

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan keluarga adalah tentang membangun keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Selain lingkungan yang sehat, kesehatan seluruh anggota keluarga juga menjadi salah satu syarat terciptanya keluarga yang berkualitas. Keluarga, sebagai anggota masyarakat, mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap status kesehatan. Ibu dan anak merupakan kelompok rentan dan oleh karena itu ibu dan anak yang harus diprioritaskan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan. Hal ini berkaitan dengan kehamilan ibu, persalinan, masa nifas, serta tahap tumbuh kembang anak. Oleh karena itu, penting untuk memprioritaskan kesehatan ibu dan anak dalam pembangunan kesehatan Indonesia (Kemenkes RI, 2019). Keberhasilan upaya kesehatan ibu dan anak dapat diukur melalui indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Kemenkes RI, 2018).

AKI adalah jumlah ibu hamil yang meninggal karena kehamilan, persalinan, masa nifas atau pengobatannya, dan bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh, per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2019). Menurut *World Health Organization* (WHO) AKI sangat tinggi, sekitar 295.000 perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan, persalinan, dan persalinan pada tahun 2017. Kematian ibu dapat disebabkan oleh komplikasi pada saat hamil dan setelah melahirkan. AKB pada tahun 2018 sebesar 2,5 juta jiwa.

Target *Millenium Development Goals (MDG's)* 2015 adalah menurunkan AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Program terbaru WHO yang menjadi rujukan AKI dan AKB Indonesia adalah *Sustainable Development Goals (SDG's)* atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) sebagai pengganti MDG's yang berakhir pada tahun 2015 untuk menurunkan AKI secara global. Pada tahun 2030 AKI kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup, dan AKB sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup. Rasio AKI di Indonesia secara umum mencatat penurunan dari 390 menjadi 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup antara tahun 1991 dan 2015.

Meskipun AKI mengalami penurunan, namun angka tersebut belum mencapai target MDGs yang harus dicapai yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Sedangkan AKB menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 sebesar 24 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2019). Dapat disimpulkan bahwa AKI dan AKB Indonesia belum mencapai target SDG's.

Keberhasilan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan keluarga akan dievaluasi dengan menggunakan indikator terkait Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 dan penyusunan RPJMN tahunan (RKP) yang dimuat di K/L Renja. Indikator yang digunakan antara lain penyediaan buku kesehatan reproduksi oleh KUA kepada calon pengantin, persalinan di fasilitas kesehatan, kunjungan bayi baru lahir pertama (KN1), ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal (K4), puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil, Puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik kelas 1, 7 dan 10, puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja, dan pemanfaatan buku KIA. Selanjutnya, indikator untuk menilai pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil akan didasarkan pada cakupan K1 dan K4, cakupan pelayanan kesehatan pasca melahirkan khususnya kunjungan nifas (KF) dan KB, serta keberhasilannya dapat dilihat dari cakupan KB aktif (Kemenkes RI, 2018).

Angka cakupan ibu hamil K1 di Indonesia sebesar 95,65% pada tahun 2018, sedangkan angka cakupan ibu hamil K4 sebesar 88,03% pada tahun 2018, naik 87,3% dibandingkan tahun 2017. Target tersebut tercapai pada tahun 2018, dimana target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2018 sebesar 78%. Di Indonesia, 90,32% kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan pada tahun 2018. Sebaliknya, 86,28% ibu hamil melahirkan dengan dukungan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Secara nasional, indikator pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan (PF) telah mencapai target renstra sebesar 82%. Di sisi lain, Angka Kunjungan Ibu Hamil (KF3) di Indonesia mengalami peningkatan dari 17,9% pada tahun 2008 menjadi 85,92% pada tahun 2018. Pada tahun 2018, tingkat kunjungan bayi baru lahir Indonesia (KN1) sebesar 97,36% dibandingkan target strategis sebesar 85%. Sedangkan cakupan Kunjungan Bayi Baru Lahir Lengkap (KN Lengkap) pada tahun 2018 sebesar 91,39%, mencapai target renstra sebesar 85%. Berdasarkan data BKKBN, persentase KB

aktif di PUS pada tahun 2018 sebesar 63,27%, hampir sama dengan tahun sebelumnya yang sebesar 63,22%. Selanjutnya indikator untuk menilai pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil akan didasarkan pada cakupan K1 dan K4, cakupan pelayanan kesehatan pasca melahirkan khususnya kunjungan nifas (KF) dan KB, serta keberhasilan pelayanan tersebut (Kemenkes RI, 2019). Dapat disimpulkan bahwa masih banyak ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal pertama namun tidak melanjutkan ke kunjungan K4 sehingga kehamilannya luput dari pengawasan petugas kesehatan.

Penyebab tingginya AKI dan AKB di Indonesia terlihat dari cakupan yang masih di bawah target. Cakupan persalinan yang dibantu oleh petugas kesehatan masih di bawah target, hal ini mungkin disebabkan oleh relatif sulitnya mengakses fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2019). Ketidakpatuhan terhadap cakupan KN 1 dan KN Lengkap dapat disebabkan karena kurangnya pengetahuan terkait pelayanan kesehatan bayi baru lahir atau kurangnya kepatuhan petugas dalam menjalankan pelayanan sesuai pedoman (Kemenkes RI, 2018).

Dampak tingginya AKI di suatu wilayah mencerminkan rendahnya tingkat kesehatan masyarakat dan dapat mengakibatkan kemerosotan ekonomi dan sosial pada tingkat rumah tangga, komunitas, dan nasional. Namun, dampak terbesar kematian ibu yang berupa penurunan kualitas hidup bayi dan anak menyebabkan goncangan dalam keluarga selanjutnya mempengaruhi tumbuh kembang anak (Aeni, 2013).

Pemerintah Indonesia telah mencanangkan berbagai program untuk menurunkan AKI dan AKB. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan memastikan seluruh ibu mempunyai akses terhadap layanan kesehatan ibu dan anak yang berkualitas, antara lain: Contoh: pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan obstetri oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan, pelayanan ibu nifas, dan lain-lain, bayi, perawatan khusus, dan rujukan jika situasi seperti itu muncul. Komplikasi dan pelayanan KB, termasuk KB pasca melahirkan. Pelayanan kesehatan bagi ibu hamil harus diberikan minimal 6 kali kunjungan selama hamil, yaitu minimal dua kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan sebanyak 3 kali selama trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan). Selain itu, upaya kesehatan ibu lainnya, yaitu pemberian imunisasi Tetanus Toksoid Difteri (Td) bagi ibu hamil, pelaksanaan kelas ibu hamil dan

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (Kemenkes RI, 2019).

Upaya peningkatan kesehatan ibu bersalin antara lain mendorong fasilitas kesehatan untuk memberikan pelayanan pada setiap kelahiran yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih, yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan; termasuk di dalamnya. Bantuan persalinan dari tenaga kesehatan terbukti membantu mengurangi risiko kematian ibu. Risiko kematian ibu semakin berkurang apabila persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan. Untuk wilayah yang sulit dijangkau, Kementerian Kesehatan sedang mengembangkan program kemitraan bidan, dukun, dan pusat tunggu kelahiran. Upaya-upaya dilakukan agar dukun dapat bekerja sama dengan bidan yang memiliki hak dan tanggung jawab yang jelas. Tes kehamilan dan pelayanan kebidanan tidak lagi dilakukan oleh dukun melainkan dirujuk ke bidan. (Kemenkes RI, 2019).

Upaya peningkatan kesehatan ibu nifas, khususnya melalui pemberian pelayanan kesehatan kepada ibu nifas, sebaiknya dilaksanakan minimal empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan: 6 jam hingga 2 hari setelah melahirkan, 3 hingga 7 hari setelah melahirkan, dan 8-28 hari, 29-42 hari setelah persalinan. Pelayanan kesehatan ibu dan anak pasca melahirkan yang diberikan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu tubuh) dan pemeriksaan tinggi fundus rahim, pemeriksaan lokia dan cairan vagina lainnya, pemeriksaan payudara, dan pemberian rekomendasi. Memberikan pelayanan komunikasi, informasi dan edukasi kesehatan ibu dan bayi baru lahir (KIE) pasca melahirkan, termasuk pemberian ASI eksklusif, KB pasca melahirkan, dan pelayanan KB (Kemenkes RI, 2019).

Upaya pelayanan kesehatan bayi baru lahir dilakukan minimal tiga kali yaitu 6-48 hari setelah lahir, 3-7 hari setelah lahir, dan 8-28 hari setelah lahir. Indikator upaya kesehatan yang dilakukan untuk menurunkan risiko kematian pada masa neonatal yaitu 6 sampai 48 jam setelah kelahiran adalah kunjungan pertama bayi baru lahir atau rentang KN1. Pelayanan yang diberikan pada kunjungan ini (perawatan bayi terpadu) antara lain penyuluhan perawatan neonatal, pemberian ASI eksklusif, dan pemberian suntikan vitamin K1 dan suntikan hepatitis B0 (bila belum dilakukan) (Kemenkes RI, 2019).

Upaya penurunan AKI dan AKB dapat dilakukan dengan meningkatkan mutu pelayanan melalui pemberian pelayanan kebidanan secara *Continuity Of Care (COC)* yaitu pelayanan komprehensif terhadap ibu hamil, antenatal, nifas, bayi baru lahir, dan Keluarga Berencana. *COC* merupakan landasan model praktik kebidanan yang menjamin pelayanan komprehensif, membangun kemitraan dukungan yang berkelanjutan, dan menumbuhkan rasa saling percaya antara bidan dan klien. *COC* memastikan ibu dan bayi mendapatkan pelayanan terbaik dari bidan selama masa kehamilan dan persalinan (Astuti dkk, 2017). Setiap wanita mengalami kehamilan, persalinan, dan proses nifas. Meskipun ini merupakan proses fisiologis, namun masalah kesehatan dapat terjadi selama proses ini sehingga meningkatkan angka kesakitan dan kematian bagi ibu dan anak, dengan pelayanan kebidanan yang komprehensif ini diharapkan ibu dapat menjalani kehamilan sampai Keluarga Berencana tanpa penyulit apapun. Untuk mencapai kesehatan yang maksimal diperlukan upaya yang komprehensif sejak kehamilan. Praktek pelayanan yang ada saat ini menunjukkan bahwa pelayanan kebidanan masih terfokus pada pelayanan fisik (tubuh) sehingga kurang fokus pada pelayanan psikis dan psikologis Sebagai bagian dari pelayanan kebidanan, diharapkan pelayanan yang bersifat holistik. Dalam konteks pelayanan kebidanan, asuhan yang diberikan diharapkan dapat bersifat holistik (*holistic care*). Asuhan holistik mencakup aspek fisik, mind, body, dan spiritual (Erickson dan Sandor, 2017).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis melakukan asuhan kebidanan komprehensif *holistic islami* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB secara komprehensif pada Ny. I G4P3A0 gravida 36 minggu di Puskesmas Langkaplancar Kabupaten Pangandaran.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Bagaimana asuhan kebidanan komprehensif *holistic islami* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB secara komprehensif pada Ny. I G4P3A0 gravida 36 minggu di Puskesmas Langkaplancar Kabupaten Pangandaran ?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Memberikan asuhan kebidanan komprehensif *holistic islami* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan

manajemen kebidanan Ny. I G4P3A0 gravida 36 minggu di Puskesmas Langkaplancar Kabupaten Pangandaran.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif holistic islami pada masa kehamilan Ny. I G4P3A0 gravida 36 minggu di Puskesmas Langkaplancar Kabupaten Pangandaran.
- b. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif holistic islami pada masa persalinan Ny. I G4P3A0 gravida 36 minggu di Puskesmas Langkaplancar Kabupaten Pangandaran.
- c. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif holistic islami pada masa nifas Ny. I P4A0 gravida 36 minggu di Puskesmas Langkaplancar Kabupaten Pangandaran.
- d. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif holistic islami pada masa bayi baru lahir By. Ny. I di Puskesmas Langkaplancar Kabupaten Pangandaran.
- e. Memberikan asuhan kebidanan komprehensif holistic islami pada masa keluarga berencana Ny. I di Puskesmas Langkaplancar Kabupaten Pangandaran.

### 1.4 Manfaat

#### 1.4.1. Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan, serta sebagai bahan penerapan ilmu kebidanan, khususnya mengenai asuhan kebidanan komprehensif holistic islami pada ibu hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

#### 1.4.2. Manfaat praktis

- a. Bagi Klien dan Keluarga

Untuk memberikan pelayanan kebidanan holistik Islami yang komprehensif pada kehamilan TM III, persalinan, nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB) sehingga dapat mengantisipasi apabila terjadi penyulit.

- b. Bagi Profesi Bidan

Untuk menerapkan asuhan kebidanan holistic islami yang komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB serta praktiknya

berdasarkan teori yang ada serta dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan referensi untuk lahan praktek.

c. Bagi Pendidikan

Untuk dijadikan referensi bagi penulis selanjutnya dan sebagai bahan bacaan perpustakaan tentang asuhan kebidanan holistic islami pada ibu hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

d. Bagi Penulis

Untuk memberikan pengalaman penerapan teori dan implementasi asuhan kebidanan komprehensif Islami pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatal, dan KB secara nyata.