

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 LatarBelakang

Kehamilan, persalinan dan nifas merupakan proses yang alamiah, artinya setiap perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan, persalinan dan nifas normal adalah bersifat fisiologis, namun pada beberapa kasus mungkin dapat terjadi komplikasi sejak awal atau terjadi kemungkinan dalam kehamilan, persalinan atau pasca salin (Marmi, 2011: 11).

Menurut (SDKI: 2012), Setiap menit di seluruh dunia, 380 wanita mengalami kehamilan, 190 wanita menghadapi kehamilan tidak diinginkan, 110 wanita mengalami komplikasi terkait kehamilan, 40 wanita mengalami aborsi yang tidak aman dan 1 wanita meninggal. Indonesia merupakan Negara yang paling memiliki andil besar dalam menyumbangkan AKI, selain itu Indonesia menempati urutan tertinggi di ASEAN pada tahun 2010 dengan jumlah kematian ibu mencapai 220/100.000 kelahiran hidup yang jauh diatas angka kematian ibu di Philipina yang mencapai 99/100.000 lahiran hidup, Thailand 48/100.000 kelahiran hidup. Selain memiliki jumlah AKI yang masih cenderung tinggi, AKB Indonesia juga masih memerlukan perhatian yang serius dari semua pihak. Walaupun jumlah kematian bayi dari tahun 2010 ke tahun 2012 sudah mengalami penurunan, namun angka ini masih jauh dari target MDG's. kematian bayi dari tahun 2010 mencapai 27/1000 kelahiran hidup, jumlah ini menurun pada tahun 2012 menjadi 23/1000 kelahiran hidup.

Di Jawa Timur, Angka Kematian Ibu (AKI) cenderung meningkat dalam 5 (lima) tahun terakhir, yaitu berkisar antara 7-11 point dengan data yang bersumber dari Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota. Angka Kematian Ibu (AKI) dapat digambarkan sebagai berikut: pada tahun 2008 sebesar 83 per 100.000 kelahiran hidup (kh); tahun 2009 sebesar 90,3 per 100.000 kh, tahun 2010 sebesar 101,4 per 100.000 kh; tahun 2011 sebesar 104,3 per 100.000 kh, tahun 2010 sebesar 101,4 per 100.000 kelahiran hidup kh; tahun 2011 sebesar 104,3 per 100.000 kh; dan di tahun 2012 mencapai 93,43 per 100.000 kh. AKI Jawa Timur tahun 2012 keadaannya berada 5 point dibawah dari target MDG's tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kh. Sedangkan keadaan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) yang diperoleh dari laporan rutin relative sangat kecil, sehingga data AKB yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (Provinsi Jawa Timur) diharapkan mendekati kondisi dilapangan. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKB tahun 2007 sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup (kh). Sedangkan menurut data Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur, AKB tahun 2009 sebesar 31,41 per 1000 kh, tahun 2010 mencapai 29,99 per 1000 kh, tahun 2011 mencapai 29,24 per 1000 kh, dan ditahun 2012 estimasi AKB telah mencapai 28,31 per 1000 kh. Dalam kurun waktu 2 (dua) tahun kedepan, diharapkan mencapai target MDG's yaitu 23 per 1000 kh pada tahun 2015.

Menurut dinas kesehatan Ponorogo (2014-2015), Kabupaten Ponorogo capaian Angka Kematian Ibu (AKI) cenderung menurun pada tahun 2014 dan pada tahun 2015 dari bulan Januari sampai bulan September cakupan AKI dapat digambarkan sebagai berikut pada tahun 2014 sebesar 127 per 100.000 kelahiran

hidup (kh) sedangkan pada tahun 2015 dari bulan Januari-September sebesar 108,4 per 100.000 kh. Cakupan AKI Kabupaten Ponorogo tahun 2015 keadaannya berada 6 point di atas dari target MDG's tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kh. Sedangkan keadaan Angka Kematian Bayi (AKB) berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, AKB tahun 2014 sebesar 13,6 per 1000 kh; tahun 2015 mencapai 14,3 per 1000. Angka Kematian Neonatal pada tahun 2014 sebanyak 1037,96 per 1000 kh dan tahun 2015 (Januari-September) sebanyak 755,75 per 1000 kh. Jumlah kunjungan kehamilan pada K1 dan K4 tahun 2014 sebanyak 13801 dan pada tahun 2015 (Januari-September) jumlah kunjungan kehamilan K1 dan K4 sebanyak 12493. Jumlah persalinan pada tahun 2014 sebanyak 11818 dan pada tahun 2015 (Januari-September) sebanyak 82%. Jumlah ibu nifas pada tahun 2014 sebanyak 11725 dan pada tahun 2015 (Januari-September) sebanyak 8006. Jumlah kelahiran hidup pada tahun 2014 sebanyak 11795 dan pada tahun 2015 (Januari-September) sebanyak 8303. Jumlah cakupan KB aktif tahun 2014 sebanyak 144264 dan tahun 2015 (Januari-Agustus) sebanyak 139512 terdiri atas Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan non Metode Jangka Panjang (MKJP). Jumlah balita meninggal pada tahun 2014 sebanyak 13 dan pada tahun 2015 sampai bulan September sebanyak 7.

Indikator untuk mengukur keberhasilan dari asuhan yang kesinambungan dan berkualitas dapat dilihat dari cakupan. Pada BPM Ny. K, Pulung, Ponorogo, pada tahun 2014 terdapat 60 orang ibu hamil (100%), kunjungan 1(K1) sebanyak 60 ibu hamil (100%), sedangkan cakupan kunjungan 4 (K4) sebanyak 12 ibu hamil (20%) 48 orang yang tidak kunjungan K4 dikarenakan pindah BPM. Dari 60 orang ibu hamil tersebut 45 ibu yang bersalin di BPM Ny. K (70%), 45 ibu

bersalin dapat bersalin normal, sementara 22 bersalin harus dilakukan rujukan, karena preeklamsia berat 5, partus lama fase aktif 8, dan yang abortus ada 8. Pada saat nifas, neonatus, (100%). Dapat diketahui bahwa asuhan tidak dilakukan berkesinambungan dan berkualitas menurut Wijono (2006: 20) dapat disebabkan oleh (1) suami dan mertua sebagai pengambil keputusan, sementara mereka tidak mengetahui pentingnya memeriksakan kehamilan dan hanya mengandalkan cara-cara tradisional (2) fasilitas tidak memadai, tidak berfungsi sebagai mestinya, tidak memungkinkan kerahasiaan dan harus menunggu lama atau pelayan petugas yang kurang memuaskan (3) kurang pengetahuan tentang pemeriksaan kehamilan (4) transportasi yang sulit, baik bagi ibu maupun bagi bidan (5) kurang dukungan tradisi dan keluarga yang mengizinkan ibu meninggalkan rumah untuk memeriksa kehamilan (6) kurang kepercayaan pada petugas kesehatan (7) ibu dan/atau anggota keluarga tidak mampu membayar atau tidak mempunyai waktu untuk memeriksakan kehamilan, dan (8) takhayul dan keraguan untuk memeriksakan kehamilan ke petugas kesehatan.

Dampak yang dapat terjadi apabila yang tidak dilakukan asuhan yang kesinambungan yang berkualitas akan menimbulkan berbagai masalah yang meliputi tidak terdeteksi resiko dan dapat terjadi komplikasi berlanjut ke matian yang berkontribusi terhadap peningkatan AKI. Pada ibu hamil dampak yang bisa terjadi misalnya adanya anemia dalam kehamilan, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia, eklamsi), perdarahan antepartum, Ketuban Pecah Dini (KPD) serta tidak diketahui penyakit sehingga dapat mengganggu proses kehamilan. Pada ibu bersalin bisa terjadi kelainan posisi janin, perdarahan intrapartum, tidak dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), serta tidak diketahui penyakit sehingga dapat

mengganggu proses kehamilan. Dalam masa nifas dapat terjadi kelainan seperti bendungan ASI, mastitis, abses payudara, anemia dalam masa nifas, tidak dapat ASI Eksklusif, serta kelainan lain yang dapat mempengaruhi masa nifas (Manuaba 2010: 277-420). Pada bayi baru lahir dapat terjadi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), asfiksi neonatorum, kelainan kongenital, tetanus neonatorum bahkan dapat menimbulkan kematian perinatal, dapat menghambat tumbuh kembang anak (Manuaba, 2010: 421-442). Jika tidak menggunakan kontrasepsi paska Salin, maka itu dapat kembali subur dan kemungkinan kembali hamil menjadi besar. Pelaksanaan asuhan kebidanan secara kesinambungan dan berkualitas diharapkan ibu dapat menjalani kehamilan trimester III, persalinan, nifas dan neonatus tanpa penyulit atau komplikasi serta pemilihan alat kontrasepsi paska melahirkan yang tepat sesuai dengan kondisi ibu. Ibu hamil memiliki hak dalam pengambilan keputusan yang melibatkan kesejahterannya dan anak (Marmi, 2011: 28).

Menurut Dinkes Ponorogo (2014), Ibu hamil dan keluarga berhak mendapat pengetahuan dan informasi mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan minimal kehamilan 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, 2 kali pada trimester III, mengikuti program *antenatal care* (ANC) terpadu. Melakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), pada ibu bersalin pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Pada ibu nifas dan bayi baru lahir melakukan kunjungan nifas untuk memeriksa ibu dan bayi sebanyak 4 kali yaitu pada waktu 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, 6 minggu setelah persalinan, dan membantu klien dalam memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan keadaannya. Pemberi pelayanan juga harus berperilaku yang memberikan

rasa hormat, menjalankan peran dan berfungsi sebagai petugas kesehatan, membangun kepercayaan kepada ibu dan keluarga (Marmi, 2011: 27). Pemerintah telah melakukan berbagai upaya yang telah di bahas di atas, penulis berkeinginan memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dalam bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai perawatan yang berkesinambungan, dalam bidan diakui sebagai seorang professional yang bertanggung jawab yang bekerja dalam kemitraan dengan wanita selama kehamilan, persalinan, masa nifas, neonatus dan Keluarga Berencana (KB) dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan didokumentasikan dengan pendekatan metode SOAP.

### **1.2 Pembatasan masalah**

Berdasarkan permasalahan yang ada ruang lingkup pelayanan dalam hal ini pada ibu hamil Trimester III, bersalin, masa nifas, neonatus, dan KB dengan melaksanakan asuhan secara *continuity of care*.

### **1.3 Tujuan Penyusunan LTA**

#### **1. Tujuan Umum**

Mampu memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, masa nifas, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

#### **2. Tujuan khusus**

Setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan dan atau masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara kontinyu, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi serta mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil.

2. Melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan dan atau masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara kontinyu, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi serta mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu bersalin.
3. Melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan dan atau masalah sesuai dengan perioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara kontinyu, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi serta mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu nifas.
4. Melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan dan atau masalah sesuai dengan perioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi serta mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dalam neonatus.
5. Melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan dan atau masalah sesuai dengan perioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara kontinyu, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi serta mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dalam pelayanan KB.

## **1.4 Sasaran, Tempat, dan Waktu**

### **1 Sasaran**

Sasaran asuhan kebidanan di tujukan kepada ibu hamil Trimester III (28-40 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan pelayanan KB.

### **2 Tempat**

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah di BPM Wilayah Kabupaten Ponorogo.

### **3 Waktu**

Waktu yang diperlukan dalam proposal, member asuhan dan menyusun laporan dimulai bulan Desember sampai Mei 2016.

## **1.5 Manfaat Studi Kasus**

### **1. Manfaat teoritis**

Menambahkan informasi bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan pelayanan KB.

### **2. Manfaat praktis**

#### **1. Klien dan masyarakat**

Klien memperoleh pelayanan optimal secara continuity of care, mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB.

#### **2. Penulis**

Untuk dapat mengaplikasikan ilmu yang telah didapat di bangku pendidikan pada kenyataan yang sesungguhnya dan menambah pengalaman melalui studi kasus khususnya asuhan kebidanan pada ibu

hamil, bersalin, nifas, neonatus, sampai pemilihan KB melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan dan dokumentasikan dalam SOAP serta diasuh secara komprehensif.

### 3. Institusi Pendidikan

Hasil laporan tugas akhir ini diharapkan dapat menambah referensi penulisan laporan tugas akhir dan sebagai bahan acuan tugas akhir selanjutnya.

