

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Proses kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan pemilihan metode keluarga berencana merupakan suatu mata rantai yang berkesinambungan dan berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak. Setiap prosesnya tidak dapat dipisahkan satu sama lain dan kondisi pada setiap prosesnya akan mempengaruhi proses selanjutnya. Proses kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan proses fisiologis, namun dalam prosesnya apabila tidak diawasi secara tepat kemungkinan keadaan tersebut berubah menjadi patologis dan dapat mengancam jiwa ibu dan bayi. Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan hal berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas. Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak produktivitasnya. (Abdul Bari Saifuddin,2008:3). Selain ibu, harus diakui bayi baru lahir (neonatus) sangat rentang terserang penyakit. Hal ini dikarenakan mereka belum memiliki daya imun (kekebalan) yang sempurna. Bahkan, banyak dari mereka yang tidak bisa tertolong. Oleh karena itu, dapat dipastikan bahwa mereka membutuhkan perawatan yang komperhensif. (Sitiatava,2012:12). Memperhatikan angka kematian ibu dan bayi, dapat dikemukakan bahwa sebagian besar kematian ibu dan perinatal terjadi saat pertolongan pertama sangat dibutuhkan, pengawasan antenatal masih belum memadai sehingga penyulit hamil dan hamil dengan resiko tinggi tidak atau terlambat diketahui, masih banyak dijumpai ibu dengan jarak

hamil pendek, terlalu banyak anak,terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil. (Abdul Bari Saifuddin,2008:5). Padahal menurut Manuaba (2011:59) gerakan keluarga berencana telah menjadi salah satu pilar gerakan sayang ibu, sehingga dapat dicapai pembatasan jumlah anak, terlalu tua atau terlalu muda untuk hamil, interval kehamilan tidak teralu pendek dan menambah kesehatan rohani dan jasmani sehingga bumil memiliki tingkat kesejahteraan yang optimal. Hal ini membuktikan bahwa gerakan keluarga berencana yang digalakkan masih belum berhasil. Maka diperlukan asuhan yang berkesinambungan dan berkualitas serta melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur ke petugas kesehatan. Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan sebanyak 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali pada TM I, satu kali pada TM II, dan dua kali pada TM III, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, melakukan kunjungan nifas dan neonatus, ibu paska salin memakai alat kontrasepsi yang sesuai pilihan.

Berdasarkan studi pendahuluan di Bidan Praktik Mandiri (BPM) desa Pijeran, pada bulan Januari 2015 hingga pertengahan Desember 2015, jumlah kunjungan K1 adalah 59 ibu hamil, sedangkan kunjungan K4 hanya 16 (27,1%) orang. Dari ibu hamil TM III yang diperiksa sebanyak 9 (56,2%) ibu hamil yang menderita anemia ringan dengan Hb 9,8-10,4gr/dl, dan 12 (20,3%) ibu hamil yang menderita Kekurangan Energi Kronik (KEK). Sedangkan 1 (6,25%) ibu hamil TM III dengan Pre Eklampsi Ringan (PER), dengan hasil pemeriksaan tekanan darah:

140/90 mmHg, terdapat bengkak pada kaki, dan hasil tes protein urin +1. Dari 42 persalinan sebanyak 21 persalinan normal dan 21 persalinan dengan kegawatdaruratan (8 KPD, 12 persalinan partus lama, 1 persalinan oleh dukun dengan rest plasenta) diantaranya 2 persalinan dengan KPD dapat ditolong oleh

bidan sedangkan 6 persalinan terpaksa harus dirujuk karena lebih dari 6 jam bayi belum bisa dilahirkan, 12 (28,5%) persalinan dengan partus lama sehingga harus dirujuk, dan 1 orang dengan persalinan oleh dukun dirujuk karena rest plasenta. Sebanyak 13 (40%) dari 42 ibu nifas lebih memilih untuk memberikan susu formula kepada bayinya karena mengalami kesulitan dalam praktek menyusui. Dari pengalaman praktik sempat ditemui ibu hamil G<sub>7</sub>P<sub>44024</sub> dengan usia 41 tahun. Dari hasil wawancara dengan ibu hamil tersebut kehamilan ini merupakan kehamilan yang tidak diinginkan, namun ibu tidak ingin berKB.

Banyak alasan yang menjadi penyebab sedikitnya capaian kunjungan K4 diantaranya kurangnya kepatuhan ibu hamil dalam melakukan kunjungan ANC ini, karena kurangnya pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya memeriksakan kehamilan, kepercayaan yang salah, serta tidak adanya dukungan dari pihak suami dan keluarga. Selain itu dapat pula disebabkan karena pindah tempat periksa, atau abortus sehingga belum sampai mencapai K4. KEK dan anemia dalam kehamilan disebabkan karena kurangnya asupan nutrisi dan ketidakpatuhan ibu dalam mengonsumsi tablet Fe. Padahal ibu hamil sangat dianjurkan untuk rutin mengonsumsi tablet besi 1 kali per hari. Tiap tablet mengandung FeSO<sub>4</sub> 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg, minimal masing-masing 90 tablet besi, sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. (Abdul Bari Saifuddin,2008:91). Ketuban pecah dini pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor eksternal, misalnya infeksi yang menular dari vagina. (Sarwono,2008:678). Sedangkan penyebab persalinan lama menurut Abdul Bari Saifuddin (2008:185) adalah his tidak adekuat, faktor janin (malpresentasi, malposisi, janin besar), dan faktor jalan lahir (panggul sempit,

kelainan serviks, vagina, tumor). Persalinan oleh dukun pada umumnya disebabkan karena masih percaya oleh dukun bayi dan kurangnya pengetahuan ibu tentang bahaya bersalin di dukun. Umumnya kesulitan dalam menyusui disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu tentang teknik menyusui yang benar dan pentingnya ASI bagi bayi. Selain itu adanya alasan ibu tidak menyusui bayinya karena merasa ASI-nya tidak cukup, terlalu encer atau tidak keluar sama sekali. Padahal apabila ibu sudah melakukan perawatan payudara secara rutin sejak hamil dan dilanjutkan nifas, masalah tersebut tidak terjadi. Kehamilan dengan grandemulti atau kehamilan lebih dari empat sangat beresiko tinggi bagi ibu dan janin yang dikandung. Selain adanya riwayat abortus, jumlah paritas dan usia ibu dapat menjadi faktor resiko dalam kehamilan tersebut. Hal ini dikarenakan pengetahuan dan pemahaman ibu tentang program KB masih kurang.

Dampak dari adanya kesenjangan antara jumlah K1 dan K4 adalah masa kehamilan ibu lepas dari pemantauan petugas kesehatan, sehingga akan menimbulkan berbagai faktor resiko seperti anemia dalam kehamilan, hipertensi dalam kehamilan (pre eklampsia, eklampsia), perdarahan, Ketuban Pecah Dini (KPD), Kelainan posisi janin sehingga dapat mengganggu proses persalinan serta tidak diketahuinya penyakit yang dapat mengganggu proses kehamilan dan persalinan. Sedangkan ibu nifas dapat terjadi bendungan ASI, abses payudara, anemia masa nifas, serta kelainan lain yang dapat mempengaruhi masa nifas. (Manuaba,2010:227-420). Selain itu bila ibu hamil tidak mendapatkan asuhan yang berkualitas juga akan berdampak pada bayi baru lahir seperti Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), asfiksia neonatorum, ikterus, perdarahan tali pusat, kejang, hipotermi, hipertermi, tetanus neonatorum, sepsis, bahkan dapat menimbulkan

kematian perinatal. (Deslidel,2011:107-125). Dalam penelitian dijumpai kenyataan bahwa terjadi banyak penyulit pada bayi sejak awal mempergunakan susu formula yaitu terjadinya penyakit diare, dan tumbuh kembang yang kurang memuaskan. (Manuaba,2009:4).

Masalah tersebut sebenarnya dapat diantisipasi sebelumnya dengan pelayanan komprehensif yang berkesinambungan atau *continuity of care* mulai dari saat masa kehamilan yaitu dengan memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan, suntik TT, kelas ibu hamil, kepemilikan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dan Program Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Saat persalinan dengan bersalin di tenaga kesehatan yang terlatih (Sarwono,2008:24). Saat masa nifas juga perlu mendapatkan pengawasan, antara lain 4 kali kunjungan yaitu 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan dan 6 minggu setelah persalinan. (Abdul Bari Saifuddin,2008:123). Perawatan bayi baru lahir dengan kunjungan minimal 3 kali yaitu KN 1 pada 6-48 jam pertama, KN 2 pada usia 3-7 hari, dan KN 3 pada usia 2 minggu (Kemenkes RI,2010:24), hingga ibu menentukan untuk KB sesuai dengan kebutuhan. *Continuity of care* atau kontinuitas asuhan kebidanan berarti seorang wanita mampu mengembangkan hubungan dengan bidan untuk bekerja dalam kemitraan untuk penyediaan perawatannya selama kehamilan, kelahiran hingga periode post natal. (Indrayani,2013:11). Secara umum, bidan adalah seseorang yang telah menempuh program pendidikan bidan yang diakui oleh negara dan memperoleh kualifikasi serta diberi izin guna menjalankan praktik kebidanan di negeri tersebut. (Zian Farodis,2012:8). Dengan pelayanan *continuity of care* dapat

dideteksi sedini mungkin komplikasi yang menyertai ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir hingga ibu mendapatkan KB yang sesuai dengan kebutuhannya. Bila sudah diketahui komplikasi sejak dini, maka ibu dapat segera mendapatkan penanganan untuk mengatasi komplikasi tersebut. Sehingga mampu menurunkan resiko kematian pada ibu dan bayi.

Masalah diatas perlu pelayanan asuhan kebidanan yang berkesinambungan dengan manajemen 5 langkah dan SOAP pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan pelayanan KB. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis ingin melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu dengan memberikan asuhan secara langsung pada ibu hamil trimester III, bersalin, masa nifas neonatus, dan keluarga berencana menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan metode SOAP.

## **1.2. Pembatasan Masalah**

Asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III (34-36 minggu), bersalin, nifas, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan lima langkah dan SOAP.

## **1.3. Tujuan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil Trimester III, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan lima langkah dan SOAP.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan kebidanan diharapkan mampu:

1. Melakukan asuhan pada kehamilan trimester III meliputi pengkajian pada ibu hamil, merumuskan diagnosa kebidanan dan/masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
2. Melakukan asuhan pada persalinan meliputi pengkajian pada ibu bersalin, merumuskan diagnosa kebidanan dan/masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
3. Melakukan asuhan pada nifas meliputi pengkajian pada ibu nifas, merumuskan diagnosa kebidanan dan/masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
4. Melakukan asuhan pada neonatus meliputi pengkajian pada neonatus, merumuskan diagnosa kebidanan dan/masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan

evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

5. Melakukan asuhan pada Keluarga Berencana meliputi pengkajian pada calon akseptor KB, merumuskan diagnosa kebidanan dan/masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

#### **1.4. Ruang Lingkup**

##### 1.4.1. Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil trimester III (34-36 minggu), ibu bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

##### 1.4.2. Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah lahan praktik Bidan Praktik Mandiri (BPM).

##### 1.4.3. Waktu

Waktu yang diperlukan dalam membuat dan menyusun proposal, memberikan asuhan kebidanan, membuat dan menyusun laporan dimulai bulan November 2015-Juni 2016

#### **1.5. Manfaat**

##### 1.5.1. Manfaat Teoritis

Untuk pengembangan ilmu dan penerapan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

### 1.5.2. Manfaat Praktis

#### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai metode penilaian pada mahasiswa dalam melaksanakan tugasnya dalam menyusun laporan studi kasus, mendidik dan membimbing mahasiswa agar lebih terampil dalam memberikan asuhan kebidanan.

#### 2. Bagi Lahan Praktek

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB secara komprehensif.

#### 3. Bagi ibu/keluarga

Mendapat pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

#### 4. Bagi calon bidan

Laporan ini bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan memberikan wawasan tentang perawatan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB.