

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan pemilihan alat kontrasepsi merupakan proses fisiologis dan berkesinambungan. Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai dengan lahirnya janin yang melibatkan perubahan fisik dan emosi dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga (Saifuddin, 2009). Kematian ibu atau kematian maternal adalah kematian seseorang wanita sewaktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung pada tempat atau usia kehamilan. (Saifuddin, 2010:54). Asuhan antenatal yang kurang optimal dapat menimbulkan dampak pada kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan keluarga berencana sehingga sangat penting untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga kesehatan, karena dengan begitu perkembangan kondisi setiap saat akan terpantau dengan baik (Marmi, 2011: 9-11).

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. Data yang diperoleh dari Dinkes Provinsi Jawa Timur tahun 2016 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.

Data sekunder dari DINKES kabupaten Ponorogo pada tahun 2016 mengalami peningkatan Capaian AKI sebesar 119 per 100.000 kh. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 17,1 per 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%, eklamsia 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 dari kematian bayi di kabupaten Ponorogo adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) sebesar 46%, asfiksia 22%, dan penyebab lain karena kelainan bawaan dan infeksi sebesar 32%. Tolak ukur yang digunakan untuk melihat derajat ibu dan anak yaitu : cakupan antenatal (K1 dan K4). Cakupan K1 di Ponorogo tahun 2016 mencapai 11.573 (94.1%) dari target tersebut nasional sebesar 100%. Sedangkan cakupan K4 mencapai 10.435 (84.8%) dari target nasional sebesar 95%. Persalinan yang ditolong oleh Nakes sebanyak 10.724 (91.3%) dari target 95%, kunjungan nifas sebesar 10.581 (90.1%) dari targer nasional untuk neonatus yang sudah mendapatkan

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 oleh nakes, pelayanan nifas, kunjungan neonatus, peserta KB baru dan KB aktif belum mencapai target.

Berdasarkan data yang diperoleh dari PMB Ny I Kec.Jetis Kab.Ponorogo pada bulan Januari - September tahun 2017 yang melakukan pemeriksaan kehamilan k1 sebesar 40 ibu hamil, sedangkan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan yang sesuai syarat k4 sebanyak 37 (92,5%) ibu hamil, dari data tersebut terdapat 10 (27,0%) ibu yang menderita anemia ringan dan 4 (10,8%) dari ibu tersebut menderita kekurangan energi kronik (KEK).Data persalinan di PMB sebanyak 30 ibu bersalin normal, sedangkan ibu bersalin yang harus dirujuk 7 ibu bersalin karena post date sebanyak 4 (13,3%), belum masuk PAP sebanyak 1 (3,33%), sungsang sebanyak 1 (3,33%), asma sebanyak 1 (3,33%), dari 30 ibu bersalin 14 bayi tidak dilakukan IMD karena BBLR. Pada ibu nifas terdapat 30 ibu nifas yang melakukan kunjungan rutin sebanyak 25 (83,3%) ibu nifas. Ibu nifas yang tidak melakukan kunjungan rutin sebanyak 5 (16,6%) ibu nifas (3 ibu nifas mengalami infeksi jahitan, 2 ibu nifas mengalami bendungan ASI).Data dari PMB Ibu pascapersalinan yang menggunakan metode KB IUD 2, pil (Progesteron) 1. dan ibu yang menggunakan KB aktif sebanyak 76, yang tidak aktif sebanyak 73 karena dari 23 orang telah berpindah domisili dan 20 orang telah ditinggal suaminya untuk bekerja diluar kota, dan KB baru sebanyak 9 orang.

Data diatas dapat disimpulkan bahwa masih banyak ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama pelayanan antenatal tidak meneruskan ke kunjungan K4 sehingga kehamilan lepas dari pantauan tenaga kesehatan. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan kematian pada ibu dan bayi yang dikandungnya. Adapun penyebab dari ibu tidak melakukan kunjungan ANC yaitu kurangnya pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya memeriksakan kehamilan, masalah ekonomi, kepercayaan yang salah atau masih mempercayai tentang mitos, dan kurangnya dukungan dari suami ataupun dari keluarga (Saifuddin, 2009 : 279). Dampak yang mungkin terjadi apabila kunjungan Antenatal Care dilakukan tidak secara rutin maka akan timbul resiko terjadinya komplikasi pada ibu maupun janin. Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan yaitu perdarahan antepartum, infeksi, hipertensi pada kehamilan, eklamsia, abortus, ketuban pecah dini (KPD). Komplikasi yang mungkin timbul dalam persalinan antara lain pendarahan, antonia uteri, persalinan macet, malpresentasi, malposisi, distosia bahu, gawat janin, prolapsi tali pusat, ruptur uteri (Winknjosastro, 2009:54-55). Komplikasi yang timbul pada masa nifas diantaranya infeksi, demam, pendarahan, bendungan ASI, mastitis dan abses payudara (Saifuddin, 2009:62). Komplikasi yang mungkin terjadi pada perinatal dan neonatal adalah sepsis, asfiksia, trauma kelahiran, infeksi, prematuritas, kelainan bawaan dan kematian (Winknjosastro, 2009:58-59). Kemudian dampak dari rendahnya angka cakupan KB antara lain, jumlah penduduk yang semakin besar dan laju pertumbuhan penduduk yang relative tinggi sehingga

menyebabkan persebaran penduduk yang tidak merata dan kualitas penduduk yang rendah (Wiknjosastro, 2009:126).

Upaya menurunkan AKI dan AKB Perlu didukung upaya untuk mencapai pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pelayanan keluarga berencana (KB). Untuk melakukan penyusunan program yaitu dengan pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB antara lain, pendampingan ibu hamil, pemeriksaan dini ibu hamil, penimbangan anak dan imunisasi, pemberian makanan tambahan, serta penanggulangan penyakit menular.

Cakupan pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih sudah cukup tinggi, namun masih di temukan masalah disparitas pelayanan antara wilayah yang perlu segera diatasi (Affandi,biran.2012) Keberhasilan penyelenggaraan pelayanan kesehatan ditentukan dan diukur dengan angka kematian ibu dan angka kematian bayi, sedangkan kesejahteraannya di tentukan oleh penerimaan gerakan keluarga berencana (Manuaba, 2010 : 10).

Pemberian asuhan kebidanan secara *continuity of care* diharapkan beberapa faktor resiko pada kehamilan sampai KB dapat teratasi. Untuk ibu hamil perlu ditekankan untuk memeriksakan kehamilan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III (Kemenkes RI, 2013).

Maka dari itu pada ibu hamil harus di lakukan pemeriksaan dengan cara yang berkesinambungan untuk mengurangi angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) agar dapat mengatasi terjadinya komplikasi pada

ibu hamil. Sehingga pada ibu hamil yang mengalami terjadinya komplikasi dapat segera tertangani secara dini oleh tenaga kesehatan, Selama hamil untuk melakukan deteksi dini adanya komplikasi kehamilan dengan memberikan tablet fe sebanyak 90 tablet yang bertujuan untuk menurunkan terjadinya anemia pada ibu hamil (Prawirohardjo, 2007:91). Ibu bersalin dapat diberikan pertolongan persalinan dengan baik dan aman sesuai standar APN (60 langkah), atau sesuai prosedur yang telah ditetapkan. Untuk dapat dilakukan kunjungan rumah postpartum sebanyak 4 kali yaitu pada 6-8 jam, 6 hari, 2 minggu, dan 6 minggu setelah persalinan (Saleha, 2009:6). Pelayanan neonatus dengan melakukan kunjungan neonatus lengkap yaitu kunjungan neonatal 1 kali pada usia 6-48 jam, kunjungan neonatal ke-2 dilakukan pada hari ke 3-7 setelah bayi lahir, kunjungan neonatal ke-3 dilakukan pada hari ke 8-28 setelah bayi lahir, Pelayanan yang di berikan pada kunjungan neonatus adalah mempertahankan suhu tubuh bayi, memberikan konseling perawatan bayi baru lahir meliputi perawatan tali pusat, pemberian HB-0, memberikan konseling tentang pemberian ASI eksklusif dan harus disusukan minimal 10 kali dalam waktu 24 jam (Depkes RI, 2009). Pelayanan kesehatan pada KB yang berkualitas yaitu pelayanan KB yang sesuai standar 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 dapat disimpulkan bahwa sebagai calon bidan ingin mempelajari tentang asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada

ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan pelayanan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang didokumentasikan dengan metode SOAP, sebagai laporan tugas akhir.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan diberikan pada ibu hamil TM III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB), dengan melaksanakan asuhan secara *continuity of care*.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* selama proses kehamilan dari TM III (34-40 minggu), persalinan, nifas, neonatus, dan pelayanan KB, dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan metode SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah study kasus diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil yang meliputi :
pengkajian, merumuskan diagnosa asuhan kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, dan mendokumentasikan secara *continuity of care*.

2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin yang meliputi :
pengkajian, merumuskan diagnosa asuhan kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian secara *continuiti of care*.
3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas yang meliputi :
pengkajian, merumuskan diagnosa asuhan kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian secara *continuiti of care*.
4. Melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir yang meliputi :
pengkajian, merumuskan diagnosa asuhan kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan pendokumentasian secara *continuiti of care*.
5. Melakukan asuhan kebidanan pada pelayanan kontrasepsi yang meliputi : pengkajian, merumuskan diagnosa asuhan kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi secara *continuiti of care*.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Metode penelitian

1. Jenis dan desain penelitian

Jenis penelitian yang digunakan penulis yaitu jenis deskriptif yang berupa penelitian dengan metode observasional lapangan atau pendekatan study kasus (*case study*).

2. Metode pengumpulan data

a. Observasi

Pengamatan secara *Continuity Of Care* kepada ibu hamil TM III (36-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus, KB.

b. Wawancara

Proses komunikasi dengan tujuan tertentu antara individu dengan individu lain yang mengarah pada pemecahan masalah tertentu.

c. Dokumentasi

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

3. Analisa Data

Analisa data Asuhan Kebidanan secara *Continuity Of Care* merupakan proses pengumpulan data penelitian yang disusun secara sistematis dan dianalisa, diidentifikasi sesuai kejelasan dan kelengkapan pengisian instrumen pengumpulan data sehingga dibuatlah suatu catatan informasi yang lebih mudah

untuk dipahami dan digunakan untuk mengambil suatu kesimpulan dalam masalah penelitian.

1. 4.2 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil dengan memperhatikan secara *continuity of care* yang dimulai dari masa kehamilan TM III (36-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus, dan pelayanan kontrasepsi.

1.4.3 Tempat

Asuhan kebidanan dilakukan di Praktik Mandiri Bidan (PMB).

1.4.4 Waktu

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

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Studi kasus ini Untuk pengembangan ilmu dan penerapan ilmu kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil TM III (36-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus, sampai pelayanan kontrasepsi.

1.5.2 Manfaat Praktis

a. Bagi penulis

Sebagai seorang penulis maka Dapat mempraktekan teori yang didapat secara langsung dilapangan dalam memberikan asuhan

kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, sampai dengan pelayanan kb.

b. Bagi Institusi

Sebagai metode perbandingan pada mahasiswa untuk melakukan penyusunan laporan studi kasus, untuk mendidik, dan membimbing agar dapat menyelesaikan tugas asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

c. Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan untuk dijadikan sebagai acuan untuk dapat mempertahankan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

d. Bagi Klien

Klien mendapatkan pelayanan yang secara *continuity of care* dari mulai kehamilan TM III (36-40 minggu), persalinan, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan KB. Yang sesuai dengan standar pelayanan asuhan kebidanan.