

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 yang kemudian 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 :

“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. Komplikasi yang tidak ditangani dengan tepat 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 1 kali pada TM III 2 kali, pertolongan persalinan di tenaga kesehatan, melakukan kunjungan neonatus, serta ibu pasca bersalin, memakai alat kontrasepsi yang sesuai pilihan. Asuhan antenatal yang kurang optimal/paripurna dapat menimbulkan dampak/komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Namun pada kenyataan di lapangan belum semua ibu hamil, ibu bersalin, nifas, neonatus, dan kb belum mendapatkan asuhan kebidanan yang optimal (Marmi, 2011: 9-11).

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 Data ambil salah satu 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 16,86% (180 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. Sedangkan kejadian di PMB “N” di wilayah Setono, Jenangan, Ponorogo bahwa dari bulan Januari hingga September 2018 cakupan K1 sebanyak 65 ibu hamil, KRR skor 2 53 orang, KRT skor 6-10 7 orang, KRST skor 12 5 orang, cakupan K4 sebanyak 60 (92,30%) ibu hamil. Dari 65 ibu hamil diketahui yang tidak melakukan K4 sebanyak 5 orang, hal ini dikarenakan 5 (7,69%) ibu hamil di rujuk ke dokter SPoG usia kehamilan 35 minggu dan kehamilan 37 minggu dikarenakan mengalami 1 (9,09%) ketuban pecah dini, 5 (45,45%) ibu hamil mengalami PEB (pre-eklamsi berat) dan PER (pre-eklamsi ringan), 3 (27,27%) ibu hamil terdapat primitua, sedangkan 2 (18,18%) ibu hamil dengan lama kala II. Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab paling banyak di PMB tersebut adalah PEB (pre-eklamsi berat) dan PER (pre-eklamsi ringan). Untuk persalinan berjumlah 49 ibu melahirkan secara normal, kunjungan neonatus berjumlah 49 orang. Untuk akseptor KB berjumlah 164 orang dengan rincian 33 (20,12%) orang akseptor KB suntik 3 bulan, 40 (24,39%) orang akseptor KB suntik 1 bulan, 37 (22,56%) orang akseptor KB pil, 36 (21,95%) orang akseptor KB IUD, dan 18 (10,97%) orang akseptor KB implan.

Penyebab kematian ibu sangatlah beragam, akan tetapi kematian ibu yang utama adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran. Sedangkan penyebab langsung kematian bayi adalah Berat Badan Bayi Lahir

Rendah (BBLR) dan kekurangan oksigen (asfiksia). Sedangkan penyebab kematian tidak langsung ibu dan bayi diantaranya adalah karena kurangnya pemahaman masyarakat akan pendidikan, sosial ekonomi budaya, dan kondisi geografi (Depkes RI, 2015).

Mengingat kira-kira 90% kematian ibu adalah komplikasi obstetri yang sering tak dapat diperkirakan sebelumnya, maka Kebijakan Departemen Kesehatan untuk mempercepat penurunan AKI adalah mengupayakan agar setiap persalinan ditolong atau minimal didampingi oleh bidan, dan pelayanan obstetri sedekat mungkin kepada semua ibu hamil (Sarwono, 2009:8). Dampak yang mungkin timbul apabila kehamilan memiliki resiko tinggi dan tidak diberikan asuhan kebidanan secara paripurna pada ibu hamil diantaranya adalah KEK, pre-eklamsi, perdarahan karena antonia uteri, retensio plasenta, ruptur uteri dan inversio uteri. Sedangkan pada bayi baru lahir diantaranya asfiksia, bayi berat lahir rendah, kelainan bawaan, trauma persalinan (Syarifuddin, 2010:54). 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. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal minimal 4 kali selama masa kehamilan yaitu TM I : 1 kali, TM II : 1 kali, dan TM III : 2 kali (Ari Sulistyawati, 2009:12), dengan melakukan pelayanan ANC terpadu/terintegrasi meliputi timbang berat badan dan tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkar 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 (29-42 hari) dan melakukan kunjungan neonatus sesuai standart yaitu KN 1 (6-48jam), KN 2 (3-7 hari), KN 3 (8-28 hari) (Kemenkes, 2015). Pelayanan pertama yang diberikan pada kunjungan neonatus adalah pemeriksaan sesuai standart Managemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI Eksklusif dan perawatan tali pusat. Pelayanan kesehatan pada ibu nifas dan neonatus juga mencangkup pemberian Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir termasuk keluarga berencana pasca salin (Kemenkes RI, 2013)

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, BBL/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

Berdasarkan data diatas maka asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*Continuity of Care*) perlu dilakukan pada ibu hamil trimester III dimulai UK 34 minggu, melahirkan, masa nifas, BBL/Neonatus, dan KB.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*continuity of care*) pada ibu hamil trimester III dimulai UK 34 minggu, bersalin, nifas, BBL/Neonatus dan KB sesuai standart pelayanan minimal asuhan kebidanan dengan menggunakan pendokumentasian SOAP serta pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*continuity of care*) pada ibu hamil trimester III dimulai UK 34 minggu, bersalin, nifas, BBL/Neonatus dan KB sesuai standart pelayanan minimal asuhan kebidanan dengan menggunakan pendokumentasian SOAP serta pendekatan manajemen kebidanan.

Setelah study kasus diharapkan mahasiswa mampu :

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

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Metode Penelitian

A. Jenis & Desain Penelitian

Jenis penelitian kualitatif ini menggunakan metode pendekatan studi kasus (*case study*). Sedangkan desain yang digunakan adalah metode observasi lapangan. Peneliti 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 (UK 34-40 minggu), bersalin, BBL/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 November 2020 sampai bulan Januari 2021.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Dapat mengembangkan pengetahuan dan menerapkan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada masa kehamilan TM III (UK 34-40 minggu), bersalin, nifas, BBL/Neonatus dan KB sesuai dengan standart kebidanan sehingga diharapkan mampu menurunkan angka AKI dan AKB.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. 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, nifas, BBL/Neonatus dan KB sesuai dengan standart pelayanan minimal.

2. Bagi Lahan Praktek (PMB)

Bidan dapat mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan yang diberikan secara *Continuity of Care* mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, BBL/Neonatus dan KB sesuai dengan standart pelayanan minimal asuhan kehamilan.

3. Bagi Penulis

Untuk mengaplikasikan ilmu kebidanan dengan kasus nyata pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL/Neonatus dan pelayanan KB.

4. Bagi Responden dan Keluarga

Pasien mendapat pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif dan berkesinambungan sesuai dengan standart pelayanan kebidanan. Serta keluarga mendapatkan informasi dan dapat meningkatkan pengetahuannya, sehingga apabila terjadi komplikasi, penyulit atau kelainan yang timbul dapat di deteksi sedini mungkin dan segera diatasi.