

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan kebidanan secara berkesinambungan merupakan asuhan yang diberikan kepada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir atau neonates, serta pemilihan metode kontrasepsi atau KB secara komprehensif sehingga mampu untuk menekan AKI dan AKB. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan masyarakat. Kesehatan Ibu dan anak perlu mendapatkan perhatian karena ibu mengalami kehamilan dan persalinan yang mempunyai risiko terjadinya kematian (Misar Y, dkk, 2012).

Kematian ibu di negara berkembang berkaitan dengan anemia dalam kehamilan. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar < 10,5 gr% pada trimester II (Sembiring, 2010). Di Indonesia anemia umumnya disebabkan oleh kekurangan zat besi, sehingga lebih dikenal dengan istilah anemia gizi besi (Sukarni, dkk, 2013 : 124). Oleh karena itu perlu adanya pengawasan antenatal sampai dengan postnatal secara berkesinambungan karena sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun perinatal. Pengawasan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinan (Manuaba, dkk, 2010 : 109). Hasil penelitian Hueston,

W.J., *et. al.* 2003, menyimpulkan bahwa pemeriksaan kehamilan merupakan investasi hemat biaya, oleh karena itu, pentingnya memberikan *Antenatal Care* dimulai dari awal kehamilan (Merzai F. *et al*, 2011). Dalam pelayanan antenatal minimal terdapat cakupan pelayanan antenatal dapat dipantau melalui kunjungan baru ibu hamil (K1) untuk mengetahui akses dan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standart paling sedikit 4x (K4) dengan distribusi 1x pada TM I, 1x pada TM II dan 2x pada TM III untuk melihat kualitas (Dinkes Ponorogo, 2014).

Data WHO pada tahun 2010 secara global , lebih dari 500.000 perempuan meninggal setelah melahirkan setiap tahunnya dengan lebih dari 90 % dari kematian yang terjadi di negara-negara berkembang . Hampir separuh kematian ibu di Afrika disebabkan karena perdarahan 34% yang menjadi penyebab utama . Penyebab lain dari kematian ibu sekitar 17 % . Kematian Ibu dengan sepsis 10 % dan hipertensi 9% adalah penyebab penting dan harus dicegah dari kematian ibu (Hoque M.*et. al*, 2008). Data AKI pada tahun 2013 menurut SDKI (Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup, padahal salah satu target MDGs (*Milenium Development Goals*) pada tahun 2015 adalah meningkatkan kesehatan ibu dengan mengurangi resiko jumlah kematian ibu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan upaya-upaya untuk bisa mencapai target MDGs tersebut (Evi dan Suhandi, 2014). Hasil capaian K1 Provinsi Jawa Timur tercatat sebanyak 650.057 (96,19%) dan K4 sebanyak 599.162 (88,66%). Data persalinan oleh nakes tercatat sebanyak 596.376

(92,45%), kunjungan nifas sebanyak 588.013 (91,15%) dan peserta KB aktif tercatat 1.221.641 dengan peserta KB aktif MKJP sebanyak 265.096 (21,7%) dan Non MKJP sebanyak 956.544 (78,3%) , peserta KB baru sebanyak 1.161.531 dengan peserta KB baru MKJP sebanyak 212.282 (18,3%) dan Non MKJP 949.249 (81,7%) . Pada tahun 2014, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 93,52 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB Provinsi Jawa Timur tahun 2013 sebesar 27,23 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Jatim, 2014 : 8, 10). Data sekunder dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo tahun 2015 terdapat kesenjangan antara K1 dan K4. KI tercatat 12.879 (93,32%) dan K4 berjumlah 11.872 (86,02%). Hal ini juga meningkatkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). AKI wilayah Ponorogo 2015 tercatat 15 (0,13%) ibu dan AKB sejumlah 161 (1,45%) bayi. Data persalinan oleh nakes tercatat 11.818 (99,5%) , kunjungan ibu nifas sebanyak 11.803 (99,8%) dan kunjungan neonatal tercatat 11.121 (90,64%) . Data untuk KB aktif mulai bulan Januari sampai dengan bulan September 2016 sebanyak 149.515 (69%) dari target 70% yaitu IUD sebanyak 45.504 (21%), MOW sebanyak 9.534 (4,4%), implant sebanyak 35.320 (16,3%), kondom sebanyak 3.033 (1,4%), suntik sebanyak 107.477 (49,6%) dan pil sebanyak 14.734 (6,81%).

Berdasarkan data yang diperoleh di BPM wilayah Jetis bulan Juli sampai dengan bulan Oktober 2016 tercatat capaian kunjungan K1 31 ibu hamil dari jumlah keseluruhan ibu hamil dan capaian kunjungan K4 tercatat adalah 28 (90%). Dari data tersebut terdapat kesenjangan KI dan K4

dikarenakan kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya kunjungan antenatal. Sehingga di dapatkan 5 (16,5 %) ibu hamil mengalami anemia gizi besi. Pengaruh anemia pada kehamilan dapat menyebabkan persalinan prematuritas, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6$ g%), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD) (Manuaba, dkk, 2010 : 240). Anemia gizi juga dapat mengakibatkan kematian janin dalam kandungan dan abortus (Sukarni, dkk, 2013 : 125). Bahaya anemia pada saat persalinan dapat terjadi gangguan HIS, kala I lama, partus terlantar, kala II lama, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri (Manuaba, dkk, 2010 : 240). Pada ibu hamil yang menderita anemia berat dapat meningkatkan resiko morbiditas maupun mortalitas ibu dan bayi (Sukarni, dkk, 2013 : 125). Anemia pada kala nifas dapat terjadi subinvolutio uteri menimbulkan perdarahan, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010 : 240). Kekurangan zat besi juga dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin, mengakibatkan cacat bawaan, BBLR (Sukarni, dkk, 2013 : 125). Sedangkan data persalinan dari bulan Juli hingga bulan Oktober tahun 2016 di BPM yaitu dari 28 ibu bersalin terdapat 21 (75%) ibu yang melahirkan normal di BPM, dan terdapat 7 (25%) ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan *Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi 3 (10,7%) ibu mengalami KPD dan 4 (14,3%) ibu mengalami PEB, didapatkan 21 ibu telah melakukan IMD, sedangkan 7 ibu belum dapat melakukan IMD karena post *Sectio*

Caesarea. Data capaian kunjungan nifas dari bulan Juli hingga Oktober tahun 2016 yaitu 28 ibu nifas, dan terdapat 4 (29%) ibu nifas yang pengalaman merawat bayinya masih kurang, seperti cara memandikan bayi dan merawat talipusat sehari-hari sehingga dibutuhkan KIE yang lebih agar tidak terjadi infeksi pada bayinya. Sedangkan capaian Neonatus dari bulan Juli hingga Oktober tahun 2016 yaitu 28 bayi baru lahir dengan tanpa komplikasi. Dan data kunjungan KB bulan Januari hingga Oktober 2016 yaitu 716 WUS dengan pengguna KB baru 85 (12%) WUS, sedangkan pengguna KB aktif yaitu 631 (88%) WUS. Tercatat 135 (21%) akseptor IUD, 1 (0,16 %) MOP, 28 (4,5 %) MOW, 103 (16,25 %) akseptor Implant, 310 (49 %) akseptor KB suntik, 43 (6,8 %) akseptor KB Pil, 9 (1,5 %) akseptor kondom. Kasus pada akseptor KB hormonal seperti KB suntik dan implant terdapat 10 ibu yang mengalami amenorea, 7 ibu mengalami spotting dan 13 mengalami kenaikan berat badan. Penggunaan KB hormonal seperti KB suntik dapat terjadi perubahan pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting atau perdarahan sela sampai 10 hari (Arum, dkk, 2011 : 117) sedangkan pada KB implant sering ditemukan bahwa dapat menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur, berat badan bertambah, menimbulkan akne, ketegangan payudara, liang senggama terasa kering (Manuaba dkk, 2010 : 603).

Upaya untuk mengatasi permasalahan tersebut sehingga dibutuhkan asuhan kebidanan yang berkesinambungan. Dalam hal ini upaya yang dilakukan pemerintah yaitu dengan pendekatan pelayanan kesehatan, ANC

terpadu, melalui pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standart pelayanan kehamilan yaitu 4 kali pemeriksaan selama kehamilan. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, suntik TT, kelas ibu hamil, kepemilikan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), pemeriksaan urine, HIV/AIDS, program persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dengan stiker dan tersedianya kartu jaminan kesehatan masyarakat (Kemenkes, 2007). Jadwal kunjungan antenatal yaitu 1x pada triwulan pertama, 1x pada triwulan kedua, 2x pada triwulan ketiga. (Saifuddin, 2009 : 90). Jadwal kunjungan nifas dilakukan 4x dengan kunjungan I (6-8 jam postpartum), kunjungan II (6 hari postpartum), kunjungann III (2 minggu postpartum), kunjungan IV (6 minggu postpartum) (Walyani, 2014 : 82) , dan jadwal kunjungan neonatal (KN) dilakukan 3x kunjungan dengan KN 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir , KN 2 dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir, KN 3 dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir (Walyani, 2014 : 84). Kesepakatan antara ICM, IFGO, dan WHO tahun 1993, mengatakan bahwa bidan (*midwife*) adalah seorang yang telah mengikuti pendidikan dan lulus serta terdaftar atau mendapat izin melakukan praktik kebidanan (Walyani, 2014 : 1). Peran, fungsi bidan dalam pelayanan kebidanan adalah sebagai : pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti. Sedangkan tanggung jawab bidan meliputi pelayanan konseling, pelayanan kebidanan normal, pelayanan kebidanan abnormal, pelayanan kebidanan pada anak, pelayanan KB, dan pelayanan kesehatan masyarakat (Estiwidani D, dkk,

2008). Sehingga pentingnya seorang bidan dalam menjalankan peran, fungsi serta tanggung jawab terutama dalam memberikan pendidikan di awal kehamilan sebagai upaya mempersiapkan ibu agar memahami pentingnya pemeliharaan kesehatan selama hamil, bersalin, nifas, bayi dan anak serta mempersiapkan ibu dalam menggunakan alat kontrasepsi atau KB (Maryunani, 2016 : 74-75). Oleh karena itu harus adanya kerjasama dan dukungan lintas program dan lintas sektor serta organisasi profesi yang terkait sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi (Dinkes Jatim, 2014).

Berdasarkan latar belakang diatas, sebagai calon bidan/penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan kebidanan berbasis *Continuity Of Care* pada ibu hamil , bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan melalui metode SOAP.

1.2 Pembatasan Masalah

Bagaimanakah asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu hamil TM III (34-40 minggu) , ibu bersalin, nifas, neonatus, keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan?.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Kebidanan secara *Continuity Of Care* dengan komprehensif pada ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus serta keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah study kasus diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan pengkajian dengan pengumpulan data subyektif dan data obyektif pada ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus serta keluarga berencana .
2. Menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus serta keluarga berencana .
3. Merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus serta keluarga berencana.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus serta keluarga berencana.
5. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus serta keluarga berencana.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah di laksanakan pada ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus serta keluarga berencana dengan SOAP.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan yang di tujukan kepada ibu dengan memperhatikan *Continuity Of Care* dimulai sejak kehamilan trimester III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus, sampai ibu menggunakan Alat Kontrasepsi atau KB.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih dalam melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* adalah di Bidan Praktik Mandiri (BPM).

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dari penyusunan proposal, membuat proposal sampai asuhan kebidanan dan menyusun laporan dimulai bulan Oktober 2016 – Juni 2017.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Untuk mengembangkan pengetahuan dan pelayanan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* dan komprehensif terhadap ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus dan KB.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi institusi pendidikan

Dengan adanya asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* ini di harapkan dapat menambah referensi dipustakaaan tentang asuhan kebidanan secara komprehensif.

2. Bagi bidan

Meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan kemampuan sikap bidan untuk memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*Continuity Of Care*).

3. Bagi Ibu dan Keluarga

Mendapatkan pelayanan yang optimal, menambah wawasan , pengetahuan dan asuhan secara *Continuity Of Care* yaitu mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir (BBL), dan KB.

4. Bagi penyusun

Dapat mengimplementasikan asuhan sesuai dengan teori yang telah diperoleh, menambah pengalaman serta pengetahuan tentang pemberian asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir (BBL), dan KB secara berkesinambungan dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan *Continuity Of Care*.

