

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional dalam buku Ilmu Kebidanan (2009:213), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam 12 minggu pada trimester pertama, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). Sebagaimana dijelaskan dalam ayat :

فَقَدَرْنَا فَنِعْمَ الْقَادِرُونَ وَالَّذِينَ قَدَرُوا مَعْلُومٌ فَجَعَلْنَا هُفَيْقَرًا مَكِينًا

“Kemudian Kami letakkan dia dalam tempat yang kokoh (rahim), sampai waktu yang ditentukan, lalu Kami tentukan (bentuknya), maka Kami-lah sebaik-baik yang menentukan” (Surat Al-Mursalat ayat 21-23). Kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir merupakan keadaan fisiologis, tetapi sewaktu-waktu bisa berubah menjadi keadaan patologis seperti komplikasi pada kehamilan diantaranya hipertensi, perdarahan, plasenta previa, ketuban pecah dini, anemia, pre-eklampsia, hidramnion, dan letak sungsang. Dimana jika komplikasi tidak ditangani dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi. Maka diperlukan asuhan yang berkesinambungan dan berkualitas serta melakukan pemeriksaan ANC secara teratur pada masa kehamilan. Melakukan kunjungan antenatal ke petugas kesehatan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada TM

I, 1 kali pada TM II, dan 2 kali pada TM III (Ambarwati, 2011:104). Setiap ibu hamil akan menghadapi risiko yang akan mengancam jiwanya, dan setiap risiko yang dihadapi ibu hamil berbeda-beda. Maka dari itu, pertolongan persalinan diusahakan di tolong oleh nakes, melakukan kunjungan bayi baru lahir dan ibu pasca salin, juga memilih dan memakai alat kontrasepsi sesuai yang diinginkan. (Widyaningrum, 2012:34). Dalam menilai status derajat kesehatan dapat digunakan beberapa indikator. Indikator-indikator tersebut pada umumnya tercermin dari kondisi morbiditas dan mortalitas. Pada bagian ini gambaran derajat kesehatan digambarkan melalui Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Maryunani, 2013:45). Namun pada kenyataan di lapangan belum semua ibu hamil, ibu bersalin, nifas, neonatus, dan KB belum mendapatkan asuhan kebidanan yang optimal.

Berdasarkan Laporan World Bank tahun 2017, dalam sehari ada empat ibu di Indonesia yang meninggal akibat melahirkan. Dengan kata lain ada satu ibu di Indonesia yang meninggal setiap enam jam. Menurut SDKI tahun 2015 angka kematian ibu mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup. Kematian bayi di Indonesia merupakan salah satu AKB yang paling tinggi dibandingkan dengan negara ASIA lainnya. Menurut SDKI tahun 2016, AKB di Indonesia tercatat 34 per 1000 kelahiran hidup dari target penurunan 17 kematian bayi dari 1000 kelahiran. AKI di Provinsi Jawa Timur meningkat di tahun 2016 mencapai 91,00 per 100.000 kelahiran hidup, melebihi yang ditargetkan yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2015 yang mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup.

AKB di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2016 menempati posisi 23,6 per 1.000 kelahiran hidup jumlahnya menurun dibandingkan pada tahun 2015 yang mencapai 24 per 1.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur,2017) . Berdasarkan data sekunder dari DINKES Kabupaten Ponorogo tahun 2016 AKI dan AKB mengalami peningkatan hal ini dikarenakan cakupan K4 lebih rendah dari K1. Cakupan K1 94,1% dan cakupan K4 menjadi 84,8% hal ini menunjukkan terjadi penurunan ibu hamil yang melakukan ANC sebesar 9,3%. Dari data tersebut membuktikan bahwa tidak semua ibu hamil melakukan ANC secara lengkap sehingga bila ada komplikasi tidak terdeteksi. AKB tercatat sebanyak 36 bayi disebabkan oleh faktor kehidupan tradisional dalam aspek kesehatan di masyarakat. AKI tercatat sebanyak 12 ibu meninggal, disebabkan karena keterlambatan diagnosa, keterlambatan merujuk dan keterlambatan mendapatkan pelayanan yang adekuat serta karena adanya penyakit penyerta yang mempengaruhi kondisi ibu hamil sampai dengan meninggal. Cakupan pertolongan persalinan oleh nakes mencapai 91,3% atau sebesar 10.724, pelayanan pada ibu nifas mencapai 90,1% atau 10.581, jumlah kelahiran neonatus sebanyak 11.183 bayi dengan cakupan KN 1 sebanyak 10.709 bayi (95,8%) dan kunjungan neonatus 3 kali (KN2/Lengkap) sebanyak 10.635 bayi (95,1%), terjadi penurunan kunjungan pertama bayi dengan kunjungan lengkap hal ini dikarenakan pindah ke fasilitas kesehatan lain, kematian bayi, atau faktor lain. Dari kepesertaan KB sebanyak 10.074 (10,5%) menggunakan kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan 86.311 (89,5%) menggunakan (Non MKJP)

(Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo,2017). Data sekunder dari PMB “I” di wilayah Wonoketro, Jetis, Ponorogo menunjukkan bahwa dari bulan Januari hingga Desember 2017 cakupan KI sebanyak 59 ibu hamil, cakupan K4 sebanyak 47 ibu hamil (79,66%). Diketahui yang tidak melakukan kunjungan K4 sebanyak 4 (8,51%) ibu hamil. Hal ini karena 2 (50%) ibu hamil masih belum mencapai K4 dihitung berdasarkan usia kehamilan, dan 2 (50%) ibu hamil kurang kesadaran untuk melakukan kunjungan ulang serta pengetahuan dan pemahaman yang rendah. Sedangkan yang dirujuk sebanyak 2 (16,66%) ibu hamil usia kehamilan 35 minggu dan usia kehamilan 37 minggu dikarenakan mengalami PEB (pre-eklampsia berat) dan PER (pre-eklampsia ringan). Untuk persalinan berjumlah 47 ibu melahirkan secara normal di PMB dengan persalinan 60 langkah APN, sedangkan yang dirujuk 8 ibu dengan KPD (Ketuban Pecah Dini) 4 (50%) ibu, terdapat luka bekas SC 1 (12,5%) ibu, mengalami post date 3 (37,5%) ibu. Kunjungan neonatus berjumlah 47 kunjungan dengan masalah 4 neonatus (8,51%) mengalami ikterus karena menyusui kurang. Kunjungan nifas sebanyak 47 kunjungan dengan masalah 2 ibu nifas (4,25%) mengalami bendungan ASI, 3 ibu nifas (6,38%) mengalami demam, dan 2 ibu nifas (4,25%) mengalami nyeri luka jahitan perineum. Untuk akseptor KB berjumlah 85 orang dengan rincian 20 orang (23,52%) akseptor KB suntik 3 bulan, 39 orang (45,88%) akseptor KB suntik 1 bulan, 5 orang (5,88%) akseptor KB pil, 13 orang (15,29%) akseptor KB IUD, dan 8 orang (9,41%) akseptor KB implan.

Asuhan kebidanan jika tidak dilakukan secara berkesinambungan akan memberikan dampak yaitu meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada ibu dan bayi yang tidak ditangani sehingga menyebabkan kematian yang berkontribusi terhadap peningkatan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Manuaba, 2010:227). Dalam kehamilan komplikasi yang mungkin terjadi diantaranya adalah; pre eklampsia/eklampsia, abortus, ketuban pecah dini, hipertensi/ darah tinggi, anemia, dan perdarahan (Maryunani, 2013:47). Pada ibu bersalin komplikasi yang bisa terjadi diantaranya kelainan posisi janin atau presentasi bukan belakang kepala, distosia, inersia uteri, perdarahan inpartum, prolaps tali pusat serta adanya penyakit yang tidak diketahui sehingga dapat mengganggu proses persalinan (Manuaba, 2010:371). Dalam masa nifas komplikasi yang dapat timbul adalah perdarahan post partum, infeksi, dan bendungan Air Susu Ibu (ASI) serta kelainan yang dapat memengaruhi masa nifas (Manuaba, 2010:415). Pada bayi baru lahir komplikasi yang dapat timbul diantaranya berat badan bayi lahir rendah (BBLR), asfiksia neonatorum, tetanus neonatorum, kelainan konginetal, 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). Dampak yang dapat terjadi karena kesenjangan K1 dan K4 menurut (Winkjosatro,2009:56) adalah timbulnya komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas, dan juga BBL karena

petugas kesehatan tidak dapat mengenali secara dini apabila terjadi berbagai macam penyulit maupun gangguan kesehatan.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menekan angka AKI dan AKB adalah dengan memberikan pelayanan yang berkualitas dan berkesinambungan mulai dari masa kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan pelayanan kontrasepsi. Untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang berkualitas pada ibu hamil dan untuk meningkatkan status kesehatan ibu, puskesmas dan jaringannya serta rumah sakit rujukan menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan ibu, baik yang bersifat promotif, preventif, maupun kuratif dan rehabilitatif. Upaya tersebut berupa pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, penanganan komplikasi, pelayanan konseling KB dan kesehatan reproduksi (Kepmenkes RI, 2015:1). Melalui pemberian pelayanan antenatal minimal 4 kali selama masa kehamilan 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). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit dan gangguan kehamilan (Kepmenkes RI, 2015:5). Dengan melakukan pelayanan ANC terpadu/terintegrasi meliputi timbang berat badan dan tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA), ukur tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT), beri tablet tambah darah (tablet besi), pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus) meliputi pemeriksaan

golongan darah, kadar Hemoglobin darah (HB), protein urine, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, BTA, tatalaksana/penanganan kasus, temu wicara/konseling yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, 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 dari konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian asi eksklusif, KB pasca bersalin, imunisasi, dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brainbooster) (Kemenkes RI, 2015:8). Pelayanan tersebut diberikan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini komplikasi kehamilan. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu bersalin yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpoG), dokter umum dan bidan) dengan standart 60 langkah APN meliputi pemberian imunisasi HB 0 pada bayi baru lahir, pemberian vitamin k, pemberian salep mata dan pencegahan infeksi sewaktu melakukan pertolongan persalinan (APN,2008). Pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standart yang dilakukan sekurang-kurangnya 3 kali kunjungan yaitu KF 1 (16-jam-3hari), KF 2 (4-28 hari), KF 3 (29-42hari) (Kepmenkes RI, buku KIA 2015:26). Melakukan kunjungan neonatus sesuai standart yaitu KN I adalah kunjungan 1 (6-48jam) dan kunjungan 2 (3-7 hari), sedangkan

KN II/lengkap adalah kunjungan ke 3 (8-28 hari) (Kepmenkes RI, buku KIA 2015:40).

Berdasarkan uraian di atas penulis ingin melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu dari masa kehamilan TM III UK 34-40 minggu, bersalin, nifas, neonatus dan sampai pemilihan alat kontrasepsi dengan menggunakan manajemen kebidanan serta melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan dengan metode SOAP.



1.2 Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan pada masa kehamilan TM III dimulai UK 34 minggu, persalinan, nifas, neonatus dan Keluarga Berencana (KB)

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care* pada ibu hamil TM III dimulai UK 34 minggu, bersalin, nifas, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah study kasus diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil secara *Continuity Of Care* TM III meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAP.
2. Melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAP.
3. Melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu nifas meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan

evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAP.

4. Melakukan Asuhan Kebidanan pada neonatus meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAP.
5. Melakukan Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana meliputi Pengkajian, merumuskan Diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan secara SOAP.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Metode Penelitian

A. Jenis & Desain Penelitian

Jenis penelitian kuantitatif ini menggunakan metode pendekatan studi kasus (*case study*). Sedangkan desain yang digunakan adalah metode observasi lapangan.

B. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dipakai diantaranya memakai wawancara, analisa, dokumentasi, observasi.

C. Analisa Data

Analisa data yang digunakan dalam penelitian studi kasus ini adalah dengan membuat narasi dari hasil observasi atau hasil penelitian yang diperoleh melalui hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain.

1.4.2 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu dengan memperhatikan *Continuity of Care* pada masa kehamilan TM III dimulai UK 34 minggu, persalinan, neonatus, nifas sampai KB.

1.4.3 Tempat

Asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care* dilaksanakan di Praktik Mandiri Bidan (PMB)

1.4.4 Waktu

Waktu yang dipergunakan untuk menyusun proposal, melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* sampai dengan menyusun LTA dimulai bulan Oktober 2018 sampai bulan Juni 2019

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Dapat mengembangkan pengetahuan dan menerapkan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada masa kehamilan TM III dimulai UK 34 minggu, bersalin, neonatus, nifas, dan KB sesuai dengan standart kebidanan sehingga diharapkan mampu menurunkan angka AKI dan AKB.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pasien

Ibu mendapatkan pelayanan kebidanan secara *Continuity of Care* mulai dari masa kehamilan TM III dimulai UK 34minggu, bersalin, neonatus, nifas, dan KB sehingga dapat dijadikan deteksi dini untuk meminimalkan resiko-resiko yang mungkin terjadi dan dapat meningkatkan pengetahuan klien.

2. Bagi Institusi

Sebagai masukan untuk pengembangan materi yang telah di berikan baik dalam perkuliahan maupun praktik lapangan dan juga tambahan referensi untuk dijadikan evaluasi dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III, bersalin, neonatus, nifas, dan KB sesuai dengan standart pelayanan minimal.

3. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang didapatkan selama perkuliahan untuk melakukan asuhan kebidanan secara continuity of care pada ibu hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus, hingga KB

4. Bagi Bidan dan PMB

Bidan dapat mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan yang diberikan secara continuity of care mulai dari ibu hamil, bersalin, neonatus, nifas, dan KB sesuai dengan standart pelayanan minimal.