

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa kehamilan merupakan masa yang rawan kesehatan, baik kesehatan ibu yang mengandung maupun janin yang dikandungnya sehingga dalam masa kehamilan perlu dilakukan pemeriksaan secara teratur dan berkesinambungan, yaitu: Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4x selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu 1x pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), 1x pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan 2x pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Pelayanan kesehatan ibu bersalin dilaksanakan dalam rangka mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Pelayanan kesehatan neonatus dilakukan sedikitnya 3

kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik difasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah (Primadi dkk, 2015 : 8, 91, 96). Pelayanan kesehatan neonatus Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir, Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir, Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir (Elisabeth, 2014 : 136). Pelayanan Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Program KB dilakukan diantaranya dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran. Sasaran program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih dititikberatkan pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun (Primadi, 2015 : 101-102). Hal ini dilakukan guna menghindari gangguan sedini mungkin dari segala sesuatu yang membahayakan terhadap kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya. Karena walaupun saat kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan keadaan fisiologis namun bisa berubah menjadi keadaan patologis sehingga diperlukan asuhan yang berkesinambungan dan berkualitas. Jika standar pelayanan dilaksanakan sudah sesuai dengan prosedur diharapkan dapat mendeteksi risiko tinggi pada ibu hamil lebih awal dan dapat dilakukan rujukan sesegera mungkin (Purboningsih, 2014 : 1). Setiap tahunnya diseluruh dunia diperkirakan 4 juta

bayi meninggal pada tahun pertama kehidupannya dan dua pertiganya meninggal pada bulan pertama. Penyebab utama kematian pada minggu pertama kehidupan adalah komplikasi kehamilan dan persalinan seperti asfiksia, sepsis, dan komplikasi berat lahir rendah (Pramono, 2016 : 15)

Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan (Kemenkes), pada 2015 tercatat ada 305 ibu meninggal per 100 ribu orang (Astuti, 2016). Berdasarkan hasil sementara Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia mencapai 22 per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita (AKBA) mencapai 26 per 1000 kelahiran hidup. Meski mengalami penurunan dari tahun sebelumnya, jumlah tersebut masih terbilang cukup tinggi (Maharani, 2016). Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada bulan Maret 2011, yang menyatakan bahwa Peserta KB Baru secara nasional pada bulan Maret 2011 sebanyak 739.500 peserta, persentasenya adalah sebagai berikut: 48.891 peserta IUD (6,61%), 9.634 peserta MOW (1,30%), 2.508 peserta MOP (0,34%), 47.824 peserta Kondom (6,47%), 50.781 peserta Implant (6,87%), 373.154 peserta Suntikan (50,46%), dan 206.708 peserta Pil (27,94%). Sedangkan di Jawa Timur, angka peserta KB yang menggunakan Pil tidak jauh berbeda dengan angka nasional, yaitu sebesar 23.53%, menduduki peringkat kedua setelah peserta Suntikan, sebesar 60.13%. Untuk jumlah peserta KB lain adalah IUD 5.84%, MOW 1.73 %. MOP 0.40%, Kondom 4.04% dan Implant 4.32% (BKKBN, 2011).

Berdasarkan data sekunder dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo bulan Januari sampai dengan bulan September 2016 Angka Kematian Ibu (AKI) di Ponorogo adalah 105,98/100.000 KH (kelahiran hidup) dan Angka Kematian Bayi (AKB) 16,84/1000 KH (kelahiran hidup). Cakupan ibu hamil K1 mencapai 8.796 (85%), K4 mencapai 8.018 (75%). Beberapa ibu hamil mengalami komplikasi kehamilan diantaranya 264 (72%) ibu mengalami hipertensi, 297 (75%) ibu hamil yang mengalami keguguran dan 373 (80%) ibu mengalami partus lama. Ibu yang persalinanya ditolong oleh nakes sebanyak 8478 (82%). Ibu bersalin yang ditolong oleh dukun sebanyak 19 (0,21%). Ibu bersalin yang SC sebanyak 2459 (27,95%). Cakupan kunjungan ibu nifas sebanyak 8.272 (76%). Beberapa ibu mengalami komplikasi nifas sebanyak 2.315 (25%), diantaranya 22 (2%) ibu mengalami perdarahan saat nifas. Cakupan kunjungan neonatus (KN) sebanyak 4.223 (51,05%) dengan jenis kelamin laki-laki dan perempuan sebanyak 4.106 (49,63%). Bayi baru lahir hidup dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 4313 (52,13%), dan perempuan sebanyak 4.179 (50,51%). Bayi baru lahir mati dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 45 (0,54%), dan perempuan sebanyak 22 (0,26%). Beberapa bayi mengalami komplikasi diantaranya 158 (1,91%) mengalami berat badan lahir rendah dengan jenis kelamin laki-laki dan perempuan sebanyak 187 (2,26%). 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%), Implan 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 diambil di salah satu BPM di wilayah Pulung Ponorogo menyebutkan bahwa bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2016 Ibu hamil yang melakukan kunjungan K1 sebanyak 42 orang dan yang melakukan kunjungan K4 sebanyak 38 (75%) orang, dari seluruh ibu hamil terdapat 38 ibu yang melahirkan oleh tenaga kesehatan, 2 orang mengalami komplikasi kehamilan diantaranya 1 orang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD), 1 orang mengalami Hemorrhagia post partum (HPP), dan 2 ibu dilakukan rujukan diantaranya 1 orang mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD), 1 orang mengalami Letak Lintang. Dari 38 ibu nifas, 1 orang mengalami retensio urine. Cakupan kunjungan neonatus (KN) lengkap sejumlah 42 bayi, 1 bayi dilakukan rujukan karena mengalami mega kolon. Jumlah peserta KB yang tercatat di BPM yaitu, 53 PUS sebagai Akseptor KB Aktif. Dengan jumlah Akseptor KB Baru 20 dan Akseptor KB Lama 23. Tercatat Akseptor IUD sebanyak 7 (8%), Akseptor KB Implan sebanyak 5 (5%), Akseptor kondom sebanyak 4(4%), Akseptor Pil sebanyak 20 (23%), Akseptor KB Suntik 1 bulan sebanyak 25 (28%), Akseptor KB Suntik 3 bulan sebanyak 29 (33%). Dari 29 Akseptor KB Suntik 3 bulan 8 ibu mengalami spotting dan 13 ibu berhenti haid. KB Suntik 3 bulan mengandung Depo Medroxy Progesteron Asetat (DMPA) yang memiliki 2 efek samping utama yang mempengaruhi semua wanita yang menerima

suntikan DMPA mengalami perubahan siklus menstruasi dan tertunda untuk kembali subur (Varney, 2007 : 157).

Kematian ibu banyak terjadi pada masa nifas yang dapat disebabkan karena perawatan masa nifas yang dilakukan oleh ibu kurang optimal, sehingga masa nifas merupakan masa yang rawan akan kematian (Listyaningsih dkk, 2012). Penyebab utama kematian ibu secara global adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet dan abortus (Kemenkes RI, 2013).

Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain rendahnya tingkat pendidikan masyarakat terutama kaum ibu, rendahnya tingkat sosial ekonomi, kondisi dan latar belakang sosial budaya yang tidak mendukung, rendahnya status gizi dan tingginya prevalensi anemia khususnya pada ibu hamil, serta terbatasnya akses ibu dan bayi di pedesaan memperoleh layanan kesehatan. Tingginya angka kematian ibu berarti kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan masih memerlukan perbaikan kesehatan yang sifatnya menyeluruh dan lebih bermutu. (Murniati, dkk., 2013 : 35)

Dampak yang akan terjadi jika tidak dilakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi pada ibu dan bayi yang tidak ditangani sehingga menyebabkan kematian yang berkontribusi terhadap peningkatan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Pada ibu hamil komplikasi yang dapat timbul misalnya adanya anemia dalam kehamilan, tekanan darah tinggi/hipertensi dalam kehamilan (*preeklamsia/eklamsia*), perdarahan

antepartum, aborsi, dan janin mati dalam rahim, ketuban pecah dini serta adanya penyakit yang tidak diketahui sehingga dapat mengganggu proses kehamilan (Manuaba, 2010 : 237-281).

Upaya untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu adalah dengan memperluas cakupan pelayanan ANC (Antenatal Care) melalui pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu intervensi kesehatan yang efektif untuk mencegah kesakitan dan kematian ibu. Dengan adanya pemeriksaan kehamilan banyak penyakit-penyakit yang dapat di kenal dan di kurangi atau di hilangkan sama sekali, sehingga kehamilan dan persalinan dapat berlangsung aman (Sarwono, 2007) Cakupan pelayanan Antenatal dapat di pantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil (K1) untuk melihat akses dan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar paling sedikit 4 kali (K4) dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan kedua, dan dua kali pada triwulan ketiga. Pelayanan yang di berikan oleh petugas kesehatan pada ibu hamil yang berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan atau ANC meliputi penimbangan berat badan, pemeriksaan kehamilan, pemberian tablet besi, pemberian imunisasi TT dan konsultasi (DepKes RI, 2009).

Salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia yaitu dengan memberikan asuhan kebidanan secara tepat dan berkesinambungan untuk memastikan kesehatan keluarga terutama ibu dan bayi dalam keadaan sehat selama masa kehamilan, bersalin, neonatus, nifas, serta pelayanan keluarga berencana.

Berdasarkan kondisi di atas maka penulis ingin melakukan asuhan *continuity of care* selama masa hamil TM III (34-36 minggu), 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 secara *continuity of care* yang diberikan kepada ibu hamil trimester III (34-36 minggu), ibu melahirkan, masa nifas, neonatus dan pelayanan keluarga berencana (KB) postpartum.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III (34-36 minggu), bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan secara *continuity of care*.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah study kasus, diharapkan mahasiswa mampu :

- a. Melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu Hamil TM III (34-36 minggu) meliputi Pengkajian, Merumuskan Diagnosa kebidanan, Merencanakan asuhan kebidanan, Melaksanakan asuhan kebidanan, Melakukan Evaluasi asuhan

kebidanan, dan Didokumentasikan dengan Metode Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan (SOAP).

- b. Melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu Bersalin meliputi Pengkajian, Merumuskan Diagnosa kebidanan, Merencanakan asuhan kebidanan, Melaksanakan asuhan kebidanan, Melakukan Evaluasi asuhan kebidanan, dan Didokumentasikan dengan Metode Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan (SOAP).
- c. Melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu Nifas meliputi Pengkajian, Merumuskan Diagnosa kebidanan, Merencanakan asuhan kebidanan, Melaksanakan asuhan kebidanan, Melakukan Evaluasi asuhan kebidanan, dan Didokumentasikan dengan Metode Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan (SOAP).
- d. Melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada Neonatus meliputi Pengkajian, Merumuskan Diagnosa kebidanan, Merencanakan asuhan kebidanan, Melaksanakan asuhan kebidanan, Melakukan Evaluasi asuhan kebidanan, dan Didokumentasikan dengan Metode Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan (SOAP).
- e. Melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada Keluarga Berencana meliputi Pengkajian, Merumuskan Diagnosa kebidanan, Merencanakan asuhan kebidanan, Melaksanakan

asuhan kebidanan, Melakukan Evaluasi asuhan kebidanan, dan Didokumentasikan dengan Metode Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan (SOAP).

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

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

1.4.2 Tempat

Asuhan Kebidanan di lakukan di KLINIK & RB. Fauziah Katini Pulung, Ponorogo.

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan penyusunan proposal, membuat proposal, menyusun Laporan Tugas Akhir secara *Continuity of Care* adalah dari bulan November 2016 sampai dengan Juni 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* pada ibu hamil, ibu bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai metode penilaian pada mahasiswa dalam melaksanakan tugasnya dalam menyusun laporan studi kasus dan dengan diadakannya penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam system pendidikan terutama untuk materi perkuliahan dan memberikan gambaran serta informasi bagi penelitiannya selanjutnya.

3. Bagi Lahan Praktek

Sebagai bahan masukan untuk dapat mempertahankan kualitas dan mutu pelayanan kebidanan terutama asuhan pada ibu hamil, ibu bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana sesuai dengan prosedur Standar Pelayanan Minimal.

4. Bagi Pasien

Sebagai informasi dan motivasi bagi klien, bahwa perhatian pemeriksaan dan pemantauan kesehatan sangat penting khususnya asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin. nifas, neonatus dan keluarga berencana serta pasien mendapat pelayanan asuhan

kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

5. Bagi Keluarga

Laporan ini bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan memberikan wawasan tentang perawatan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB.

