BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, dan kelahiran merupakan proses fisiologis, tetapi penyulit dapat muncul kapan saja, dan dapat memberikan dampak serius pada ibu dan janin. Komplikasi kehamilan dapat terjadi di tahapan manapun, mulai dari fertilisasi hingga kelahiran. Diagnosis awal faktor risiko untuk komplikasi atau awal serangan komplikasi akan mengarah pada awal pengobatan dan mencegah bahaya pada ibu ataupun janin.(Nabila & , Tri Kesumadewi, 2022).

Seorang ibu yang meninggal saat melahirkan, Allah SWT akan langsung menjaminkan surga kepadanya. Hal ini juga sebagai bukti mengenai perjuangan seorang wanita yang akan melewati fase hidup dan mati untuk melahirkan anaknya dalam keadaan sehat dan selamat. "Berarti orang yang mati syahid di kalangan umatku cuma sedikit. Orang yang mati berjihad di jalan Allah, syahid, orang yang mati karena Tha'un, syahid. Orang yang mati tenggelam, syahid. Orang yang mati karena sakit perut, syahid. Dan wanita yang mati karena nifas, dia akan ditarik oleh anaknya menuju surga dengan tali pusarnya." (HR. Ahmad).

Istilah kehamilan risiko tinggi (kehamilan berisiko) digunakan ketika faktor fisiologis atau psikologis secara signifikan dapat meningkatkan kemungkinan mortalitas atau morbiditas ibu atau janin.(Nabila & , Tri Kesumadewi, 2022). Kematian ibu dan bayi yang terjadi di Indonesia, salah satunya disebabkan oleh komplikasi umum yang dapat diatasi dengan akses cepat terhadap pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi yang berkualitas. Kematian selama persalinan dan minggu pertama setelah melahirkan diperkirakan menjadi penyebab dari 60% kematian ibu. Sekitar 25-50% kematian neonatal terjadi dalam 24 jam pertama dan sekitar 75% dalam minggu pertama. Kematian ibu terjadi karena tidak semua kehamilan

berakhir dengan persalinan yang berlangsung normal. Persalinan disertai komplikasi sebesar 30,7%, di mana bila tidak ditangani dengan cepat dan baik dapat meningkatkan kematian ibu. Kematian ibu banyak terjadi di rumah, sedangkan kematian di fasilitas kesehatan hanya pada kasus rujukan.(Bappeda Aceh, 2016)

Di Kabupaten Ponorogo penyebab kematian ibu pada tahun 2020 yang tercatat dari Dinas Kesehatan Jawa Timur yaitu disebabkan oleh komplikasi seperti perdarahan (2 kasus), hipertensi dalam kehamilan (1 kasus), infeksi (3 kasus) dan penyebab lain-lain sebanyak (4 kasus). Sedangkan penyebab kematian bayi di Kabupaten Ponorogo pada tahun 2020 yang tercatat dari Dinas Kesehatan Jawa Timur yaitu disebabkan oleh Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (24 kasus), asfiksia (35 kasus), sepsis (10 kasus), kelainan bawaan (21 kasus) dan penyebab lain-lain sebanyak (10 kasus) (Dinkes Jawa Timur, 2021).

Penyebab kematian dari segi 3 Terlambat,Adanya tiga proses keterlambatan dalam pencarian pengobatan yaitu: 1. Terlambat mengambil keputusan, 2. Terlambat mencapai rumah sakit rujukan, dan 3. Terlambat mendapat pertolongan adekuat di RS rujukan. Dari hasil yang diperoleh dapat disimpulkan bahwa mayoritas penyebab kematian ibu adalah karena perdarahan yang terjadi selama hamil/melahirkan dan keterlambatan dalam penanganan dan pengambil keputusan banyak terjadi pada fase satu yaitu terlambat dalam mengambil keputusan (97,8%) dan mayoritas kematian ibu terjadi pada ibu yang tidak beresiko pada kehamilan/persalinannya (66,7%)(Bappeda Aceh, 2016). Hampir dua pertiga kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung yaitu perdarahan (25%), infeksi atau sepsis (15%), eklamsia (12%), abortus yang tidak aman (13%), partus macet (8%), dan penyebab langsung lain seperti kehamilan ektopik, embolisme, dan hal – hal yang berkaitan dengan masalah anestesi (8%). Sedangkan sepertiga lainnya disebabkan oleh penyebab tidak langsung yaitu keadaan yang disebabkan oleh penyakit atau komplikasi lain yang sudah ada sebelum kehamilan atau persalinan dan memberat dengan adanya kehamilan atau persalinan, seperti

terdapatnya penyakit jantung, hipertensi, diabetes, hepatitis, anemia, malaria atau AIDS (19%)(Rahmawati et al, 2014).

Kasus faktor keterlambatan di Jawa Timur ditemukan yaitu keterlambatan mendeteksi tanda bahaya pada 90,6% dari Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) , 73,9% dari Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dan 33,3% dari Kehamilan Resiko Rendah (KRR). Semakin tinggi tingkat risiko kehamilan, semakin banyak ditemukan keterlambatan dalam mendeteksi tanda bahaya. Keterlambatan mengambil keputusan merujuk ditemukan pada 65,6% dari KRST, 47,8% dari KRT dan 33,3% dari KRR. Semakin tinggi tingkat risiko kehamilan, semakin banyak ditemukan keterlambatan dalam mengambil keputusan merujuk. Keterlambatan sampai di tempat rujukan pada ditemukan pada 9,4% dari KRST, 17,4% dari KRT dan 66,7% dari KRR. Semakin rendah tingkat risiko kehamilan, semakin banyak ditemukan keterlambatan sampai di tempat rujukan(Widarta et al., 2015).

Di Ponorogo terdapat kasus 3 kematian ibu hamil dalam 1 bulan pada tahun 2019 yang terjadi di daerah dengan wilayah geografis tidak mendukung, dimana ada beberapa tempat yang tidak bisa dijangkau oleh kendaraan roda empat. Hal itu menyulitkan ibu dengan kondisi khusus, jika akan dibawa ke Rumah Sakit.Penyebab kematian itu multi faktor, antara lain, ibu hamil dengan penyakit, sehingga secara medis tidak aman untuk hamil, atau karena usia bumil yang sudah terlalu tua, jadi sebagian besar kematian terjadi pada bumil risiko tinggi (Dyah Ayu Pitaloka 2019). faktor risiko kehamilan yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi ada 4 Terlalu, yaitu terlalu muda usia ibu hamil (≤ 20 tahun), terlalu tua usia ibu hamil (≥ 35 tahun), terlalu banyak paritas (jumlah anak ≥ 4), terlalu dekat jarak kelahiran (jarak ≤ 2 tahun).Jika hal tersebut tidak diatasi maka hamil dan melahirkan anak dalam keadaan “4 Terlalu “ membawa sejumlah resiko, antara lain anemia, prematur, perdarahan, BBLR, abortus, cacat bawaan, preeklampsi atau eklampsi, kesulitan dalam persalinan serta prolaps uteri yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.(Istiqomah & Paramita, 2020)

Beberapa pendekatan faktor risiko untuk mencegah kematian maternal sudah dikembangkan di Indonesia. Faktor 4 terlalu dan 3 terlambat merupakan konsep faktor risiko yang sudah dikenal cukup lama di Indonesia. Begitu juga dengan Kartu Skor Poedji Rochjati telah digunakan secara umum di Jawa timur untuk mendeteksi secara dini faktor risiko pada kehamilan yang dapat berpengaruh buruk pada ibu hamil maupun janin yang dikandungnya. Faktor 3 terlalu sudah masuk dalam Kartu Skor Poedji Rochjati. Faktor 3 terlambat itu adalah: terlambat mendeteksi tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat sampai di tempat rujukan. Pada keterlambatan mendeteksi masalah diantisipasi dengan melakukan edukasi kepada ibu hamil dan keluarganya, sehingga dapat mengenali tanda bahaya. Keterlambatan dalam mengambil keputusan diantisipasi dengan mengubah cara pengambilan keputusan. Memperbaiki sistem transportasi sehingga akses ke pusat pelayanan kesehatan dapat lebih mudah dan cepat dan tidak terjadi lagi keterlambatan sampai di tempat rujukan(Widarta et al., 2015)

Upaya menurunkan morbiditas maternal dan kematian ibu di Provinsi Jawa Timur telah dilakukan dengan melaksanakan program kesehatan ibu dan anak antara lain penempatan bidan desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan buku kesehatan ibu dan anak (buku KIA), program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), Desa Siaga, dan Kelas Ibu Hamil, serta penyediaan fasilitas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit. Faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian ibu salah satunya adalah proses rujukan yang terlambat dan ketidaksiapan fasilitas kesehatan terutama di puskesmas dan di rumah sakit kabupaten untuk melakukan pelayanan PONEK. Karena rujukan maternal merupakan mata rantai yang penting, sekitar 40% persalinan di rumah sakit adalah kasus rujukan. Kasus risiko tinggi seluruhnya akan dilakukan perencanaan pada saat kontrol maupun saat dirujuk ke rumah sakit. Ibu hamil dengan risiko tinggi harus diterima

oleh sistem yang baik pula sehingga kasus yang dirujuk tidak datang ke rumah sakit sebagai pasien baru. Kualitas rujukan yang baik adalah diagnosis bidan tepat, rencana tindak lanjut (RTL) yang akan dilakukan untuk menangani ibu dengan risiko tinggi, dan untuk mengetahui di mana tempat kontrol, persiapan yang dilakukan untuk menangani masalah ibu risiko tinggi, serta bagaimana rencana pengakhiran persalinan terhadap ibu tersebut. Persiapan direncanakan saat kasus terdeteksi pada saat ANC,Ibu hamil wajib untuk melakukan pemeriksaan ANC Setidaknya 6x dalam kehamilan yaitu di Trimester pertama sebanyak 2x di Trimester 2 sebanyak 1x dan di Trimester 3 sebanyak 3x melakukan kolaborasi dengan dokter,melakukan PNC sebanyak 4X yaitu pada (6 jam,6 hari,2 minggu,dan 6 minggu setelah persalinan), melakukan pemeriksaan neonatus minimal 3x yaitu kunjungan neonatal I(KNI) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir,kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 sampai dengan 7 hari setelah persalinan,kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari setelah persalinan.(Rahmawati et al, 2014)

Salah satu implementasi dari upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan pelayanan secara *continuity of care* dalam kebidanan,yaitu serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir serta keluarga berencana. terutama dengan memberikan asuhan secara rutin dan berkesinabungan kepada ibu hamil Trimester 3 usia kehamilan 36 minggu ,ibu nifas dan neonatus serta ibu menyusui untuk melakukan pemeriksaan secara rutin ,melakukan pendampingan persalinan,memeriksakan bayi nya di tenaga kesehatan,dan memberikan penyuluhan tentang KB, sehingga ibu bisa menerapkan program yang telah dibuat oleh pemerintah terkait dengan *continuity of care*.

Berdasarkan uraian di atas ,untuk menekan komplikasi pada ibu hamil,maka penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan secara continuity of care pada ibu hamil,bersalin,neonatus,nifas hingga keluarga berencana(KB) dengan menggunakan manajemen kebidanan serta

melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan dengan metode manajemen varney.

1.2 Pembatasan Masalah

Berdasarkan Ruang Lingkup Asuhan kebidanan yang akan diberikan pada ibu hamil trimester 3 mulai Uk 36 minggu , bersalin,nifas,neonatus,sampai dengan keluarga berencana dengan menggunakan manajemen kebidanan serta melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan dengan metode Manajemen varney.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memahami dan melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bwesalin, ibu nifas, BBL, dan pelaksanaan Keluarga Berencana (KB) secara berkesinabungan. Dengan menggunakan pendekatan ,anajemen kebidanan dan dokumentasi dengan pendekatan metode manajemen varney .Asuhan dilakukan untuk mencegah komplikasi yang mungkin terjadi pada masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus sampai dengan keluarga berencana.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan kebidanan diharapkan mampu:

1. Melakukan asuhan pada kehamilan trimester III meliputi pengkajian pada ibu hamil trimester 3 (UK 36-40 minggu), menyusun diagnosa kebidanan sesuai standart, merencanakan asuhan kebidanan secara komprehensif,melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
2. Melakukan asuhan pada persalinan meliputi pengkajian pada ibu beersalin, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan standart, merencanakan asuhan kebidanan secara komprehensif, melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang

telah disusun,melakukan evaluasi asuhan kebidanan, mendekumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

3. Melakukan asuhan pada nifas meliputi pengkajian pada ibu nifas, menyusun diagnosa kebidanan sesuaidengan standart,merencanakan asuhan kebidanan secara komprehensif,melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang telah disusun,melakukan evaluasi asuhan kebidanan,mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
4. Melakukan asuhan pada neonatus meliputi pengkajian pada neonatus, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan standart,merencanakan asuhan kebidanan secara komprehensif,melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang telah disusun,melakukan evaluasi asuhan kebidanan,mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
5. Melakukan asuhan pada Keluarga Berencana meliputi pengkajian pada calon aseptor KB, menyusun diagnose kebidanan sesuaidengan standart,merencanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang telah disusun melakukan evaluasi asuhan kebidanan,mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Metode & Desain Penelitian

1.4.1.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode diskriptif dengan pendekatan studi kasus. Jenis penelitian deskriptif memiliki desain penelitian salah satunya adalah metode observasi lapangan yang digunakan untuk mengumpulkan data.

1.4.1.2 Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data asuhan kebidanan yaitu wawancara. wawancara suatu mode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden)atau bercakap cakap berhadapan dengan orang tersebut.

1.4.1.3 Analisa data

Analisa data yang digunakan studi kasus dengan cara observasi.Observasi adalah salah satu cara untuk mendapatkan informasi apapun dari suatu peristiwa dengan cara mengamati secara langsung. Seperti yang diketahui, ilmu pengetahuan merupakan dasar dari semua peristiwa atau aktivitas yang terjadi baik di dalam lingkup kecil ataupun dalam lingkup yang lebih besar.

1.4.2 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditunjukan kepada ibu hamil TM III (uk 36-40 minggu),ibu bersalin,ibu nifas,BBL dan pelayanan akseptor KB secara komprehensif.

1.4.3 Tempat

Asuhan kebidanan secara komprehensif dilaksanakan di Klinik Fauziah,Kec Pulung,Kab Ponorogo.

1.4.4 Waktu

Agustus 2023-Juni 2024

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil asuhan yang telah dilakukan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi, dapat dijadikan dasar untuk mengembangkan ilmu kebidanan serta asuhan secara komprehensif selanjutnya.

1.5.2 Manfaat Praktis

1.5.2.1 Bagi Institusi

Dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman bagi mahasiswanya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan 7 kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam pemberian asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, professional dan mandiri.

1.5.2.2 Bagi Penulis

Dapat mempraktikan teori yang telah diperoleh sebelumnya dan kemudian diaplikasikan secara langsung dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

1.5.2.3 Bagi Klien

Klien mendapatkan pelayanan secara komprehensif mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi sesuai standar pelayanan kebidanan.

1.5.2.4 Bagi TPMB

Sebagai evaluasi dan acuan untuk dapat meningkatkan pelayanan mutu dalam memberikan asuhan kebidanan secara Continuity Of Care pada ibu hamil,ibu bersalin,ibu nifas,bayi baru lahir dan keluarga berencana.