

BAB 1

PENDAHUUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan keluarga dilakukan dalam upaya untuk mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Ibu dan Anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok yang rentan. Terkait hal ini fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu dan fase tumbuh kembang pada anak sehingga perlunya peningkatan kesehatan. Tingginya angka kematian maternal mempunyai dampak yang besar terhadap keluarga dan masyarakat.

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 Angka Kematian Ibu (AKI) di Asean sebesar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan serta persalinan. Sedangkan Secara umum di Indonesia berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2018 terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran. AKI provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2018, AKI kota Surabaya mencapai 72,99 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Dinkes Surabaya, 2018).

Kematian Ibu disebabkan oleh banyak hal seperti perdarahan pervaginam, infeksi setelah persalinan, hipertensi saat kehamilan atau disebut dengan preeklamsia dan eklamsia, partus lama atau macet dan melakukan aborsi tidak aman. Penyebab tertinggi kematian ibu pada tahun 2018 yaitu preeklamsi atau eklamsi sebesar 32,26% dan perdarahan yaitu 16,13%. Sedangkan dengan penyakit lainnya 48,39% (Profil Dinkes Surabaya, 2018).

Keadaan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) yang diperoleh dari laporan rutin relative sangat kecil, namun bila dihitung angka kematian masih tinggi yaitu sebanyak 4.059 bayi meninggal pertahun dan sebanyak 4.464 balita meninggal pertahun.

Dalam satu hari berarti sebanyak 11 bayi meninggal dan 12 balita meninggal (Profil Dinkes Jawa Timur, 2017).

Penyebab utama Angka Kematian Bayi pada tahun 2016 yaitu premature, komplikasi terkait persalinan seperti asfiksia atau kesulitan bernapas saat lahir, infeksi dan cacat lahir (*birth defect*). Angka Kematian Bayi (AKB) pada posisi 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (angka estimasi dari BPS Provinsi) (Profil Dinkes Jawa Timur, 2017).

Upaya-upaya pemerintah untuk menurunkan AKI dan AKB di antaranya program *Expanding Material and Neonatal Survival* (EMAS) tahun 2012-2016, yang bertujuan untuk menurunkan AKI dan AKB. Program ini diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan AKI dan AKB sebesar 25% di Indonesia dan untuk membantu tercapainya target SDGs. Berdasarkan model tersebut diperkirakan pada tahun 2030 AKI di Indonesia turun menjadi 131 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2016 Kemenkes juga meluncurkan program GERMAS atau Gerakan Masyarakat untuk hidup sehat, memelihara kesehatan anak untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB). Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan dan sampai berusia 18 tahun.

Perkumpulan Keluarga Berencana (PKBI) Melalui Pogram Pelayanan KB dan Kespro, menyediakan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat (termasuk kelompok difabel dan kelompok marjinal lain). Salah satu bentuk pelayanan yang diberikan oleh PKBI dalam program tersebut adalah program Keluarga Berencana yang senada dengan poin pertama dari enam pilar utama *The safe motherhood Association*. Selain program KB, PKBI juga menyediakan pelayanan penanganan kehamilan tidak diinginkan yang komprehensif, PKBI juga memiliki komitmen untuk mengembangkan upaya pencegahan dan penanggulangan IMS, HIV dan AIDS (Arief Rahadian, PKBI, 2017).

Dari usaha-usaha di atas di dapatkan hasil diantaranya seperti cakupan K1 yang merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Berdasarkan data Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) kesehatan Ibu dan Anak (KIA), capaian cakupan ibu hamil K1 kota Surabaya pada tahun 2018 adalah 100,09% dan cakupan kunjungan ibu hamil K4 sebesar 98,98% dari 46.721 ibu hamil di Kota Surabaya (Profil Dinkes Surabaya, 2018).

Cakupan Kunjungan Neonatal yang pertama (KN1) sebagai salah satu upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal, yaitu 6-48 jam setelah lahir yang meliputi antara lain kunjungan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI Eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 (HB0) injeksi bila belum diberikan. Cakupan kunjungan bayi kota Surabaya pada tahun 2018 mencapai 97,78% dan ada 6 Puskesmas tidak mencapai target yang ditentukan dalam Renstra (90%) (Profil Dinkes Surabaya, 2018).

KB juga berperan penting dalam menurunkan AKI dan AKB karena semakin tinggi angka prevalensi KB maka semakin rendah *total fertility rate* (TFR) suatu negara. Berdasarkan data dari BKKBN, KB Aktif di antara PUS tahun 2018 sebesar 63,27% hampir sama dengan tahun sebelumnya yang sebesar 63,22%. Sementara target RPJMN yang dicapai tahun 2019 sebesar 66%. Hasil SDKI tahun 2017 juga menunjukkan angka yang sama pada KB aktif yaitu sebesar 63,6% (Profil Kesehatan Indonesia, 2018)

Asuhan yang berkelanjutan *continuity of care* adalah pelayanan penurunan AKI dan AKB yang di capai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga professional kesehatan. Pelayanan kebidanan harus di sediakan Mulai dari prakonsepsi awal kehamilan, selama semua trimester, melahirkan

sampai enam minggu pertama postpartum (Pratami, 2014). Bidan di haruskan memberikan pelayanan kebidanan yang kontinyu (*continuity of care*) mulai dari ANC, INC, asuhan BBL, asuhan postpartum asuhan neonates dan pelayanan keluarga berencana yang berkualitas.

Berdasarkan paparan diatas untuk menurunkan AKI dan AKB serta memenuhi laporan tugas tugas akhir sebagai syarat kelulusan Akademik, maka penulis ingin melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* atau secara komprehensif dengan prosedur manajemen kebidanan dengan pendokumentasin metode SOAP.

1.2 Tujuan

1.2.2 Tujuan Umum

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

1.2.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.
2. Melakukan pengkajian data obyektif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
3. Menyusun analisa data sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
4. Melaksanakan penatalaksanaan secara *Continue Of Care* pada ibu hamil, bersalinan, nifas, neonatus dan KB

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat Teoritis

1. Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara komprehensif terhadap

ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi.

2. Dapat dijadikan bahan perbandingan untuk laporan studi kasus selanjutnya.
3. Sebagai bahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), khususnya dalam memberikan informasi tentang perubahan fisiologis, psikologis dan asuhan yang di berikan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi secara komprehensif.

1.3.2 Manfaat praktis

1. Bagi penulis

Dapat mempraktekkan teori yang di dapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

2. Bagi lahan praktik (Puskesmas)

Sebagai perpanjangan tangan bagi tenaga kesehatan untuk mendukung program pemerintah menurunkan AKI dan AKB.

3. Bagi klien

Dengan adanya asuhan komprehensif ini klien dapat terhidar dari resiko terjadi komplikasi pada siklus reproduksi.