

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas serta keluarga berencana merupakan proses fisiologis yang dilalui oleh wanita dalam suatu siklus kehidupan di dunia. Proses tersebut dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi yang dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Oleh karena itu diperlukan usaha peningkatan kualitas tenaga bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) dengan memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh dan berkesinambungan (*Continuity of Care*) mulai sejak kehamilan, bersalin, nifas dan neonatus hingga memutuskan menggunakan alat kontrasepsi dengan tujuan sebagai upaya untuk membantu memantau dan mendeteksi adanya kemungkinan timbulnya komplikasi yang menyertai ibu dan bayi dari masa kehamilan sampai ibu menggunakan alat kontrasepsi dalam rangka untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebagai indikator kesejahteraan kesehatan yang memadai.

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 angka kematian ibu (AKI) mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah kasus sebesar 14.623 kasus. Penyebab terbanyak kematian Ibu disebabkan oleh Pre Eklamsia dan perdarahan. Angka Kematian Bayi (AKB) tercatat 24 per 1.000 kelahiran hidup dengan jumlah kasus sebesar 151.200 kasus. Penyebab terbanyak kematian bayi disebabkan oleh bayi berat lahir rendah (BBLR) dan Asfiksia (Kemenkes RI, 2017).

Pada tahun 2018 AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 522 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2017 yang mencapai 529 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 oleh 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).

Pada tahun 2018, Dinas Kabupaten Gresik melaporkan AKI sebesar 96,64 per 100.000 angka kelahiran hidup yang penyebabnya yaitu Eklampsia (25%), HPP (15%), Jantung (15%), dan lain-lain (45%). Dan juga melaporkan AKB sebesar 4,06 per 1.000 angka kelahiran hidup yang penyebabnya yaitu asfiksia (27,38%), BBLR (20,24%), dan Kelainan Kongenital (16,67%). Adapun cakupan K1 sebesar 96,53% dengan target 98%, cakupan K4 sebesar 86,72% dengan target 90%. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN) sebesar 92,94% dengan target 100%. Cakupan KF sebesar 91,63% dengan target 100%. Cakupan KN lengkap sebesar 96,26% dengan target 100%. Cakupan Akseptor KB aktif 80,8% dengan target 90%. Dan Akseptor KB baru sebesar 89,18% (Dinkes Gresik, 2018).

Data yang diperoleh dari Puskesmas Sekapuk Gresik pada tahun 2018, jumlah ibu hamil mencapai 258 ibu hamil. Capaian K1 sebanyak 256 (99%). Capaian K4 242 (84%) dan jumlah ibu hamil risiko tinggi sebanyak 30 (10%). Jumlah ibu bersalin sebanyak 236 ibu bersalin, dan capaian persalinan oleh tenaga kesehatan (PN) sebanyak 236 (56%). Capaian kunjungan nifas (KF) 236 (85%). Capaian kunjungan neonatal (KN) lengkap sebanyak 231 (90%). Capaian akseptor Keluarga Berencana (KB) aktif mencapai 2481 akseptor (91,92%), sedangkan capaian akseptor Keluarga Berencana (KB) baru sebesar 218 (8,08%) (Puskesmas Sekapuk, 2018).

Survei pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 9 Maret 2019 di PMB Sri Rullihari, S.ST., M.Kes Sekapuk Gresik, diperoleh hasil bahwa tidak ada kematian ibu maupun bayi. Jumlah Ibu hamil sebanyak 123 ibu hamil. Capaian K1 murni sebanyak 90 (73,17%). Capaian K1 akses sebanyak 33 (26,83%). Capaian K4 52 (42,28%) dengan target 90%. Hasil evaluasi dari data tersebut terdapat kesenjangan antara kunjungan K1 dan kunjungan K4 yaitu sebanyak 69 ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan K4. Hal ini disebabkan karena

PMB tidak memiliki wilayah kerja, adanya pendatang, ibu pindah tempat periksa dan ibu hamil yang mempunyai BPJS Faskes Puskesmas Sekapuk. Jumlah ibu bersalin sebanyak 93. Sebanyak 47 ibu bersalin yang melahirkan spontan ditolong oleh bidan dengan presentase 50,54%. Jumlah ibu bersalin yang dirujuk sebanyak 46 (49,46%), dengan tiga diagnosa rujukan tertinggi yaitu ibu dengan *postdate* sebanyak 11 ibu bersalin, ibu dengan ketuban pecah dini (KPD) sebanyak 10 ibu bersalin, ibu dengan post SC sebanyak 6 ibu bersalin, prolong sebanyak 4 yaitu prolong pada fase laten sebanyak 2 dan pada fase aktif sebanyak 2, dan preeklamsi ringan sebanyak 2 ibu bersalin. Capaian kunjungan nifas (KF) 47 (100%). Capaian kunjungan neonatus (KN) 47 (100%), dan capaian akseptor Keluarga Berencana (KB) aktif sebanyak 520 (88,27%), sedangkan capaian akseptor Keluarga Berencana (KB) baru sebanyak 61 (11,73%) (PMB Sri Rulihari, SST,M.Kes, 2018).

Menurut Prawirohardjo (2016), faktor penyebab AKI dibagi menjadi 2 yaitu penyebab secara langsung dan tidak langsung. Penyebab secara langsung meliputi perdarahan, infeksi, hipertensi dalam kehamilan, partus macet, abortus, dan lain-lain. Penyebab tidak langsung meliputi 3 terlambat; terlambat mengambil keputusan, terlambat ke tempat rujukan, terlambat mendapatkan pelayanan di tempat rujukan. Dan 4 terlalu yang dimaksud adalah terlalu tua hamil (diatas usia 34 tahun), terlalu muda untuk hamil (dibawah usia 20 tahun), terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4), dan terlalu dekat (jarak antara kelahiran kurang dari 2 tahun).

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

Sebagai upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan 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 berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan Bayi Baru Lahir (BBL) minimal di 150 Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Komprehensif (PONEK) dan 300 Puskesmas/Balikesmas Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Dasar (PONED) dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antarpuskesmas dan rumah sakit. Upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) difokuskan 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. Upaya percepatan penurunan AKI dan AKB di Indonesia juga sudah sampai pada tahap melakukan perencanaan dan pembiayaan oleh pemerintah melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai hadir sejak tahun 2013 dan bisa diikuti semua kalangan masyarakat Indonesia(Kemenkes RI, 2016).

Upaya yang dilakukan Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) antara lain melakukan terobosan (program ICON) yaitu melalui pengembangan fungsi pelayanan Pondok Bersalin Desa (Polindes) menjadi menjadi Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes), menjamin ketersediaan tenaga kesehatan yang dilakukan melalui pemetaan dengan cara pendataan, pengkajian, atau dengan sistem informasi manajemen tenaga kesehatan, menjaga ketersediaan obat dan vaksin, alokasi dan realisasi anggaran kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), meningkatkan pendataan dan pendampingan pada bumil di wilayah kerja kabupaten/kota dengan melakukan ANC terpadu agar penyakit penyerta pada bumil dapat terdeteksi lebih awal dan dapat kontak dengan petugas/Bidan pada trimester I agar bumil mendapatkan pelayanan yang berkualitas (14 T) dan minimal 1 kali diperiksa oleh dokter (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2018).

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. Selain itu pemerintah Kabupaten Gresik juga sudah mulai meningkatkan sarana dan prasarana kesehatan. 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 Sri Rulihari, S.ST., M.Kes untuk mengurangi masalah tersebut adalah penerapan penatalaksanaan asuhan kebidanan sesuai standar pada ibu hamil, penerapan *Antenatal Care* (ANC) terpadu, penempelan stiker P4K, deteksi dini ibu hamil dengan penilaian skor Poedji Rochdjati, Kartu Prediksi Persalinan Soedarto (KPPS), deteksi dini Pre Eklampsia Dapat Dihadang (PEDANG), pengisian lembar penapisan pada ibu yang akan melahirkan, penerapan pendampingan ibu hamil dan persalinan oleh kader, penatalaksanaan 60 langkah asuhan persalinan normal (APN) dan untuk mengukur pengetahuan maupun keterampilan ibu hamil perlu diadakan kelas ibu hamil. Demikian juga dengan ibu nifas dilakukan pemantauan selama masa nifas yaitu melalui kontrol dan kunjungan rumah.

Berdasarkan latar belakang diatas, seorang lulusan D3 Kebidanan berkewajiban untuk melakukan asuhan kebidanan pada masa 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 sehingga kita mampu menurunkan AKI & AKB.

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 didokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kehamilan pada “Ny. E” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Sri Rulihari, S.ST., M.Kes tahun 2019.
2. Melakukan asuhan persalinan normal pada “Ny. E” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Sri Rulihari, S.ST., M.Kes tahun 2019.
3. Melakukan asuhan bayi baru lahir pada “Ny. E” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Sri Rullihari, S.ST., M.Kes tahun 2019.
4. Melakukan asuhan masa nifas pada “Ny. E” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Sri Rulihari, S.ST., M.Kes tahun 2019.
5. Melakukan asuhan Neonatus pada By “Ny. E” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Sri Rulihari, S.ST., M.Kes tahun 2019.
6. Melakukan asuhan Keluarga Berencana pada “Ny. E” dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan di PMB Sri Rulihari, S.ST., M.Kes tahun 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 berdasarkan kompetensi bidan.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah PMB Sri Rulihari, S.ST., M.Kes Sekapuk Ujung Pangkah Gresik yang telah memiliki kesepakatan kerjasama dengan Fakultas Kesehatan 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 Maret sampai Juli 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.