

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses kehamilan, persalinan, neonatus, nifas, dan pemilihan metode kontrasepsi atau keluarga berencana merupakan suatu hal yang berkesinambungan dan berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak. Proses kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir merupakan proses yang fisiologis, kemungkinan keadaan tersebut berubah menjadi suatu hal yang patologi dan dapat membahayakan jiwa ibu dan bayi apabila tidak diawasi dan diperhatikan secara tepat. (Marmi, 2011:11) Untuk mencegah suatu hal yang fisiologis menjadi patologis maka di perlukan asuhan yang berkesinambungan dan berkualitas, seperti melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur ke petugas kesehatan. Melakukan kunjungan ANC minimal 4 kali selama kehamilan dengan satu kali pada TM 1, satu kali pada TM II, dua kali pada TM III (Prasetyawati A, 2012:66). persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, melakukan neonatus, ibu pasca salin serta memberi penyuluhan dalam memilih alat kontrasepsi yang sesuai dan tepat untuk akseptor. (Manuaba, 2010:28)

Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2015 jumlah AKI di Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, dan jumlah AKB sebesar 22 per 1.000 kelahiran hidup. (Direktorat Kesehatan

Keluarga, 2016). AKI dan AKB di Indonesia masih cukup tinggi. Penyebab langsung kematian maternal di Indonesia adalah 32% diakibatkan oleh perdarahan, sementara 26% diakibatkan hipertensi. (Widiariani A. dkk, 2017) Dari target yang di capai tersebut masih di bawah target SDGs tahun 2030. Target dari SDGs pada tahun 2030, mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan berusaha menurunkan angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup, dan angka kematian balita 25 per 1000 kelahiran hidup. (Kementerian Kesehatan RI, 2015)

Angka kematian ibu di Jawa Timur cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir. Hal ini bisa dipahami mengingat selama ini telah dilakukan dukungan dari provinsi ke kabupaten atau kota berupa fasilitas baik dari segi manajemen program KIA maupun sistem pencatatan dan pelaporan, peningkatan klinis ketrampilan petugas dilapangan. Menurut MDGs tahun 2015 target untuk AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 AKI provinsi Jawa Timur mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2014 yang mencapai 93,52 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan keadaan angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian Neonatal (AKN) bahwa mulai tahun 2014 AKB 26,66 per 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2015 sebesar 25,3 per 1.000 kelahiran hidup. (Dinkes Jawa Timur, 2016).

Berdasarkan data sekunder dari Dinas Kesehatan Ponorogo tahun 2016 Angka kematian Ibu sebesar 112 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 16,8 per 1000 Kelahiran hidup. Untuk mewujudkan derajat kesehatan ibu dan anak yang tinggi di perlukan adanya tolak ukur. Tolak ukur yang di gunakan untuk melihat derajat kesehatan ibu meliputi : Cakupan antenatal (K1 dan K4). 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%. 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 data di simpulkan bahwa K1, K4, Persalinan oleh nakes, pelayanan nifas, kunjungan neonatus, peserta KB baru dan KB aktif sebelum mencapai target provinsi.

Data di PMB Ny. Y Kec. Balong, Kab. Ponorogo pada tahun 2017 dari bulan Januari sampai September jumlah K1 adalah 107 (100%) ibu hamil dan jumlah K4 sebesar 98 (91,58%) ibu hamil, yang tidak rutin memeriksakan kehamilannya 7 (6,54%), ibu hamil dengan resiko tinggi sebesar 9(8,41%), sedangkan ibu hamil dengan anemia ringan sebesar 7(6,54%). Pada data persalinan terdapat 50 persalinan, ada 30 persalinan

normal yang ditolong oleh bidan, sementara 20 pasien dirujuk karena ibu hamil dengan riwayat SC sebesar 6 (12%), letak sungsang sebesar 2 (4%) ibu hamil, Gemelli 1 (2%), PEB sebesar 2 (4%), post date sebesar 2 (4%), kala satu yang memanjang sebesar 1 (2%), Ketuban Pecah Dini (KPD) sebesar 4 (8%), Retensio Plasenta sebesar 1 (2%), CPD sebesar 1 (2%). Dari 30 ibu bersalin di PMB terdapat BBLR 1 (2%) sehingga tidak dilakukan IMD. Pada data ibu nifas, ibu yang rutin melakukan kunjungan nifas sebesar 50(100%) ibu nifas. Dari data tersebut ada ibu nifas yang mengalami infeksi jahitan sebesar 3 (6%) ibu nifas, 2 (4%) ibu nifas mengalami bendungan ASI. Ibu yang menggunakan KB baru sebanyak 44 yaitu ibu yang menggunakan kontrasepsi suntik 3bulan sebanyak 23(52,27%) akseptor, suntik 1 bulan sebanyak 3(6,81%) akseptor, IUD 13 (29,54%) akseptor, Implan 2(4,54%) akseptor, pil (progesteron) 3(6,81%) akseptor. Ibu yang menggunakan KB aktif sebanyak 270.

Dari data diatas, dapat ditemukan bahwa sebagian besar kematian ibu dan perinatal terjadi saat pertolongan pertama dibutuhkan, pengawasan antenatal masih belum memadai sehingga penyulit hamil dan hamil dengan resiko tinggi tidak atau terlambat diketahui. Dampak dari adanya kesenjangan antara jumlah cakupan K1 dan K4 adalah masa kehamilan masih lepas dari pemantauan petugas kesehatan kesehatan, sehingga akan menimbulkan faktor resiko seperti anemia dalam kehamilan, hipertensi dalam kehamilan (pre eklamsia, eklamsia), perdarahan, Ketuban Pecah Dini (KPD), kelainan posisi janin sehingga dapat mengganggu proses

persalinan serta tidak diketahuinya penyakit yang dapat mengganggu proses kehamilan dan Pada persalinan (Manuaba, 2010 :227). Dan apabila tidak dilakukan asuhan kebidanan secara tepat dan berkesinambungan dapat menyebabkan patologi dalam persalinan. Komplikasi pada persalinan antara lain perdarahan, antonia uteri, malpresentasi, malposisi, ruptur uteri.(Wijaksonosastro, 2009:54-55). Pada Bayi Baru Lahir komplikasi yang dapat timbul diantaranya berat badan lahir rendah (BBLR), infeksi neonatorum, trauma kelahiran bahkan kematian perinatal (Manuaba, 2010:421-442). Dalam masa nifas yang dapat timbul adalah perdarahan postpartum, infeksi pada masa nifas (Manuaba, 2010;415-420).

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan, mengurangi AKI dan AKB masalah tersebut dapat dapat diantisipasi dengan pelayanan yang komprehensif berkesinambungan atau *continuity of care* mulai dari masa kehamilannya yaitu dengan memeriksakan kehamilannya melakukan kunjungan ANC minimal 4 kali selama kehamilan dengan satu kali pada TM 1, satu kali pada TM II, dua kali pada TM III (Prasetyawati A, 2012:66). Setiap ibu harus mendapatkan minimal 90 tablet Fe selama kehamilan. Pelayanan ANC bertujuan untuk mendeteksi dini penyulit dalam kehamilan, resiko tinggi dalam kehamilan dan komplikasi dalam kehamilan. Mangikuti program *antenatal care* (ANC) Terpadu, pelayan antenatal sesuai dengan standart yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan rutin dan khusus serta intervensi dalam penerapannyaterdiri dari (1) timbang berat badan dan ukur tinggi badan,

(2) ukur tekanan darah, (3) tentukan status gizi melalui pengukuran lingkaran atas (LILA), (4) ukur tinggi *fundus uteri*, (5) tentukan presentasi janin dan denyut janin (DJJ), (6) srinting status imunisasi *Tetanus toxoid* (TT), dan berikan imunisasi TT bila di perlukan, (7) beri tablet tambah darah, (8) tes laboratorium (rutin dan khusus), (9) tatalaksana khusus, (10) temu wicara (konselin, informasi, dan edukasi) (Depkes RI, 2009). Untuk mencegah adanya komplikasi dan patologi persalinan harus di tolong oleh tenaga kesehatan dengan mendapatkan pelayanan yang sesuai standart APN (60 langkah APN), dapat mengenali tanda bahaya dalam persalinan dapat menurunkan AKI. Kunjungan neonatal lengkap minimal 3 kali sesuai jadwal yang dianjurkan yaitu kunjungan neonatal yang pertama (KN 1) dilakukan dua kali kunjungan 0-7 hari yaitu pada usia 0-3hari setelah lahir dan 4-7hari setelah lahir. Kunjungan neonatal lengkap (KN Lengkap) pada hari 8-28 hari setelah lahir (Rukiyah dan Yulianti, 2010:66-82).Upaya untuk mencegah komplikasi pada masa nifas dan komplikasi pada neonatus dapat dilakukan dengan kunjungan ibu nifas minimal 3 kali setelah pospartum, sesuai jadwal yang dianjurkan yaitu kunjungan nifas yang pertama pada 6-48jam setelah persalinan, kunjungan nifas yang ke dua pada 4-28 hari setelah persalinan, kunjungan nifas yang ke tiga pada 29-42 hari setelah persalinan (Kumalasari, 2015:165). Pelayanan kesehatan pada KB yang berkualitas yaitu pelayanan KB yang sesuai standart dengan menghormati hak individu sehingga diharapkan meningkatkan derajat kesehatan dan menurunkan tingkat (kesuburan).

Tujuan untuk menunda, menjarangkan, dan menghentikan kehamilan (Ambarwati, 2011:111).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dan *continuity of care* pada ibu hamil (mulai usia kehamilan 34-36 minggu), bersalin, nifas, neonatus, keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan ini diberikan kepada ibu hamil pada Trimester III (mulai usia kehamilan 34-36Minggu), ibu bersalin, neonatus, ibu nifas dan ibu peserta KB secara *continuity of care*.

1.3 Tujuan penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan *continuity of care* pada ibu hamil TM III (mulai usia kehamilan 34-36Minggu), bersalin, nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah Study kasus diharapkan mampu :

1. Melakukan asuhan kebidanan pada kehamilan Trimester III (mulai usia kehamilan 34-36 Minggu) meliputi : pengkajian pada ibu hamil, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi

asuhankebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

2. Melakukan asuhan kebidanan pada Persalinan meliputi: pengkajian pada ibu bersalin, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.
3. Melakukan asuhan kebidanan Nifas meliputi: pengkajian pada ibu nifas, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.
4. Melakukan asuhan kebidanan pada Neonatus meliputi: pengkajian pada Neonatus, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *continuity of care*.
5. Melakukan asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana meliputi: pengkajian pada calon akseptor Keluarga berencana, merumuskan diagnosa kebidanan dan masalah sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan, penatalaksanaan asuhan

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

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Metode Penelitian

1. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan yaitu jenis deskriptif, yang berupa penelitian dengan metode observasi lapangan atau pendekatan studi kasus (*Casestudy*).

2. Metode Pengumpulan Data

a. Observasi

Pengamatan secara *continuity of care* kepada ibu hamil TM III (mulai usia kehamilan 34-36 Minggu), bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

b. Wawancara

Proses komunikasi antara peneliti dengan responden yang dengan tujuan tertentu yang mengarah pada pemecahan masalah tertentu yang direncanakan sesuai dengan kebutuhan responden.

c. Dokumentasi

Pengumpulan data dari peristiwa yang didokumentasikan dengan metode SOAP dan untuk dipublikasikan.

3. Analisa Data

Analisa data asuhan kebidanan secara *continuity of care* merupakan proses dalam pengumpulan data penelitian yang dianalisis, diidentifikasi sesuai dengan kejelasan dan kelengkapan pengisian instrumen pengumpulan data. Analisa data yang digunakan dalam penelitian studi kasus adalah membuat narasi dari hasil observasi atau hasil penelitian.

1.4.2 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu secara *continuity of care* mulai dari ibu hamil Trimester III (mulai usia kehamilan 34-36 Minggu), Bersalin, Nifas, Neonatus, dan KB.

1.4.3 Tempat

Asuhan kebidanan secara *continuity of care* di laksanakan di Praktek Mandiri Bidan (PMB).

1.4.4 Waktu

Waktu yang diperlukan untuk penyusunan proposal, pelaksanaan asuhan kebidanan sampai penyusunan Laporan Tugas Akhir mulai bulan September 2017- Juni 2018.

1.5 Manfaat

1.5.1 Teoritis

Untuk mengembangkan dan penerapan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil Trimester III (mulai usia kehamilan 34-36 Minggu), Bersalin, Nifas, Neonatus, dan KB.

1.5.2 Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai metode penilaian pada mahasiswa dalam melaksanakan tugasnya dalam menyusun laporan studi kasus, mendidik, membimbing mahasiswa agar lebih terampil dalam memberikan asuhan kebidanan.

2. Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas bayi baru lahir dan KB secara komprehensif.

3. Bagi Ibu/Keluarga

Mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standart pelayanan kebidanan

4. Bagi Penulis

Laporan ini bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan memberikan wawasan tentang asuhan kebidanan secara *continuity of care* dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB.