

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum. Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (Kemenkes, 2015).

Berdasarkan agenda pembangunan berkelanjutan, *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang telah disahkan pada tahun 2015 memiliki 17 tujuan yang terdiri dari 169 target. Sesuai dengan tujuan yang ke-3 yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia, pemerintah mengeluarkan program sistem kesehatan nasional untuk menurunkan AKI dan AKB. Selaras dengan SDGs, Departemen kesehatan (Depkes) menargetkan penurunan AKI di Indonesia pada tahun 2030 adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup yang sebelumnya *Millenium Development Goals* (MDGs) menargetkan AKI 102/100.000 kelahiran hidup (Dirjen Bina Gizi KIA, 2015).

Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), didapatkan jumlah AKI di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 305 kasus, terlihat ada penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2012 yaitu 359 kasus. Sedangkan kasus AKB menurun pada tahun 2015 sebanyak 22,23 kasus bila dibandingkan dengan AKB pada tahun 2012 sebanyak 32 kasus (Kemenkes, 2015). Berdasarkan Sensus Penduduk, didapatkan jumlah AKI di Sulawesi Tenggara 2017 sebanyak 179/100.000 kelahiran hidup dan jumlah AKB di Sulawesi Tenggara pada tahun 2017 sebanyak 3,06/1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Provinsi Sultra, 2017).

Kematian ibu disebabkan oleh penyebab tidak langsung yaitu kematian ibu oleh penyakit dan bukan karena kehamilan dan persalinannya, seperti penyakit tuberkulosis, anemia, sifilis, HIV, AIDS dan lain-lain dan penyebab kematian ibu langsung yaitu perdarahan (25% biasanya perdarahan pasca persalinan), sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%), komplikasi abortus tidak aman (13%) dan sebab-sebab lain (18%) (Prawirohardjo,S, 2014).

Penyebab terbanyak AKI dan AKB di Indonesia adalah komplikasi obstetri yaitu sebesar 46,8% (Huda, 2007). Komplikasi obstetri sendiri salah satunya dipengaruhi oleh status reproduksi ibu atau biasa dikenal dengan istilah 4 T (terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat, terlalu sering). Wanita yang hamil dan melahirkan di bawah usia 20 tahun lebih berisiko terjadi abortus, anemia, malnutrisi, hipertensi, prematur, preeklampsia, eklampsia, perdarahan,

partus macet, partus lama, partus dengan tindakan seperti ekstraksi vakum, ekstraksi forseps dan operasi sesar serta kematian maternal (Fibriana, A,I, 2007).

Penyebab lainnya yang menyebabkan kematian ibu, bidan tidak melakukan kunjungan rumah dan tidak menjelaskan tanda-tanda bahaya, dan beberapa bidan merujuk pasien terlambat dan tidak melakukan tindakan segera untuk kasus patologi (Kaparang, dkk, 2015). Pada tahun 2015 di Indonesia frekuensi ibu hamil yang sudah melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama masa kehamilannya telah memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian kesehatan sebesar 72%. Namun demikian, terdapat lima provinsi yang belum mencapai target tersebut yaitu Papua, Papua Barat, Maluku, Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Tengah (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia terdapat penurunan dari 90,88% pada tahun 2013 menjadi 88,55% pada tahun 2015. Pada tahun 2015 cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan 79,72%. Secara nasional, indikator tersebut telah memenuhi target Renstra sebesar 75%. Namun demikian, masih terdapat 18 provinsi (53,9%) yang belum memenuhi target tersebut (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Pelayanan masa nifas sangat diperlukan karena merupakan masa kritis bagi ibu, diperkirakan bahwa 60% kematian ibu pada masa nifas dalam 24 jam pertama yaitu perdarahan postpartum. Pelayanan

kesehatan masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan (KF1), pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan (KF2), dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan (KF3). Terdapat 87,06% ibu bersalin yang mendapat kunjungan nifas periode 29 sampai 42 hari setelah melahirkan (KF3) (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Capaian kunjungan neonatal (KN1) Indonesia pada tahun 2015 sebesar 83,67% dan capaian KN lengkap di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 77,31%. Pada akhir tahun 2014 cakupan KN1 telah mencapai 97%. Target KN1 dan KN lengkap pada tahun 2015 sebesar 75%, lebih rendah dari tahun sebelumnya, karena perubahan definisi operasional indikator KN1 dan KN lengkap. Sebelumnya cakupan KN1 KN lengkap merupakan indikator KN1 dan KN lengkap akses kemudian pada Renstra 2015 berubah definisi dengan peningkatan kualitas kunjungan neonatal (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Di Sulawesi Tenggara capaian kunjungan neonatal (KN1) pada tahun 2015 sebesar 90,05%, dan capaian KN lengkap pada tahun 2015 sebesar 87,23% (Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara, 2015). Untuk menurunkan AKI dan AKB diperlukan upaya untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas ibu dan anak dilakukan dengan pendekatan (*continuity of care*). Jika pendekatan intervensi (*continuity of care*) ini dilaksanakan maka akan memberi dampak yang signifikan terhadap kelangsungan dan kualitas hidup ibu dan anak (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan BBL secara komprehensif dan berkesinambungan (*continuity of care*) pada Ny. H di Puskesmas Poasia, kota Kendari, Sulawesi Tenggara.

B. Ruang Lingkup Asuhan

Ruang lingkup asuhan yang diberikan pada ibu hamil yang fisiologis, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir, secara *continuity of care* (berkesinambungan).

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil yang fisiologis, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir, dengan menggunakan pendekatan Manajemen Asuhan Varney dan pendokumentasian SOAP.

2. Tujuan Khusus

1. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny.H di Puskesmas Poasia.
2. Melaksanakan asuahn kebidanan pada ibu bersalin Ny.H di Puskesmas Poasia.
3. Melaksanakan asuahn kebidanan pada ibu nifas Ny.H di Puskesmas Poasia.
4. Melaksanakan asuahn kebidanan pada bayi baru lahir Ny.H di Puskesmas Poasia.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Memberikan rasa aman kepada ibu akan pendamping dalam menghadapi masa kehamilan hingga setelah melahirkan sampai KB serta menambah pengetahuan ibu tentang informasi dan edukasi mengenai asuhan kebidanan yang telah diterima ibu.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan dalam penerapan asuhan kebidanan komprehensif, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

b. Bagi Tempat Pelayanan

Dapat dijadikan sebagai bahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), khususnya dalam memberikan informasi tentang perubahan fisiologis dan asuhan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

c. Bagi Institusi

Dapat dijadikan sumber informasi atau bahan bacaan bagi mahasiswa Politeknik Kesehatan Kendari khususnya jurusan kebidanan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya dalam penerapan asuhan kebidanan

komprehensif, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

d. Bagi Masyarakat

Sebagai sarana informasi untuk meningkatkan ilmu pengetahuan terutama mengenai Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), khususnya dalam memberikan informasi tentang perubahan fisiologis dan asuhan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.