

BAB I

PENDAHULUAN

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 tingginya angka kematian maternal mempunyai dampak yang besar terhadap keluarga masyarakat. (Profil Kesehatan 2018)

Berdasarkan laporan *world health organization* (WHO) tahun 2017 angka kematian ibu AKI di Asean sebesar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan seperti persalinan. Sedangkan Berdasarkan sumber data profil kesehatan indonesia tahun 2018 untuk anak kematian secara global sebesar 305, per 100.000 kelahiran hidup. kemudian AKI di provinsi jawa timur mencapai 91,45 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2018 AKI kota Surabaya mencapai 72,92% kelahiran hidup angka pencapaian tersebut masih jauh dari proses MDGs yaitu AKI turun menjadi 131. Per 100 kelahiran hidup tersebut pada tahun 2030. Sedangkan tahun 2015 cakupan target dan pelayanan dalam era SDGs untuk mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 (Profil Kesehatan 2018)

Kematian ibu disebabkan oleh banyak hal seperti perdarahan pervaginam, infeksi persalinan, anemia pada ibu hamil, hipertensi saat kehamilan atau disebut dengan selama hamil (jamu) dan terbatas informasi yang diketahui ibu, baik tentang kondisi kesehatan atau pelayanan kesehatan. penyebab kematian ibu adalah faktor ketidaktahuan ibu tentang kondisi kehamilan, yaitu pre eklamsi/ eklamsia sebesar 32,26% dan perdarahan yaitu 16,13% sedangkan penyebab penyakit lain 48,39% kematian ibu juga disebabkan beberapa faktor di antaranya masih tingginya angka kejadian alamia pada kehamilan. Seperti yang dilaporkan di atas ibu hamil anemia sebesar 31,32% anemia pada kehamilan berdampak pada outcome kehamilan yang dapat mempengaruhi dan perkembangan arah di masa mendatang sedangkan di tahun 2015 cakupan target dan pelayanan dalam era SDGs untuk mengurangi

AKI hingga dibawah 70 per 100.000 dan AKB hingga 25 per 100.000 (Profil Dinkes Surabaya 2018)

Sedangkan kematian Bayi AKB di dunia sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup asia tengara 24 per 1.000 kelahiran hidup. Di kota Surabaya angka kematia bayi (AKB) pada tahun 2018 yaitu sebesar 5,04 per 1.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Surabaya di Indonesia dalam satu terakhir mengalami penurunan dari 68 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan angka kematian balita turun dari 97 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup (BKKBN 2013) keadan angka kematian bayi AKB angka kematian neonatal AKN yang di peroleh dari laporan rutin relative sangat kecil pertahun.(profil dinkes jawa timur) sedangkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 menyatakan bahwa presentasi giziburuk di Indonesia adalah 3,9% sedangkan presentasi gizi kurang adalah 13,8% hal tersebut tidak bedah jau dengan hasil pemantauan statu gizi PSG yg di selenggarakan oleh kementrian kesehatan tahun 2017 yaitu gizi buru pada balita usia 0-59 bulan sebesar 3,8% sedangkan yang sering di sebut sebagai stuntingmerupakan status gizi yang bedasarkan pada indeks tinggi badan menurut umur.presentasi balita sangat pendek dan pendek usia 0-23 bulan di Indonesia tahun 2018 yaitu 12,8 dan 17,1% kondisi ini meningkat pada tahun sebelumnya dan balita sangat pendek yaitu sebesar 6,9% dan balita pendek sebesar 13,2% pada tahun 2018(Profil Kesehatan Indonesia)

Upasya pemerintah yang menurunkan AKI dan AKB di antaranya:program *expanding tahun.maternal and neonatal survival* (EMAS) tahun 2012-2016, yang bertujuan untuk menurunkan AKI dan AKB. Program ini di harapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan AKI dan AKB sebesar 25%di Indonesia dan untuk membantu tercapainya targed MDGs.pada tahun 2016 kemankes juga meluncurkan program GERMAS atau Gerakan masyarakat untuk hidup sehat, memelihara kesehatan anak untuk mempersiapkan generasi yang akan dating yang sehat, cerdas dan berkualitas serta menurunkan angka kematian bayi (AKB) upaya pemeliharaan kesehatan anak di lakukan sejak janin masih dalam kandungan, di lahirkan, sampai berusia 18(Dinkes Kesehatan 2018)

Perkumpulan keluarga berencana (PKBI) melalui program pelayanan KB dan Kespro, menyediakan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat (termasuk kelompok di fable dan kelompok marjinal lainnya) salah satu bentuk pelayanan yang berikan 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 penenangan kehamilan tidak diinginkan yang komprehensif, PKBI juga memiliki komitmen untuk membangunkan upaya pencegahan dan penanggulangan IMS, HIV dan AIDS (Arief Rahadian PKBI,2017)

Cakupan KI merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Berdasarkan data pemantauan wilaya setempat (PWS) kesehatan ibu dan anak (AKI) capainya cakupan ibu hamil k1 kota Surabaya pada tahun 2018 100,09% dan cakupan kunjungan ibu hamil K4 sebesar 98,98% dari 46.721 ibu hamil di kota Surabaya (Profil Dinas Surabaya 2018)

Cakupan KN1 di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 97,36 % lebih tinggi dari tahun 2017 sebesar 92,62% cakupan ini suda memenuhi target resentra tahun 2018 yang sebesar 58% dan hasil pencapaian nasional per provinsi masi terdapat disparitas cakupan KN1 antara provinsi yang berkisar antar 53,37 di Papua dan 128,93% di jawa tengah.sedangkan data kunjungan neonatal juga di kumpulkan dalam riset kesehatan dasar cakupan KN1 hasil Riskeudas 2018 lebih rendah di bandingkan cakupan hasil pencatatan rutin program yaitu, sebesar 84,1%.sedangkan cakupan kunjungan neonatal lengkap (KN Lengkap) yaitu cakupan pelayanan kunjungan neonatal minimal tiga kali sesuai standar,pada tahun 2018 sebesar 91,39% empat profinsi cakupanya mencapai 100% yaitu jawa barat,Bali, DKI Jakarta dan Kalimantan utara. Sedangkancakupan terendah di Nusa Tenggara Timur (60,17) di Yogyakarta (72,12%) dan Sulewesi Barat (74,35%) (profil kesehatan indonesia2018)cakupan kunjungan neonatal yang pertama (KN1) sebagai sala satu upaya kesehatan yang di lakukan untuk mengurani resiko 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. ASIA Eklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan hepatitis B0 (HB0) injeksi bila belum di berikan. Cakupan kunjungan bayi kota Surabaya pada tahun 2018 mencapai 97,78% dan ada 6 puskesmas tidak mencapai target yang di tentukan dalam renstra (90%) (Profil Kesehatan Indonesia)

Asuhan yang berkelanjutan atau *continuity of care* salah satu upaya untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB. *Continuity of care* adalah suatu proses dimana tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang menitik beratkan kepada kualitas pelayanan kepada pasien dengan mendapatkan bantuan radi tenaga kesehatan (Estiningtyas dan Nuraisyah 2013) berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus di sediakan melalui prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum (Evi Pratami) Berdasarkan laporan di atas untuk menurunkan AKI dan AKB serta memenuhi laporan tugas akhir sebagai syarat kelulusan akademik, maka penulis ingin melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of care* atau secara komprehensif dengan prosedur manajemen kebidanan dan di dokumentasi menggunakan 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 piker manajemen kebidanan dengan pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates, dan KB.
2. Melakukan pengkajian data obyektif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates, dan KB.
3. Menyusun Analisa data sesuai dengan peoritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.
4. Melaksanakan penatalaksanaan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates, dan KB.

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat Teoritis

1. Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan, serta bahan dalam penarapan asuhan kebidanan secara komprehensif terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan pelayanan kontrasepsi
2. Dapat di jadikan bahan perbandingan untuk laporan studi kasus selanjutnya.
3. Sebagai bahan untuk meningkat kualitas pelayanan kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Khususnya pada 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 mempratekan teori yang dapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.
2. Bagi lahan praktik
Dapat di jadikan acuan untuk dapat mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif
3. Bagi klien
Klien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

