

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan periode dimana terjadi perubahan pada kondisi biologis wanita disertai dengan perubahan psikologis dan proses adaptasi terhadap pola hidup dan proses kehamilan (Muhtasor, 2013). Tidak bisa dipungkiri bahwa selama periode kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir hingga penggunaan kontrasepsi, wanita akan mengalami berbagai masalah kesehatan. Sehingga pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan selama periode ini. Peraturan pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi menyatakan bahwa setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan untuk mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu (Bandiyah, 2009).

Angka Kematian Ibu di dunia telah menurun dalam dua dekade terakhir. (Ackerson *et al*, 2017). Angka Kematian Ibu di dunia mengalami penurunan dari 750.000 per tahun pada tahun 1990 menjadi 330.000 per tahun pada tahun 2015 (Alkema *et al*, 2016). Keberhasilan penurunan AKI tidak didistribusikan secara merata di negara-negara berkembang dan negara-negara miskin. Negara Afrika Sub-Sahara memiliki angka kematian ibu tertinggi yaitu 546 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (WHO, 2015). Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia juga relative masih tinggi jika dibandingkan dengan

Negara-negara ASEAN. Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015 jumlah AKI di Indonesia sebanyak 305/100.000 KH (Direktorat Kesehatan Keluarga,2016). Kejadian Kematian Ibu maternal paling banyak adalah sewaktu bersalin sebesar 49,5%, kematian waktu hamil 26 %, pada waktu nifas 24% (Kementrian Kesehatan RI,2012). Sedangkan Angka Kematian Bayi pada tahun 2015 di Indonesia sebanyak 22,23/1000 KH (Direktorat Kesehatan Keluarga, 2016).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo Angka Kematian Ibu tahun 2016 adalah 112/100.000 KH (Kelahiran Hidup) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah 16.8/1000 KH. Cakupan K1 murni 11.573 orang (94,1%), cakupan K4 10.435 orang (84,8%) dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah 10.724 orang (91,3%). Cakupan penanganan komplikasi kebidanan 2.839 orang (115,4%). Cakupan kunjungan ibu nifas adalah 10.581 orang (90,1%). Cakupan kunjungan neonatus (KN) lengkap 10.635 bayi (95,1%). Cakupan penanganan komplikasi neonatal bayi 1.291 bayi (77%). Sedangkan presentase peserta KB aktif yang menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MJKP) dan Non MJKP sebanyak 96.385. (Dinkes Ponorogo, 2017). Sedangkan target Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang merupakan indikator kinerja Program Dinas Kesehatan Ponorogo pada tahun 2016 adalah cakupan K4 88%, pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan 95%, penanganan komplikasi kebidanan 80%, pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan 95%, pelayanan kesehatan neonatus 0-

28 hari (KN lengkap) 95% dan penanganan komplikasi neonatus 80%.
(Dinkes Ponorogo,2017)

Menurut data dari BPM Ny. T di desa Bringin Kec.Kauman Kab. Ponorogo, pada bulan Desember 2016 cakupan K1 murni 38 orang (118,6%), cakupan K4 26 orang (81,3%). Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 30 orang (96,8%). Cakupan kunjungan nifas adalah 30 orang (96,8%). Angka Kematian Bayi (AKB) yang dilaporkan ada 1 bayi yang penyebabnya adalah IUFD. Cakupan kunjungan Neonatus (KN) lengkap sebanyak 30 bayi (96.8%). Cakupan Kunjungan Neonatus (KN) murni sebanyak 18 bayi. Komplikasi neonatal yang ditangani sebanyak 5 bayi (16,1%). Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di desa Bringin Kec. Kauman Kab. Ponorogo tercatat sebanyak 388, tetapi Peserta KB aktifnya hanya sebanyak 366, yang terdiri dari peserta KB IUD sebanyak 133 orang, KB MOW sebanyak 10 orang, KB implant sebanyak 33 orang, KB suntik sebanyak 164 orang, KB pil sebanyak 16 orang, dan KB kondom sebanyak 10 orang.

Berdasarkan data di atas ternyata masih ada laporan kematian ibu dan kematian bayi di wilayah Ponorogo. Kemudian juga terjadi kesenjangan antara cakupan K1 dan K4 yang mengindikasikan bahwa masih banyak ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama pelayanan antenatal tapi tidak dilanjutkan hingga kunjungan ke 4, sehingga kehamilan lepas dari pemantauan tenaga kesehatan. Hal ini bisa berakibat pada kematian ibu dan bayi. Penyebab tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia dipengaruhi oleh faktor

langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung penyebab kematian ibu hamil adalah perdarahan, eklampsia, partus lama, komplikasi aborsi dan infeksi (Khuriyah dkk, 2012). Faktor penyebab tidak langsung yaitu misalnya faktor status gizi ibu, penyakit, antenatal care, riwayat obstetri, transportasi, status sosial dan ekonomi keluarga, pendidikan, serta budaya. (Sumarni, 2014).

Faktor- faktor tersebut akan mempengaruhi kondisi ibu hamil sehingga menyebabkan komplikasi yang lebih parah. Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan antara lain anemia, perdarahan antepartum, preeklampsia, eklampsia, kehamilan kembar, dan ketuban pecah dini (Manuaba, 2010). Komplikasi yang mungkin timbul dalam persalinan diantaranya perdarahan, atonia uteri, persalinan lama, malpresentasi dan malposisi, distosia bahu, distensi uterus, gawat janin dan prolaps tali pusat (Saifudin, 2011). Komplikasi pada masa nifas diantaranya infeksi, demam, perdarahan, dan gangguan pada payudara (Gant, 2011). Komplikasi yang mungkin terjadi pada neonates antara lain asfiksia, sianosis, bayi berat lahir rendah (BBLR), letargi, hipotermi, kejang dan infeksi (Dewi, 2010). Komplikasi juga terjadi pada Pasangan Usia Subur (PUS) yang tidak mengikuti program Keluarga Berencana, yaitu menyebabkan rendahnya cakupan KB yang berakibat kepada jumlah penduduk yang tidak merata dan kualitas penduduk yang rendah (Wiknjastro, 2010)

Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi tingginya Angka Kematian Ibu dan Bayi diantaranya dengan diadakannya

program *Safe Motherhood Initiative*, Gerakan Sayang Ibu (GSI), *Making Pregnancy Safer (MPS)*(Saifudin, 2010). Meningkatkan pelayanan kehamilan dengan diadakannya pelayanan antenatal (ANC) terpadu, penggalakan program Keluarga Berencana (KB) yang bertujuan untuk membantu pasangan usia subur dalam mencapai tujuan reproduksi, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insiden kehamilan beresiko tinggi. Kemudian juga didukung oleh program pemerintah melalui komitmen bersama tentang tujuan Pembangunan Milenium (*Milenium Development Goals/MDGs*) pada tahun 2015, yang berhasil menurunkan angka kematian ibu (AKI) sampai dengan 124 per 100.000 kelahiran hidup (Yohanasari, 2011 dalam Wulandari, 2014). Upaya perbaikan pelayanan kesehatan terus dilakukan salah satunya dengan pemberian asuhan secara *Continuity of Care (COC)* atau asuhan yang dilakukan secara berkesinambungan yaitu asuhan kebidanan mulai dari kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (KB).

Melihat 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)

1.2 Identifikasi Masalah

Bagaimanakah asuhan kebidanan secara COC (*Continuity of Care*) pada ibu hamil normal trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu), Ibu bersalin,

ibu nifas, bayi baru lahir, dan KB dengan menggunakan manajemen kebidanan?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara COC (*Continuity of Care*) pada ibu hamil normal trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu), ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir, dan KB dengan menggunakan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian dengan pengumpulan data secara subyektif dan obyektif pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB.
2. Menentukan diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil trimester III, Ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB.
3. Merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of care (COC)* pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of care (COC)* pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB.
5. Melakukan evaluasi dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB.

6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan kajian terhadap materi asuhan kebidanan dan menambah wawasan pada ibu mengenai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana (KB) secara COC (*Continuity of Care*)

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Klien, keluarga dan masyarakat.

Klien mendapatkan pelayanan yang optimal dari pelaksanaan asuhan kebidanan *Continuity of care* yang dilakukan mahasiswa. Sehingga informasi yang diberikan mengenai pentingnya asuhan kebidanan dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB bisa digunakan untuk deteksi dini terjadinya komplikasi.

2. Bagi Institusi Pendidikan Kebidanan

Hasil laporan tugas akhir ini dapat menjadi masukan teori untuk mengembangkan materi yang telah ada. Sehingga bisa diterapkan baik dalam perkuliahan maupun praktek lapangan secara langsung dalam pemberian asuhan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

3. Bagi Lahan Praktek

Dapat mempertahankan dan menambah mutu pelayanan yang berkualitas berdasarkan standar pelayanan kebidanan berbasis *Continuity of Care*.

4. Bagi penulis

Laporan tugas akhir ini sebagai sarana belajar dan implementasi teori yang telah diperoleh selama perkuliahan dan kemudian di praktekkan kepada pasien melalui asuhan kebidanan *Continuity of care*.

