

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan merupakan suatu hal yang fisiologis dan menjadi harapan semua wanita. Proses kehamilan sampai dengan nifas merupakan proses yang panjang, bahkan Al-qur'an telah menjelaskan yang terdapat pada surat At-Tariq ayat 1-10 yaitu:

وَالسَّمَاءِ وَالطَّارِقِ (١) وَمَا أَدْرَاكَ مَا الطَّارِقُ (٢) النَّجْمُ الثَّاقِبُ (٣) إِنَّ كُلَّ نَفْسٍ لَمَّا عَلَيْهَا حَافِظٌ (٤) فَلْيَنْظُرِ الْإِنْسَانُ مِمَّ خُلِقَ (٥) خُلِقَ مِنْ مَّاءٍ دَافِقٍ (٦) يَخْرُجُ مِنْ بَيْنِ الصُّلْبِ وَالتَّرَائِبِ (٧) إِنَّهُ عَلَى رَجْعِهِ لَقَادِرٌ (٨) يَوْمَ تُبْلَى السَّرَائِرُ (٩) فَمَا لَهُ مِنْ قُوَّةٍ وَلَا نَاصِرٍ (١٠)

Artinya:

“Demi langit dan yang datang pada malam hari, tahukah kamu apakah yang datang pada malam hari itu? (yaitu) bintang yang cahayanya yang menembus, tidak ada suatu jiwa pun (diri) melainkan ada penjaganya. Maka hendaklah manusia memeperhatikan dari apakah dia diciptakan? Dia diciptakan dari air yang dipancarkan, yang keluar dari antara tulang sulbi dan tulang dada. Sesungguhnya allah benear-benar kuasa untuk mengembalikannya (hidup sesudah mati). Pada hari ditampakkan segala rahasia, maka sekali-kali tidak ada bagi manusia itu suatu kekuatan pun dan tidak (pula) seorang penolong” (Q.S. At-Tariq : 1-10)

Kehamilan dan persalinan merupakan proses yang fisiologis, namun kehamilan yang normal juga dapat berubah menjadi kehamilan yang patologis (Walyani. 2015). Apabila tidak dipantau secara intensif maka bisa terjadi komplikasi yang tidak terdeteksi sehingga dapat menyebabkan kematian ibu dan kematian bayi. Angka kematian ibu merupakan indikator kesejahteraan perempuan, indikator kesejahteraan suatu bangsa sekaligus menggambarkan hasil capaian pembangunan suatu negara. Informasi mengenai angka kematian ibu akan sangat bermanfaat untuk pengembangan program-program peningkatan kesehatan ibu, terutama pelayanan kehamilan dan persalinan yang aman, program peningkatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, manajemen sistem rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, persiapan keluarga hingga suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang pada gilirannya merupakan upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi (Chalid, 2015).

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) sangat tinggi di dunia, tercatat 800 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan kelahiran anak. Sebanyak 75% komplikasi utama penyebab kematian ibu adalah perdarahan hebat, 25,24% umumnya perdarahan postpartum, infeksi 14,76%, (biasanya setelah melahirkan), hipertensi selama kehamilan 4,29% (preeklampsia dan eklampsia) serta abortus yang tidak aman. Semenjak tahun 2016 sampai 2030, bagian dari target Sustainable Development Goals (SGD's) adalah menurunkan angka kematian ibu secara global sampai 70/100.000 kelahiran hidup (WHO, 2016).

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, angka kematian ibu (AKI) mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah kasus sebesar 14,623 kasus. Penyebab terbanyak dari kematian ibu yaitu disebabkan karena pre eklamsia dan perdarahan. Angka Kematian Bayi (AKB) tercatat 24 per 1.000 kelahiran hidup dengan jumlah kasus sebesar 151.200 kasus, penyebab terbanyak kematian bayi yaitu disebabkan oleh bayi berat lahir rendah (BBLR) dan asfiksia (Kemenkes RI, 2017). Tinggi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia juga sebagian besar disebabkan oleh timbulnya suatu penyulit persalinan yang tidak dapat segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu (Saifuddin, 2011).

Menurut SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) tahun 2017, Provinsi Jawa Timur jumlah AKI mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup, penyebab kematian ibu di Jawa Timur dari tahun 2009 sampai 2017 adalah infeksi 4,87%, jantung 10,86%, perdarahan 24,72%, pre eklamsi/eklamsi 30,90%, dan penyebab lain 28,65%. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan untuk Provinsi Jawa Timur pada tahun 2016 mencapai 95,10% (Dinkes Jatim, 2017). Pada tahun 2017 jumlah AKB di Provinsi Jawa Timur sebesar 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (angka estimasi dari BPS provinsi) target ini sudah menurun dari target sebelumnya yaitu sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup, tetapi harus tetap dilakukan pemantauan sampai dengan target menjadi 0. Berdasarkan Dinas Kesehatan Jawa Timur tahun 2018 AKI di

Provinsi Jawa Timur mencapai 522 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab tertinggi kematian ibu pada tahun 2018 yaitu terjadi pada ibu hamil 130 orang (25%) dan bersalin sebanyak 109 orang (21%) untuk masa nifas 0-24 hari yaitu sebanyak 281 orang (54%). Sedangkan pada AKB sebesar 4.028 per 1.000 angka kelahiran hidup. Penyebab terbanyak kematian bayi disebabkan BBLR yang mencapai 1.691 bayi (42%), dan 1.007 bayi (25%) dikarenakan asfiksia serta 644 bayi (16%) yang diakibatkan oleh kelainan bawaan. Capaian KF 87,36%. Capaian KN lengkap 97,75% target 97%. Capaian akseptor KB aktif 63,22% target 60%, dan akseptor KB baru 10,4% (Dinkes Jatim, 2018).

Berdasarkan data Dinkes Kesehatan Ponorogo Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2018 sebesar 112 per 100.000 kelahiran hidup atau sejumlah 12 ibu mengalami peningkatan dibanding tahun 2017 sebesar 92 per 100.000 kelahiran hidup atau 10 ibu dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2018 sebesar 16,86 per 1000 kelahiran hidup atau 180 bayi mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2017 sebesar 4 per 1000 kelahiran hidup atau 40 bayi. Ibu hamil dengan resiko tinggi atau komplikasi seperti pre eklamsi dan eklamsi, hipertensi, DM, jantung dll pada tahun 2018 di Ponorogo mencapai 115,40% atau sejumlah 2.839 ibu hamil. Hal ini menjadi masalah karena ibu hamil dengan komplikasi berhubungan dengan angka kematian ibu apabila tidak dideteksi dan ditangani sejak dini.

Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan Ibu hamil menjadi faktor penentu angka kematian, meskipun masih banyak faktor yang harus diperhatikan untuk menangani masalah ini. Persoalan kematian yang terjadi lantaran indikasi yang lazim muncul. Beberapa faktor penyebab utama kematian ibu melahirkan adalah perdarahan 28%, eklamsia 24%, infeksi 11%, abortus 5%, persalinan lama atau macet 5%, emboli obstetrik 3%, komplikasi masa purperium 8% dan lain-lain 11% (Kemenkes RI, 2015). Prioritas penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (28%), kehamilan resiko tinggi (24%), infeksi (11%), abortus (5%), dan partus lama (5%). Perdarahan menempati presentase tertinggi penyebab kematian ibu, anemia dan kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil menjadi penyebab utama terjadinya perdarahan dan infeksi (Damayanti, 2016).

Dari data diatas bisa ditentukan sebagian besar dari angka kematian ibu dan bayi masih sangat membutuhkan pengawasan antenatal yang memadai, sehingga penyulit pada kehamilan bisa langsung tertangani dan tidak terlambat untuk diketahui. Apabila asuhan pada kehamilan tidak tertangani dengan baik maka bisa menimbulkan dampak pada persalinan seperti perdarahan yang disebabkan oleh antonia uteri, retensio plasenta, invertio uteri, dan robekan jalan lahir. Sedangkan pada bayi dampak yang dapat timbul yaitu seperti asfiksia, bayi berat lahir rendah, kelainan bawaan, trauma kelahiran (Manuaba, 2010)

Peningkatan status kesehatan pada ibu, puskesmas dan jaringannya serta rumah sakit rujukan menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan ibu, baik yang bersifat promotif, preventif, maupun kuratif dan rehabilitatif. Upaya tersebut seperti pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, penanganan pada komplikasi, pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi (Kemenkes RI, 2015). Pelayanan yang diberikan kepada ibu yaitu seperti melakukan asuhan berdasarkan program yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk menanggulangi adanya permasalahan dalam kehamilan seperti menjalankan ANC minimal 4x dalam kehamilannya dengan distribusi waktu yaitu 1x pada trimester ke-I usia kehamilan 0-12 minggu, 1x pada kehamilan trimester ke-II pada usia kehamilan 12-24 minggu dan 2x pada trimester ke-III pada usia kehamilan 24 minggu sampai dengan melahirkan. Kunjungan ANC ini bisa dilakukan lebih dari 4x sesuai dengan kebutuhan ibu dan jika ada keluhan apapun, penyakit ataupun gangguan kehamilan (Kemenkes RI, 2015). ANC dapat dilakukan dengan terintegrasi dengan meliputi Timbang berat badan dan ukur tinggi badan, Ukur tekanan darah, Nilai status gizi atau ukur lingkaran lengan atas/LILA, ukur tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan juga DJJ (denyut jantung janin), skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT), beri tablet tambah darah (tablet besi), melakukan pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus seperti pemeriksaan golongan darah, kadar Hemoglobin darah (HB), protein urin, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, BTA. Kemudian melakukan tatalaksana atau

penanganan khusus, dan temu wicara atau konseling (Kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan juga nifas serta kesepian menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, menawarkan untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemik rendah, IMD (Inisiasi Menyusu Dini) dan pemberian ASI secara Eksklusif, KB pasca persalinan, Imunisasi, Peningkatan kesehatan intelegsia pada kehamilan (*Brainbooster*) (Kemenkes, 2015). Melakukan persalinan pada tenaga kesehatan minimal di bidan dengan melakukan tatalaksana persalinan menggunakan 60 langkah APN. Melakukan kunjungan nifas minimal 3x dikunjungi ke-I pada waktu 6 jam sampai 3 hari, kunjungan ke-II pada waktu 4 sampai 28 hari, dan kunjungan ke-III pada waktu 29 sampai 42 hari (Kemenkes RI, 2015). Melakukan kesehatan pada bayi baru lahir yang dilakukan oleh bidan, perawat atau dokter yang dilaksanakan minimal 3 kali kunjungan, kunjungan pertama dilakukan pada 6 jam sampai 48 jam setelah lahir, kunjungan kedua pada 3 sampai 7 hari setelah lahir, dan kunjungan ketiga pada 8 sampai 28 setelah lahir (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan dari uraian diatas penulis menginginkan untuk melakukan Asuhan Kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil yang dimulai dari usia kehamilan 34 minggu, pada ibu nifas, neonatus dan kontrasepsi keluarga berencana (KB) dengan melakukan pendekatan

manajemen kebidanan dan dilakukan dokumentasi dengan menggunakan metode SOAP.

1.2. Pembatasan Masalah

Asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil dimulai dari trimester III UK (36-40 minggu), bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB). Pelayanan ini diberikan secara *continuity of care*.

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Memberikan asuhan kebidana secara COC (*Continuity Of Care*) selama proses kehamilan trimester III usia kehamilan (34-40 minggu), ibu bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB), dengan menggunakan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III usia kehamilan 34-40 minggu meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan secara *continuity of care* dan melakukan dokumentasi asuhan kebidanan secara SOAP.

2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan secara *continuity of care* dan melakukan dokumentasi asuhan kebidanan secara SOAP.

3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan secara *continuity of care* dan melakukan dokumentasi asuhan kebidanan secara SOAP.
4. Melakukan asuhan kebidanan pada BBL (bayi baru lahir) meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan secara *continuity of care* dan melakukan dokumentasi asuhan kebidanan secara SOAP.
5. Melakukan asuhan pada akseptor KB meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan secara *continuity of care* dan melakukan dokumentasi asuhan kebidanan secara SOAP.

1.4. Ruang lingkup

1.4.1 Metode penelitian

A. Jenis Penelitian Dan Desain Penelitian

Jenis penelitian dalam pengumpulan data LTA ini yaitu kualitatif dengan metode pendekatan study kasus. Sedangkan untuk desain yang digunakan adalah metode observasional lapangan.

B. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti yaitu dengan menggunakan observasi, wawancara, tes, dan analisis dokumentasi.

C. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian adalah membuat narasi dari hasil Observasi, Wawancara, Tes, dan Analisis Dokumentasi.

1.4.2 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan yang diberikan secara *continuity of care* pada ibu hamil TM III dengan UK (36-40 minggu), ibu bersalin, ibu nifas, neonatus dan Keluarga Berencana (KB)

1.4.3 Tempat

Tempat untuk melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, ibu bersalinan, ibu nifas, neonatus, dan keluarga berencana akan dilaksanakan di PMB Suprihatin.

1.4.4 Waktu

Waktu yang diperlukan untuk menyusun proposal sampai menyusun laporan tugas akhir dimulai dari bulan September 2019 hingga juni 2020

1.5. Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Study kasus ini dapat menambah pengembangan pengetahuan, dan penerapan ilmu kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil

TM III UK (36-40 minggu), ibu bersalin. Ibu nifas, neonatus, dan pelayanan kontrasepsi Keluarga Berencana (KB)

1.5.2 Manfaat praktis

A. Bagi penulis

Dapat menambah peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya dalam memberikan dan menerapkan asuhan kebidanan yang berbasis *continuity of care* pada ibu hamil trimester III usia kehamilan (36-40 minggu), ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB).

B. Bagi institusi pendidikan

Dapat menjadi referensi asuhan kebidanan yang dilakukan pada ibu hamil trimester III dimulai usia (36-40 minggu), ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB) secara *continuity of care*.

C. Bagi pasien dan keluarga.

Pasien mengetahui informasi dan mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan mengenai perawatan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB) secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

D. Bagi PMB

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

