

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan suatu momen istimewa yang dinanti oleh pasangan suami istri. Kehamilan merupakan serangkaian proses alamiah yang dialami seorang wanita yaitu mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Sarwono, 2009: 7). Mengingat kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan keadaan fisiologis yang bisa berubah menjadi keadaan patologis, maka diperlukan asuhan yang berkesinambungan dan berkualitas serta melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur pada masa kehamilan. Melakukan kunjungan antenatal ke petugas kesehatan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada TM I, 1 kali pada TM II dan 2 kali pada TM III, pertolongan persalinan di tenaga kesehatan, melakukan kunjungan neonatus, serta ibu pascalin memakai alat kontrasepsi yang sesuai pilihan. Asuhan antenatal yang kurang optimal/paripurna dapat menimbulkan dampak/komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (Marmi, 2011: 9-11). Besar harapan penulis untuk mampu membantu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) serta

meningkatkan derajat kesehatan ibu selama masa hamil, melahirkan, nifas hingga KB dan bayi yang dilahirkan juga dalam kondisi sehat.

Berdasarkan pengamatan World Health Organization (WHO) tahun 2014, Angka Kematian Ibu (AKI) dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas sebesar 210 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup. Kemudian, menurut data Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2015 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia masih tinggi yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2012 yaitu AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data SDKI juga menunjukkan bahwa cakupan K1 secara nasional sebesar 95,75% serta cakupan K4 sebesar 87,48%. Bila dibandingkan tahun 2014 angka cakupan K1 mengalami peningkatan 0,76% (dari 94,99%), cakupan K4 mengalami peningkatan 0,78% (dari 86,70%). Sedangkan data profil dari provinsi Jawa Timur menunjukkan cakupan K1 pada tahun 2015 adalah 98,07% dan cakupan K4 pada tahun 2015 adalah 90,44 %. Untuk menurunkan Angka Kematian Ibu diperlukan upaya-upaya yang terkait dengan kehamilan, kelahiran dan nifas (WHO. 2011). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan kabupaten Ponorogo cakupan K1 tahun 2016 sampai dengan bulan September mencapai 12.118 atau 97% dari 12.493 sasaran ibu hamil. Cakupan K4 pada tahun 2016 terhitung sampai dengan bulan September mencapai 10.869 atau 87% dari 12.493. Berdasarkan data yang diambil dari salah satu BPM di wilayah Kadipaten, Babadan, Ponorogo menyebutkan bahwa dari bulan

Februari hingga November 2016 tercatat total kunjungan K1 di BPM 11 orang. Kemudian, jumlah K4 pada bulan Februari hingga November 2016 tercatat 12 orang dengan rincian 2 pasien masuk dari BPM lain dan 1 pasien keluar karena pindah ke BPM lain. Dari total K4 yang ada, jumlah persalinan yang ditolong oleh Bidan di BPM tercatat masih utuh 12 orang namun 4 pasien diantaranya terpaksa harus rujuk karena berbagai faktor, yaitu letak sungsang, KPD (Ketuban Pecah Dini), riwayat post SC dan 1 pasien minta rujuk ke Poned Puskesmas Babadan karena memiliki kartu Jamkesmas. Dari 4 pasien yang dirujuk, 3 diantaranya sudah diketahui Bidan secara jelas bahwa akan ada rencana rujukan. Dari keadaan inilah kami bisa mengambil pelajaran bahwasannya asuhan kebidanan secara paripurna kepada ibu hamil sangat diperlukan terkait deteksi dini faktor resiko yang menyertai ibu. Jika faktor resiko pada ibu hamil tidak diketahui sejak dini maka dapat menimbulkan berbagai komplikasi kehamilan seperti ibu hamil dengan *anemia*, *KEK* (Kurang Energi Kronis), *pre-eklamsi* yang berakibat juga terhadap bayi yang dilahirkan, seperti bayi *prematum*, *BBLR* (Bayi Berat Lahir Rendah) hingga berakibat pada kematian ibu. Kematian ibu adalah kematian seorang ibu yang disebabkan kehamilan, melahirkan atau nifas, bukan karena kecelakaan. Angka Kematian Ibu (AKI) dihitung per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan kabupaten Ponorogo tahun 2016, angka kematian ibu mencapai 199 per 100.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan tahun 2015 yaitu 91 per 100.000 kelahiran hidup, maka AKI di tahun 2016 mengalami kenaikan. Mengingat kira-kira 90%

kematian ibu adalah komplikasi obstetri yang sering tak dapat diperkirakan sebelumnya, maka kebijaksanaan Departemen Kesehatan untuk mempercepat penurunan AKI adalah mengupayakan agar: i) setiap persalinan ditolong atau minimal didampingi oleh bidan, dan ii) pelayanan obstetri sedekat mungkin kepada semua ibu hamil (Sarwono, 2009: 8).

Dampak yang akan timbul pada ibu apabila kehamilan resiko tinggi tidak terdeteksi oleh tenaga kesehatan adalah *KEK*, *anemia*, *pre-eklamsi*, perdarahan karena *atonia uteri*, *retensio plasenta*, *rupture uteri* dan *inversio uteri*. Sedangkan dampak yang timbul pada bayi baru lahir yaitu *asfiksia*, bayi berat lahir rendah, kelainan bawaan, trauma persalinan (Syarifuddin, 2010: 54). Upaya yang dilakukan untuk menekan AKI dan AKB yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkisenambungan mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal minimal 4 kali selama masa kehamilan dengan standart pelayanan ANC terpadu. Pelayanan tersebut diberikan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu bersalin yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum dan bidan). Pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standart yang dilakukan sekurang-kurangnya 3 kali sesuai jadwal yang di anjurkan yaitu KF 1 pada 6 jam-48 jam pasca salin, KF 2 pada hari ke 4-28 pasca salin dan KF 3

pada hari ke 29-42 pasca salin. Pelayanan kesehatan neonatus dengan melakukan kunjungan neonatus (KN) lengkap yaitu KN 1 kali pada usia 6 jam-48 jam, KN 2 pada hari ke 3-7 dan KN 3 pada hari ke 8-28 (Marmi, 2012). Pelayanan pertama yang diberikan pada kunjungan neonatus adalah pemeriksaan sesuai standart Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI Eksklusif dan perawatan tali pusat. Pelayanan kesehatan pada ibu nifas dan neonatus juga mencakup pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir termasuk keluarga berencana pasca salin (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan kondisi di atas perlu diberikan “Asuhan Kebidanan Berbasis *Continuity of Care* pada Ibu Hamil TM III, Bersalin, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana Fisiologis” dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan mendokumentasikan dengan metode SOAP. Dengan dilakukan asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care* pada ibu, diharapkan ibu mampu menjalani kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB tanpa penyulit atau komplikasi yang biasa terjadi pada saat hamil TM III. Diharapkan pula ibu mampu melewati persalinan, nifas hingga pemilihan alat kontrasepsi pasca salin yang tepat serta dapat melakukan perawatan bayi sehari-hari secara mandiri.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan pada kehamilan TM III (UK 34-36 minggu), persalinan, nifas, neonatus dan Keluarga Berencana (KB).

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care* pada ibu hamil TM III (UK 34-36 minggu), bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan pada kehamilan TM III yang meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan, melaksanakan, dan melakukan evaluasi serta mendokumentasikan dengan metode SOAP.
2. Melakukan asuhan kebidanan pada persalinan yang meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan, melaksanakan, dan melakukan evaluasi serta mendokumentasikan dengan metode SOAP.
3. Melakukan asuhan kebidanan pada nifas yang meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan, melaksanakan, dan melakukan evaluasi serta mendokumentasikan dengan metode SOAP.

4. Melakukan asuhan kebidanan pada neonatus yang meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan, melaksanakan, dan melakukan evaluasi serta mendokumentasikan dengan metode SOAP.
5. Melakukan asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana (KB) yang meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan, melaksanakan, dan melakukan evaluasi serta mendokumentasikan dengan metode SOAP.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu dengan memperhatikan *Continuity of Care* mulai dari kehamilan TM III (UK 34-36 minggu), persalinan, neonatus, nifas sampai dengan KB.

1.4.2 Tempat

Asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care* dilaksanakan di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Siti Saudah, S.ST Polorejo, Babadan, Ponorogo.

1.4.3 Waktu

Waktu yang digunakan untuk menyusun proposal hingga memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu hamil TM III (UK 34-36 minggu), bersalin, nifas, neonatus, dan KB adalah bulan November 2016 sampai bulan Juli 2017.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Mengaplikasikan Asuhan Kebidanan berbasis *Continuity of Care* pada ibu hamil TM III (UK 34-36 minggu) minimal 2x ANC, bersalin, neonatus, nifas dan KB dengan harapan mampu menurunkan AKI dan AKB.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pasien

Pasien merasa diuntungkan dengan diberikannya asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* yang dimulai sejak ibu hamil TM III (UK 34-36 minggu), bersalin, nifas, neonatus hingga KB karena dapat memberikan deteksi dini terhadap faktor resiko yang mungkin terjadi.

2. Bagi Institusi

Institusi dapat melengkapi referensi dan juga dijadikan bahan evaluasi terhadap materi asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada mahasiswa serta referensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus dan KB sesuai standart pelayanan minimal.

3. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa mampu mengaplikasikan ilmu yang didapatkan dari bangku kuliah kepada pasien (ibu) mulai dari ibu hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus hingga KB.

4. Bidan dan BPM

Bidan dapat mempertahankan pelayanan kebidanan kepada ibu hamil (khususnya kehamilan TM III), bersalin, nifas, neonatus dan Keluarga Berencana (KB) sesuai standart pelayanan minimal asuhan kebidanan.

