**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **LatarBelakang**

Kehamilan adalah suatu proses berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi), pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba,2010). Pada masa kehamilan, terjadi perubahan fisiologis maupun psikologis akibat dari pertumbuhan dan perkembangan janin dalam tubuh wanita. Sehingga, ibu hamil memerlukan upaya adaptasi untuk menyesuaikan pola hidup dengan proses kehamilan yang terjadi. Pada asuhan kehamilan, bidan memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yaitu mengkaji status kesehatan ibu hamil, melakukan pemeriksaan kehamilan serta memberikan penyuluhan tentang kehamilan. Pengenalan dan pemahaman tentang perubahan fisiologis menjadi modal dasar dalam mengenali kondisi patologis yang dapat menggangu status kesehatan ibu ataupun bayi yang dikandungnya (Prawirohardjo,2009).

Derajat kesehatan suatu Negara dapat dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) yang merupakan salah satu indicator keberhasilan pelayanan kesehatan di Negara tersebut. Di Indonesia, AKI masih menjadi masalah yang belum dapat terselesaikan dalam bidang kesehatan. Berdasarkan data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia mengalami kenaikan yakni dari 228 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. (Kemenkes RI,2014). Penyebab kematian ibu didominasi perdarahan (32%), disusul Hipertensi dalam kehamilan (25%), infeksi (5%), partus lama (5%) danabortus (1%). Penyebab lain-lain (32%) termasuk di dalamnya penyakit non obstetric. Di JawaTimur, AKI cenderung menurun tiga tahun terakhir. Pada tahun 2015, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2014 yang mencapai 93,52 per 100.000 kelahiran hidup, (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2015). AKI di Kabupaten Malang sendiri pada tahun 2014 terjadi penurunan yakni dari 39 ibu (89,31 per 100.000 kelahiran hidup) menjadi 27 ibu (62,28 per 100.000 kelahiran hidup) yang terdiri dari 7 ibu hamil (25,93 %), 7 ibu bersalin (25,93%) dan 13 ibu nifas (48,14 per 100.000 kelahiran hidup).

Meskipun AKI sudah menunjukkan penurunan, hal tersebut masih belum signifikan jika dilihat dari target Millenium Development Goals (MDG’s) yaitu tahun 2015 penurunan AKI sebesar 102/100.000 kelahiran hidup. Periode MDG’s yang berakhir pada tahun 2015, dilanjutkan dengan program Sustainable Development Goal’s (SDG’s) dengan pencapaian target penurunan AKI menjadi 70/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

Menurut kemenkes RI 2014, faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu, secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu adalah faktor yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas seperti perdarahan, preeklampsia/eklampsia, infeksi, persalinan macet dan abortus. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti EMPAT TERLALU (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kelahiran), dan yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti TIGA TERLAMBAT (terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan kegawatdaruratan). Faktor lain yang berpengaruh adalah ibu hamil yang menderita penyakit menular seperti malaria, HIV/AIDS, tuberkulosis, sifilis; penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes mellitus, jantung, gangguan jiwa; maupun yang mengalami kekurangan gizi.

Upaya pemerintah dalam penurunan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal salah satunya adalah melalui program EMAS. Program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) merupakan sebuah program kerjasama Kementerian Kesehatan RI dan USAID selama lima tahun (2012-2016) dalam rangka mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Program ini akan berkontribusi terhadap percepatan penurunaan kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25 % di Indonesia. Upaya ini dilakukan dengan cara meningkatakan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minmal di 150 rumah sakit (PONEK) dan 300 puskesmas atau balkesmas(PONED), dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit(Profil Kesehatan Jawa Timur,2014)

Informasi yang didapatkan dari buku register ibu hamil di PMB SitiRugayah, A.Md,Keb, pada bulan Juni sampai dengan agustus 2017 diperoleh data ibu hamil sebanyak 69 orang. Dengan K1 sebanyak 34 orang dan K4 sebanyak 35 orang. Terdapat 47 ibu hamil dengan resiko rendah dan ibu hamil resiko tinggi sebanyak 22 orang dengan masalah/faktor resiko terlalu tua (umur<35 tahun) 5 orang, terlalu cepat hamil lagi (< 2 tahun) 4 orang, terlalu banyak anak (4/lebih) 3 orang, terlalu pendek< 145 cm 4 orang, pernah SC 1 orang, bayi mati dalam kandungan 1 orang, letak sungsang 3 orang, PEB 1 orang. Adapun komplikasi yang pernah terjadi yaitu ibu dengan eklamsia dan BBLR.

Berdasarkan data yang ada, diperlukan pelayanan antenatal yang komprehensif dan terpadu untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil. Karena dengan pelayanan antenal sejak dini, dapat meminimalisir faktor resiko dan mendeteksi dini adanya komplikasi dalam kehamilan agar dapat ditangani secara memadai, sehingga kehamilan dapat berjalan dengan normal sampai bersalin. Dengan latar belakang tersebut, penulis melakukan asuhan kebidanan komrehensif yang sesuai dengan standar pelayanan pada ibu hamil yang berjudul “Asuhan Kebidanan Ibu hamil pada Ny. X di PMB Siti Rugayah,AMd.Keb di Kecamatan Pakis, Kabupaten Malang”.

* 1. **Batasan Masalah**

Ruang lingkup asuhan kebidanan pada Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil trimester III.

* 1. **Tujuan**
     1. Tujuan Umum

Dapat memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil

trimester III sesuai dengan standar asuhan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

* + 1. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data mulai dari kehamilan trimester III secara komprehensif dan berkesinambungan
2. Menentukan diagnose dan masalah kebidanan sesuai dengan pengkajian pada kehamilan trimester III secara komprehensif dan berkesinambungan
3. Menentukan diagnose potensial pada kehamilan trimester III secara komprehensif dan berkesinambungan
4. Mengindentifikasi kebutuhan segera pada kehamilan trimester III secara komprehensif dan berkesinambungan
5. Menyusun rencana asuhan kebidanan pada kehamilan trimester III secara komprehensif dan berkesinambungan
6. Melaksananakan asuhan kebidanan sesuai rencana asuahan yang telah disusun pada kehamilan trimester III secara komprehensif dan berkesinambungan
7. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah disusun pada kehamilan trimester III secara komprehensif dan berkesinambungan.
8. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan.
   1. **Manfaat**
      1. Manfaat teoritis
9. Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan kajian dalam pemberian materi asuhan kebidanan dan acuan dalam penerapan kurikulum pendidikan serta sebagai referensi bagi penulis dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan kehamilan secara berkesinambungan (*continuity of care*)

1. Bagi mahasiswa

Hasil asuhan ini diharapkan dapat memperkaya wawasan mahasiswa selaku calon tenaga kesehatan untuk bahan studi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan ibu hamil.

* + 1. Manfaat Praktis

1. Bagi penulis

Dapa tmenerapkan secara langsung ilmu yang telah dipelajari dari institusi dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil secara berkesinambungan.

1. Bagi lahan praktik

Sebagai acuan untuk dapa tmempertahankan mutu pelayanan asuhan kebidanan secara berkesinambungan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak.

1. Bagi klien

Mendapatkan asuhan kebidanan berkesinambungan dan berkualitas sesuai dengan standar pelayanan asuahan kebidanan.