

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut federasi obstetri internasional, Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ke tiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Saifuddin, 2009:213).

Capaian pelayanan kesehatan ibu dapat dinilai menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 merupakan jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standart, paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang di anjurkan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun. Dengan adanya indikator cakupan tersebut sehingga dapat memantau angka morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (Kemenkes RI,2012;62).

Menurut data (*world health organization*) WHO tahun 2015, sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi dinegara-negara berkembang 81% angka kematian ibu (AKI) akibat komplikasi selama hamil dan bersalin. Faktor langsung penyebab tingginya AKI adalah perdarahan 45%, terutama perdarahan *post partum*. Selain itu ada keracunan kehamilan 24%, infeksi 11%, dan partus lama atau macet (7%). Komplikasi obstetric umumnya terjadi pada waktu persalinan, yang waktunya pendek adalah sekitar 8 jam.

Berdasarkan data dari Dinkes Ponorogo mencatat bahwa cakupan K1 kabupaten Ponorogo pada tahun 2015 mencapai 12.879 atau 93,32% dari 13.801 sasaran pada ibu hamil tahun 2014. Pada tahun 2015 sampai dengan bulan September mencapai 12.118 atau 97% dari 12.493 sasaran ibu hamil. Cakupan K4 di kabupaten Ponorogo tahun 2014 mencapai 18.871 atau 86,805% dari 13.801 sasaran ibu hamil dan pada tahun 2015 terhitung sampai dengan bulan September mencapai 10.869 atau 87% dari 12.493.

Berdasarkan data di Bidan Praktik Mandiri (BPM) pada bulan Juli – Desember Tahun 2016 terdapat 25 orang yang melakukan kunjungan ANC. Dari 25 (80%) orang ibu hamil semua melakukan kunjungan K1.ibu hamil yang melakukan kunjungan K4 sebanyak 20 (25%) orang, dan terdapat 5 orang yang tidak melakukan kunjungan K4 dikarenakan 1 (5%) orang pindah keluar kota, 1 (5%) orang pindah ke bidan desa yang dekat dengan tempat tinggal ibu hamil,dan 3 (15%) orang di rujuk ke dokter karena kehamilannya berresiko tinggi yaitu (anemia,hipertensi) Dari seluruh ibu

hamil terdapat 17 (85%) orang yang melahirkan secara spontan atau normal di BPM tersebut dan 3 (15%) orang di lakukan rujukan ke rumah sakit yaitu 1 (5%) orang dengan KPD (ketuban pecah dini) dan 2 (10%) orang dengan plasenta previa.

Berdasarkan data di atas, di temukan masalah yaitu pada proses persalinan ada 2 orang ibu yang di rujuk ke rumah sakit akibat plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan di mana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada semen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan atau dinding belakang rahim di fundus uteri. Penyebab dari plasenta previa yaitu: (1) Umur, (2) Banyaknya jumlah kehamilan dan persalinan, (3) Hipoplasia, (4) korpus luteum, (5) Tumor-tumor, seperti mioma uteri polip endometrium, (6) Endometrium cacat, seksio cesarea, kuretase, dan plasenta manual, (7) Kehamilan kembar (Prawiroharjo, 2008; 87).

Dampak/komplikasi yang bisa muncul pada ibu yang menderita plasenta previa, di antaranya : (1) syok maternal akibat kehilangan darah, (2) plasenta akreta, pada 15 % ibu yang menderita plasenta previa, (3) perdarahan pascapartum, (4) kematian maternal, (5) hipoksia janin dan gejala akibat pemisahan plasenta, (6) kematian janin (Fraser, 2009; 123).

Upaya yang dilakukan untuk menekan AKI dan AKB dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkisambungan mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pemilihan alat

kontrasepsi. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal minimum 4 kali selama masa kehamilan yaitu minimal 1 kali pada TM I (UK 0-12 minggu). Minimal 1 kali pada TM II (UK 12-28 minggu). Minimal 2 kali pada TM III (UK 28 minggu-lahir). 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. 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;65).

Berdasarkan kondisi di atas perlu di berikan “Asuhan Kebidanan Berbasis Continuity of Care pada Ibu Hamil TM III (34-36) Minggu,

Bersalin, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana Fisiologis” dengan pendekatan manajemen kebidanan dan di dokumentasikan dengan metode SOAP.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan Kebidanan pada kehamilan trimester III (34-36 minggu), Persalinan, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana (KB) *post partum*.

1.3 Ruang Lingkup

Asuhan Kebidanan ini diberikan kepada ibu hamil normal TM III (34-36 minggu) , ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan Akseptor KB *Post Partum* .

1.3.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil dengan memperhatikan *Continuity Of Care* mulai hamil TM III (34-36 minggu), bersalin, nifas, bayi baru lahir ,dan Akseptor KB *Post Partum*.

1.3.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu secara *Continuity Of Care* adalah di Bidan Praktik Mandiri (BPM).

1.3.3 Waktu

Waktu yang diperlukan untuk dari menyusun proposal sampai dengan Laporan Tugas Akhir ini dimulai bulan September 2016 sampai juni 2017.

1.4 Tujuan Penyusunan LTA

1.4.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Kebidanan berbasis *Continuity of Care* Pada ibu hamil fisiologi TM III (34-36) minggu bersalin, nifas, neonatus dan KB (keluarga berencana) *post partum* dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil TM III (34-36 minggu) meliputi: Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* dengan metode SOAP.
2. Melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* dengan metode SOAP.
3. Melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu nifas meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* dengan metode SOAP.

4. Melakukan Asuhan Kebidanan pada neonatus meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* dengan metode SOAP.
5. Melakukan Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* dengan metode SOAP.

1.5 MANFAAT

1.5.1 Manfaat Teoritis

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan yang merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/ masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi baru lahir serta keluarga berencana (KEPMENKES R.I No. 369/MENKES/SK/III/2007:8). Semoga studi kasus ini dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan serta bahan penerapan asuhan kebidanan dalam batas *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan KB dengan pendekatan manajemen kebidanan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi

Sebagai bahan Kajian terhadap materi Asuhan Pelayanan Kebidanan serta Referensi bagi Mahasiswa dalam Memahami Pelaksanaan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif pada ibu hamil, Persalinan, Nifas, Neonatus dan KB sesuai Standart Pelayanan Minimal

2. Bagi Penulis

Untuk Mengaplikasikan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB

3. Bagi Lahan Praktek (BPM)

Sebagai acuan untuk dapat meningkatkan pelayanan kebidanan termasuk pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus maupun Keluarga Berencana (KB) sesuai Standart Pelayanan Minimal Asuhan Kebidanan .