

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses yang alamiah dan fisiologis bagi setiap perempuan yang mengalaminya seperti yang terdapat pada surat Al-mu'minin ayat 12-14 yang menerangkan dengan jelas perjalanan kejadian manusia mulai dari ovum yang dibuahi oleh sperma, sampai terbentuknya bayi yang siap lahir ke dunia.

وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ طِينٍ { ١٢ } ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ { ١٣ } ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ  
عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ ۗ فَتَبَارَكَ  
اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ { ١٤ }

Artinya:

"Dan sesungguhnya Kami telah menciptakan manusia dari suatu saripati (berasal) dari tanah. Kemudian Kami jadikan saripati itu air mani (yang disimpan) dalam tempat yang kokoh (rahim). Kemudian air mani itu Kami jadikan segumpal darah, lalu segumpal darah itu Kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu Kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami bungkus dengan daging. Kemudian Kami jadikan dia makhluk yang (berbentuk) lain. Maka Maha sucilah Allah, Pencipta Yang Paling Baik."(Q.S. Al- mu'minin :12-14)

Kehamilan yang awalnya fisiologis akan terjadi komplikasi yang dapat membahayakan jiwa ibu dan bayi jika tidak di deteksi sejak dini. Begitu pula dengan persalinan, nifas dan bayi baru lahir yang sebelumnya fisiologis dapat menjadi patologis jika tidak dilakukan asuhan yang berkesinambungan dan berkualitas. Dampak yang lebih buruk dari tidak dilakukannya asuhan yang berkesinambungan adalah kematian pada ibu dan bayi. Hal ini dapat dilihat dari masih tingginya AKI dan AKB di Indonesia.

Berdasarkan data dari ASEAN Millenium Development Goals (MDGS) pada tahun 2017 menunjukkan bahwa pada tahun 2015 angka kematian ibu di Indonesia mencapai 305 per 100.000 kelahiran. Angka ini lebih tinggi dibandingkan dari target MDGS Indonesia yaitu 102 per 100.000 kelahiran. Angka ini menempatkan Indonesia tertinggi kedua di asia tenggara dengan angka kematian ibu terbanyak sedangkan untuk target AKB menurut MDGs tahun 2015 adalah 23/1.000 kelahiran hidup. Hasil sementara Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menunjukkan AKB 22/1.000 kelahiran hidup target tersebut masih dibawah target SDGs tahun 2030 yaitu 17/1.000 kelahiran hidup (Utomo, 2018).

Angka kematian ibu di Jawa Timur cenderung menurun tiga tahun terakhir, tetapi tahun 2016 meningkat lagi. Hal ini bukan berarti menunjukkan hasil kinerja yang menurun tetapi adanya faktor dukungan baik dari segi manajemen program KIA maupun sistem pencatatan dan

pelaporan yang semakin membaik. Menurut SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) tahun 2016, target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran. 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, sedangkan angka kematian bayi (AKB) pada tahun 2016 Provinsi Jawa Timur sebesar 23,6 per 1.000 kelahiran hidup (angka dari BPS provinsi) target ini masih jauh dari target yang yang ditentukan sebesar 24 per 1.000 kelahiran hidup. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2017).

Menurut laporan Dinas kesehatan kabupaten Ponorogo 2016 angka kematian ibu mengalami peningkatan yaitu sebesar 112 per 100.000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan angka kematian ibu tahun 2015 yang hanya 92 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka kematian Bayi pada tahun 2016 sebesar 16,86 per 1000 kelahiran hidup mengalami peningkatan yang cukup tinggi jika dibandingkan dengan tahun 2015 sebesar 4 per 1000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, 2017). Menurut data di PMB "T" tahun 2017, cakupan K1 mencapai 59 ibu hamil dan cakupan data K4 mencapai 50 (84,75%) ibu hamil. Dari 59 ibu hamil yang tidak melaksanakan K4 ini sebesar 9 (15,25%) orang, ini dikarenakan 4 (6,78%) ibu hamil di rujuk di rumah sakit usia kehamilan 35 minggu dan kehamilan 37 minggu karena mengalami ketuban pecah dini, 2 (3,39%) ibu hamil mengalami PEB (pre-eklamsi berat) dan PER (pre-eklamsi ringan), 1 (1,69%) ibu hamil

terdapat bekas SC, sedangkan untuk 2 (3,39%) ibu hamil masih belum mencapai K4 sesuai umur kehamilan. Untuk persalinan berjumlah 50 ibu melahirkan secara normal dengan 60 langkah APN dan bayi dilakukan IMD, kunjungan neonatus berjumlah 50 kunjungan dengan masalah 4 (8,00%) neonatus mengalami ikterus karena kurang menyusui, kunjungan nifas sebanyak 50 kunjungan dengan masalah 2 (4,00%) ibu nifas mengalami bendungan Asi, 3 (6,00%) ibu nifas mengalami demam, dan 2 (4,00%) ibu nifas mengalami nyeri luka jahitan perineum. Untuk akseptor KB berjumlah 85 orang dengan rincian 20 (23,53%) orang akseptor KB suntik 3 bulan, 39 (45,88%) orang akseptor KB suntik 1 bulan, 5 (5,88%) orang akseptor KB pil, 13 (15,29%) orang akseptor KB IUD, dan 8 (9,41%) orang akseptor KB implan.

Dari data diatas penyebab terbanyak masalah yang terjadi disalah satu PMB di Ponorogo adalah ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum proses persalinan. Akibat dari ketuban pecah dini (KPD) dengan usia kehamilan 35 minggu sejumlah 2 ibu hamil adalah bayi mengalami berat badan lahir rendah sehingga bayi tidak dapat dilakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) selain itu ibu juga tidak dapat memberikan ASI eksklusif karena bayi memerlukan perawatan khusus dan masih belum sepenuhnya reflek menghisap bayi.

Menurut Kemenkes RI kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, tekanan darah yang tinggi pada saat hamil (eklampsia), infeksi,

persalinan macet dan komplikasi keguguran. Sedangkan penyebab langsung kematian bayi adalah bayi berat lahir rendah (BBLR) dan kekurangan oksigen (asfiksia). Penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi baru lahir adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya (Kemenkes RI, 2010). Hal ini sesuai dengan temuan di Kabupaten Ponorogo bahwa penyebab terbesar kematian ibu adalah sebesar 90 % terjadi pada saat persalinan dan setelah persalinan, penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan sebesar 28%, eklamsia 24%, dan infeksi 11%, sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu adalah kekurangan energi kronik (KEK) pada saat kehamilan sebesar 37% dan anemia pada saat kehamilan sebesar 24%. Sedangkan penyebab kematian bayi di Ponorogo adalah BBLR sebesar 40%, asfiksia 22%, dan penyebab lain karena kelainan bawaan dan infeksi sebesar 3% (Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, 2017).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu pada ibu hamil dalam lingkup kebidanan adalah program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K). Program dengan menggunakan stiker ini, dapat meningkatkan peran aktif suami (suami siaga), keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman. Program ini juga meningkatkan persiapan menghadapi komplikasi pada saat kehamilan, termasuk perencanaan pemakaian alat atau obat kontrasepsi pasca persalinan (Kemeskes, 2010). Untuk mewujudkan tercapainya program

ini perlu adanya asuhan secara COC. COC (*Continuity Of Care*) adalah suatu proses dimana tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi dan efektif. *Continuity of care* pada awalnya merupakan tujuan utama pengobatan keluarga yang lebih menitikberatkan kepada kualitas pelayanan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas. Secara tradisional, perawatan yang berkesinambungan idealnya membutuhkan hubungan terus menerus dengan tenaga profesional selama trimester III, kehamilan dan melahirkan sampai 6 minggu pertama postpartum. Penyediaan pelayanan individual yang aman selama kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan pelayanan kontrasepsi 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).

Dari beberapa uraian diatas kami tertarik untuk memberikan asuhan kebidanan *Continuity Of Care* pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB. Dengan menggunakan pendekatan managemen kebidanan dan di dokumentasikan dengan metode SOAP.

## **1.2 Pembatasan Masalah**

Asuhan kebidanan berbasis *Continuity Of Care* pada ibu hamil trimester III dimulai usia kahamilan 34 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan keluarga berencana (KB).

## **1.3 Tujuan Penyusunan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Melakukan asuhan kebidanan COC (*Continuity Of Care*) pada ibu hamil trimester III dimulai usia kehamilan 34 minggu, ibu barsalin, ibu nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB).

### **1.3.2 Tujuan khusus**

- A. Melakukan asuhan kebidanan secara COC (*Continuity Of Care*) pada ibu hamil trimester III dimulai usia kehamilan 34

minggu meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan dan melakukan dokumentasi SOAP.

B. Melakukan asuhan kebidanan secara COC (*Continuity Of Care*) pada ibu bersalin meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan dan melakukan dokumentasi SOAP.

C. Melakukan asuhan kebidanan secara COC (*Continuity Of Care*) pada ibu nifas meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan dan melakukan dokumentasi SOAP.

D. Melakukan asuhan kebidanan secara COC (*Continuity Of Care*) pada BBL (bayi baru lahir) meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan dan melakukan dokumentasi SOAP.

E. Melakukan asuhan kebidanan pada calon akseptor KB meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan

kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan dan melakukan pendokumentasian SOAP.

## 1.4 Ruang Lingkup

### 1.4.1. Metode Penelitian.

#### A. Jenis dan desain penelitian.

Penelitian kualitatif yang berjenis deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Sedangkan untuk desain yang digunakan adalah metode observasional lapangan.

#### B. Metode pengumpulan data

Metode yang digunakan oleh peneliti adalah dengan menggunakan observasi, wawancara, tes dan analisis dokumentasi.

#### C. Analisis data.

Analisis data yang digunakan peneliti adalah membuat narasi dari hasil wawancara tes, observasi, dan analisis dokumentasi.

### 1.4.2. Sasaran.

Asuhan kebidanan berbasis *Continuity Of Care* pada ibu hamil trimester III dimulai usia kehamilan 34 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB).

### 1.4.3. Tempat.

Lokasi asuhan kebidan COC di bidan praktek mandiri Ponorogo.

### 1.4.4. Waktu

Waktu yang digunakan dalam menyusun proposal, membuat proposal, melakukan asuhan kebidanan hingga menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) dimulai bulan oktober 2018 sampai dengan juni 2019.

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1.5.1. Manfaat teoritis

Untuk mengaplikasikan pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya dalam penerapan asuhan kebidanan berbasis *Continuity Of Care* pada ibu hamil trimester III dimulai usia kehamilan 34 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB).

### 1.5.2. Manfaat praktis

#### A. Bagi penulis

Dapat menambah pengetahuan dan menerapkan asuhan kebidanan berbasis *Continuity Of Care* pada ibu hamil trimester III dimulai usia kehamilan 34 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB).

#### B. Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan rujukan bagi mahasiswa tentang penerapan asuhan kebidanan berbasis *Continuity Of Care* yang dilakukan oleh mahasiswa di masyarakat.

#### C. Bagi lahan praktek atau PMB

Sebagai evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan yang berkualitas berdasarkan standar pelayanan *Continuity Of Care*.

D. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga mendapatkan asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan menggunakan pendekatan asuhan kebidanan *Continuity Of Care*.

