

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan pemilihan metode keluarga berencana merupakan suatu mata rantai yang berkesinambungan dan berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak. Proses kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan proses fisiologis, namun dalam prosesnya apabila tidak diawasi secara tepat kemungkinan keadaan tersebut menjadi patologis dan dapat mengancam jiwa ibu dan bayi (Sarwono, 2009 : 3). Dalam hal ini peran petugas kesehatan tidak kalah penting dalam memberikan bantuan dan dukungan pada ibu agar seluruh rangkaian proses persalinan berlangsung dengan aman baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan (Sumarah dkk, 2008 : 1). Konsep kesejahteraan ibu merupakan konsep yang kompleks yang memerlukan koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi (KISS) pelaksanaan yang terarah dengan jelas sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan perinatal (Manuaba, 2010 : 9). Keberhasilan penyelenggaraan tersebut dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan ibu tentang pentingnya asuhan Antenatal Care (ANC). Asuhan antenatal penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan dengan normal selama kehamilan (Hani dkk, 2011 : 6). Pemeriksaan kehamilan sangat penting bagi semua ibu hamil karena untuk mengetahui pertumbuhan janin dan kesehatan ibu. Kunjungan antenatal

yang tidak menyeluruh, maka akan berdampak pada ibu dan bayi yang dikandung. Mengingat kehamilan yang normal sewaktu-waktu bisa menjadi patologis (Saifuddin, 2009 : 284). Untuk menerima manfaat yang maksimum dari kunjungan-kunjungan antenatal ini, maka sebaiknya ibu tersebut memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan, yang terdistribusi dalam tiga semester, atau dengan istilah rumus 1 1 2 yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III (Hani dkk, 2011 : 12).

Menurut data sekunder dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Ponorogo pada tahun 2016 jumlah capaian Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 119 per 1000 kelahiran hidup (KH) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 17,1 per 1000 kelahiran hidup (KH). Penyebab langsung kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan, penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan sebesar 28%, infeksi sebesar 11%, dan eklamsia sebesar 24%, sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu adalah Kurang Energi Kronik (KEK) pada saat kehamilan sebesar 37%, dan anemia pada saat kehamilan sebesar 24%. Berdasarkan data cakupan K1 di Kabupaten Ponorogo tahun 2016 mencapai 11.573 (94,1%) dari target nasional sebesar 100%. Sedangkan cakupan K4 di Kabupaten Ponorogo mencapai 10.435 (84,8%) dari target nasional sebesar 95%. Sedangkan penyebab kematian bayi di Ponorogo adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) sebesar 46%, asfiksia sebesar 22%, dan penyebab lain karena kelainan bawaan dan infeksi

sebesar 32%. Untuk neonatus yang sudah mendapat KN1 10.709 (95,8%) dan KN lengkap sebanyak 10.635 (95,1%) dari target 98%. Persalinan oleh nakes sebanyak 10.724 (91,3%) dari target nasional sebesar 95%, kunjungan nifas sebesar 10.581 (90,1%) dari target nasional 95%. Untuk jumlah peserta KB baru sebesar 86.311 (89,5%) dan peserta KB aktif sebanyak 96.385 (98,5%).

Sedangkan berdasarkan data yang diperoleh dari Polindes Bringin Kecamatan Kauman Kabupaten Ponorogo pada tahun 2016, jumlah kunjungan K1 murni sebanyak 38 ibu hamil (118,6%) dari target 100%, jumlah kunjungan K4 sebanyak 26 ibu hamil (81,3%) dari target 95%, terdapat 12 (31,6%) ibu hamil yang tidak melanjutkan kunjungan K4 mengakibatkan 3 (7,9%) ibu hamil mengalami anemia, 4 (10,5%) ibu hamil mengalami ketuban pecah dini (KPD), 3 (7,9%) ibu hamil mengalami plasenta previa, dan 2 (5,3%) ibu hamil pindah rumah. Jumlah deteksi ibu hamil resiko tinggi oleh masyarakat sebanyak 5 ibu hamil (15,6%) terdiri dari 3 ibu mengalami anemia, 2 ibu mengalami hipertensi. Jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebanyak 30 orang (96,8%) dari target 95% dengan dilakukan pertolongan persalinan sesuai APN dan dilakukan IMD. Sedangkan jumlah komplikasi persalinan 8 orang yang dirujuk ke rumah sakit (RS) terdiri dari 4 orang ketuban pecah dini (KPD), 3 orang plasenta previa, 1 orang perdarahan postpartum. Jumlah kunjungan ibu nifas 38 orang (126,7%) dari target 95%, terdiri dari 30 (96,8%) ibu nifas tidak ada masalah dan 8 (21%) ibu nifas mengalami

masalah diantaranya 3 (7,9%) ibu nifas mengalami nyeri pada luka bekas *section caesarea*, 5 (13,2%) ibu nifas mengalami bendungan ASI. Jumlah kunjungan neonatus (KN1) sebanyak 37 bayi (97,4%) dan jumlah kunjungan neonatus (KN) lengkap 30 bayi (96,8%) dari target 98% dan jumlah penanganan komplikasi neonatal bayi sebesar 5 bayi (16,1%) terdiri dari 1 bayi mengalami IUFD, 2 bayi mengalami asfiksia, dan 2 bayi mengalami BBLR, jumlah akseptor keluarga berencana (KB) terdiri dari KB baru berjumlah 3 orang yaitu KB baru pasca salin IUD sebanyak 1 orang, KB baru murni IUD sebanyak 1 orang, dan pil sebanyak 1 orang, sedangkan KB aktif sebanyak 366 orang (104,6%) dari target 100% (dibina sesuai register Pembinaan medis KB) dengan rincian KB IUD sebanyak 133 orang (36,4%), MOW sebanyak 10 orang (2,7%), implant sebanyak 33 orang (9%), suntik sebanyak 164 orang (44,8%), pil sebanyak 16 orang (4,4%), dan kondom sebanyak 10 orang (2,7%).

Penyebab tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) terdapat beberapa faktor, salah satu faktor penyebab tingginya AKI dan AKB adalah karena masih banyak ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan ANC sesuai dengan standart. Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab ibu hamil kurang patuh melakukan ANC secara teratur dan tepat waktu antara lain : kurangnya pengetahuan ibu hamil tentang ANC, kesibukan, tingkat sosial ekonomi yang rendah, dukungan suami yang kurang, kurangnya kemudahan untuk pelayanan maternal, asuhan medik yang kurang baik, kurangnya tenaga

terlatih dan obat penyelamat jiwa (Sarwono, 2009). Masa kehamilan ibu lepas dari pantauan petugas kesehatan, sehingga akan menimbulkan berbagai faktor resiko seperti anemia dalam kehamilan, hipertensi dalam kehamilan (pre-eklamsi, eklamsi), perdarahan ketuban pecah dini (KPD) (Manuaba, 2012 : 227). Komplikasi pada persalinan antara lain, distosia karena kelainan tenaga (kelainan his), distosia karena letak dan bentuk janin, distosia karena kelainan panggul, distosia karena traktus genitalis, gangguan dalam kala III persalinan, perlukaan atau peristiwa lain pada persalinan, syok dalam kebidanan (Winkjosastro, 2008 : 587-675). Pada bayi baru lahir komplikasi yang dapat timbul diantaranya berat badan lahir rendah (BBLR), *asfeksia neonatorum*, tetanus *neonatorum*, kelainan *konginetal*, trauma lahir atau bahkan kematian perinatal (Manuaba, 2010 : 421-422). Pada masa nifas kemungkinan terjadi bendungan ASI, mastitis, abses payudara. Adanya penyulit yang terjadi pada masa nifas, maka akan terjadi keterlambatan dalam pemulihan, sehingga ibu lama dalam memilih kontrasepsi (Manuaba, 2012 : 20-21). Dampak yang telah disebutkan di atas, dapat menjadi pemicu meningkatnya jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Masalah tersebut sebenarnya dapat diantisipasi sebelumnya dengan pelayanan komprehensif yang berkesinambungan atau *continuity of care* mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir, hingga ibu menentukan KB (Indrayani, 2013 : 11). Pengawasan sebelum lahir (antenatal) terbukti mempunyai kedudukan yang sangat penting

dalam upaya meningkatkan kesehatan mental dan fisik serta dalam membina suatu hubungan dalam proses pelayanan pada ibu hamil dalam persiapan persalinannya. Dengan pengawasan tersebut dapat diketahui berbagai komplikasi yang dapat mempengaruhi kehamilan sehingga dapat segera diatasi (Jannah, 2012 : 9). Pada masa kehamilan, seorang ibu membutuhkan suplemen tambah darah (Tablet Fe) dengan jumlah 90 tablet yang diminum satu tablet per hari selama hamil. Pada ibu bersalin pertolongan persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan yang professional (Ambarwati, 2011 : 107). Tidak hanya pengawasan pada ibu saja yang diperhatikan, namun pengawasan untuk bayi baru lahir juga penting untuk diperhatikan, harapannya supaya ibu dan bayi sehat, pengawasan pada bayi baru lahir dapat dilakukan dengan cara melakukan kunjungan minimal 3 kali yaitu dua kali pada usia 0-7 hari dan satu kali pada usia 8-28 hari disebut KN lengkap (Dinkes Magetan, 2013). Kebijakan program nasional yang telah dibuat pemerintah mengenai masa nifas merekomendasikan paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas yaitu kunjungan ke-I pada saat 6-8 jam *post partum*, kunjungan ke-II pada 6 hari *post partum*, kunjungan ke-III pada 2 minggu *post partum*, kunjungan ke-IV pada 6 minggu *post partum* (Marmi, 2017 : 13-14). Kunjungan nifas paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Sarwono, 2010 : 23-24). Setiap ibu nifas juga harus mendapatkan pil zat

besi yang diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari post partum dan minum kapsul vitamin A (200.000 IU) dan pelayanan KB untuk ibu post partum (Saifuddin, 2009 : 123-128).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus hingga keluarga berencana (KB) dengan menerapkan pendekatan manajemen kebidanan dan didokumentasikan dengan pendekatan metode SOAP.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil trimester III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana (KB) secara *continuity of care*.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Terlaksananya asuhan kebidanan secara *continuity of care* kepada ibu hamil trimester III (34-40 minggu), ibu bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah dilakukan study kasus, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, meliputi pengkajian data klien, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah yang menyertai, menyusun rencana asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan,

melakukan evaluasi asuhan kebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.

2. Melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu bersalin, meliputi pengkajian data klien, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah yang menyertai, menyusun rencana asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.
3. Melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu nifas, meliputi pengkajian data klien, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah yang menyertai, menyusun rencana asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.
4. Melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada bayi baru lahir, meliputi pengkajian data klien, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah yang menyertai, menyusun rencana asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.
5. Melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada keluarga berencana, meliputi pengkajian data klien, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah yang menyertai,

menyusun rencana asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.

1.4 Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan

1.4.1 Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian dan Desain Penelitian

Jenis penelitian dan desain penelitian yang digunakan dalam membuat dan menyusun laporan yaitu menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan metode atau pendekatan studi kasus (*Case Study*).

2. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan berupa observasi, wawancara dan analisis dokumentasi.

3. Analisa Data

Analisa data asuhan kebidanan secara *continuity of care* terdiri dari proses pengumpulan data yang disusun secara sistematis dan dianalisa, diidentifikasi sesuai dengan pendekatan manajemen kebidanan dan didokumentasikan menggunakan metode SOAP.

1.4.2 Sasaran

Asuhan kebidanan secara *continuity of care* dilakukan pada ibu hamil trimester III (34-40 minggu), ibu bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB).

1.4.3 Tempat

Asuhan kebidanan secara *continuity of care* dilakukan di Pratik Mandiri Bidan (PMB) wilayah Kabupaten Ponorogo.

1.4.4 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam menyusun proposal dan menyusun laporan asuhan kebidanan *secara continuity of care* dimulai pada bulan September 2017-Juni 2018.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan di bidang ilmu kesehatan tentang asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB).

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi klien dan keluarga

Ibu dan keluarga mendapatkan pelayanan secara *continuity of care* mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB) sesuai dengan pendekatan manajemen kebidanan.

2. Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan tambahan pendokumentasian bagi institusi pendidikan dan bahan perbandingan pada study kasus selanjutnya.

3. Bagi penulis

Mengaplikasikan asuhan kebidanan kepada ibu hamil trimester III secara *continuity of care* melalui pendekatan manajemen kebidanan.

4. Bagi bidan dari PMB

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan Keluarga Berencana (KB).

