

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan World Health Organization (WHO) tahun 2023, data terbaru, Indonesia sekarang memiliki: angka kematian ibu 189 (per 100.000 kelahiran hidup) dan angka kematian bayi 16,85 (per 1.000 kelahiran hidup)¹. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia on track mencapai target RPJMN 2024 yaitu 183 per 100.000 KH dan 16 per 1000 KH, tetapi masih lebih tinggi dibandingkan dengan negara negara ASEAN. Target Sustainable Development Goals (SDG's) pada tahun 2030 untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan bagi seluruh penduduk di semua tingkatan usia, yaitu mengurangi AKI hingga kurang dari 70 per 100.000 KH, mengakhiri kematian bayi baru lahir dan anak dibawah 5 tahun akibat penyebab yang dapat dicegah, seluruh Negara akan berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal (AKN) setidaknya 12 per 1.000 KH².

Menurut World Health Organization (WHO) Prevelensi KEK ibu hamil, Pada tahun 2022, masalah KEK tetap tinggi, terutama di negara negara berkembang. Diperkirakan sekitar 10-15% ibu hamil di seluruh dunia masih mengalami KEK, dengan angka yang lebih tinggi di Afrika dan Asia Selatan³. Pada tahun 2023, WHO melaporkan bahwa lebih dari 15% ibu hamil di negara-negara dengan ekonomi rendah masih berada dalam kategori KEK. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI, 2023) ditemukan Prevalensi Kurang Energi Kronis (KEK) pada perempuan hamil 16,9% , dan anemia 27,7% pada ibu hamil⁴. Angka tersebut menunjukkan perbaikan dari persentase ibu hamil KEK yang diharapkan dapat turun sebesar 1,5% setiap tahunnya. Sementara itu, proporsi ibu hamil KEK usia 15-19 tahun di Indonesia mencapai 31%.

Menurut aplikasi dataku Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), pada tahun 2020 jumlah Ibu Hamil Kekurangan Energi Kalori (KEK) sejumlah 5.705,00 orang. Pada tahun 2021, jumlah Ibu Hamil Kekurangan Energi Kalori (KEK) menurun menjadi 4.994,00 orang. Tahun 2022, jumlah Ibu Hamil

Kekurangan Energi Kalori (KEK) kembali naik sejumlah 5.355,00 orang. Pada tahun 2023, jumlah Ibu Hamil Kekurangan Energi Kalori (KEK) diketahui sejumlah 4.888,00 orang. Pada tahun 2024, diketahui jumlah sementara Ibu Hamil Kekurangan Energi Kalori (KEK) sejumlah 13,58 orang. Pada Profil Kesehatan DIY tahun 2022, diketahui jumlah ibu hamil dengan Kurang Energi Kronis (KEK) di Kabupaten Bantul sebesar 1528 kasus. Tingginya prevalensi ibu hamil KEK pada kelompok usia 15-19 tahun dan 20-24 tahun (33.5% dan 23.3%). Dalam rangka peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai di akhir tahun 2024, yaitu Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) sebesar 10%.¹⁹ Permasalahan Ibu hamil KEK merupakan permasalahan mendasar yang perlu mendapatkan penanganan yang lebih baik, mengingat status kesehatan Ibu hamil sangat menentukan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi serta angka stunting pada bayi dan balita.

KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius seperti anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah normal, risiko persalinan sulit, prematuritas, bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR), hingga kematian neonatal. Pendampingan berkelanjutan memungkinkan pemberian edukasi gizi, pemberian makanan tambahan (PMT), suplementasi zat besi, dan pemantauan kenaikan berat badan serta lingkaran lengan atas (LILA) secara rutin yang sangat penting untuk mencegah dan mengatasi KEK. Pendampingan juga mencakup manajemen nutrisi yang disesuaikan dengan kondisi ibu, serta tindakan komplementer selama persalinan dan nifas untuk mendukung⁵.

Ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) memiliki risiko yang signifikan terhadap kejadian stunting pada anak yang dilahirkan, dengan persentase dan odds ratio (OR) yang bervariasi diantaranya ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan bayi stunting sebanyak 30,8% dengan odds ratio (OR) sebesar 14 kali lebih besar dibandingkan ibu tanpa KEK⁶. Studi lain menunjukkan 68,8% balita yang mengalami stunting memiliki riwayat ibu hamil dengan KEK, dengan OR 3,08 kali risiko lebih besar dibandingkan tanpa KEK⁷. Ada juga data yang menyebutkan bahwa ibu hamil KEK berpengaruh signifikan terhadap stunting dengan OR 3,8, serta faktor lain

seperti berat bayi lahir rendah (BBLR) yang juga berkontribusi⁸. Secara umum, terdapat hubungan signifikan antara status gizi ibu hamil KEK dengan kejadian stunting pada bayi baru lahir dan balita, dengan p-value <0,05 pada berbagai penelitian. Ibu hamil dengan KEK memiliki risiko melahirkan anak stunting yang berkisar antara 30% hingga hampir 70% pada beberapa studi, dengan odds ratio risiko stunting antara 3 hingga 14 kali lebih tinggi dibandingkan ibu tanpa KEK. Studi di wilayah kerja Puskesmas Pecatu menunjukkan 20,6% ibu hamil mengalami KEK dan 9,8% bayi lahir dengan BBLR, dengan hubungan signifikan antara KEK ibu dan BBLR bayi ($p=0,015$)⁹. Jurnal lain menyebutkan bahwa KEK meningkatkan risiko BBLR yang dapat mencapai sekitar 20% atau lebih pada populasi tertentu¹⁰. Hal ini menegaskan bahwa KEK pada ibu hamil merupakan faktor risiko utama terjadinya stunting pada anak.

Dampak Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil saat masa nifas cukup signifikan dan beragam. Ibu hamil dengan KEK memiliki risiko mengalami komplikasi masa nifas seperti perdarahan pasca persalinan, anemia, infeksi, dan persalinan sulit atau lama. Persentase ibu hamil dengan risiko KEK di Indonesia berkisar antara 8,7% hingga 17,9%, yang berhubungan dengan komplikasi tersebut¹¹. Dampak KEK pada masa nifas juga termasuk produksi ASI yang tidak lancar, yang dapat mempengaruhi pemberian ASI eksklusif pada bayi¹². KEK meningkatkan risiko kematian ibu mendadak pada masa perinatal dan komplikasi lain seperti pre-eklampsia dan infeksi yang dapat terjadi pada masa nifas. Prevalensi KEK pada ibu hamil di beberapa wilayah mencapai 12-14%, dengan risiko komplikasi nifas yang signifikan, termasuk anemia dan perdarahan pasca persalinan. Persentase ibu hamil dengan risiko KEK yang mengalami komplikasi ini berkisar antara 8,7% hingga 17,9% berdasarkan data nasional dan studi lokal di Indonesia¹³. Dampak ini menegaskan pentingnya intervensi gizi dan pendampingan yang berkelanjutan untuk ibu hamil dengan KEK agar mengurangi risiko komplikasi masa nifas.

Dampak Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil saat masa laktasi cukup signifikan, terutama terkait dengan produksi ASI dan kesehatan ibu serta bayi. Ibu menyusui yang mengalami KEK memiliki cadangan energi

dan lemak tubuh yang kurang, sehingga produksi ASI bisa tidak optimal atau berkurang, sehingga bayi berisiko kekurangan asupan ASI yang cukup untuk tumbuh kembangnya. KEK menyebabkan ibu merasa lelah terus-menerus, penurunan kekuatan fisik, dan gangguan sistem kekebalan tubuh yang dapat memperburuk kondisi kesehatan ibu selama masa laktasi. Gangguan nutrisi pada ibu menyusui akibat KEK dapat menurunkan kualitas dan kuantitas ASI, yang berkontribusi pada peningkatan risiko stunting dan penyakit infeksi pada bayi. Studi menunjukkan hubungan signifikan antara KEK pada ibu hamil dan riwayat pemberian ASI eksklusif, di mana ibu dengan KEK cenderung memberikan ASI eksklusif lebih rendah, yang berkontribusi pada kejadian stunting pada anak. Persentase ibu menyusui yang mengalami KEK bervariasi, salah satu studi melaporkan prevalensi KEK pada ibu menyusui sekitar 38,7% pada kelompok usia tertentu, yang berisiko mengalami gangguan produksi ASI dan kesehatan ibu.¹²

Ibu hamil usia 20 tahun termasuk kategori usia muda yang berisiko mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan, seperti prematuritas dan bayi berat lahir rendah (BBLR). Pendampingan berkesinambungan memberikan edukasi, pemeriksaan rutin, dan intervensi tepat waktu yang membantu ibu mengatasi risiko tersebut serta mempersiapkan persalinan dan masa nifas dengan baik. Selain itu, pendampingan juga mencakup konseling keluarga berencana (KB) pascapersalinan, yang penting untuk mencegah kehamilan terlalu dini atau berulang pada usia mudakesehatan ibu dan bayi¹⁴. Pendampingan asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil usia 20 tahun yang belum sesuai anjuran BKKBN (minimal 21 tahun) sangat penting meliputi menjamin pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkelanjutan dari kehamilan hingga pascapersalinan, meningkatkan pemantauan kondisi ibu dan janin sehingga komplikasi dapat dicegah, memberikan edukasi dan dukungan psikososial yang meningkatkan kepatuhan dan kesiapan ibu muda dan membantu persiapan keluarga berencana pascapersalinan untuk menghindari risiko kehamilan berulang terlalu dini. Model pendampingan ini terbukti efektif dan sesuai dengan teori serta praktik kebidanan modern yang berfokus pada kualitas dan kontinuitas pelayanan kesehatan ibu dan anak¹⁴. Berdasarkan permasalahan tersebut

berbagai usaha dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB¹⁵

Upaya dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB adalah perlunya asuhan yang berkesinambungan dari mulai kehamilan persalinan nifas sampai bayi baru lahir. Setelah satu pelaksanaan kegiatan dalam rangka menurunkan AKI dan AKB adalah dengan cara meningkatkan asuhan kebidanan secara komprehensif, yaitu melingkupi antenatal care, intranatal care, postnatal care, dan asuhan neonatal. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017, Bab III pasal 18 menyatakan bahwa Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan kesehatan ibu, kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana¹⁶.

Kesehatan ibu dan anak yang dimaksudkan berupa *Antenatal Care* (ANC). ANC merupakan program terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, dengan tujuan menjaga agar ibu sehat selama kehamilan, dan persalinan yang aman dan memuaskan memantau kemungkinan adanya risiko-risiko kehamilan, merencanakan penatalaksanaan yang optimal terhadap kehamilan risiko tinggi dan menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan janin perinatal⁷. Pemeriksaan ANC adalah untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan¹⁷.

Asuhan kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan proses normal dan alamiah yang dialami oleh seorang wanita apabila tidak di pantau secara baik dapat menimbulkan komplikasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa. Oleh karena itu pendekatan yang dianjurkan adalah menganggap semua kehamilan itu berisiko pada setiap ibu hamil¹⁸. Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator dengan menggunakan cakupan K1 dan K6. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan minat ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ketenaga kesehatan. Cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 4x dengan distribusi waktu 6 jam - hari ke 2 (KF1), hari ke 3 - hari ke

7 (KF2), hari ke 8 - 28 (KF3) dan hari ke 29-42 (KF4) setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu⁹. Asuhan pada bayi baru lahir pada yang mana sebanyak 4 kali, yaitu 1 kali asuhan bayi baru lahir dan kunjungan pada neonatus dilakukann sebanyak 3 kali yaitu 6-48 jam setelah lahir (KN1), 3-7 hari setelah lahir (KN 2), dan 8-28 hari setelah lahir (KN 3). Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal¹⁹.

Continuity of Care (COC) adalah pelayanan kebidanan melalui model pelayanan berkelanjutan pada perempuan sepanjang masa kehamilan, persalinan, nifas dan keluarga berencana. Bidan sebagai subsistem sumber daya manusia menjadi salah satu ujung tombak yang berperan langsung pada percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) dan atau angka kematian bayi (AKB). AKI dan AKB merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan masyarakat²⁰. Kesenambungan antara seorang wanita dengan bidan berkaitan dengan kualitas layananan dari waktu ke waktu³.

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, pentingnya asuhan berkesinambungan atau *Continuity of Care (COC)* sebagai bagian dari pencegahan terjadinya peningkatan AKI dan AKB. Pemberian asuhan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana. Sehingga, diharapkannya bidan dapat mengoptimalkan pelayanan *Continuity of Care (COC)* sebagai pelayanan yang komprehensif. Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan dan pendampingan dengan judul “Asuhan Berkesinambungan Pada Ny.A Usia 20 Tahun G1P0AB0AH0 Usia Kehamilan 38 Minggu 2 Hari dengan Kekurangan Energi Kronik di Puskesmas Kasihan I”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengimplementasikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity of care*) pada ibu dari masa kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan keluarga berencana dengan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian data subjektif dan objektif pada Ny. A secara *Continuity of Care*.
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnosis, masalah, dan kebutuhan berdasarkan data subjektif dan data objektif pada Ny. A secara *Continuity of Care*.
- c. Mahasiswa mampu melakukan analisa kebidanan meliputi diagnosis potensial dan masalah potensial yang mungkin terjadi pada Ny. A secara *Continuity of Care*.
- d. Mahasiswa mampu menentukan kebutuhan segera pada Ny. A dari secara *Continuity of Care*.
- e. Mahasiswa mampu melakukan penyusunan rencana asuhan kebidanan pada Ny. A secara *Continuity of Care*.
- f. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun pada Ny. A secara *Continuity of Care*.
- g. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi berdasarkan penatalaksanaan yang telah dilakukan pada Ny. A secara *Continuity of Care*.
- h. Mahasiswa mampu melakukan dokumentasi asuhan pada Ny. A secara *Continuity of Care*.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan ini adalah pelaksanaan asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*) yang berfokus pada masalah kesehatan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL, dan keluarga berencana.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman secara langsung, sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan. Selain itu, menambah wawasan dalam menerapkan asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*).

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Mahasiswa Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Dapat memahami teori, memperdalam ilmu, dan menerapkan asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*).

- b. Bagi Bidan Puskesmas Kasihan 1

Dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*).

- c. Bagi Ny.A

Dapat menambah pengetahuan tentang asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*)serta melakukan pemantauan kehamilan, persalinan, BBL, nifas, dan keluarga berencana dengan baik.