

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses kehamilan, persalinan, nifas, merupakan suatu proses fisiologis yang akan dialami oleh perempuan dalam masa reproduksi. Permulaan dari suatu kehidupan seseorang, maka secara fisiologis suatu kehidupan dimulai pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Pada umumnya 80%-90% kehamilan akan berlangsung normal dan 10-12% kehamilan yang disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologis. Kehamilan patologis tersebut dapat terjadi komplikasi yang dapat membahayakan jiwa ibu dan bayi (Sukarni, 2013).

Proses yang alamiah tersebut tidak menjadi patologis, maka diperlukan asuhan secara berkesinambungan dan berkualitas dalam pelayanan kesehatan mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pemilihan kontrasepsi sebagai upaya untuk menekan AKI dan AKB. Peraturan Pemerintah Nomor 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksimenyatakan bahwa setiap perempuan sama yaitu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan untuk mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Pengawasan sebelum lahir (antenatal) terbukti mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam upaya kita

meningkatkan kesehatan mental dan fisik ibu (Bandiyah, 2009). Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal minimal 4 kali selama masa kehamilan yaitu minimal 1 kali TM I (0-12 minggu), 1 kali TM II (12-28 minggu), 2 kali TM III (28-40 minggu) (Sulistyawati, 2010). Pelayanan tersebut diberikan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Keberhasilan pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dapat dilihat dari mulai keseimbangan pencapaian target K1 dan K4 pada masa antenatal (Saifuddin, 2010).

Angka kematian ibu (AKI) dan Angka kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih cukup tinggi sampai saat ini. Menurut Menteri Kesehatan tahun 2016 jumlah AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB sebesar 22 per 1.000 kelahiran hidup. Dari 5.600.000 wanita hamil di Indonesia, sejumlah 27 % akan mengalami komplikasi atau masalah yang bisa berakibat fatal. Penyebab kematian ibu di Indonesia yang utama adalah perdarahan (28%), eklampsia (13%), komplikasi aborsi (11%), sepsis (10%) dan partus lama (9%). Penyebab itu sebenarnya dapat dicegah dengan pemeriksaan kehamilan yang memadai dan deteksi dini. Dengan melaksanakan *Antenatal Care* secara teratur pada ibu hamil diharapkan mampu mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi

selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan (Saifuddin, 2012).

Data yang diperoleh dari Dinkes Provinsi Jawa Timur AKI melahirkan saat ini tercatat 97,39/100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih rendah dari target perkiraan Provinsi yaitu 102/100.000 kelahiran hidup. Penyebabnya yaitu keluarga terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai tempat rujukan dan terlambat mendapat penanganan. Untuk menekan angka tersebut Dinkes Provinsi Jatim melakukan penyusunan program yaitu dengan pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB di Provinsi Jatim antara lain, pendampingan ibu hamil, pemeriksaan dini ibu hamil, penimbangan anak dan imunisasi, pemberian makanan tambahan, serta penanggulangan penyakit menular.

Data yang diperoleh dari Dinkes Kabupaten Ponorogo jumlah AKI pada tahun 2015 sebanyak 91,6/100.000 kelahiran hidup (kh) sedangkan pada tahun 2016 mengalami peningkatan sebanyak 119/100.000 kelahiran hidup (kh). Sedangkan jumlah AKB di Kabupaten Ponorogo pada tahun 2014 sebanyak 13,6/1000 kelahiran hidup (kh). Pada tahun 2015 menjadi 14,6/1.000 kelahiran hidup (kh). Dan pada 2016 meningkat sebesar 17,1/1.000 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%, eklampsia sebesar 24%, dan infeksi sebesar 11%, sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu adalah

Kurang Energi Kronik (KEK) pada saat kehamilan sebesar 37% dan anemia pada saat kehamilan sebesar 24%. Sedangkan penyebab kematian bayi di Ponorogo adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) sebesar 46% asfiksia 22% dan penyebab lain karena kelainan bawaan dan infeksi sebesar 32%.

Mewujudkan derajat kesehatan ibu dan anak yang tinggi diperlukan adanya tolak ukur. Tolak ukur yang digunakan untuk melihat derajat kesehatan ibu meliputi: cakupan antenatal (K1 dan K4). Pada tahun 2016 cakupan K1 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%. Persalinan oleh nakes sebanyak 10.724 (91.3%) dari target nasional 95%. Kunjungan nifas sebesar 10.581 (90.1%) dari target nasional 95%. Untuk neonatus yang sudah mendapat KN1 10.709 (95.8%) dan KN lengkap sebanyak 10.635 (95.1%) dari target 98%. Untuk jumlah peserta KB baru sebesar 86.311 (89.5%) dan peserta KB aktif sebanyak 96.385 (98.5%). Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa K1, K4, persalinan oleh nakes, pelayanan nifas, kunjungan neonatus, peserta KB baru dan KB aktif belum mencapai target provinsi (Dinkes Kabupaten Ponorogo, 2016).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Praktik Mandiri Bidan (PMB)Ny. S Kec Jetis Kab Ponorogo pada tahun 2017 sampai bulan September jumlah K1 sebesar 40 ibu hamil dan K4 sebesar 35 (85%)

ibu hamil. Dari data tersebut terdapat kesenjangan K1 dan K4 dikarenakan kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya kunjungan antenatal care, tingkat pendidikan, ekonomi, dukungan suami. Sehingga dari data tersebut terdapat 5 (12,5%) ibu hamil yang mengalami anemia zat besi. Terdapat dampak dari kesenjangan K1 dan K4 yaitu persalinan prematuritas 2 (5%), perdarahan antepartum 1 (2,5%), ketuban pecah dini 2 (5%). Anemia gizi juga dapat mengakibatkan kematian janin dalam kandungan dan abortus. Hal ini disebabkan karena kecenderungan ibu malas untuk minum tablet Fe. Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah janin dan plasenta. Sehingga makin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan maka akan makin banyak kehilangan zat besi dan menjadi makin anemis. Dengan masalah bahwa sebagian ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet pada ibu hamil (Rachmawati, 2015). Pada data persalinan terdapat 58 persalinan, 43 (74,1%) persalinan ditolong bidan secara normal sementara 15 (25,9%) pasien dirujuk karena IUFD 1 (1,72%), ketuban pecah dini (KPD) sebanyak 6 (10,34%), post date sebanyak 3 (5,17%), PEB sebanyak 3 (5,17%), IUGR sebanyak 1 (1,72%), makrosomia sebanyak 1 (1,72%). Dari 43 ibu bersalin di PMB terdapat 2 (4,7%) bayi baru lahir tidak dilakukan IMD karena ikterus. Pada data ibu nifas terdapat 42 ibu nifas, ibu yang rutin melakukan kunjungan nifas 29 (69,04%) ibu nifas, ibu yang tidak rutin melakukan

kunjungan nifas berjumlah 3 (7,14%) ibu nifas dari ketiga ibu nifas tersebut mengalami bendungan ASI. Ibu postpartum yang menggunakan KB MAL sebanyak 17 dan IUD sebanyak 2, kontrasepsi kondom sebanyak 3, KB suntik sebanyak 12, PIL (progesterone) sebanyak 9. Jumlah ibu peserta KB aktif sebanyak 625 dan peserta KB baru 473 peserta KB.

Dari data diatas dampak yang terjadi pada masalah tersebut adalah adanya kesenjangan antara cakupan K1 dan K4 bisa diartikan karena masih banyak ibu hamil tidak meneruskan kunjungannya hingga K4 setelah melewati K1 sehingga pemantauan dan asuhan antenatal tidak terlaksana secara berkesinambungan. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan kematian pada ibu dan bayi yang dikandungnya. Adapun penyebab rendahnya capaian tersebut diantaranya adalah pendidikan, pengetahuan, paritas, penghasilan dan dukungan suami (Sari, 2015).. Tingkat pendidikan ibu yang rendah sebagian besar tidak teratur dalam pemanfaatan pelayanan antenatal, sedangkan tingkat pendidikan tinggi sebagian besar teratur dalam pemanfaatan pelayanan antenatal. Kurangnya pengetahuan ibu tentang tentang antenatal care (ANC) menyebabkan pemantauan kondisi ibu dan tumbuh kembang bayi yang tidak optimal (Kusmiyati,2011).Paritas primigravida sebagian besar teratur dalam pemanfaatan pelayanan antenatal, sedangkan paritas multigravida sebagian besar tidak teratur dalam pemanfaatan pelayanan antenatal. Ibu multigravida merasa memiliki

pengetahuan dan pengalaman lebih banyak dari pada primigravida, padahal setiap kehamilan itu berbeda keadaan dan kondisi akan berbeda-beda (Notoatmodjo, 2011). Kurangnya penghasilan menjadi penyebab pertimbangan utama bagi ibu dan keluarga dalam pemeriksaan ANC secara rutin (Saifuddin, 2010). Kurangnya dukungan dari suami dan keluarga dalam proses kehamilan ibu membuat ibu hamil merasa putus asa (Nirmala, 2015).

Dari penyebab diatas, dapat menimbulkan dampak yang membahayakan kesehatan ibu maupun janin yang dikandungnya apabila tidak dilakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan maka akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi yang terjadi pada kehamilan antara lain anemia, perdarahan antepartum, pre-eklamsia, eklamsia, hiperemesis gravidarum, kehamilan ektopik, kehamilan kembar, kelainan plasenta dan selaput janin, infeksi, abortus dan ketuban pecah dini (Manuaba, 2010). Dan apabila asuhan kehamilan tidak dilakukan dengan baik akan menyebabkan komplikasi persalinan. Persalinan merupakan peristiwa fisiologis, meskipun dalam 25% penyimpangan yang mengancam kesejahteraan ibu dan janin. Pertolongan persalinan yang tidak professional, keterlambatan mengenali tanda bahaya dan pengambilan keputusan di tingkat keluarga, kurangnya pendampingan ibu selama proses persalinan, keterlambatan mencapai tempat pelayanan kesehatan untuk melahirkan, dan masalah yang terjadi pada fasilitas pelayanan kesehatan sehingga

ibu tidak segera mendapatkan pertolongan sesuai kebutuhan merupakan penyebab tingginya AKI (Sulistyawati, 2010). Komplikasi yang timbul dalam persalinan diantaranya atonia uteri, perdarahan, malpresentasi dan malposisi, persalinan lama, distensi uterus, distosia bahu, rupture uteri, prolaps tali pusat dan gawat janin (Saifuddin, 2011). Komplikasi yang mungkin timbul dalam masa nifas diantaranya infeksi, demam, perdarahan, dan gangguan pada payudara (Gant, 2011). Komplikasi yang mungkin terjadi pada neonatus antara lain asfiksia, sianosis, bayi berat lahir rendah rendah (BBLR), letargi, hipotermi, kejang dan infeksi (Dewi, 2010). Dampak dari rendahnya cakupan KB antara lain jumlah penduduk yang semakin besar dengan laju pertumbuhan penduduk yang relatif tinggi sehingga dapat menyebabkan persebaran penduduk yang tidak merata, dan kualitas penduduk yang rendah, jarak pendek antara kelahiran yang akan meningkatkan AKI dan AKB (Wiknjosastro, 2010).

Oleh karena itu pemerintah mengeluarkan berbagai cara dalam menanggulangi masalah tersebut diantaranya meningkatkan pelayanan kesehatan dasar, memberikan kebijakan untuk menempatkan satu bidan di setiap desa, membuat program *Safe Motherhood Initiative*, Gerakan Sayang Ibu (GSI), dan *Making Pregnancy Safer* (MPS) serta pengembangan puskesmas PONED dan rumah sakit PONEK 24 jam (Saifuddin, 2011). Selain itu, pemerintah juga mengupayakan pelayanan pemeriksaan antenatal yang baik, program perluasan penggunaan

keluarga berencana di masyarakat, dan perbaikan berbagai jaringan pelayanan kesehatan (Wiknjosastro, 2010).

Berdasarkan fenomena yang telah ada, penulis tertarik untuk memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil normal khususnya trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan pelayanan keluarga berencana (KB) dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Asuhan kebidanan secara *continuity of care* ini diharapkan agar seluruh proses yang dialami ibu hamil sampai dengan pemilihan metode KB agar dapat berlangsung fisiologis tanpa ada komplikasi.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil normal trimester III (usia kehamilan 34-40 minggu), ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Terlaksananya asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil normal trimester III (usia kehamilan 34-40 minggu), ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III (usia kehamilan 34-40 minggu), meliputi melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, dan atau masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dalam bentuk SOAP.
2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin, meliputi melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, dan atau masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dalam bentuk SOAP.
3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas, meliputi melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, dan atau masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang

sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dalam bentuk SOAP.

4. Melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, meliputi melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, dan atau masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dalam bentuk SOAP.
5. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu dalam menentukan KB, meliputi melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, dan atau masalah sesuai dengan prioritas, menyusun rencana asuhan kebidanan secara *continuity of care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dalam bentuk SOAP.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Metode Penelitian

1. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus Manajemen Kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney, yaitu: pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, diagnosa potensial, tindakan segera, menyusun rencana, melaksanakan secara menyeluruh asuhan kebidanan serta mengevaluasi keberhasilannya.

2. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperoleh langsung dari (obyek atau responden). Adapun contoh cara pengumpulan data bisa menggunakan metode wawancara, analisa dokumentasi dan tes kepada obyek.

3. Analisa Data

Dalam penyusunannya, penulis menggunakan metode analisa data berupa narasi. Narasi merupakan sebuah analisa berupa menceritakan keadaan atau temuan pada saat melakukan pendekatan asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

1.4.2 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil trimester III (34-40 minggu) dengan memperhatikan *continuity of care* mulai masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, sampai ibu menggunakan alat kontrasepsi (KB).

1.4.3 Tempat

Tempat yang digunakan untuk melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* adalah Klinik Pangestu Siti Saudah S.ST.

1.4.4 Waktu

Waktu yang diperlukan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir mulai bulan September 2017 sampai Juni 2018.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan kajian terhadap materi asuhan kebidanan dan menambah wawasan pada ibu mengenai kehamilan trimester III(34-40 minggu), persalinan, nifas, bayi baru lahir serta KB secara *continuity of care*.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi klien, keluarga dan masyarakat

Klien mendapatkan pelayanan optimal secara *continuity of care* dan laporan tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pentingnya asuhan

kebidanan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB sebagai upaya deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi.

2. Bagi institusi pendidikan kebidanan

Dapat mengembangkan asuhan kebidanan *continuity of care* mulai hamil trimester III (34-40 minggu), persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB secara komprehensif sesuai dengan standart pelayanan kebidanan, mendidik dan membimbing mahasiswa agar lebih terampil dalam memberikan asuhan kebidanan, serta dapat menambah referensi di perpustakaan tentang asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

3. Bagi lahan praktik

Dapat memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* sesuai dengan standart pelayanan minimal.

4. Bagi penulis

Laporan tugas akhir ini untuk mengaplikasikan teori tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB secara *continuity of care*.