

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan dalam upaya kesehatan ibu dan bayi bisa di lihat melalui Angka Kematian Ibu (AKI) dan juga Angka Kematian Bayi (AKB). AKI merupakan jumlah kematian pada masa kehamilan, bersalin, dan nifas di karenakan kehamilan, persalinan, maupun nifas serta pengelolaannya bukan di sebabkan faktor kecelakaan, terjatuh, dan lain sebagainya di tiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015). Keluarga memiliki peran dalam status kesehatan untuk berperan terhadap optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan. Komponen keluarga ibu dan anak merupakan kelompok rentan. Masa kehamilan, persalinan, dan nifas pada ibu dan masa tumbuh kembang pada anak hal ini yang menjadi alasan pentingnya upaya kesehatan ibu dan anak (Profil Kesehatan RI 2017, 2017). AKB merupakan jumlah kematian bayi sebelum bayi berusia satu tahun per kelahiran hidup. Kasus kematian bayi dan balita, mulai tahun 2005 sampai 2011 cenderung meningkat. Target *Sustainable Development Goals* (SDGs) mulai tahun 2015 sampai 2030 memiliki 17 tujuan dan 169 target. Salah satu target adalah AKI hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat di cegah dengan target yang harus di capai adalah 23 per 1000 kelahiran hidup yang merupakan Goals ke 3 dari SDGs (Dirjen Bina Gizi KIA , 2015).

Menurut data *World Health Organization* (Dirjen Bina Gizi KIA , 2015)(WHO) AKI di negara berkembang lebih tinggi di bandingkan angka kematian ibu di negara maju yaitu 239 per 100.000 kelahiran hidup di negara berkembang , sedangkan di negara di negara maju hanya 12 per 100.000 kelahiran hidup pada 2015. Di Afrika, sekitar 179.000 jiwa, sementara itu di Indonesia, sekitar 305 per 1000 kelahiran hidup (Dinkes RI , 2017). AKI di Indonesia pada tahun 2014 mencapai 365 per 100.000 kelahiran hidup dan mengalami penurunan di tahun 2015 sekitar 305 per kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2015). AKI di provinsi Jawa Timur pada tahun 2017 mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini mengalami peningkatan di bandingkan tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di kabupaten Mojokerto pada tahun 2017 mengalami peningkatan dari pada tahun 2016, jumlah AKI di tahun 2016 sebanyak 22 per 10.000 kelahiran hidup sedangkan di tahun 2017 AKI mengalami peningkatan se jumlah 29 per 10.000 kelahiran hidup yang paling tinggi terjadi pada kematian ibu nifas yaitu sebesar 24 per 10.000 kelahiran hidup (Dinkes RI , 2017).

Laporan WHO menyebutkan bahwa AKB Kawasan Asia Tenggara merupakan kedua yang paling tinggi yaitu sebesar 142 per 1000 penduduk setelah Kawasan Afrika (*Journals of Ners Community*). AKB Indonesia pada tahun 2017 sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup dan pada tahun 2016 mengalami penurunan yaitu 32 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Jatim, 2017). AKB di provinsi Jawa Timur pada tahun 2017 mencapai angka sebesar

23,1 per 1000 kelahiran hidup dan di tahun 2018 mencapai 23 per 1.000 kelahiran hidup, angka ini belum bisa mencapai target yaitu 24 (Dinkes RI , 2017). Pencapaian AKB di 2016 mencapai 8,81 per 1.000 kelahiran hidup pencapaian itu mengalami penurunan ditahun 2017 yaitu 12,17 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Mojokerto, 2016).

Cakupan Kunjungan Pertama Kehamilan (K1) di wilayah Jawa Timur tahun 2018 mencapai 99,4% mengalami kenaikan di banding tahun 2017 yaitu 98,2%. Cakupan Kunjungan K4 tahun 2018 sebesar 91,15% mengalami kenaikan pula di banding tahun 2017 yaitu sebesar 89,9%. (Dinkes Mojokerto, 2016). Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn) pada tahun 2017 di Jawa Timur sebesar 94,6% dan di tahun 2018 mengalami kenaikan sebesar 95,98%. Cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan pada tahun 2017 mencapai 94,1% dan mengalami kenaikan di tahun 2018 yang mencapai 95,86 (Dinkes Jawa Timur, 2018). Cakupan Kunjungan Nifas (KF) pada tahun 2017 mencapai 92,7% mengalami kenaikan di tahun 2018 sebesar 94,4%. Cakupan Kunjungan Neonatus (KN) di tahun 2017 mencapai angka 96,75% dan mengalami kenaikan di 2018 mencapai angka 98,36%. Cakupan KB mengalami kenaikan di tahun 2017 sebesar 75,3% di bandingkan tahun 2016 yaitu 68,79% (Dinkes Jatim, 2017).

Cakupan Kunjungan Pertama (K1) pada ibu hamil di Kabupaten Mojokerto di tahun 2017 mencapai 98,6% dan di tahun 2018 mengalami kenaikan mencapai 99,7%. Cakupan K4 pada tahun 2017 sebesar 88,7% mengalami peningkatan di bandingkan tahun 2018 yaitu 88,3% dan masih di

atas target yaitu 80%. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di tahun 2017 sebesar 94,2% mengalami kenaikan di tahun 2018 yaitu 94,7%. Cakupan Kunjungan Neonatus Lengkap (KNL) pada tahun 2017 sebesar 99% dan mengalami kenaikan di tahun 2018 sebesar 99,4%, di antaranya laki laki 8.309 dan perempuan 7.924 dari seluruh lahir hidup sejumlah 16.984. Cakupan Kunjungan Nifas (KF) di tahun 2017 yaitu sebesar 92,7% dan mengalami kenaikan di bandingkan tahun 2018 yaitu 94,7%. Cakupan Keluarga Berencana (KB) di bagi menjadi 2 yaitu, KB Baru dan peserta KB Aktif, jumlah KB Baru 9,3 dan jumlah peserta KB Aktif 86,2% di Kabupaten Mojokerto tahun 2016 KB Aktif mencapai 64% dan mengalami kenaikan mencapai 86,2% sedangkan untuk KB Baru di tahun 2016 mencapai 7,2 % mengalami kenaikan yang mencapai 9,3%.

Faktor penyebab langsung kematian ibu di Indonesia terjadi karena dipengaruhi oleh 4 faktor , yakni faktor lain atau penyakit penyerta kehamilan, pre eklamsi/*eklamsi*, pendarahan, infeksi. Berdasarkan 3 tahun terakhir faktor kematian pada ibu yang lebih dominan yaitu faktor lain atau penyakit yang menyertai kehamilan (Dinkes Jawa Timur, 2018). Faktor lain yang menyebabkan terhadap kematian ibu yaitu seperti TIGA TERLAMBAT dan EMPAT TERLALU antara lain terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas dan terlambat dalam penanganan kegawatdaruratan dan terlalu muda, untuk menikah terlalu sering hamil dan terlalu banyak melahirkan dan terlalu tua untuk hamil (Jurnal ilmu kesehatan, (Jurnal Ilmu Kesehatan, 2018).

Kendala yang di hadapi oleh Kabupaten Mojokerto tentang kasus kematian ibu di antaranya belum adanya tim penakib (Tim Penanggulangan Angka Kematian Ibu), kurangnya pengetahuan tentang pemeriksaan kehamilan yang spesifik misalnya USG, masih ada 4 terlambat. Perlu pendekatan yang komprehensif terhadap kehamilan beresiko tinggi karena deteksi dini pada kehamilan beresiko tinggi sangat lah penting guna untuk mengetahui serta mencegah masalah kehamilan, persalinan, dan kelahiran, penyebab AKI juga tinggi pada masa nifas karena kurangnya antusias bidan terhadap kunjungan ibu nifas (Dinkes Mojokerto, 2018).

Penyebab langsung AKB adalah trauma kelahiran, kekurangan oksigen (*asfiksia*), *prematunitas*, kelainan bawaan, infeksi dan sebab lain (Prawirohardjo, 2010). Penyebab tidak langsung dari AKB adalah kemiskinan, status perempuan yang rendah, gizi buruk, deteksi dan pengobatan kurang cukup, kehamilan dini, akses dan kualitas asuhan *antenatal*, persalinan, dan nifas yang buruk (Sarwono Prawirohardjo, 2014). *Asfiksia neonatorum* memang sering terjadi karena adanya faktor seperti lilitan tali pusat, hipertensi dalam.

Program dalam penurunan AKI dan AKB di Indonesia yang telah di lakukan adalah program *Expanding Maternal and Neonatal* (EMAS), program ini bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi dengan meningkatkan pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal 150 rumah sakit PONEK dan 300 Puskesmas atau Balkesmas

PONED dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif agar antar puskesmas dan rumah sakit (Kemenkes RI, 2018).

Berbagai upaya telah dilakukan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur membuat suatu kegiatan yang melibatkan berbagai pihak salah satunya adalah kader PKK dalam Gerakan Bersama Amankan Kehamilan (GEBRAK) dan pendampingan ibu bersisiko tinggi (Jurnal Ilmu Kesehatan, 2018). Revolusi upaya penurunan AKI dan AKB melalui pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pendataan dan pendampingan pada ibu hamil untuk melakukan ANC terpadu dan pemeriksaan 17 T yaitu meliputi keadaan umum, suhu tubuh, tekanan darah dan berat badan, LILA, tinggi *fundus uteri*, presentasi janin, detak jantung janin(DJJ), pemeriksaan HB, golongan darah, protein urine, darah malaria, BTA, darah sifilis, serologi HIV dan USG, serta program persalinan minimal 4 tangan guna mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan yang mungkin terjadi saat persalinan (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018).

Upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan Mojokerto untuk menurunkan AKI dan AKB antara lain pendewasaan usia kawin, meningkatkan cakupan KB aktif, pelayanan *antenatal care* terpadu, KIE pada ibu hamil untuk KB pasca bersalin, pemberdayaan masyarakat melalui P4K ((Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018). Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) Desa Siaga, GEBRAK di wilayah Puskesmas Puri dan Gayaman bekerjasama dengan 4 institusi Pendidikan (UNIM, PPNI, STikes Majapahit, Dian Husada).

Berdasarkan masalah yang di uraikan di atas, maka peneliti ingin mengetahui lebih lanjut tentang asuhan kebidanan secara komperhensif pada ibu hamil, ibu bersalin, neonatus, dan keluarga berencana (KB).

B. Identifikasi Masalah

1. Batasan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis membatasi melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan latar belakang di atas, maka dirumuskan masalah sebagai berikut yaitu bagaimana asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester 3, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana (KB)?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).
- b. Menyusun diagnose kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan keluarga berencana (KB).
- c. Merencanakan asuhan kebidanan secara continue pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).

- d. Melakukan asuhan kebidanan secara continue pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).
- e. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah di lakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).
- f. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah di lakukan pada pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).

D. Ruang Lingkup

1. Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan di tujukan kepada ibu dengan memperhatikan *continuity of care* mulai hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).

2. Tempat

Lokasi yang di pilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah Puskesmas Bangsal.

3. Waktu

Waktu asuhan kebidanan komperhensif di lakukan mulai tanggal 24 Februari 2020 sampai 15 Mei 2020.

E. Manfaat penelitian

1. Bagi Teoritis

- a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan referensi di perpustakaan agar lebih mudah untuk mendapatkan inspirasi dalam memahami pelaksanaan *contiunityof care*

pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus dan KB dan lebih muda untuk mengaplikasikan dalam materi perkuliahan.

2. Bagi Praktis

a. Lahan praktek

Bagi lahan praktek dapat di jadikan sebagai acuan untuk mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam *continuity of care* ibu dan anak serta pelayanan KB.

b. Bagi klien

Ibu mendapatkan pelayanan secara baik mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

c. Bagi penulis

Sebagai penerapan teori yang di dapat secara langsung di lapangan dalam pemberian asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.