

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan adalah saat yang paling menggembirakan dan ditunggu-tunggu setiap pasangan suami istri. Kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai terjadinya persalinan (Manuaba, 2010: 127). Asuhan antenatal menjadi sangat penting untuk menjamin proses kehamilan, persalinan sampai dengan masa nifas agar proses tersebut bisa berjalan dengan normal dan sehat. Kunjungan antenatal untuk pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan janin minimal dilakukan empat kali selama kehamilan, yaitu pada kehamilan trimester I (UK <14 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester II (UK 14-28 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester III (UK 28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan. Asuhan antenatal yang fisiologis bisa menjadi patologis, untuk itu perlu asuhan kebidanan yang berkesinambungan dan komprehensif (Heryani, 2010: 32).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) senantiasa menjadi indikator keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan. AKI mengacu pada jumlah kematian ibu yang terkait dengan masa kehamilan, persalinan dan nifas. Pada masa tersebut ibu memerlukan perawatan yang memadai agar kondisi ibu selalu dalam rentang sehat (Hutahaean, 2013: 12). Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan ibu bersalin merupakan masalah terbesar di negara berkembang. Kematian saat

melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita. Menurut WHO (2014) Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) sangat tinggi di dunia, tercatat 800 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan kelahiran anak. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia menduduki urutan ketiga tertinggi di kawasan Asia Selatan dan Asia Tenggara. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015 AKI berjumlah 305/100.000. AKI di Indonesia merupakan angka tertinggi di ASEAN. Penyebab kematian ibu adalah perdarahan (28%), infeksi (11%), komplikasi abortus (5%) dan partus macet (5%). Perdarahan terutama yang terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan menyebabkan lebih dari setengah jumlah kematian ibu. AKI di Indonesia masih tetap tinggi walaupun sudah terjadi penurunan dari 359 per 100.000 KH menjadi 305 per 100.000 KH, dan diharapkan AKI dapat terus menerus menurun pada tahun selanjutnya. Angka kematian ibu di Kota Surabaya tahun 2016 yang tercatat sampai awal bulan November yaitu, 28/100.000 kelahiran hidup sedangkan target Nasional adalah 102/100.000 kelahiran hidup, yang artinya angka kematian ibu di Kota Surabaya jauh dibawah target Nasional (Dinkes Jatim, 2016)

Cakupan K1 di Kabupaten Ponorogo tahun 2016 mencapai (87,96%) dan cakupan K4 mencapai (80,18%). Angka kematian ibu (AKI) di Ponorogo adalah 105,98 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) di Ponorogo adalah 16,84 per 100.000 kelahiran hidup. Ibu hamil yang mengalami keguguran di Kabupaten Ponorogo tahun 2016 adalah 297 (35,68%) dan partus lama sebanyak 373 (28,41%). Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Ponorogo 84,78 dan cakupan persalinan oleh

non nakes sebanyak 19 persalinan. Cakupan pelayanan nifas (82,72%) dan ditemukan 22 ibu nifas mengalami perdarahan. Neonatus lahir hidup sebanyak L= 4313 (43,7%) dan P= 4179 (42,3%) sedangkan neonatus lahir mati sebanyak L= 45 (15,6%) dan P= 22 (9,8%). Bayi dengan BBLR sejumlah L= 158 (59%) dan P= 187 (67%). Pengguna KB aktif di Kabupaten Ponorogo sejumlah 128.901 (Dinkes Ponorogo, 2016). Berdasarkan data di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Kauman Ponorogo pada Bulan Juli-Desember Tahun 2016 terdapat sebanyak 20 orang ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC dan semuanya melakukan kunjungan K1. Ibu hamil yang melakukan kunjungan K4 sebanyak 14 (70%) orang, dan terdapat 6 (30%) orang yang tidak melakukan kunjungan K4 dikarenakan 1 orang pindah keluar kota, 2 orang pindah bidan karena pindah desa mengikuti suami dan 3 orang pindah tempat periksa yaitu ke dokter karena kehamilannya beresiko tinggi sehingga bidan melakukan rujukan ke dokter. Dari seluruh ibu hamil terdapat 11 orang yang melahirkan secara spontan/normal di BPM tersebut dan 3 orang dilakukan rujukan ke rumah sakit dengan KPD (Ketuban Pecah Dini).

Berdasarkan data diatas, ditemukan masalah yaitu pada proses persalinan ada 3 orang ibu yang dirujuk ke rumah sakit akibat KPD (Ketuban Pecah Dini). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu pada pembukaan < 4 cm (Fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktu melahirkan. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh kedua

faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks (Joseph, 2010: 33).

Dampak atau komplikasi yang mungkin timbul pada kasus ketuban pecah dini antara lain : (1) Komplikasi yang paling sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan (RDS = *Respiratory Distress Syndrome*), yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. (2) Resiko infeksi meningkat pada kejadian ketuban pecah dini. (3) Semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya *chorioamnionitis* (radang pada korion dan amnion). (4) Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada ketuban pecah dini. (5) Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini preterm. (6) Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila KPD preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu (Nugroho, 2010: 55).

Berdasarkan persoalan diatas salah satu solusi yang dapat diberikan berupa asuhan kebidanan berbasis *continuity of care*. *Continuity of care* adalah asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga kesehatan dalam rangka untuk meningkatkan kesehatan ibu dan penurunan angka kematian ibu. Asuhan kebidanan *continuity of care* adalah asuhan kebidanan yang diberikan secara berkesinambungan dan komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir sampai dengan keluarga berencana (KB). Berdasarkan kondisi di atas maka penulis

ingin memberikan asuhan *continuity of care* selama masa hamil (TM III), bersalin, neonatus, nifas dan pelayanan keluarga berencana menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang didokumentasikan dengan metode SOAP sebagai Laporan Tugas Akhir.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan berbasis *continuity of care* pada ibu hamil (TM III), bersalin, nifas, neonatus, sampai dengan keluarga berencana (KB).

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan penerapan asuhan kebidanan berbasis *continuity of care* ibu hamil TM III (UK 34-36 minggu), bersalin, nifas, neonatus, keluarga berencana pada Ny A di BPM Kauman Ponorogo dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan berbasis *continuity of care* ibu hamil TM III (UK 34-36 minggu) meliputi pengkajian, mendiagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi tindakan dengan metode SOAP.
2. Melakukan asuhan kebidanan berbasis *continuity of care* pada ibu bersalin meliputi pengkajian, mendiagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi tindakan dengan metode SOAP.

3. Melakukan asuhan kebidanan berbasis *continuity of care* pada bayi baru lahir meliputi pengkajian, mendiagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi tindakan dengan metode SOAP.
4. Melakukan asuhan kebidanan berbasis *continuity of care* pada ibu nifas meliputi pengkajian, mendiagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi tindakan dengan metode SOAP.
5. Melakukan asuhan kebidanan berbasis *continuity of care* pada ibu pengguna kontrasepsi pascalin meliputi pengkajian, mendiagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi tindakan dengan metode SOAP.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil trimester III (UK 34-36 minggu) dengan memperhatikan *continuity of care* mulai masa hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

1.4.2 Tempat

Lokasi asuhan kebidanan secara *continuity of care* mengambil tempat di Bidan Praktik Mandiri (BPM).

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan penyusunan proposal, melakukan asuhan kebidanan *Continuity of Care* sampai dengan

membuat LTA adalah dari bulan September 2016 sampai dengan Juli 2017.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan dalam batas *Continuity of Care*, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan pelayanan kontrasepsi. Dapat dijadikan bahan perbandingan untuk laporan studi kasus selanjutnya.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

Sebagai langkah evaluasi dari hasil proses pembelajaran asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

2. Bagi Institusi pendidikan

Sebagai bahan kajian dan referensi dalam meningkatkan ilmu pendidikan kesehatan dalam bidang kebidanan bagi peserta didik.

3. Bagi Lahan Praktek

Sebagai bahan acuan dalam mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan SPM (Standar Pelayanan Minimal).

4. Bagi Pasien

Pasien mendapat pelayanan asuhan kebidanan yang dibutuhkan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

5. Bagi Keluarga

Asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana diharapkan dapat memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan pada keluarga, apabila ada komplikasi atau kelainan yang timbul bisa segera dideteksi.

