

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Proses reproduksi dimulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB diharapkan terjadi secara fisiologis, namun kemungkinan keadaan tersebut dapat berubah menjadi patologis dan mengancam jiwa ibu dan bayi. Untuk itu diperlukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan dan berkualitas. 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. (Manuaba, 2014).

AKI dan AKB merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan SDG's (*Sustainable Development Goal's*). SDG's pada goals 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, dan AKB hingga 12 per 1.000 Kelahiran Hidup. Dan pada goals 5 adalah menjamin kesetaraan gender serta memberdayakan seluruh wanita dan perempuan. (Depkes RI, 2015)

AKI di Indonesiapada tahun 2017 tercatat 305 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan berdasarkan hasil survei Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2017 Trimester I, Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia tercatat 1.712 kasus dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 10.294 kasus. (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 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%. (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).

Survei pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 24 Februari 2019, pada tahun 2018 di PMB Siti Hamidah, S.ST, M.Kes diperoleh hasil bahwa tidak terdapat kematian ibu maupun bayi. Jumlah ibu hamil tahun 2018 adalah sebanyak 148 orang, Cakupan K1 murni sebanyak 114 ibu hamil 77,03%, Cakupan K1 akses sebanyak 34 ibu hamil 22,97%, Cakupan K4 125 ibu hamil 84,46%. Dari 148 ibu hamil, Jumlah persalinan di PMB sebanyak 18 orang, dan ada beberapa kasus yang dirujuk meliputi ibu bersalin dengan riwayat Ketuban Pecah Dini (KPD) sebanyak 2 orang, Hipertensi sebanyak 1 orang, Oligohidramnion sebanyak 1 orang, Makrosomia sebanyak 2 orang, Abortus incomplete sebanyak 1 orang, gerak janin

kurang aktif sebanyak 1 orang, Plasenta Previa sebanyak 1 orang, letak sungsang sebanyak 1 orang, dan Asfiksi sebanyak 1 bayi, dan sisanya belum masuk taksiran persalinan tahun 2019, jumlah akseptor KB sebanyak 1.022 orang, dan jumlah imunisasi pada bayi sebanyak 103 anak. (Data PMB Siti Hamidah).

Faktor-faktor yang menyebabkan AKI dibagi menjadi 2 yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan atau masa nifas, dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut misalnya perdarahan, pre-eklampsia atau eklampsia, infeksi, persalinan macet dan abortus. Penyebab tidak langsung adalah akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular, (Prawirohardjo, 2016)

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 di ketahui, dan lain-lain. (Saifuddin, 2014).

Upaya yang dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi ketika ada komplikasi adalah pertolongan persalinan dengan sectio caesarea. Menurut *World Health Organization* (WHO) menetapkan standart rata-rata persalinan operasi caesar di sebuah negara adalah sekitar 5-15%/1000 kelahiran di dunia. Menurut WHO, peningkatan persalinan dengan operasi caesar di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000/kelahiran diseluruh Asia. Di Indonesia sendiri, angka kejadian operasi caesar juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta. Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan operasi caesar di Indonesia dari tahun 1991 sampai tahun 2007 yaitu 1,3-6,8 %.

Persalinan caesar di kota jauh lebih tinggi dibandingkan di desa yaitu 11% dibandingkan 3.9 %. Hasil riskesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi caesar sebesar 9,8% dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013, dengan propinsi tertinggi di DKI Jakarta (19,9%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (3,3%). Secara umum pola persalinan melalui operasi caesar menurut karakteristik menunjukkan proporsi tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan teratas (18,9%), tinggal di perkotaan (13,8%), pekerjaan sebagai pegawai (20,9%) dan pendidikan tinggi/lulus Perguruan Tinggi (25,1%).

Faktor pendorong kejadian persalinan sectio caesarea di Indonesia diantaranya status ekonomi atas, tingkat pendidikan yang lebih tinggi, wilayah tinggal di perkotaan, status pekerja sebagai pegawai swasta dan kepemilikan jaminan kesehatan. Sedangkan terkait dengan status kesehatan ibu dan janin, usia kehamilan 42 minggu (post term), kehamilan dengan janin kembar, umur ibu yang melahirkan diatas usia 35 tahun, tinggi ibu yang kurang dari 145 cm berpeluang lebih besar untuk terjadinya persalinan secara sectio caesarea di Indonesia, sedangkan pada riwayat kelahiran hidup atau paritas 1 kelahiran, ibu dengan riwayat ANC lengkap memiliki peluang lebih besar untuk terjadinya persalinan section caesarea.

Upaya lain yang dilakukan di Indonesia 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 tempat Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Komprehensif(PONEK) dan 300 Puskesmas/Balkesmas tempat Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Dasar (PONED) 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 RI, 2016)

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 AMP, program lain nya adalah GSI dan P4K yang dijalankan oleh kader di setiap kecamatan. (Dinas Kominfo Gresik, 2017)

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. Selain itu, pembentukan P4K diwajibkan di setiap desa/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 Sumber Daya Manusia (SDM).

Upaya yang dilakukan di PMB untuk mengurangi masalah tersebut adalah penerapan penatalaksanaan asuhan kebidanan sesuai standart 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), 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.

Bidan merupakan ujung tombak dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan sebagai tenaga kesehatan yang profesional, bekerja sebagai mitra masyarakat khususnya keluarga sebagai unit terkecilnya, yang berarti bidan memiliki posisi strategis untuk memberikan pelayanan kesehatan yang

komprehensif (berkesinambungan, terpadu dan paripurna) yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam upaya terwujudnya paradigma sehat. Berdasarkan latar belakang di atas, seorang D3 Kebidanan berkewajiban untuk melakukan asuhan berkesinambungan (*Continuity of care*) mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL, dan KB.

1.2. Pembatasan Masalah

Berdasarkan ruang lingkup asuhan yang diberikan adalah asuhan ibu hamil, melahirkan, masa nifas, bayi baru lahir, neonatus dan KB berdasarkan *Continuity of care*.

1.3. Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan 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 didokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kehamilan pada “Ny.M” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Siti Hamidah SST., M.Kes
2. Melakukan asuhan persalinan normal pada “Ny.M” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Siti Hamidah SST., M.Kes
3. Melakukan asuhan bayi baru lahir pada bayi “Ny.M” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Siti Hamidah SST., M.Kes
4. Melakukan asuhan masa nifas pada “Ny.M” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Siti Hamidah SST., M.Kes
5. Melakukan asuhan neonatus pada “Ny.M” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Siti Hamidah SST., M.Kes
6. Melakukan asuhan dalam keluarga berencana pada “Ny.M” dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan di PMB Siti Hamidah SST., M.Kes

1.4. Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu dengan memperhatikan *continuity of care* mulai hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan berdasarkan kompetensi bidan.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah PMBSiti Hamidah SST., M.Kes.

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 6 bulan mulai Maret sampai Agustus 2018.

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.

1.5.1 Manfaat Praktis

1. Bagi Lahan Praktik

Senantiasa 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.