

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tingginya angka kematian ibu dapat terjadi karena beberapa faktor baik langsung maupun tidak langsung. Salah satu faktor tidak langsung yang sangat berperan besar dalam komplikasi pada ibu hamil, persalinan maupun persalinan adalah kehamilan lebih dari 41 minggu yang belum menunjukkan tanda-tanda persalinan akan berlanjut menjadi kehamilan lewat bulan (posterm). Kehamilan posterm merupakan kehamilan yang berlangsung lebih atau sama dari 42 minggu (294 hari) sejak awal periode haid yang diikuti oleh ovulasi 2 minggu kemudian. Menurut Cunningham (2014), Angka kejadian kehamilan posterm yang dilaporkan bervariasi antara 4–14% dari semua kehamilan dengan rata-rata 10% (Cunningham et al, 2014). Menurut World Health Organization (WHO), insidensi kehamilan lewat tanggal didunia berkisar antara 4-19 % (WHO, 2012).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan (Continuity of Care) mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi diharapkan dapat memberi jaminan perlindungan terhadap ibu hamil dan berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2016).

Tingginya angka kematian ibu ini dapat terjadi karena beberapa faktor baik langsung maupun tidak langsung. Salah satu faktor tidak langsung yang sangat berperan besar dalam komplikasi pada ibu hamil, persalinan maupun persalinan adalah kurang energi kronis (KEK). Menurut data profil kesehatan Indonesia, diketahui bahwa 53,9% ibu hamil mengalami defisit energi < 70% angka kecukupan energi (AKE) , dan 13,1 % mengalami defisit ringan (70-90% AKE). Untuk kecukupan protein, 51,9% ibu hamil mengalami defisit protein (<80% Angka Kecukupan Protein (AKP) dan 18,8% mengalami defisit ringan (80-99% AKP)¹⁰⁰

Masa kehamilan merupakan masa dimana ibu membutuhkan asupan nutrisi yang bergizi untuk mendukung pertumbuhan janin. Status gizi ibu hamil

merupakan ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk ibu hamil. Status gizi ibu hamil yang kurang akan menyebabkan ketidak seimbangan zat gizi yang dapat menyebabkan masalah gizi pada ibu hamil. Penilaian status gizi dapat dilakukan dengan cara penilaian pelayanan antenatal yang dapat dilakukan yaitu penelitian status gizi secara langsung (antropometri gizi, biokimia, penilaian klinis, dan biofisik) secara tidak langsung (survey konsumsi makanan, survey vital dan ekologi). Tetapi saat pelayanan antenatal ini asuhan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu penilaian status gizi secara langsung (antropometri gizi) yaitu dengan mengukur tinggi badan, menimbang berat badan, mengukur lingkar lengan atas, dan kadar hemoglobin. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA) bertujuan untuk mengetahui ibu hamil memiliki resiko KEK ambang batas LiLA dengan resiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm, apabila $<23,5$ cm artinya ibu hamil tersebut mempunyai status gizi yang buruk dan jika $\geq 23,5$ cm artinya ibu hamil tersebut berstatus gizi baik.²

KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain adalah: berat badan ibu tidak bertambah secara normal, anemia, pendarahan, dan terkena penyakit infeksi. Sedangkan Pengaruh KEK terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sebelum waktunya (prematurn), persalinan sulit dan lama, pendarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat. Selain itu, KEK ibu hamil juga dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, Anemia pada bayi, asfiksia intrapartum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan.³

Di Indonesia, informasi mengenai data jumlah kehamilan postterm masih sedikit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Defrin *et al.* pada tahun 2019 menyebutkan bahwa prevalensi kehamilan postterm di Indonesia adalah sekitar 10%. (Defrin D 2019)

Mortalitas pada janin dan ibu dengan kehamilan postterm lebih tinggi daripada pada kehamilan aterm.(Whitworth M ,2015)

Angka kematian perinatal, kelahiran mati dan kematian neonatus dini meningkat dua kali lebih tinggi pada usia kehamilan 42 minggu dibandingkan pada usia kehamilan aterm (4-7 banding 2-3 per 1000 kelahiran).(Galal M, 2012).

Kematian perinatal meningkat 4 kali lipat pada usia kehamilan 43 minggu dan meningkat 5-7 kali lipat pada usia 44 minggu. Dari data tersebut disimpulkan bahwa setiap 1000 kehamilan, angka kematian janin dan neonatus meningkat drastis setelah usia kehamilan di atas 40 minggu.(Chawanpaiboon S, 2019)

Berdasarkan hasil studi dan kalkulasi dari Cotzias *et al* menyebutkan didapatkan risiko kelahiran mati pada kehamilan postterm, yaitu sebesar:

- Kelahiran mati 1 dari 926 pada kehamilan dengan usia 40 minggu
- Kelahiran mati 1 dari 826 pada kehamilan dengan usia 41 minggu
- Kelahiran mati 1 dari 769 pada kehamilan dengan usia 42 minggu
- Kelahiran mati 1 dari 633 pada kehamilan dengan usia 43 minggu.

(Chawanpaiboon S, 2019)

Kehamilan postterm juga berhubungan dengan peningkatan biaya terkait pemantauan antenatal pada janin dan induksi persalinan atau [sectio caesaria](#) (Chawanpaiboon S, 2019)

Continuity of care dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan peladanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu (Homer et al., 2014)

Hubungan pelayanan kontinuitas adalah hubungan terapeutik antara perempuan dan petugas kesehatan khususnya bidan dalam mengalokasikan pelayanan serta pengetahuan secara komprehensif (Sandall, n.d.). Hubungan tersebut salah satunya dengan dukungan emosional dalam bentuk dorongan, pujian, kepastian, mendengarkan keluhan perempuan dan menyertai perempuan telah diakui sebagai komponen kunci perawatan intrapartum.

Dukungan bidan tersebut mengarah pada pelayanan yang berpusat pada perempuan.(Diana S.,2017)

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan COC pada ibu hamil dengan Kehamilan Lewat Waktu yaitu serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana di Puskesmas Loano ,Purworejo.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memahami dan melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III usia > 36 minggu, ibu bersalin, ibu nifas, BBL, dan pelaksanaan Keluarga Berencana (KB) secara berkesinambungan atau *Continuity of Care*. Dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan dokumentasi dengan pendekatan metode SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan asuhan pada kehamilan trimester III meliputi pengkajian pada ibu hamil, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
- b. Melakukan asuhan pada persalinan meliputi pengkajian pada ibu bersalin, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

- c. Melakukan asuhan pada nifas meliputi pengkajian pada ibu nifas, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
- d. Melakukan asuhan pada neonatus meliputi pengkajian pada neonatus, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
- e. Melakukan asuhan pada Keluarga Berencana meliputi pengkajian pada calon aseptor KB, menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas, merencanakan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care*, melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang sudah disusun, melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan, mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan kebidanan dan sasaran pelayanan bidan meliputi kehamilan trimester I, II, III, masa Persalinan, masa nifas, Bayi Baru Lahir (BBL), Neonatus, Anak Balita, kesehatan reproduksi dan KB. Pada Asuhan COC ini dibatasi hanya asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III, masa persalinan, masa nifas, BBL dan Keluarga Berencana (KB), secara *Continuity of Care*.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dapat menambah pengetahuan dan keterampilan dalam menerapkan manajemen kasus dan memberikan asuhan kebidanan pada ibu secara continuity of care dalam masa hamil, bersalin, nifas, dan KB.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi ibu/keluarga
Mendapat pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.
- b. Bagi mahasiswa
Meningkatkan pengetahuan tentang standar pelayanan kebidanan dan dapat memberikan pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan, khususnya pada ibu hamil dengan Riwayat KEK dan Kehamilan Lewat Waktu (Postdate)
- c. Bagi Bidan di Puskesmas
Dapat memberikan informasi tambahan dalam penerapan asuhan kepada ibu untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya pada ibu hamil dengan Riwayat KEK dan Kehamilan Lewat Waktu (Postdate) .