

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health organization* (WHO) kematian ibu sangat tinggi. Sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2017. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia secara global pada tahun 2017 adalah 830 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini masih jauh dari target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang menargetkan pada tahun 2030 penurunan AKI menjadi 70 per 100.000 kelahiran (WHO 2017)

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia 2018, secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target MDGs yang harus dicapai sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Profil kesehatan 2019)

Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Sumatera Utara tahun 2017, Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 205 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2017 sebesar 13 per 1.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Balita (AKBA) pada tahun 2017 sebesar 8 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Sumut, 2018).

Faktor penyebab tingginya AKI di Indonesia dirangkum dalam Riset Kesehatan Dasar (*Riskesdas*) yaitu : Hipertensi (2,7%), Komplikasi Kehamilan (28,0%), dan Persalinan (23,2%), Ketuban Pecah Dini (KPD) (5,6%), Perdarahan (2,4%), Partus Lama (4,3%), Plasenta Previa (0,7%), dan Lainnya (4,6%) (Riskesdas, 2018).

Salah satu usaha yang dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB adalah memberi pelayanan pada ibu hamil dan ibu bersalin secara cepat dan tepat. Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, pemerintah menerapkan strategi *making pregnancy safer* (MPS) yang dimulai pada tahun 2000. MPS mempunyai visi agar kehamilan dan persalinan di Indonesia berlangsung aman dan bayi yang dilahirkan hidup dan sehat. (WHO 2019)

Kematian ibu di Indonesia tetap didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, HDK dan infeksi. Sedangkan faktor tidak langsung penyebab kematian ibu karena masih banyaknya kasus 3 (tiga) Terlambat (3T) yaitu : terlambat mengambil keputusan, terlambat ketempat rujukan serta terlambat memberi pertolongan di tempat rujukan dan 4T yaitu : terlalu muda usia <20 tahun, terlalu tua usia >35 tahun, terlalu dekat jarak kehamilan atau persalinannya dan terlalu banyak anak (lebih dari 4).

Pada tahun 2019, penyebab kematian neonatal terbanyak adalah kondisi berat badan lahir rendah (BBL). Penyebab kematian lainnya diantaranya asfiksia, kelainan bawaan, sepsis, tetanus neonatorum, dan lainnya. Penyakit infeksi menjadi penyumbang kematian pada kelompok anak usia 29 hari- 11 bulan. Berdasarkan data tahun 2019, pneumonia dan diare masalah menjadi masalah utama yang menyebabkan 979 kematian (pneumonia) dan 746 kematian (diare). Penyebab kematian lain diantaranya adalah kelainan saluran cerna, kelainan saraf, malaria, tetanus dan lainnya. (profil Kesehatan 2019)

Upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator AKI dan Angka AKB. Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) dalam rangka menurunkan 3 angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal

yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Selain itu terobosan yang dilakukan dalam penurunan AKI dan AKB pemerintah meluncurkan (P4K) atau program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi. Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Selama tahun 2006 sampai 2019 cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 cenderung meningkat. Jika dibandingkan dengan target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2019 yang sebesar 80%, capaian tahun 2019 telah mencapai target yaitu sebesar 88,54%. (Kemenkes 2019)

Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk kb pasca persalinan. Pertolongan Persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang di mulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. (Kemenkes 2019)

Pelayanan masa nifas sangat diperlukan karena merupakan masa kritis bagi ibu. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu pada masa nifas dalam 24 jam pertama yaitu perdarahan postpartum. Standar pelayanan nifas dilakukan sekurang kurangnya tiga kali kunjungan. Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2008 sampai tahun 2019, garis tren menunjukkan ada penurunan cakupan sejak 2 tahun terakhir. Dari 34 provinsi yang melaporkan data kunjungan nifas, mencapai 62% provinsi di Indonesia telah mencapai KF3 80%. Kondisi pada tahun 2019 tersebut mengalami peningkatan dari tahun 2018. (Kemenkes RI, 2019).

Kb pascapersalinan (KBPP) adalah pelayanan KB yang diberikan kepada PUS setelah persalinan sampai kurun waktu 42 hari, dengan tujuan untuk

menjarangkan kehamilan, atau mengakhiri kesuburan. Menurut BKKBN, KB aktif diantara PUS tahun 2019 sebesar 62,5 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya 63,27%. Sementara target RPJMN yang ingin dicapai tahun 2019 sebesar 66%. Hasil SDKI tahun 2017 juga menunjukkan angka yang lebih tinggi pada KB aktif yaitu sebesar 63,6%. (Profil kesehatan 2019)

Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1 merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir yang meliputi, antara lain kunjungan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi, dan Hepatitis B0 injeksi bila belum diberikan.

Berdasarkan survey di Praktek Mandiri Bidan Rina Wiharti pada bulan Januari-Februari 2021, diperoleh data yang melakukan ANC sebanyak 30 orang, persalinan normal sebanyak orang. Kunjungan ibu nifas sebanyak 20 orang. Kunjungan neonatus sebanyak 30 orang. Dan kunjungan Keluarga Berencana (KB) sebanyak 40 Pasangan Usia Subur (PUS). (Klinik Rina)

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*continuity of care*) pada Ny.S berusia 29 tahun G2P1A0 dengan usia kehamilan 32 minggu, di mulai dari kehamilan Trimester III, Nifas,BBL, Keluarga Berencana sebagai Laporan Tugas Akhir di klinik Rina Wiharti yang beralamat di jalan pengilar No.3, Kec. Medan Amplas yang dipimpin oleh Bidan Rina Wiharti Lubis,STr.Keb merupakan klinik dengan 10T, Klinik bersalin ini memiliki *Memorandum Of Understanding* (Mou) dengan Institusi Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan, jurusan DIII Kebidanan Medan dan merupakan Lahan praktik Asuhan Kebidanan.

1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Ruang lingkup asuhan yang diberikan pada ibu Ny S dengan usia kehamilan hamil minggu dari masa hamil, bersalin, masa nifas, bayi baru lahir, sampai dengan keluarga berencana.

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan secara *continuity of care* pada Ny.S di klinik Bersalin Rina Wiharti
2. Melakukan asuhan kebidanan persalinan secara *continuity of care* pada Ny.S di klinik Bersalin Rina Wiharti
3. Melakukan asuhan kebidanan nifas secara *continuity of care* pada Ny.S di Klinik Bersalin Rina Wiharti.
4. Melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir secara *continuity of care* pada Ny.S di klinik Bersalin Bidan Rina Wiharti.
5. Melakukan asuhan kebidanan keluarga berencana secara *continuity of care* pada Ny.S di klinik Bersalin Bidan Rina Wiharti.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan metode SOAP.

1.4 Sasaran, Tempat, Dan Waktu Asuhan Kebidanan

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan diberikan pada Ny.S G2P1A0 usia 29 tahun secara *continuity of care* dimulai dari hamil Trimester III dilanjut dengan bersalin, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan keluarga berencana.

1.4.2 Tempat

Tempat untuk melakukan asuhan kebidanan pada Ny.S dilakukan di BPM Rina Wiharti.

1.4.3 Waktu

Waktu yang digunakan mulai dari bulan Januari sampai April 2021.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam menerapkan manajemen kebidanan dengan memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil sampai dengan keluarga berencana.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

Untuk mengaplikasikan teori yang diperoleh selama perkuliahan, sehingga dapat menerapkan manajemen asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan Keluarga Berencana.

2. Bagi Klien

Untuk membantu memantau keadaan ibu hamil trimester III samapai dengan KB sehingga mencegah terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada masa hamil sampai KB.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah sumber informasi dan referensi serta bahan bacaan Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Program DIII Kebidanan Medan.

4. Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan pelayanan KB secara *continuity of care*