

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, 2009:54). Pemeriksaan dan pengawasan secara komprehensif sejak masa kehamilan mutlak diperlukan, karena gangguan kesehatan yang dialami oleh seorang ibu yang sedang hamil bisa berpengaruh pada kesehatan janin dikandung, saat kelahiran hingga masa pertumbuhan. Namun, pada kenyataannya pelayanan antenatal belum dilakukan secara komprehensif.

Mortalitas dan Morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di Negara berkembang terutama di Indonesia. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan hal yang berkaitan dengan kehamilan (Wahyuniati, 2009:20). Hal tersebut sesuai dengan hadis al quran yang isinya tentang Wanita yang meninggal karena anaknya, baik ketika anaknya masih di perutnya, atau ketika proses melahirkan, atau setelah melahirkan di masa nifas, semua kejadian ini menjadikan kematiannya sebagai syahid. Baik melahirkan normal atau dengan operasi caesar.

Seperti hadis riwayat Abu daud,

الْجَنْبِ دَاتٍ وَصَاحِبُ شَهِيدٍ، وَالْغَرِقُ شَهِيدٌ، الْمَطْعُونُ :اللَّهُ سَبِيلِ فِي الْقَتْلِ سِوَى سَبْعِ الشَّهَادَةِ
تَمُوتُ وَالْمَرْأَةُ شَهِيدٌ، الْهَدْمُ تَحْتَ يَمُوتُ الْحَرِيقُ وَصَاحِبُ شَهِيدٍ، وَالْمَبْطُونُ شَهِيدٌ،
شَهِيدٌ بِجَمْعٍ

artinya :

“Mati syahid ada 7 selain yang terbunuh di jalan Allah: Orang yang mati karena thaun, syahid. Orang yang mati tenggelam, syahid. Orang yang mati karena ada luka parah di dalam perutnya, syahid. Orang yang mati sakit perut, syahid. Orang yang mati terbakar, syahid. Orang yang mati karena tertimpa benda keras, syahid. Dan wanita yang mati, sementara ada janin dalam kandungannya.” (HR. Abu Daud 3:111 dan dishahihkan al-Albani).

Berdasarkan data menurut (*world health organization*) WHO tahun 2015, sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi dinegara-negara berkembang 81% angka kematian ibu (AKI) akibat komplikasi selama hamil dan bersalin. Faktor langsung penyebab tingginya AKI adalah perdarahan 45%, terutama perdarahan *post partum*. Selain itu ada keracunan kehamilan 24%, infeksi 11%, dan partus lama atau macet (7%). Komplikasi obstetric umumnya terjadi pada waktu persalinan, yang waktunya pendek adalah sekitar 8 jam. Prioritas utama Millenium Development Goals (MDGs) adalah menurunkan AKI dan AKB,dengan menetapkan target penurunan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB menjadi 23 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO 2015). Kematian bayi di Indonesia merupakan salah satu AKB yang paling tinggi

dibandingkan negara asing lainnya. Menurut SDKI 2016, AKB di Indonesia tercatat 34 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan DINKES Provinsi Jawa Timur Tahun 2016 pencapaian Angka Kematian Ibu cenderung menurun tiga tahun terakhir, tetapi pada tahun 2016 meningkat lagi. Hal ini mengartikan dan menunjukkan hasil kinerja yang menurun tetapi adanya faktor dukungan baik dari segi manajemen program KIA maupun sistem pencatatan dan pelaporan yang semakin membaik. Peningkatan keterampilan klinis petugas di lapangan tetap dilakukan dengan melibatkan multi pihak dari forum penakib Provinsi Jawa Timur dan Kabupaten/Kota. Menurut supnas tahun 2016, target AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2016, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,00 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibanding tahun 2015 yang mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun AKI pada provinsi Jawa Timur sudah memenuhi target Renstra dan supas, AKI masih akan terus diupayakan menurun. Presentase penyebab Kematian Ibu di Jawa Timur dari tahun 2009-2016 yaitu yang pertama disebabkan oleh Infeksi 4.87%, kedua Jantung 10.86%, ketiga Perdarahan 24.72%, keempat Pre Eklamsi/Eklamsi 30.90%, dan kelima penyebab lain 28.65%. Dari data tersebut Kematian Ibu tertinggi pada tahun 2009-2016 disebabkan oleh Pre Eklamsi/Eklamsi yaitu dengan presentasi sebesar 30.90% atau sebanyak 165 orang sedangkan penyebab paling kecil adalah infeksi dengan presentasi sebesar 4,87% atau sebanyak 26 orang. (Profil kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun, 2016: 26-27). Sedangkan pada Angka Kematian Bayi (AKB) yang diperoleh relatif kecil,

Namun bila dihitung angka kematian absolut masih tinggi yaitu sebanyak 4.722 Bayi meninggal pertahun sebanyak 5.196 balita meninggal pertahun. Dalam satu hari sebanyak 13 bayi meninggal dan 14 balita meninggal. Masalah yang terkait dengan KIA, bahwa proporsi kematian bayi masih banyak (2/3) terjadi pada periode neonatal (0 – 28 hari) dan terjadi pada setiap tahunnya, bahwa pada mulai tahun 2005 sd tahun 2016 ada kecenderungan AKB (Sumber BPS Jatim) stigma di angka 30 per 1.000 kelahiran, kalau pada tahun 2005 pada posisi 36,65 per 1.000 kelahiran tahun 2012 AKB pada posisi 28,31 per 1.000 kelahiran, sedangkan pada tahun 2015 AKB pada posisi 24 per 1.000 kelahiran dan tahun 2016 AKB pada posisi 23,6 per 1.000 kelahiran (angka dari BPS Provinsi) AKB Jawa timur sampai dengan tahun 2016 masih diatas target nasional (Supas) (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016: 34-35). Data sekunder dari Dinkes kabupaten Ponorogo tahun 2016 angka kematian ibu mengalami peningkatan di Tahun 2016 yaitu sebesar 12 ibu per 100.000 kelahiran hidup). Jika dibandingkan dengan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 yang hanya 92 per 100.000 kelahiran hidup (10 ibu mati). Hal ini disebabkan karena keterlambatan diagnosa, keterlambatan merujuk dan keterlambatan mendapatkan pelayanan yang adekuat serta karena adanya penyakit penyerta yang memperparah kondisi ibu hamil sampai dengan meninggal. Cakupan kunjungan ibu hamil K1 pada Tahun 2016 Kabupaten Ponorogo mencapai 94,1% atau sejumlah 11.573 ibu hamil, terjadi penurunan jika dibandingkan cakupan K1 Tahun 2015 yaitu sebesar 96.65% atau sejumlah 12.075 ibu hamil. Cakupan

kunjungan ibu hamil lengkap (K4) Tahun 2016 mencapai 84,8% atau sejumlah 10.435 ibu hamil. Jika dibandingkan dengan K1, maka terjadi penurunan kunjungan ibu hamil sebesar 9,3%. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan ibu hamil, faktor budaya, kebiasaan turun menurun serta faktor lain seperti ibu hamil pindah ke sarana pelayanan kesehatan lain. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Ponorogo Tahun 2016 mencapai 91,3% atau sebesar 10.724 ibu bersalin, angka ini sedikit menurun jika dibandingkan Tahun 2015 yang mencapai 91,40 % atau sebesar 10.900 bulin. Sedangkan pelayanan pada ibu nifas mencapai 90,1% atau 10.581 bufas mengalami peningkatan jika dibandingkan tahun 2015 yang capaiannya sebesar 89,58 % atau sebesar 10.683 ibu nifas. Jumlah bayi lahir hidup Tahun 2016 sebanyak 11.183 bayi dengan cakupan KN1 sebanyak 10.709 bayi (95,8%) dan kunjungan neonatus 3 kali (KNII/lengkap sebanyak 10.635 bayi (95,1%), terjadi penurunan jumlah kunjungan bayi pertama dengan kunjungan bayi lengkap. Hal ini disebabkan karena pindah ke fasilitas kesehatan lain, kematian bayi atau faktor lain. Jika dibandingkan dengan Tahun 2015 sebanyak 11.357 bayi dengan cakupan kunjungan neonatus KN1 mencapai 95,88% tidak ada perbedaan yang berarti, namun ada peningkatan pada cakupan kunjungan neonatus 3 kali (KNII/lengkap yang sebesar 94,07%. Cakupan pelayanan kesehatan bayi Tahun 2016 mencapai 90,9% terdapat penurunan yang signifikan jika dibandingkan Tahun 2015 yang mencapai 97%. Jumlah Angka Kematian Bayi yang tercatat di Kabupaten Ponorogo pada Tahun 2016 sebesar 16,86 per 1000 kelahiran hidup (180

bayi) mengalami peningkatan yang cukup tinggi jika dibandingkan dengan Tahun 2015 sebesar 4 per 1000 kelahiran hidup (40 bayi). Program keluarga berencana memiliki makna yang sangat strategis, konverhensif dan fundamental dalam mewujudkan manusia Indonesia yang sehat dan sejahtera. Berdasarkan laporan hasil pelayanan kontrasepsi Januari sampai Juli BKKBN (2016), Dari kepesertaan Keluarga Berencana (KB) aktif Tahun 2016, 10.074 (10,5%) peserta menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan 86.311 (89,5%) peserta menggunakan Non MKJP. Sedangkan dari peserta KB baru, 38% atau 4.188 peserta menggunakan MKJP dan 62% atau 6.829 peserta menggunakan Non MKJP. Hal ini menggambarkan bahwa masyarakat Ponorogo cenderung menggunakan metode kontrasepsi non jangka panjang (suntik, pil dan kondom). Berdasarkan data sekunder dari PMB Ny.V di Desa Krebbe, Kecamatan Jambon, Kabupaten Ponorogo pada kurun waktu Januari sampai dengan Desember 2017 yang melakukan K1 32 ibu hamil, sedangkan ibu hamil yang melakukan K4 30 (93,75%) ibu hamil yang tidak melakukan K4 ada 2 ibu hamil, pindah domisili 1 ibu, pindah bidan 1 ibu, Ibu melahirkan secara spontan 24 ibu di PMB Ny.V persalinan dilakukan dengan 60 langkah APN dan bayi baru lahir dilakukan IMD. Ibu yang di rujuk 11 orang dengan kasus letak sungsang 2 (18,18%), hidrocepal 1 (9,09%), partus lama 5 (14,28%), pre eklamsi berat 2 (18,18%), *cephalopelvic disproportion* (CPD) 1 (9,09%). Jumlah ibu nifas sebanyak 35 orang tidak ada masalah, jumlah bayi baru lahir yang lahir di PMB Ny.V 24 dengan fisiologis tanpa penyulit. Data KB baru 23 ibu dengan KB suntik 3

bulan 13(56,52%), KB suntik 1 bulan 5(21,73%), IUD 1(4,34%), pil 1(4,34%), implant 1(4,34%), kondom 2(8,69%), dan KB aktif 46 dengan KB suntik 3 bulan 25(54,34%), KB suntik 1 bulan 10(21,73%), IUD 2(4,34%), kondom 3(6,52%), pil 4(8,69%), implant 2(4,34%).

Dampak apabila tidak melakukan asuhan kebidanan secara Continuity Of Cara dapat meningkatkan resiko dan komplikasi yang diantaranya kematian bayi yang disebabkan oleh *Intra Uterine Fetal Dead* (IUFD) atau kematian janin dalam rahim, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan disebabkan oleh Asfiksia. Kunjungan *Antenatal Care* sebenarnya berfungsi untuk mendeteksi sedini mungkin adanya faktor resiko dan tanda bahaya awal komplikasi pada kehamilan, seperti perdarahan dan preeklamsia, memberikan edukasi pada ibu hamil seputar masalah gizi, persiapan persalinan, dan kemungkinan terjadinya komplikasi. Faktor resiko grandemulti atau kehamilan lebih dari empat bisa menjadi kehamilan yang beresiko tinggi, karena dari kehamilan dengan grandemulti dapat menyebabkan beragam komplikasi yang dialami ibu baik selama hamil maupun saat persalinan yaitu perdarahan. Perdarahan adalah salah satu resiko besar yang akan dialami ibu dengan jumlah kehamilan empat kali atau lebih. Komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan antara lain perdarahan antepartum (perdarahan yang terjadi setelah usia kandungan 28 minggu), solusio plasenta (lepasnya sebagian atau semua plasenta dari rahim), plasenta previa (jalan lahir tertutup plasenta), abortus (keguguran), pertumbuhan bayi yang buruk didalam rahim (IUGR). Sedangkan komplikasi yang mungkin terjadi saat persalinan adalah dapat

meningkatkan terjadinya atonia uteri (perdarahan pasca melahirkan), rupture uteri (robekan jalan lahir),pre eklamsi berat, serta malpresentation (bayi salah posisi). (Sungkar.2012:143). Dalam masa nifas komplikasi yang dapat timbul adalah perdarahan post partum, infeksi, dan bendungan Air Susu Ibu (ASI) serta kelainan yang dapat mempengaruhi masa nifas (Manuba,2010:415). Pada bayi baru lahir komplikasi yang dapat timbul diantaranya berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia neonatorum, tetanus neonatorum, infeksi neonatorum, kelainan kongenital, trauma lahir atau bahkan kematian perinatal (Manuaba, 2010:421). Jika tidak menggunakan kontrasepsi, maka ibu dapat kembali subur dan kemungkinan kembali hamil menjadi besar, hal ini yang menimbulkan jarak waktu kehamilan dan kelahiran terlalu dekat, padahal jarak minimal untuk hamil kembali adalah 2 tahun (Ambarwati, 2011:111).

Dalam menyikapi tingginya AKI dan AKB di Indonesia pemerintah membentuk suatu program yaitu *Safe Motherhood Iniatif* yang terdiri dari 4 pilar diantaranya: Keluarga Berencana, Asuhan Antenatal, Persalinan yang Aman/ Bersih,serta pelayanan Obstetrik Neonatal Esensial/ Emergensi (Prawirohardjo,2010:143). Setiap ibu hamil akan mengalami resiko yang bisa mengancam jiwanya. Upaya yang dapat dilakukan oleh bidan yaitu mengacu pada program *Safe Motherhood Iniatif* dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkesinambungan mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus sampai dengan KB (Wahyuniati,2009:15). Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pelayanan Antenatal Terintegrasi yang meliputi timbang berat badan dan ukur tinggi badan,ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur

LILA), menentukan presentasi janin dan DJJ, skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi TT, beri tablet zat besi, periksa laboratorium rutin dan khusus, tata laksana/penanganan khusus, temu wicara (konseling) meliputi; kesehatan ibu, PHBS, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemic meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensi pada kehamilan. (KepMenkes RI,2015:8). Pemberian pelayanan antenatal sesuai standart dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kebidanan.Pada ibu bersalin pertolongan persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan yang profesional. Pelayanan yang diberikan pada bayi baru lahir meliputi pemeriksaan perawatan tali pusat, pemberian vitamin K1, imunisasi Hepatitis B 0. (Ambarwati, 2011:107). Melakukan kunjungan nifas minimal 3x pada kunjungan I (6 jam sampai 3 hari), kunjungan II (4 sampai 28 hari), kunjungan III (29 sampai 42 hari). (Kepmenkes RI,Buku KIA,2015:26). Melakukan pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan dilaksanakan minimal 3 kali kunjungan, yaitu kunjungan pertama (6 jam – 48 jam setelah lahir), kunjungan kedua pada (3 – 7 setelah lahir), kunjungan

ketiga (8 – 28 setelah lahir). (Kemenkes RI Buku KIA,2015:40). Keluarga Berencana postpartum adalah melakukan tindakan Keluarga Berencana (KB) ketika wanita baru melahirkan dan gugur kandungan di rumah sakit, atau memberi pengarahan agar memilih KB efektif (melakukan sterilisasi wanita atau pria, menggunakan AKDR, menerima KB hormonal dalam bentuk suntik dan susuk). Mereka akan terlindungi dari hamil karena telah menggunakan KB efektif (Manuaba,2010:637). Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan dengan upaya pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi sesuai setandar, minimal 4 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu; 1 kali pada trimester ke-1 (0-12 minggu), 1 kali pada trimester ke-2 (>12-24 minggu), dan 2 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai dengan kelahiran)(Kemenkes,2015:1).

Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis tertarik melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil trimester III dimulai usia kehamilan 34 minggu, Bersalin, Nifas, Bayi baru lahir sampai dengan Keluarga Berencana menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan secara *Contiunity Of Care* (COC) kepada ibu hamil TM III dimulai UK 34 minggu, bersalin, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana.

1.3 Tujuan penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan khusus

Diharapkan setelah studi kasus mahasiswa mampu:

- A. Melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* pada ibu hamil di mulai (Usia kehamilan 34 minggu) yang meliputi: pengkajian data, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara SOAP.
- B. Melakukan asuhan kebidanan *Continuity Of Care* pada ibu bersalin yang meliputi: pengkajian data, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara SOAP.
- C. Melakukan asuhan kebidanan *Continuity Of Care* pada ibu nifas yang meliputi: pengkajian data, merumuskan diagnosa

kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara SOAP.

D. Melakukan asuhan kebidanan *Continuity Of Care* pada bayi baru lahir yang meliputi: pengkajian data, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara SOAP.

E. Melakukan asuhan kebidanan *Continuity Of Care* pada akseptor keluarga berencana (KB) yang meliputi: pengkajian data, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi, melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara SOAP.

1.4 Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan

1.4.1 Metode penelitian

A. Jenis penelitian & desain penelitian

Penelitian yang berjenis deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Untuk desain digunakan adalah metode observasional lapangan.

B. Metode pengumpulan data

Metode yang digunakan peneliti adalah dengan interview (wawancara), observasi (pengamatan), pemeriksaan fisik, dokumentasi

C. Analisis data

Analisis data yang di gunakan adalah membuat narasi dari wawancara, observasi, dokumentasi.

D. Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu dengan memperhatikan *Continuity of Care* mulai hamil TM III (UK 34 minggu), bersalin, nifas, BBL (Bayi Baru Lahir), dan KB (Keluarga Berencana).

E. Tempat

Asuhan kebidanan di lakukan di Praktek Mandiri Bidan (PMB)

F. Waktu

Waktu yang di perlukan dalam penyusunan membuat proposal sampai dengan melakukan Asuhan kebidanan dan menyusun laporan tugas akhir di mulai bulan 7 Mei 2019 sampai dengan 19 Juni 2019.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan penerapan pelayanan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana (KB) secara *Continuity Of Care* (COC).

1.5.2 Manfaat Praktis

A. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan kajian terhadap materi Asuhan Pelayanan Kebidanan serta referensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, dan nifas, Keluarga Berencana (KB).

B. Bagi Penulis

Dapat mempraktekkan teori yang didapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir, Keluarga Berencana (KB).

C. Bagi Lahan Praktik (PMB)

Sebagai acuan untuk dapat mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara *continuity of care* mulai ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (KB)

D. Bagi Klien dan keluarga

Klien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Jika terjadi komplikasi pada ibu aka segera diketahui secara dini. Keluarga juga merasa tenang dan tidak cemas karena ibu mendapatkan asuhan yang baik.

