BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

WHO melaporan pada tahun 2017, sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan, 1/3 jumlah AKI dunia berada di Asia Tenggara dengan jumlah rerata 197 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah ini membuat negara Indonesia berada di 10 besar AKI tertinggi di dunia. Indonesia juga berada di urutan ke 2 di kawasan Asia Tenggara dengan posisi pertama ialah negara Laos dengan jumlah AKI 357 per 100.000 kelahiran (priyambodo 2018). Dengan data kasus tersebut negara-negara di dunia bersatu membuat Program *Sustainable Development Goals (SDGs)* 2015-2030, dengan Salah satu target utama dari *SDGs* adalah "mengurangi AKI global menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup" (WHO, 2018).

Menurut Profil Kesehatan Indonesia 2018, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran sehat, dari target nasional 131 per 100.000 kelahiran. Sedangkan AKI di Provinsi Jawa Timur, mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup, dari target Supas 91,97 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Jatim 2017). Pada tahun 2018 AKI di kota Surabaya menurut Profil Kesehatan Kota Surabaya mencapai 72,99 per 100.000 kelahiran hidup, dari target AKI Kota Surabaya sebesar 82,4 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kota Surabaya 2018). Tetapi, capaian tersebut masih lebih tinggi dari target yang ditentukan *SDGs* yaitu, 70 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI,2018).

Angka Kematian Neonatus (AKN) secara global adalah 2,5 juta anak meninggal pada bulan pertama kehidupan pada tahun 2018. Target *SDGs* 2030 ialah 12 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2018). Indonesia menempati peringkat 2 terbesar di Asia Tenggara (priyambodo 2018) dan 8 besar di dunia dengan jumlah AKN 15 per 1000 kelahiran hidup (nursalikah dan awaliyah 2018).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKN sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup, hal tersebut masih lebih tinggi dari angka yang ditargetkan *SDGs* berupa 12 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB adalah 24 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA 32 per 1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Balita telah mencapai Target Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs) 2030 yaitu sebesar 25/1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI,2018). Jumlah AKBdi Jawa Timur mencapai 23,1 per 1000 kelahiran hidup. Angka tersebut sudah lebih kecil dari yang ditargetkan, yaitu 24 per 1000 kelahiran hidup (Profil Dinkes Jawa Timur 2017). Sedangkan, menurut profil Kesehatan Kota Surabaya tahun 2018 menunjukkan AKN sebesar 3,08 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kota Surabaya 2018).

Penyebab tinggi Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2018 adalah pre-eklampsia 32,26%, perdarahan 16,13% dan penyebab lain 48,39%(meliputi; infeksi, penyakit kronis bawaan: DM, jantung, PMS,dll)(Profil Kesehatan Kota Surabaya 2018). Penyebab kematian ibu salah satunya adalah perdarahan pasca persalinan. Perdarahan *postpartum* dapat terjadi salah satunya dikarenakan anemia pada kehamilan yang tidak dikelola dengan adekuat dan ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) (Kemenkes RI, 2018)

Berdasarkan Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2015, 53,9% ibu hamil mengalami defisit energi (<70% AKE) dan 13,1% mengalami defisit ringan (70-90% AKE). Untuk kecukupan protein, 51,9% ibu hamil mengalami defisit protein (<80% Angka Kecukupan Protein (AKP)), dan 18,8% mengalami defisit ringan (<80-99% AKP). Salah satu identifikasi ibu hamil KEK adalah memiliki ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5 cm (Kemenkes RI,2018).

Ibu hamil dengan KEK dapat melahirkan bayi-bayi dengan status gizi buruk. Dimana jika hal ini berlangsung dalam waktu lama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan tidak dikelola dengan baik akan menghasilkan balita dengan *stunting* (Kemenkes RI, 2018)

Laporan RIKESDAS 2018, proporsi status gizi buruk di Indonesia adalah 3,9%. sedangkan persentase balita gizi kurang 13,8%. Dimana hasil ini tidak terlalu jauh beda dengan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017, gizi buruk pada balita 0-59 bulan 3,8%, sedangkan gizi kurang 14,0%. Dengan persentase tertinggi gizi buruk dan gizi kurang 22,2%, usia 0-59 bulan tahun 2018 adalah Nusa Tengara Timur, sedangkan Provinsi dengan persentase terendah adalah Kepulauan Riau dengan 9,8% (Kemenkes RI,2018).

Sedangkan untuk kasus balita dengan *stunting* usia 0-23 bulan tahun 2018, yaitu pendek 12,8% dan sangat pendek 17,1%. Kondisi ini meningkat dari tahun sebelumnya dimana persentase balita sangat pendek 6,9%, dan balita pendek 13,2%. Pada tahun 2018, Provinsi Aceh memiliki persentase tertinggi balita sangat pendek & pendek dengan persentase 19,0. Sedangkan Provinsi DKI Jakarta memiliki persentase terendah dengan 9,2% (Kemenkes RI,2018).

Untuk kategori persentase balita sangat pendek & pendek usia 0-59 bulan tahun 2018 adalah 11,5% dan 19,3%. Kondisi ini meningkat untuk kategori persentase balita sangat pendek 9,8% dan menurun untuk kategori persentase balita pendek sebesar 19,8%. Provinsi dengan persentase tertinggi kategori balita sangat pendek & pendek usia 0-59 bulan tahun 2018 adalah Nusa Tenggara Timur dengan 17,4% dan 18,5%, dan terendah adalah Provinsi DKI Jakarta dengan 7,0% dan 9,2%. (Kemenkes RI,2018).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (RIKESDAS) Jawa Timur 2018 proporsi status gizi buruk 3,35%, sedangkan gizi kurang 13,43%. Proporsi status gizi sangat pendek tahun 2018 sebesar 12,92% dan proporsi status gizi pendek pada balita tahun 2018 sebesar 19,89%. Total persentase balita gizi sngat pendek dan pendek adalah 32,81%. Proporsi status gizi sangat kurus pada balita tahun 2018 sebesar 6,28%,proporsi status gizi kurus pada balita tahun 2018 sebesar 2,86%,proporsi status gizi gemuk pada balita tahun 2018 sebesar 9,3% (Profil Kesehatan Jawa Timur 2017).

Menurut RIKESDAS Kota Surabaya 2018 proporsi status gizi sangat kurang berdasar berat badan menurut umur (BB/U) pada balita usia

0-59 bulan adalah 0,75%. Sedangkan proporsi status gizi kurang adalah 8,26%. Persentase status gizi balita kurus dan sangat kurus menurut berat badan serta tinggi badan (BB/TB) usia 0-59 bulan tahun 2018 adalah 0,14% dan 3,53%. Dan untuk persentase balita stunting dengan kategori sangat pendek adalah 2,04%, dan pendek 6,88% (Profil Kesehatan Surabaya 2017).

Berdasarkan data diatas, dalam rangka mengatasi permasalahan kesehatan yang ada di Indonesiauntuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat secara maksimal khususnya pada Ibu dan Anak. Maka, sesuai (RPJMD) Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Surabaya 2016-2021 bidang kesehatan yaitu, salah satunya program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak, dimana tolak ukur keberhasilanya adalah cakupan kunjungan ibu hamil K4, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Tolinakes), cakupan kunjungan neonatal lengkap, imunisasi dasar lengkap, serta program perbaikan gizi masyarakat (Profil Kesehatan Kota Surabaya, 2018).

Sebagai upaya percepatan penurunan AKI salah satunya adalah melaksanakan asuhan secara berkelanjutan atau *Continuity Of Care*, merupakan suatu proses dimana tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi, biaya perawatan medis yang efektif. *Continuity Of Care* pada awalnya merupakan ciri dan tujuan pengobatan keluarga yang menitik beratkan kepada kualitas pelayanan kepada pasien dengan mendapat bantuan bidan (tenaga kesehatan) (Estiningtyas dan Nuraisya 2013)

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis dalam memenuhi tugas akhir melakukan pendampingan pada ibu hamil untuk mendeteksi dini kemungkinan komplikasi, pencegahan 3 Terlambat, memberikan motivasi dan penyuluhan kepada ibu hamil, keluarga dan orang-orang yang berpengaruh hingga proses persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan juga keluarga berencana dengan *Continuity of Care*.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan yang komprehensif secara berkesinambungan sejak masa hamil sampai masa nifas hingga keikutertaan dalam ber KB, secara komprehensif, menggunakan kerangka pikir manajemen kebidanan dengan pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengumpulan data subyektif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
- Mampu melaksanakan pengumpulan data obyektif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
- Mampu menganalisa dan menentukan diagnosa pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB
- d. Mampu melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan secara continuedan berkesinambungan (Continuity of Care) pada ibu hamil sampai bersalin, nifas, neonatus, dan KB

1.3 Manfaat

1.3.1 Teoritis

a. Bagi Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB secara *continue*

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam perkuliahan maupun praktik lapangan agar dapat menerapkn secara langsung berkesinambungan asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB dengan pendekatan7 menejemen kebidanan yang sesuai standart pelayanan kebidanan.

1.3.2 Praktisi

1. Bagi Lahan Praktik

Dapat dijadikan acuan untuk mempertahankan mutu pelayanan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) khususnya pelayanan ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB dalam batasan *continuity of care*. Serta dapat mebantu pemerintah dalam menurunkan AKI & AKB dalam pelayanan kesehatan.

2. Bagi Klinik

Klien mendapaatkan asuhan kebidanan komprehensif secara *continuity of care* selama proses kehamilan, persalinan, nifas, kontrasepsi dan perawatan bayi barulahir sehingga kesejahteraan ibu dan bayi meningkat.