurut Renstra sebesar 97,19. Pada tahun 2016, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup Walaupun cakupan AKI di Jawa Timur sudah memenuhi target Renstra dan Supas, AKI harus tetap diupayakan menurun. Penyebab tertinggi kematian ibu pada tahun 2016 adalah Pre Eklampsi (PE) Atau Eklampsi yaitu sebesar 30,90% atau sebanyak 165 orang. Sedangkan penyebab paling kecil adalah infeksi sebesar 4,87% atau sebanyak 26 orang. Dan AKB sebesar 23,6/1.000 angka kelahiran hidup. Penyebab terbanyak bahwa proporsi kematian bayi masih banyak terjadi pada periode neonatal (0 – 28 hari) dan ini terjadi pada setiap tahunnya. Cakupan K1 ibu hamil 97%. Cakupan K4 89,53% belum mencapai target dimana target cakupan K4 untuk tahun 2016 adalah sebesar 88%. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan 95,10%. Cakupan kunjungan neonatal lengkap 97,75% dengan target 97%. Cakupan akseptor KB aktif mencapai 68,79% (Data Dinkes Prov.Jatim, 2017).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik tahun 2018 melaporkan AKI sebesar 96,64/100.000 kelahiran hidup yang penyebab tertingginya didominasi oleh Pre Eklampsi (PE) dan AKB sebesar 4,06/1.000 angka kelahiran hidup penyebab tertingginya yaitu Asfiksia. Cakupan K1 ibu hamil 96,53% dengan target 98%. Cakupan K4 ibu hamil 86,72% dengan target 90%. Cakupan pertolongan persalinan

oleh tenaga kesehatan 92,94% dengan target 100%. Cakupan kunjungan nifas (KF) 91,63% dengan target 100%. Cakupan Kunjungan Neonatal (KN lengkap) 96,26% dengan target 100%. Cakupan akseptor Keluarga Berencana (KB) aktif mencapai 80,8% dengan target 90%, dan akseptor Keluarga Berencana (KB) baru sebesar 89,18% (Data Dinkes Gresik, 2018).

Survei pendahuluan di PMB Made Warthi Agung, S.ST. Pada tahun 2018 tidak ada kematian ibu maupun bayi. Jumlah Ibu hamil sebanyak 203 ibu hamil. Cakupan K1 murni sebanyak 109 ibu hamil (53,70%) dan Cakupan K1 Akses sebanyak 94 (46,30%). Cakupan K4 sebanyak 99 ibu hamil (48,77%). Cakupan persalinan di PMB Made Warthi Agung, SST sebesar 228 orang, terdiri dari 172 orang (71,07%) melahirkan di PMB Made Warthi Agung, S.ST sedangkan yang dirujuk sebesar 17 orang (28,93%) yang terdiri dari ibu hamil dengan resiko tinggi Pre Eklamsi Berat (PEB) 16 orang, Pre Eklamsi Ringan (PER) 6 orang, Letak Sungsang 7 orang, Ketuban Pecah Dini (KPD) 29 orang, kala 1 memanjang 7 orang, Post Date 5 orang. Cakupan kunjungan nifas sebanyak 203 orang (100%). Jumlah neonatus sebesar 172 neonatus. Cakupan Kunjungan Neonatus (KN I) sebanyak 147 neonatus (85,46%). Cakupan KN II sebanyak 147 neonatus (85,46%). Cakupan akseptor Keluarga Berencana (KB) aktif yaitu sebanyak 1.573 orang, yang terdiri dari akseptor KB suntik 1 bulan sebanyak 986 orang (62,68%), akseptor KB suntik 3 bulan sebanyak 496 orang (31,53%), akseptor KB pil sebanyak 57 orang (3,62%) akseptor KB IUD sebanyak 34 orang (2,16%), dan tidak terdapat akseptor KB implant.

Dari data di atas masalah yang banyak dijumpai di PMB Made Warthi Agung, S.ST adalah KPD (29 orang) dan PEB (16 orang). Apabila tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan kematian ibu dan kematian bayi.

Dampak yang 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.

Indonesia sudah melakukan banyak upaya untuk menekan AKI dan AKB antara lain, pada tahun 2015 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/Balkesmas dan 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 ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas 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, 2016).

Upaya yang dilakukan Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) antara lain Pemprov Jatim yang bekerjasama dengan Kabupaten/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 Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Gresik antara lain dengan dibentuknya tim Audit Maternal dan Perinatal (AMP) yang bertugas untuk mendisiplinkan bidan dalam melakukan tugas dan tanggung jawabnya 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 Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang merupakan bentuk perhatian masyarakat dan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan. 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).

Upaya yang dilakukan di PMB untuk mengurangi masalah tersebut adalah penerapan penatalaksanaan asuhan kebidanan sesuai standart pada ibu hamil, penerapan ANC terpadu, deteksi dini ibu hamil dengan penilaian skor Poedji Rochdjati, Kartu Prediksi Persalinan Soedarto (KPPS), pengisian lembar penapisan pada ibu yang akan melahirkan, penerapan pendampingan ibu hamil dan persalinan oleh kader, dan penatalaksanaan 60 langkah asuhan persalinan normal (APN). Lakukan Deteksi PER atau PEB selagi ibu hamil yang usia kehamilannya diatas 20 minggu diperlukan pemeriksaan ROT, MAP dan IMT. Untuk mengukur pengetahuan dan keterampilan ibu hamil perlu diadakan kelas ibu hamil (PMB Made warthi, 2018).

Keuntungan *Antenatal Care* sangat besar karena dapat mengetahui berbagai risiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit. Untuk evaluasi keadaan dan kemajuan inpartu dipergunakan partograf menurut WHO, sehingga pada saat mencapai garis waspada penderita dapat segera dirujuk ke Rumah Sakit. Dengan demikian, diharapkan angka kematian ibu dan perinatal yang sebagian besar terjadi pada saat pertolongan pertama dapat diturunkan secara bermakna (Manuaba, 2014).

## **1.2 Pembatasan Masalah**

Bagaimana ruang lingkup asuhan yang diberikan kepada ibu hamil, melahirkan, masa nifas, bayi baru lahir, neonatus dan KB, sehingga 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 yang di dokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan asuhan masa nifas pada “Ny. R” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Made Warthi Agung, S.ST Kebomas tahun 2019.

2. Melakukan asuhan Neonatus pada By “Ny. R” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Made Warthi Agung, S.ST Kebomas tahun 2019.
3. Melakukan asuhan Keluarga Berencana pada “Ny. R” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Made Warthi Agung, S.ST Kebomas tahun 2019.
4. Melakukan asuhan masa nifas pada “Ny. R” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Made Warthi Agung, S.ST Kebomas Greasik 2019.
5. Melakukan asuhan Neonatus pada “Ny. R” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Made Warthi Agung, S.ST Kebomas Greasik 2019.
6. Melakukan asuhan Keluarga Berencana pada “Ny. R” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Made Warthi Agung, S.ST Kebomas Greasik 2019.

## **1.4 Ruang Lingkup**

### **1.4.1 Sasaran**

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu dengan memperhatikan continuity of care mulai hamil aterm, 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 Made Warthi Agung, S.ST Kebomas yang telah memiliki kesepakatan kerjasama dengan Universitas Muhammadiyah Gresik.

### **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 Februari sampai Agustus 2019.

## **1.5 Manfaat**

### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan, meningkatkan pemahaman, dan menambah pengalaman nyata tentang asuhan kebidanan secara continuity of care pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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 Praktik**

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.

