

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sasaran pembangunan kesehatan Indonesia adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan yang mencakup: meningkatnya umur harapan hidup, menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang terjadi selama masa kehamilan sampai dengan 42 hari setelah melahirkan, tidak tergantung pada tempat atau usia kehamilan (Saifuddin, 2010:54). Berdasarkan Departemen Kesehatan (2010) *Making Pregnancy Saver* (MPS) mendorong ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan, bersalin, pemeriksaan nifas dan bayi yang dilahirkan oleh tenaga kesehatan yang terampil dan pemeriksaan awal yang dilakukan berupa pemeriksaan *antenatal care* (Nasriyah, dkk, 2013). *Asuhan antenatal* adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014:278). Kunjungan *Antenatal* yang dianjurkan adalah 4 kali kunjungan yaitu K1 pada usia (16 minggu), K2 dilakukan pada (24-28 minggu), K3 (32 minggu), K4 (36 minggu sampai lahir) (Sarwono, 2014:279).

Berdasarkan pengamatan *World Health Organization* (WHO) Tahun 2014, angka kematian ibu dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas adalah sebesar 210 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi sebesar 34

per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi jika dibandingkan Negara-negara *Association South East Asian* (ASEAN), yang berarti kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan masih memerlukan perbaikan yang bersifat menyeluruh dan lebih bermutu (Saifuddin, 2008). Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada Tahun 2015 angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi yaitu sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan pada tahun 2012, yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2016). Pada tahun 2015 berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 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%), sedangkan cakupan K4 mengalami sedikit peningkatan 0,78% (dari 86,70%). Data profil dari provinsi Jawa Timur yaitu cakupan K1 pada tahun 2015 adalah 98,07%, sedangkan cakupan K4 pada tahun 2015 adalah 90,44 %.

Di Jawa Timur khususnya Ponorogo AKI pada tahun 2015 sebesar 91/100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2016 sebesar 119/100.000 kelahiran hidup, dari data tahun 2015 dan 2016 menunjukkan kenaikan yang drastis yaitu hampir 50 %. Angka Kematian Ibu mulai menjadi sorotan terkait sulitnya mencapai target MDGs (*Millennium Development Goals*) menurunkan Angka Kematian Ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada Tahun 2015. Untuk menurunkan Angka Kematian Ibu diperlukan upaya-

upaya yang terkait dengan kehamilan, kelahiran dan nifas (WHO, 2011). Untuk cakupan K1 terhitung dari bulan Januari sampai November 2016 sebanyak 10.751, sedangkan cakupan K4 nya adalah 9.674. Dari data tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa adanya kesenjangan antara K1-K4 yaitu sebanyak 1077 ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan sesuai dengan standart yang telah ditentukan.

Menurut salah satu BPM di Ponorogo tahun 2016, cakupan data K1 mencapai 14 ibu hamil dan cakupan data K4 mencapai 8 ibu hamil. Pembahasan 6 ibu hamil dari 14 ibu hamil yang tidak mencapai K4 yaitu, 2 ibu hamil dirujuk ke Rumah Sakit pada kehamilan minggu ke 34 dan kehamilan minggu ke 36 karena mengalami Ketuban Pecah Dini, 1 ibu hamil tidak mencapai K4 dikarenakan mengalami Abortus pada minggu ke 12. Sedangkan 3 ibu hamil masih belum mencapai K4 sesuai umur kehamilan. Dengan melihat dari data yang telah tertulis di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa faktor penyebab terbanyak masalah yang terjadi di salah satu BPM Ponorogo adalah Ketuban Pecah Dini. Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan berlangsung, penyebab Ketuban Pecah Dini karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh kedua faktor tersebut (Abdul Bari Saifuddin 2009: 218). Berkurangnya kekuatan selaput ketuban tersebut ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin (Abdul Bari Saifuddin 2010: 678). Komplikasi yang timbul akibat Ketuban Pecah Dini bergantung pada umur kehamilan, dapat terjadi infeksi maternal

maupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden sectio sesarea, atau gagalnya persalinan normal (Abdul Bari Saifuddin 2010: 678). Selain Ketuban Pecah Dini, terdapat 3 ibu hamil yang belum melakukan K4 disebabkan belum tercukupinya usia kehamilan. Dukungan dari seorang suami dan keluarga sangat mempengaruhi tercapainya cakupan K4. Dalam hal ini maka dilakukan pemantauan secara rutin pada ibu hamil dan selalu memberikan konseling akan pentingnya kunjungan *Antenatal*.

Dampak yang dapat terjadi pada masalah tersebut adalah adanya kesenjangan antara kunjungan K1 dan kunjungan K4 bisa diartikan masih banyak ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama pelayanan antenatal tidak meneruskan ke kunjungan K4 sehingga kehamilan lepas dari pemantauan tenaga kesehatan. Adapun alasan yang menjadi penyebab sedikitnya capaian K4 diantaranya kurangnya kepatuhan ibu hamil dalam melakukan kunjungan ANC, ini dikarenakan kurangnya pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya memeriksakan kehamilan (Notoatmodjo, 2008).

Asuhan kehamilan yang tidak dilakukan dengan baik maka akan menyebabkan komplikasi pada persalinan. Berikut ini komplikasi pada persalinan antara lain : distosia karena kelainan tenaga (kelainan his), distosia karena letak dan bentuk janin, distosia karena kelainan panggul, Presentasi muka, presentasi bokong, gangguan dalam kala III persalinan, perlukaan peristiwa lain pada persalinan, syok dalam kebidanan (Sumarah, dkk. 2008: 116-138). Kemudian dampak apabila asuhan kehamilan dan

persalinan tidak berjalan dengan lancar akan berdampak pada masa nifas. Pada masa nifas dapat terjadi kelainan antara lain: kelainan mammae (kelainan puting susu, kelainan dalam keluarannya air susu), kelainan pada uterus, perdarahan nifas sekunder, trombosis dan embolisme (Hanifa Wiknjastro, 2006:689-700). Kemudian dampak pada bayi apabila ibu hamil dan bersalin tidak dilakukan asuhan yang berkualitas adalah asfiksia neonatorum, perlukaan kulit, kaput suksedaneum, sefalhematoma, perdarahan subponeurotik, perlukaan susunan saraf, perdarahan intrakranial, kelainan kongenital, bayi dengan berat badan lahir rendah (Hanifa Wiknjastro, 2006:709-771). Dan dampak apabila tidak menggunakan kontrasepsi adalah jarak pendek antara kelahiran akan meningkatkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

Salah satu upaya untuk mengatasi masalah tersebut maka perlu dilakukan asuhan yang berbasis *continuity of care* atau asuhan yang berkesinambungan. Dimana asuhan yang diberikan adalah meningkatkan pelayanan kesehatan yang memenuhi standart. Pelayanan ibu hamil diwujudkan melalui Kunjungan *Antenatal* yang dianjurkan adalah 4 kali kunjungan yaitu K1 pada usia (16 minggu), K2 dilakukan pada (24-28 minggu), K3 (32 minggu), K4 (36 minggu sampai lahir) (Sarwono, 2014:279). Program kesehatan untuk menangani ibu bersalin dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dan dilakukan di fasilitas kesehatan yang memenuhi standar asuhan kebidanan dengan (60 langkah APN). Melakukan kunjungan nifas paling sedikit 3 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu

dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang mungkin terjadi. Frekuensi kunjungan nifas ada 3 kali kunjungan yaitu kunjungan pertama pada waktu 6-8jam setelah melahirkan, kunjungan kedua yaitu pada waktu 6 hari setelah persalinan, kunjungan ketiga yaitu pada waktu 2 minggu setelah persalinan, kunjungan keempat yaitu pada waktu 6 minggu setelah persalinan (Heryani, 2012:85-86). Pelayanan kesehatan neonatal dimulai sebelum bayi lahir, melalui pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil. Pelayanan kesehatan neonatal dilakukan sebanyak 3 kali yaitu dua kali pada usia 1-7 hari dan satu kali pada usia 8-28 hari atau disebut dengan kunjungan neonatus (KN). Upaya untuk menurunkan angka kematian maternal adalah keluarga berencana. Jika para ibu yang tidak ingin hamil lagi dapat memperoleh pelayanan kontrasepsi efektif sesuai yang diharapkan, dengan demikian maka akan berkurang prevalensi wanita hamil pada usia lanjut dan paritas tinggi.

Berdasarkan kondisi diatas, maka sebagai calon bidan penulis ingin mempelajari askeb secara berkesinambungan pada ibu dengan membikan asuhan secara langsung pada ibu hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.2 Pembatasan Masalah

Bagaimanakah asuhan kebidanan ini diberikan kepada ibu hamil normal TM III, ibu bersalin, neonatus, ibu nifas, dan peserta KB?

1.3 Tujuan penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dan komperhensif kepada ibu hamil TM III, ibu bersalin, neonatus, ibu nifas, dan pelaksanaan program KB.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.
2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.
3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.
4. Melakukan asuhan kebidanan pada neonatus meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan,

penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

5. Melakukan asuhan kebidanan pada KB meliputi: pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

1.4 Manfaat Penulisan

a) Manfaat Teoritis

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

b) Manfaat Praktis

a. Bagi Bidan

Meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity of care*)

b. Bagi Institusi Pendidikan

Upaya perkembangan asuhan kebidanan *continuity of care* mulai hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus dan KB dan aplikasi secara nyata dilapangan, serta dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk pendidikan.

c. Bagi Penulis

Sebagai bahan peningkatan pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan untuk pelaksanaan asuhan kebidanan.

d. Bagi Klien dan Keluarga

Memberikan informasi tentang kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan metode KB serta ibu mendapatkan pelayanan kebidanan secara *continuity of care* mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB.

1.5 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu secara *continuity of care* mulai hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus dan pelayanan KB.

1.6 Tempat

Asuhan kebidanan secara *continuity of care* dilaksanakan di Bidan Praktik Mandiri (BPM).

1.7 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam menyusun Laporan Tugas Akhir dan membuat Laporan Tugas Akhir dimulai bulan September 2016 sampai Juni 2017.