

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2020, sekitar 287.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan serta persalinan. Hampir 95% dari total kematian ibu terjadi di negara-negara dengan tingkat pendapatan rendah dan menengah ke bawah, meskipun sebagian besar kasus ini sebenarnya dapat dicegah. Di Indonesia, angka kematian ibu pada tahun 2022 mencapai 183.000 per 100 ribu kelahiran hidup. Di Jawa Timur, Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2022, menurut Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, mencapai 98,40 per 100.000 kelahiran hidup. Gangguan hipertensi kehamilan (24,45%) dan perdarahan (21,24%) merupakan penyebab utama kematian di Jawa Timur.

Kematian ibu umumnya disebabkan oleh masalah obstetrik seperti perdarahan, hipertensi saat hamil, dan infeksi. Sementara itu, pada bayi baru lahir, penyebab utama melibatkan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), kondisi asfiksia, dan kelainan bawaan. (Kemenkes RI, 2022).

Hubungan antara kesehatan ibu dan anak sangat terkait dengan kontinuitas pelayanan antenatal, persalinan, masa nifas, dan asuhan neonatal esensial yang disediakan oleh fasilitas kesehatan tingkat dasar. Penerapan kebijakan pembatasan sosial yang diterapkan oleh pemerintah menjadi salah satu faktor yang menyebabkan penurunan kunjungan selama masa kehamilan, nifas, dan neonatal,

sehingga berdampak pada penurunan efektivitas pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak. Pada tahun 2022, cakupan kunjungan antenatal K1 mencapai 96,4%, sementara cakupan K4 mencapai 88,5%. Pada tahun 2020, cakupan kunjungan antenatal K1 mengalami penurunan, mencapai 93,3%, sementara cakupan K4 juga menurun menjadi 84,6%, meskipun masih memenuhi target capaian sebesar 80%. Kunjungan KF1 pada tahun 2019 sebesar 69,3%, namun mengalami peningkatan signifikan menjadi 89,8% pada tahun 2020. Cakupan KF3 pada tahun 2019 mencapai 78,8%, dan meningkat menjadi 88,3% pada tahun 2020. Sementara pada tahun 2019, cakupan kunjungan neonatal KN1 mencapai 94,9%, namun mengalami penurunan menjadi 82,0% pada tahun 2020, sedikit di bawah target capaian 86%. Cakupan KN3 pada tahun 2019 sebesar 87,1% dan meningkat menjadi 91,0% pada tahun 2020. (Kemenkes RI, 2022).

Menurut Profil Kesehatan 2022, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, capaian cakupan kunjungan antenatal K1 mencapai 98,2%, mengalami peningkatan sebesar 0,3% jika dibandingkan dengan capaian K1 pada tahun 2021. Namun, capaian cakupan kunjungan antenatal K4 pada tahun 2022 turun sebesar 2,3% jika dibandingkan dengan capaian K4 pada tahun 2021, mencapai 88,2%. Hampir seluruh cakupan kunjungan mengalami penurunan. Selain itu, terdapat penurunan pada cakupan kunjungan neonatal KN1 dan KN3. Pada tahun 2021, cakupan KN1 mencapai 99,1%, dan KN3 mencapai 96,9%, sedangkan pada tahun 2022, capaian KN1 turun menjadi 98,2%, dan KN3 turun menjadi 96,3%, meskipun masih di bawah target capaian 100%. (Dinas Kesehatan) Provinsi Jawa Timur, 2021, 2022).

Data tersebut menunjukkan adanya penurunan jumlah kunjungan yang dilakukan oleh ibu selama kehamilan, masa nifas, dan kunjungan neonatal, yang dipengaruhi oleh dampak lanjutan pandemi Covid-19. Penurunan ini pada kunjungan antenatal, nifas, dan neonatal ke fasilitas kesehatan menjadi penyebab utama peningkatan tingkat penyakit dan kematian pada ibu dan anak. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak, pemerintah harus memulai adaptasi kebiasaan baru agar pelayanan kesehatan tetap berjalan. Beberapa program yang telah dicanangkan pemerintah dalam adaptasi kebiasaan baru selama pandemi ini melibatkan pelayanan antenatal minimal 6 kali, pendaftaran layanan Kartu Identitas Anak (KIA) dengan menggunakan teleregistrasi, dan kunjungan nifas minimal 4 kali. Pemerintah juga berupaya meningkatkan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dengan melaksanakan program pelayanan ibu hamil berdasarkan zona wilayah.

Pemberlakuan beberapa program di atas ditujukan agar ibu dan anak tetap mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan bersifat menyeluruh melalui asuhan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*). Asuhan kebidanan *Continuity of Care* adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang mengaitkan antara kebutuhan kesehatan perempuan dan keadaan pribadi setiap individu (Homer *et al.*, 2014). Asuhan yang berkesinambungan berkaitan erat dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang dibutuhkan hubungan terus-menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Fokus dari *Continuity of Care* adalah pemberian asuhan sayang ibu dan

bayi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Model pelayanan *Continuity of Midwifery Care* yang dilakukan oleh bidan dipercaya dapat meningkatkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan (Ningsih, 2017).

Dengan merujuk pada konteks di atas, penulis tertarik untuk menjalankan studi kasus yang berjudul "Implementasi Asuhan Kebidanan Berkesinambungan di Rumah Sakit Islam Universitas Islam Malang (RSI Unisma Malang)." Metode studi ini melibatkan pendampingan asuhan selama masa kehamilan trimester III, persalinan dan perawatan bayi baru lahir, pelayanan neonatal, masa nifas, hingga periode pasca-kehamilan, termasuk pengambilan keputusan terkait keluarga berencana.

1.2 Batasan Asuhan

Berdasarkan ruang lingkup asuhan kebidanan berkesinambungan sasaran dari pelayanan pada CoC dibatasi hanya asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III mulai dari usia kehamilan 37 minggu KSPR maksimal 6, dengan minimal kunjungan dua kali, pendampingan ibu melahirkan dan BBL, kunjungan masa nifas dan neonatus minimal tiga kali.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu Melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* (COC) pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB

dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan dokumentasi SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
- b. Menyusun diagnosa Kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
- c. Merencanakan asuhan kebidanan secara kontinyu pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
- d. Melakukan asuhan kebidanan secara kontinyu pada ibu hamil sampai bersalin pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
- e. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB
- f. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan SOAP.

1.4 Manfaat

Studi kasus ini dapat digunakan untuk perkembangan ilmu dalam penerapan pelayanan asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Midwifery Care*) pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan masa antara.

a. Bagi Penulis

Studi kasus ini diharapkan dapat memperkaya keilmuan, pengalaman, serta wadah penerapan dari pengetahuan dan keterampilan yang telah penulis peroleh selama masa perkuliahan dalam memberikan asuhan kebidanan

berkesinambungan (*Continuity of Midwifery Care*) kepada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan masa interval

b. Bagi Institusi

Studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan untuk penerapan asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Midwifery Care*) secara komprehensif dan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dalam mencapai kompetensi lulusan kebidanan yang profesional

c. Bagi Tempat Praktek

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kebidanan dengan pemberian asuhan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan masa interval

d. Bagi Pasien

Hasil dari asuhan yang diberikan oleh penulis kepada pasien diharapkan dapat meningkatkan kemandirian, kesejahteraan ibu dan keluarga dalam menghadapi proses kehamilan, persalinan nifas, bayi baru lahir, dan masa interval

