

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan sebagai suatu proses yang terjadi antara perpaduan sel sperma dan ovum sehingga terjadi konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT) (Wiknjastro, 2009). Kehamilan dan persalinan adalah suatu proses yang normal alami dan sehat. Gangguan kesehatan dalam masa kehamilan dan persalinan mengakibatkan ancaman, baik bagi jiwa ibu maupun bayi yang dilahirkan (Dewi, 2011). Persalinan adalah suatu proses peristiwa normal namun, apabila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal (Mufdillah & Hidayat, 2011). Rahim adalah organ reproduksi yang memiliki fungsi utama sebagai tempat perkembangan sebuah janin hingga lahir ke dunia. Proses perkembangan janin di dalam rahim ini biasa disebut dengan masa kehamilan. Keistimewaan rahim dan masa kehamilan sejatinya telah tersirat dalam alquran Surat Al Mursalaat, Ayat 21-23 yang artinya : *“Kemudian kami letakkan dia ditempat yang kokoh (rahim). Sampai waktu yang ditentukan. Lalu kami tentukan bentuknya, maka Kami lah sebaik-baiknya yang menentukan ”*. (QS. Al Mursalaat, Ayat 21-23). Agar proses proses yang alamiah ini dapat berjalan dengan lancar dan tidak berkembang menjadi patologis diperlukan upaya sejak dini dengan memantau kesehatan ibu yang berkesinambungan dan berkualitas serta melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur kepetugas kesehatan, melakukan kunjungan minimal 4x pada trimester pertama minimal 1 kali (usia kehamilan 0-12 minggu). Pada trimester

kedua minimal 1 kali (usia kehamilan 12-28 minggu). Pada trimester ketiga minimal 4 kali (usia kehamilan 28 minggu – lahir) (Kemenkes RI, 2015).

Angka Kematian Ibu di Indonesia termasuk tinggi diantara negara-negara ASEAN. AKI di Indonesia pada tahun 2018 yaitu sebesar 346/100.000 penduduk dan AKB 24/100.000 penduduk. Berdasarkan Rapat Kerja Nasional (2018) menentukan sasaran pencapaian AKI di Indonesia yaitu sebanyak 306/100.000 dan sasaran lainnya pada AKB yang ditargetkan mencapai 17/100.000 penduduk (Kemenkes, 2018). Di Ponorogo AKI mengalami penurunan pada tahun 2018 yaitu sebesar 89 per 100.000 kelahiran hidup (9 ibu mati). Sebagian besar AKI di Ponorogo adalah kehamilan tidak diinginkan (KTD) atau faktor usia dan penyakit. Sedangkan AKB yang tercatat di Kabupaten Ponorogo pada tahun 2018 sebesar 13,25 per 1000 kelahiran hidup (147 bayi) mengalami sedikit penurunan dibandingkan tahun 2017 yaitu sebesar 13,7 per 1000 kelahiran hidup (151 bayi) (Dinkes Kabupaten Ponorogo, 2019).

Berdasarkan data pada tahun 2018 di Praktik Bidan Mandiri (PMB) Bu Vivin di Jambon Ponorogo, jumlah persalinan normal ada 29 ibu hamil sedangkan jumlah persalinan yang dirujuk berjumlah 7 ibu hamil dikarenakan ketuban pecah dini 2 partus lama ada 2, dan PEB (preeklamsi berat) ada 3.

Penyebab kematian ibu sangatlah beragam, akan tetapi kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi (Kemenkes RI, 2015). Pada ibu dengan preeklamsia terjadi perubahan fisiologi patologi yaitu tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya.

Lapisan otot arteri spiralis tetap kaku dan keras sehingga lumen arteri spiralis tidak mengalami distensi yang berakibat pada kegagalan remodelling arteri spiralis. Remodelling arteri spiralis normalnya terjadi pada setiap kehamilan, dimana remodelling ini menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Kegagalan remodelling dapat menyebabkan aliran darah uteroplasenta menurun yang mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Pada hipertensi yang agak lama pertumbuhan janin terganggu (Angsar MD, 2013).

Preeklampsia berat (PEB) ialah preeklampsia dengan tekanan darah sistolik \geq 160 mmHg dan tekanan darah diastolik \geq 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam (Angsar MD, 2013). Hal utama yang menjadi penyebab kematian dan kesakitan ibu preeklampsia adalah abrasi plasenta, edema pulmonary, kegagalan ginjal dan hepar, miokardial infark, disseminated intravascular coagulation (DIC), perdarahan serebral (Gilbert & Harmon, 2008). Sedangkan komplikasi akibat preeklampsia pada bayi yaitu terhambatnya pertumbuhan dalam uterus, prematur, asfiksia neonatorum, kematian dalam uterus, peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal (Mitayani, 2013). Berdasarkan penelitian oleh Winarsih (2009), menyatakan bahwa kondisi bayi yang dilahirkan dari ibu preeklampsia berat yaitu asfiksia, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan tidak mengalami kelainan kongenital. Dan penelitian yang dilakukan oleh Bertin (2014) menyatakan bahwa adanya hubungan antara preeklampsia dengan kejadian berat badan bayi lahir rendah dan preeklampsia merupakan faktor resiko 2,48 kali lebih besar penyebab BBLR dibandingkan non preeklampsia.

Dampak preeklampsia juga berpengaruh pada fungsi ginjal ibu. Selain itu, preeklampsia juga bisa memicu kejang pada ibu hamil, dan ini disebut sebagai

eklampsia. Akan tetapi, bahaya terbesar dari dampak preeklampsia adalah muncul sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelet Count*) atau hemolisis, peningkatan enzim hati dan jumlah trombosit yang rendah. Sedangkan dampak utama pada janin adalah kekurangan gizi akibat kekurangan pasokan darah dan makanan ke plasenta, hal ini mengarah ke gangguan pertumbuhan si bayi di dalam kandungan. Janin bisa berisiko lahir cacar hingga lahir mati, akibat tidak mendapatkan makanan yang cukup. (Joseph Novita, 2013). Pencegahan preeklampsia melalui penguatan asuhan antenatal yang terfokus, antara lain dengan mendeteksi kemungkinan risiko, edukasi pengenalan dini tanda bahaya kehamilan. Pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu hamil, bersalin, atau nifas untuk memberikan perlindungan dan penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

Upaya untuk menangani masalah tersebut dilakukan pada masa kehamilan yaitu melakukan 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, masa persalinan dengan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan masa nifas yang 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. (Wiknjastro, 2009). 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 (Wiknjastro, 2009).

Berdasarkan uraian diatas, perlu memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan pelayanan keluarga berencana menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang didokumentasikan dengan pendekatan metode SOAPIE dan SOAP sebagai Laporan Tugas Akhir.

1.2 Pembatasan masalah

Ruang lingkup asuhan kebidanan diberikan kepada ibu hamil trimester III (34-40 minggu) dengan kehamilan fisiologis dan dilanjutkan dengan asuhan bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan penggunaan kontrasepsi. Pelayanan ini diberikan dengan *continuity of care*.

1.3 Tujuan penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III(34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan Metode SOAPIE perkembangan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil meliputi pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, melaksanakan asuhan, melakukan evaluasi dan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAPIE.
2. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *continuity of care* pada ibu bersalin meliputi pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan

asuhan, melaksanakan asuhan, melakukan evaluasi dan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAPIE.

3. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *contonuity of care* pada ibu nifas meliputi pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, melaksanakan asuhan, melakukan evaluasi dan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAPIE.
4. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *contonuity of care* pada bayi baru lahir (BBL) meliputi pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, melaksanakan asuhan, melakukan evaluasi dan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAPIE.
5. Melakukan Asuhan Kebidanan secara *contonuity of care* pada keluarga berencana (KB) meliputi pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, melaksanakan asuhan, melakukan evaluasi dan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAPIE.

1.4 Ruang lingkup

1.4.1 Metode penelitian

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis deskriptif kualitatif adalah yang berupa penelitian dengan metode atau pendekatan study kasus (*case study*).

B. Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, sehingga

metode ini memberikan hasil secara langsung. Metode ini dapat dilakukan apabila peneliti ingin mengetahui hal – hal dari responden secara mendalam serta jumlah responden sedikit (Azizah, 2014).

2. Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada responden peneliti untuk mencari perubahan atau hal-hal yang diteliti. Dalam melakukan metode observasi ini instrumen yang dapat digunakan, antara lain lembar observasi, panduan pengamatan (observasi), atau lembar ceklist.

C. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumentasi asli. Dokumentasi asli tersebut dapat berupa gambar, tabel (Azizah, 2014).

D. Analisa Data

Analisis data yang digunakan untuk penelitian studi kasus yaitu membuat narasi dari hasil observasi penelitian, merupakan pengumpulan data penelitian yang dianalisis secara kualitatif.

1.4.2 Sasaran

Asuhan kebidanan ditunjukkan kepada ibu hamil trimester III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus, nifas dan KB.

1.4.3 Tempat

Asuhan kebidanan di lakukan di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Ponorogo.

1.4.4 Waktu

Waktu yang digunakan dimulai pada bulan Oktober 2018

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

A. Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan dalam batas *Continuity of Care*, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi.

B. Dijadikan pedoman dalam penerapan asuhan kebidanan komperhensif

C. Dapat dijadikan bahan pertambahan untuk laporan studi kasus selanjutnya.

1.5.2 Manfaat praktis

A. Bagi institusi

Sebagai menambah reverensi untuk mengembangkan materi yang telah diberikan baik dalam perkuliahan maupun praktik lapangan agar dapat menerapkan dan berkesinambungan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III(34-40 minggu), bersalin, neonatus, nifas, dan keluarga berencana dengan pendekatan manajemen kebidanan.

B. Bagi PMB

Dapat mempertahankan mutu pelayanan dalam pemberian asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana sesuai dengan standart pelayanan minimal kebidanan

C. Bagi pasien dan keluarga.

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.

D. Bagi penulis

Menerapkan ilmu tentang asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III (34-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

