

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa depan suatu bangsa dipengaruhi oleh kesejahteraan ibu dan anak, kesejahteraan ibu dan anak dipengaruhi oleh proses kehamilan, persalinan, postpartum (nifas), BBL dan juga pada saat pemakaian alat kontrasepsi. Proses tersebut akan menentukan kualitas sumber daya manusia yang akan datang. Pelayanan kesehatan maternal merupakan salah satu unsur penentu status kesehatan (Saifuddin, 2013). Keadaan fisiologis bisa menjadi patologis apabila tidak dilakukan asuhan secara komprehensif. Asuhan kebidanan komprehensif merupakan pelayanan kesehatan utama yang diberikan pada ibu dan anak. Setiap ibu hamil akan menghadapi resiko yang akan mengancam jiwanya. Maka dari itu, setiap ibu hamil memerlukan asuhan kebidanan selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB (Wahyuningrum,2012). Dalam menilai status derajat kesehatan dapat digunakan beberapa indikator. Indikator-indikator tersebut pada umumnya tercermin dari kondisi morbiditas dan mortalitas. Pada bagian ini gambaran derajat kesehatan digambarkan melalui Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Derajat kesehatan masyarakat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, faktor-faktor tersebut tidak hanya berasal dari sektor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana

kesehatan, melainkan juga dipengaruhi oleh faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan social, keturunan, dan lain sebagainya (Maryunani, 2013).

AKI menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. Jumlah AKI sangat tinggi di dunia, tercatat 800 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan kelahiran anak. Pada tahun 2013 lebih dari 289.000 perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan (WHO, 2014). Masalah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Hal ini dikarenakan masih tingginya AKI dan AKB yang ada di Indonesia. AKI dan AKB di Indonesia merupakan yang tertinggi di ASEAN dengan jumlah kematian ibu tiap tahunnya mencapai 450 per 100.000 kelahiran hidup (KH) yang jauh di atas angka kematian ibu di Filipina yang mencapai 170 per 100.000 KH, Thailand 44 per 100.000 KH (Profil Kesehatan Indonesia, 2010). Menurut WHO (World Health Organisation) pada tahun 2010 AKI di Indonesia mencapai 228/100.000 kelahiran hidup dan meningkat pada tahun 2012 yaitu AKI mencapai 395 per 100.000 kelahiran hidup. Indonesia sebagai salah satu negara dengan AKI tertinggi Asia dan tertinggi ke-3 di kawasan ASEAN, salah satunya penyebab kematian ibu adalah infeksi pada kehamilan yang hampir 50%. Penyakit infeksi yang terjadi pada ibu hamil juga dapat meningkatkan resiko terjadinya kelahiran preterm, berat badan lahir rendah (BBLR) dan terjadinya ketuban pecah dini (KPD) (KeMenKes, 2012). Menurut WHO pada tahun 2010 tercatat ada satu dari enam kelahiran dilahirkan prematur atau tidak cukup bulan, di Indonesia sendiri kejadian

persalinan preterm berkisar antara 10 - 20% dan lebih dari 50% kasus persalinan preterm dan ketuban pecah dini disebabkan oleh infeksi lokal seperti infeksi pada alat genital maupun infeksi sistemik dan persalinan preterm dapat menyebabkan 36% kematian neonatus. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKB mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Apabila dibandingkan dengan target dalam Millenium Development Goals (MDGs) ke-4 tahun 2015 yaitu 17/1000 KH, ternyata AKB di Indonesia masih sangat tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

Berdasarkan data Pemetaan wilayah setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), capaian cakupan ibu hamil K1 Provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 adalah 92,20% sedangkan capaian cakupan ibu hamil K4 Provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 adalah 88,66 %. Capaian cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Linakes) untuk Provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 mencapai 92,45 %. (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2014). Di Jawa Timur angka kejadian infeksi nifas mencapai 38 ibu postpartum atau 8% dari 487 jumlah kasus kematian maternal (Trijanto, 2008). Angka cakupan kunjungan bayi di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 yaitu 95.43%. Cakupan peserta KB aktif pada tahun 2014 Provinsi Jawa Timur mencapai 72,80 %. Menurut survey Demografi Dinas Kesehatan Ponorogo bulan Januari sampai dengan November tahun 2016 angka kematian ibu yang tercatat di Kabupaten Ponorogo adalah sebesar 119 jiwa per 100.000 KH angka ini meningkat drastis dari tahun 2015 yaitu

91 per 100.000 KH. Sedangkan menurut survey Demografi Dinas Kesehatan Ponorogo tahun 2015, Angka Kematian Bayi yang tercatat di Kabupaten Ponorogo mengalami peningkatan dari tahun ke tahun pada tahun 2014 Angka Kematian Bayi di kabupaten Ponorogo mencapai angka 13,6 per 1000 KH. Pada tahun 2015 Angka Kematian Bayi di kabupaten Ponorogo yaitu 14,6 per 1000 KH. Sedangkan pada tahun 2016 Januari sampai November Angka Kematian Bayi di kabupaten Ponorogo yaitu 17,1 per 1000 KH. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Ponorogo (2010) di Kabupaten Ponorogo kematian ibu postpartum sebanyak 15 ibu postpartum (DINKES Ponorogo, 2010).

Menurut data di BPM Ny. A Desa Gombang Kecamatan Nailan Kabupaten Ponorogo pada tahun 2016, jumlah ibu hamil kunjungan awal (K1) sebanyak 117, jumlah kunjungan lengkap (K4) sebanyak 86 orang dan 31 lainnya tidak melakukan kunjungan lengkap (K4) dikarenakan pindah rumah dan pindah bidan. Jumlah persalinan (INC) sebanyak 99 orang, 49 orang melahirkan secara normal, dan 43 orang dilakukan rujukan dengan persalinan secara SC, 4 orang dengan spontan induksi, 4 orang dengan vacum, karena beberapa penyebab seperti mempunyai riwayat SC, riwayat vacum, ibu dengan resiko tinggi (primi tua), kala II lama akibat panggul sempit, KPD, hipertensi dan sungsang. Jumlah ibu nifas sebanyak 99 orang, 2 orang dengan retensio plasenta dan 1 orang dengan atonia uteri. Kunjungan neonatus (KN1) sebanyak 49 orang, BBLR 6 orang, gemeli 1

.asfiksia 3 orang, dan bayi meninggal 1 orang dikarenakan kelainan congenital. Akseptor KB aktif sebanyak 100 orang.

Adanya kesenjangan di BPM Ny A karena kurangnya cakupan ibu hamil yang melakukan kunjungan *antenatalcare* secara rutin (K4) berdampak pada tidak didapatkannya serangkaian pelayanan yang terkait dengan upaya memastikan ada tidaknya kehamilan dan penelusuran berbagai kemungkinan adanya penyulit atau gangguan kesehatan selama kehamilan yang mungkin dapat mengganggu kualitas kehamilan. Dan adapula kesenjangan lain yaitu lebih banyaknya persalinan yang dilakukan rujukan daripada persalinan normal dengan kasus mempunyai riwayat SC, riwayat vacuum, ibu dengan resiko tinggi (primi tua), kala II lama akibat panggul sempit, KPD, hipertensi dan sungsang.

Kementrian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya percepatan penurunan AKI dan AKB antara lain mulai tahun 2010 meluncurkan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Ke Puskesmas di Kabupaten/ Kota yang difokuskan pada kegiatan preventif dan promotif dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (DINKES, 2010). Selain itu pemerintah mempunyai program baru pada tahun 2012, yaitu menjalankan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS). Upaya pemerintah dalam program EMAS diantaranya mendekatkan jangkauan pelayanan kebidanan kepada masyarakat yaitu dengan dengan dibangunnya Pondok Bersalin Desa (Polindes) di setiap desa yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan cakupan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pemerintah

juga memberikan kewenangan tambahan Puskesmas untuk penanganan kegawatdaruratan pada kasus Pelayanan Obstetri Neonatal Essensial Dasar (PONED). Pemberdayaan RS sebagai sarana rujukan dalam penanganan kegawatdaruratan Pelayanan Obstetri Neonatal Essensial Komprehensif (PONEK) dan upaya standarisasi pelayanan kebidanan (Dinkes, 2012). Upaya yang dapat dilakukan dalam menurunkan angka kematian bayi dan kematian ibu mustahil dapat dilakukan sendiri oleh Pemerintah, terlebih dengan berbagai keterbatasan sumber daya yang dimiliki, tenaga, sarana prasarana, dan anggaran. Oleh karena itu mutlak diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor terkait, yaitu pemerintah daerah, sektor swasta, organisasi profesi kesehatan, kalangan akademisi, serta lembaga dan organisasi kemasyarakatan baik dari dalam negeri maupun luar negeri. Maka dari itu, upaya pemerintah dibuat sehingga bidan sebagai tenaga kesehatan melakukan *Continuity of Care* (Risksedas, 2013). *Continuity of Care* adalah asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai masa hamil sampai dengan KB (Pratami, 2012).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk menyusun laporan tugas akhir tentang asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada pasien mulai dari masa hamil sampai dengan KB.

1.2 Pembatasan Masalah

Bagaimanakah melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* kepada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana ?

1.3 Tujuan

a. Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* dan komperhensif pada ibu hamil TM III usia 34-40 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, BBL, dan pelaksanaan Keluarga Berencana.

b. Khusus

Setelah study kasus diharapkan mahasiswa mampu:

- 1) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*
- 2) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*
- 3) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan

kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*

4) Melakukan asuhan kebidanan pada BBL meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*

5) Melakukan asuhan kebidanan pada akseptor KB meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnose kebidanan, penyusunan rencana tindakan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*

1.4 Ruang Lingkup

a. Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan secara *Continuity of Care* kepada, ibu mulai hamil TM 3, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

b. Tempat

Asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* di Bidan Praktek Mandiri.

c. Waktu

Waktu yang di perlukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* dimulai bulan September 2016 sampai Juni 2017.

1.5 Manfaat

a. Theoritis

Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB.

b. Praktis

1) Bagi pasien, keluarga dan masyarakat

Menambah pengetahuan dan wawasan bagi masyarakat tentang kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana, sehingga mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawatdaruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas masyarakat.

2) Bagi institusi

Dapat menambah referensi bagi institusi dan dapat digunakan sebagai bahan pustaka dan sarana belajar.

3) Bagi mahasiswa bidan

Dapat menambah wawasan pada mahasiswa kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*.

4) Bagi bidan dan BPM

Untuk meningkatkan mutu pelayanan dan memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* sehingga dapat menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Ibu (AKB).