

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas utama dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Keberhasilan program kesehatan ini dapat dinilai melalui indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan semua kematian ibu selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan kematian yang terjadi pada bayi sebelum mencapai usia 1 tahun per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2020).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021, terjadi penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2021 mencapai 230 per 100.000 kelahiran hidup. Namun, jika dilihat trend penurunannya masih sangat lambat. Bahkan saat ini Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih jauh dari target Millennium Development Goals (MDG's) yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan penurunan AKI yang hanya 1,8% per tahun, Indonesia juga diperkirakan tidak mampu mencapai target Sustainable Development Goals (SDG's) sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia juga masih berlangsung lambat. Meskipun pada tahun 2021 telah mencapai 21 kematian per 1000 kelahiran hidup, namun trend penurunannya yang

lambat juga diperkirakan tidak akan mencapai target SDG's pada tahun 2030 sebesar 12 kematian per 1000 kelahiran hidup (Kurniasih, 2021).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Timur tahun 2022 mengalami penurunan dibandingkan dua tahun sebelumnya. Pada tahun 2020, AKI Jawa Timur 98,40 per 100.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2021 sebesar 234,7 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan pada 2022 berhasil turun menjadi 93,00 per 100.000 kelahiran hidup. Dan keadaan rasio pada angka kematian bayi di Jawa Timur relatif menurun dari tahun 2020 sampai 2022. Pada tahun 2020 sebesar 6,29 per 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2021 sebesar 6,2 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2022 berhasil turun menjadi 5,9 per 1.000 kelahiran hidup. Adapun jumlah kematian bayi secara keseluruhan di Jawa Timur pada tahun 2022 sebanyak 3.171 kematian, dengan 3 kabupaten tertinggi adalah Kabupaten Jember, Kabupaten Probolinggo, dan Kota Surabaya. Berdasarkan penyebab kematian, pada usia neonatal terbanyak adalah BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) (36%) dan asfiksia (29,25%), serta pada usia post neonatal adalah diare (19,86%). (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2022).

Di Kota Malang pada tahun 2021 jumlah kematian ibu mayoritas disebabkan karena covid-19 dengan 31 kasus kematian. Penyebab yang lain yaitu 1 kasus pendarahan, 4 kasus hipertensi, 1 kasus infeksi, 1 kasus gangguan sistem peredaran darah, 2 kasus TBC dan 1 kasus pneumonia, sedangkan di tahun 2022 terdapat 14 kasus kematian ibu. Penyebab kematian ibu disebabkan oleh pneumonia 3 kasus, perdarahan 2 kasus, infeksi 3 kasus, demam berdarah 1 kasus, gagal ginjal 1 kasus, probable covid-19 1 kasus, covid-19 2 kasus, dan tuberkulosis 1 kasus. Dan untuk

jumlah kematian bayi sepanjang tahun 2022 sebanyak 54 kasus, sehingga berdasarkan 1000 jumlah kelahiran hidup akan didapatkan angka kematian bayi 4,75. Hal ini dapat diartikan dalam 1000 kelahiran hidup yang dilaporkan pada periode 1 tahun terdapat kasus kematian antara 4-5 bayi dengan usia maksimal tepat sebelum 12 bulan. Berdasarkan penyebabnya, kematian bayi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian bayi dipengaruhi oleh faktor yang dibawa bayi sejak lahir dan berhubungan langsung dengan status kesehatan bayi seperti berat badan lahir rendah (BBLR), infeksi pasca persalinan (Tetanus neonatorum, Sepsis), Hipotermia dan Asfiksia. Sedangkan penyebab tidak langsung dipengaruhi oleh lingkungan luar dan aktivitas ibu ketika hamil, seperti faktor sosial ekonomi, pelayanan kesehatan, keadaan ibu selama kehamilan dan pengaruh lingkungan (Profil Kesehatan Kota Malang, 2022).

Pada studi pendahuluan yang telah dilakukan di TPMB Evi Dwi Wulandari, Str. Keb pada bulan Januari-November 2023 tidak terdapat kematian ibu dan bayi. Cakupan ANC sebanyak 652 ibu hamil, cakupan ibu bersalin yang ditolong bidan sebanyak 161 orang dan cakupan kunjungan nifas (KF) sebanyak 161 orang, cakupan neonatus (KN) sebanyak 161 bayi. Kemudian, cakupan pelayanan KB didapatkan sebanyak 50% pengguna kontrasepsi suntik 3 bulan (suntik DMPA), 40% pengguna kontrasepsi suntik 1 bulan (suntik Kombinasi), 8% pengguna kontrasepsi implant, dan 2% pengguna kontrasepsi IUD. Kasus persalinan yang dirujuk dari TPMB Evi Dwi Wulandari Str. Keb ke fasilitas yang

lebih memadai dikarenakan oleh kehamilan risiko tinggi, kasus partus lama atau partus mancet, sungsang, dan ketuban pecah dini (KPD).

Upaya percepatan penurunan AKI dan AKB dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, serta pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca persalinan.(Kemenkes RI, 2021). Bidan sebagai pemberi dan pelaksana juga memiliki banyak peranan serta posisi strategis dalam memberikan asuhan pelayanan kepada masyarakat termasuk dalam upaya percepatan penurunan AKI dan AKB. Salah satu bentuk upaya yang dapat dilakukan bidan yaitu dengan meningkatkan pelayanan asuhan kebidanan secara berkesinambungan, yang secara tidak langsung dapat digunakan sebagai acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang jarak praktik.

*Continuity of Care* (asuhan berkesinambungan) merupakan serangkaian kegiatan pelayanan yang berkesinambungan dalam kemitraan dengan wanita selama kehamilan, persalinan dan periode postpartum dan untuk memberikan perawatan bayi baru lahir (Diana, 2017). Asuhan berkesinambungan dilakukan untuk memberikan pelayanan yang sama terhadap perempuan di semua kategori (tergolong kategori tinggi maupun rendah). Pelayanan kebidanan secara COC berkontribusi pada peningkatan kualitas dan keselamatan pada saat partus (Ningsih,

2017), Ruang lingkup asuhan kebidanan meliputi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan menyusui, bayi baru lahir dan neonatus, ibu dalam masa interval (pengambilan keputusan dalam mengikuti Keluarga Berencana atau pemilihan alat kontrasepsi).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka pada kesempatan ini penulis tertarik untuk memberikan asuhan kebidanan berkualitas secara *Continuity of Care* (COC) yaitu mendampingi ibu selama kehamilan trimester III usia kehamilan 32-34 minggu, proses persalinan dan bayi baru lahir, kunjungan nifas, hingga keikutsertaan menggunakan KB sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

## **1.2 Batasan Masalah**

Ruang lingkup asuhan yang akan diberikan yaitu mulai dari masa kehamilan trimester III dengan usia kehamilan 32-34 minggu, persalinan dan bayi baru lahir, masa nifas sampai dengan masa interval.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* (COC) pada ibu hamil trimester III, ibu melahirkan dan bayi baru lahir, masa nifas dan neonatus serta masa interval dengan pendekatan manajemen kebidanan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian klien siklus asuhan kebidanan (masa kehamilan TM III dengan usia kehamilan 32-34 minggu, bersalin, nifas, BBL dan neonatus, menyusui, dan masa Interval).
2. Menyusun diagnosis dan masalah kebidanan sesuai dengan prioritas dalam siklus asuhan kebidanan.

3. Merencanakan asuhan kebidanan secara komprehensif dan berkesinambungan pada setiap siklus asuhan kebidanan.
4. Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dan berkesinambungan pada setiap siklus asuhan kebidanan.
5. Melakukan evaluasi dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan menggunakan metode Varney dan SOAP.

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Manfaat teoritis dari penulisan LTA ini untuk menambah wawasan, pengembangan ilmu pengalaman dan bahan untuk memberikan pelayanan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*) terhadap ibu hamil trimester III dengan usia kehamilan 32-34 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, BBL dan neonatus serta masa interval.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi penulis

Dapat mengaplikasikan teori yang didapat secara langsung dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III, dengan usia kehamilan 32-34 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, BBL dan neonatus serta masa interval.

2. Bagi klien

Klien mendapatkan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care (COC)*

yang sesuai dengan standart pelayanan kebidanan dari ibu hamil trimester III dengan usia kehamilan 32-34 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, BBL dan neonatus serta masa interval.

3. Bagi lahan praktik

Menjadi bahan tambahan untuk dijadikan sebagai acuan mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara berkesinambungan *Continuity of Care*, serta memberikan dan menyalurkan ilmu yang dimiliki untuk membimbing mahasiswa agar dapat memberikan asuhan yang berkualitas.

4. Bagi institusi pendidikan

Menjadi bahan tambahan sebagai sumber kepustakaan dan sarana belajar pengetahuan tentang asuhan kebidanan secara berkesinambungan *Continuity of Care (COC)*.