

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) atau Maternal Mortality Rate (MMR) merupakan indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu pada suatu wilayah. Kematian ibu adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah kehamilan akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera. Penyebab tingginya kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh tidak terlaksananya pemeriksaan *continuity of care* pada ibu selain itu timbulnya penyulit persalinan yang tidak dapat segera ditangani. Melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur merupakan tindakan yang paling tepat dalam mengidentifikasi secara dini sesuai dengan resiko yang dialami oleh ibu hamil (Saifuddin, 2011:20).

World Health Organization (WHO) memperkirakan diseluruh dunia terdapat 216 kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup akibat komplikasi kehamilan dan persalinan tahun 2015. Jumlah total kematian ibu diperkirakan mencapai 303.000 kematian di seluruh dunia sedangkan

di negara berkembang mencapai 239/100.000 kelahiran hidup, 20 kali lebih tinggi dibandingkan negara maju. Negara berkembang menyumbang sekitar 90 % atau 302.000 dari seluruh total kematian ibu yang diperkirakan terjadi pada tahun 2015. Indonesia termasuk salah satu negara berkembang sebagai penyumbang tertinggi angka kematian ibu di dunia. WHO memperkirakan di Indonesia terdapat sebesar 126 kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah total kematian ibu sebesar 6400 pada tahun 2015. Angka ini sudah terjadi penurunan dari angka kematian ibu menurut SDKI 2013 yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu di Provinsi Jawa Timur dalam lima tahun terakhir mengalami tren penurunan berdasarkan Laporan Kematian Ibu (LKI) kabupaten / kota se Jawa Timur. Pada tahun 2013 hingga 2015 yang mencapai penurunan AKI hingga 93,52/100.000 KH dengan jumlah kematian ibu mencapai 567 kasus ini maka Provinsi Jawa Timur telah mencapai target MDG's 2016 yaitu 102/100.000 KH. Namun penurunan AKB masih belum mencapai target 23/1000 KH dengan jumlah kematian bayi 5.229 bayi. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo tahun 2016, Jumlah angka kematian ibu (AKI) yang dilaporkan 112 per 100.000 orang, jumlah angka kematian bayi (AKB) 180 per 1000. Kunjungan K1 sebanyak 11,573 (94,1%) ibu hamil, K4 sebanyak 10,435 (84,8%) ibu hamil. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan 10,724 (91,3%). Cakupan kunjungan neonatal kunjungan KN 1 10,70 (95,8%),

kunjungan neonatal 3 kali (KN lengkap) 10,635 (95,1%). Perkiraan ibu hamil dengan komplikasi kebidanan 2,460 ibu hamil. Proporsi peserta KB aktif menurut jenis kontrasepsi IUD 6,547 (6,8%), MOP 312 (0,3%), MOW 728 (0,8%), Implan 2,487 (2,6%), Kondom 2,607 (2,7%), Suntik 55,477 (57,6%), Pil 28,277 (29,3%). Proporsi peserta KB baru menurut jenis kontrasepsi IUD 1,957 (17,8%), MOP 19 (0,2%), MOW 488 (4,4%), Implan 1,724 (15,6%), Kondom 470 (4,3%), Suntik 5,150 (46,7%), Pil 1,209 (11,0%). Berdasarkan data sekunder yang didapat dari Praktek Mandiri Bidan (PMB) Ny A, Gombang pada tahun 2016, kunjungan K1 sebanyak 117 ibu hamil, sedangkan K4 sebanyak 86 (78%) ibu hamil. Sehingga dari data diatas tersebut terdapat kesenjangan K1 dan K4 sebanyak 31 (26,5%), ibu hamil yang mengalami anemia zat besi dan 10 (32,3%) pindah domisili 7 (22,6) Abortus 5 (22,6) kurangnya dukungan suami atau dari keluarga 9 (29%). Jumlah persalinan di BPM tersebut sebanyak 99 persalinan. Persalinan normal sebanyak 49 (49,5%) persalinan. Sedangkan ibu bersalin yang harus dirujuk sebanyak 50 (50,5%) dengan atonia uteri 5(10%), retensio plasenta 8(16%), ketuban pecah dini (KPD) 10 (20%), persalinan macet 10(20%), preeklamsia 17(34%). Pada ibu nifas terdapat 49 ibu nifas yang melakukan kunjungan rutin sebanyak 30(61,3).ibu nifas yang tidak melakukan kunjungan rutin sebanyak19(38,8). Dari 49 ibu bersalin 19 bayi tidak dilakukan IMD karena BBLR. Data dari PMB ibu pascaprsalinan yang menggunakan

metode KB baru sebanyak 70 (49%) orang, KB IUD 30 (42,8%) orang, KB Pil (Progesteron) 20 (28,6) orang, KB Suntik 1bulan 10 (14,3) orang, KB Implant 10 (14,3). KB tidak aktif sebanyak 73 (51%) orang karena dari 35(48%) orang telah berpindah domisili dan 25(34,3) orang ditinggal suaminya untuk bekerja diluar kota, 20(27,4)orang suami sudah meninggal.

Berdasarkan data diatas Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih jauh dari harapan yang ingin dicapai selain itu angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) juga dipengaruhi dan didorong dari berbagai faktor timbulnya risiko kematian maternal dan neonatal, selain itu ada beberapa faktor penyakit, masalah gizi dari wanita usia subur (WUS) serta faktor 4 T (terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan/persalinan dan terlalu banyak hamil dan melahirkan). Dampak tersebut lebih diperparah lagi dengan terjadinya kesenjangan k1 dan k4 dikarenakan ibu pindah domisili, kurangnya dukungan dari suami atau keluarga, abortus dan mengalami anemia zat besi (Sulistiyowati, 2010:12). Berdasarkan studi kasus di PMB Ny.A desa Gombang kecamatan Slahung kabupaten Ponorogo, pada tahun 2016 lokasi yang terdistribusi secara luas, akses jalan yang rusak, dan terpencil juga menjadi kendala dalam melakukan pelayanan kesehatan. Hal ini menyebabkan sulitnya melakukan promosi kesehatan untuk ibu hamil.

Pengaruh adat istiadat yang masih kuat membudaya di masyarakat, terkadang tidak sesuai dengan aturan-aturan kesehatan, seperti adanya larangan terhadap Ibu hamil agar jangan makan terlalu banyak atau “pantang makan”, karena akan sulit melahirkan. Permasalahan ini semakin kompleks disebabkan ibu hamil didesa dengan resiko tinggi masih memanfaatkan tenaga dukun kampung untuk memeriksakan kesehatan, meskipun sudah tersedia pelayanan kesehatan di setiap desa. Rendahnya tingkat pendidikan juga berpengaruh dengan sikap dan tindakan ibu untuk merawat dan menjaga kehamilannya.

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 konperhensif mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir sampai dengan keluarga berencana (KB) (Ulfah, 2013). Upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi salah satunya adalah pentingnya memberikan asuhan secara berkelanjutan (*Continuity of Care*), diantaranya ibu harus periksa minimal 4 kali selama

hamil, kunjungan nifas 4 kali, dan dilakukannya serangkaian pemeriksaan laboratorium untuk mencegah hal-hal buruk yang bisa mengancam janin antara lain pemeriksaan Hb, glukosa, HBsAg, VDRL dan TPHA, HIV, protein urine, golongan darah, albumin. Dan pada kunjungan neonates dan konseling KB. Dengan begitu diharapkan kedepannya AKI dan AKB di Kabupaten Ponorogo dapat menurun. Yaitu dengan dilakukannya pemeriksaan ANC minimal 4 kali dengan 1 kali pada TM I, 1 kali pada TM II dan 2 kali pada TM III untuk mendeteksi adanya penyulit atau komplikasi kehamilan kepada tenaga kesehatan, seperti pemberian tablet fe sebanyak 90 tablet yang bertujuan untuk menurunkan terjadinya anemia pada ibu hamil (Ambarwati,2010:34). Sedangkan pelayanan masa nifas diberikan sebanyak 4 kali dengan distribusi pemberian pada 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan dan 6 minggu setelah persalinan (Wiknjosastro, 2009: 50). Sedangkan upaya yang digunakan untuk menangani kesehatan bayi meliputi: pelayanan kesehatan neonatus yang diberikan sebanyak 3 kali yaitu 2 kali pada usia 0-7 hari dan 1 kali pada usia 8-28 hari, neonatal dengan resti/komplikasi yang ditangani, dan kunjungan bayi. Kunjungan KB dilakukan bersamaan dengan kunjungan terakhir nifas (Wiknjosastro, 2009: 51).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa sebagai calon bidan ingin mempelajari tentang asuhan kebidanan secara continuity of

care pada ibu hamil, bersalin, nifas, neinatus, dan pelayanan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang di dokumentasikam dengan metode SOAP, sebagai laporan tugas akhir.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan ini diberikan pada ibu hamil normal trimester III (34-36 minggu), Persalinan, Nifas, Neonatal, dan Keluarga Berencana secara *continuity of care* .

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Terlaksannya Asuhan Kebidanan secara *continuity of care* mulai dari hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah study kasus, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan asuhan kebidanan pada kehamilan, meliputi pengkajian, merumuskan diagnose kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care* dengan SOAP.
2. Melakukan asuhan kebidanan pada persalinan, meliputi pengkajian, merumuskan diagnose kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan

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

3. Melakukan asuhan kebidanan pada nifas, meliputi pengkajian, merumuskan diagnose kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care* dengan SOAP.
4. Melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, meliputi pengkajian, merumuskan diagnose kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care* dengan SOAP.
5. Melakukan asuhan kebidanan pada KB, meliputi pengkajian, merumuskan diagnose kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care* dengan metode SOAP.

1.4 Ruang lingkup

1.4.1 Metode Pengumpulan Data

1. Observasi

Pengamatan secara langsung pada responden penelitian.

2. Wawancara

Proses komunikasi dengan dilakukan secara langsung antara individu yang mengaruh pada pemecahan masalah.

3. Dokumentasi

Pengumpulan data dari peristiwa yang telah terjadi berupa bukti maupun keterangan baik dalam bentuk gambar, tulisan, maupun dalam bentuk karya yang dilengkapi dengan suatu publikasi.

1.4.2 Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan adalah mulai dari ibu hamil trimester III (34-36 minggu), bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB.

1.4.3 Tempat

Asuhan Kebidanan dilakukan di Praktik Mandiri Bidan (PMB)

1.4.4 Waktu

Waktu yang perlu digunakan untuk melakukan penyusunan Proposal, dan menyusun laporan tugas akhir mulai dari bulan September 2017 sampai dengan bulan Juni 2018.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan kajian terhadap materi asuhan kebidanan serta dapat mengaplikasikan materi yang telah diberikan dari

kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta KB, dalam meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Instansi Pendidikan

Upaya menambah dokumentasi tentang laporan tugas akhir dengan pelayanan asuhan kebidanan secara *continuity of care* mulai dari kehamilan TM III (usia 34-40 minggu), persalinan masa nifas, bayi baru lahir, dan pelayanan keluarga berencana postpartum.

2. Bagi PMB

Untuk memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* sesuai pelayanan minimal.

3. Bagi Klien dan keluarga

Klien mendapatkan asuhan kebidanan *continuity of care* mulai dari kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, dan pelayanan keluarga berencana yang standar sesuai dengan standar pelayanan asuhan kebidanan.