

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sekitar 830 wanita diseluruh dunia meninggal setiap hari karena komplikasi kehamilan dan persalinan pada tahun 2015. 99% kematian ibu terjadi di Negara berkembang, terutama pada wanita yang tinggal di daerah pedesaan dan diantara kalangan miskin. Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah karena solusi perawatan kesehatan untuk mencegah atau mengelola komplikasi sudah diketahui, sehingga kematian ibu diseluruh dunia turun sekitar 44% antara tahun 1990 dan 2015 atau dari 216 per 100.000 kelahiran hidup kurang menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2018).

Hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 22,23 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan profil kesehatan Kab/Kota jumlah kematian ibu pada tahun 2017 dilaporkan tercatat sebanyak 205 kematian. Namun bila dikonversi maka AKI Sumatera Utara adalah sebesar 85 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB di Sumatera Utara tahun 2017 yaitu 2,6 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Prov Sumut, 2018).

Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015, meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh antara lain kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat, dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan *post partum*. Penyebab ini dapat diminimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik (Kemenkes RI, 2015). Kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung obsetetri yaitu kematian ibu yang

berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas (hipertensi pada kehamilan 32%, komplikasi puerpurium 31%, perdarahan post partum 20%, lain-lain 7%, abortus 4%, perdarahan antepartum 3%, kelainan amnion 2% dan partus lama 1%). Penyebab tidak langsung yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh penyakit dan bukan karena kehamilan dan persalinannya. Salah satu kontribusi kematian ibu juga disebabkan oleh 4 Terlalu (terlalu muda, terlalu sering, terlalu pendek jarak kehamilan, terlalu tua dan 3 Terlambat (terlambat deteksi dini tanda bahaya, terlambat mencapai fasilitas dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat). Sedangkan penyebab utama kematian neonatal adalah asfiksia, BBLR, dan infeksi.(pusdiklatnakes, 2016).

Upaya yang dilakukan Permerintah Indonesia untuk menurunkan AKI dan AKB yaitu, pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS). Program EMAS berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara :1) meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300Puskesmas/Balkesmas PONED), dan2) memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Kemenkes RI, 2016).Selain program EMAS, terdapat suatu gerakan *Safe Motherhood* dengan 4 pilarnya : 1) keluarga berencana, 2) pelayanan antenatal, 3) persalinan aman, 4) pelayanan obstetrik neonatal esensial/emergensi (Prawirohardjo, 2016).Pada tahun 2015 Kementerian Kesehatan menggunakan program *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang merupakan program berkelanjutan sampai tahun 2030. Dibawah naungan SDGs, negara-negara sepakat untuk mengurangi AKI hingga 70/ 100.000 KH dan AKB hingga 12/1.000 KH pada tahun 2030. (Kemenkes, 2015)

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan cara menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan pada ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan,

perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Profil Kesehatan RI, 2018)

Cakupan pelayanan Kunjungan *Antenatal* pertama (K1) di Indonesia tahun 2015 yaitu target K1 sebesar 97%, pencapaiannya 95,75% dan cakupan pelayanan *Antenatal* empat kali kunjungan (K4) dengan target K4 sebesar 74 %, pencapaiannya 85,35%. Cakupan Pertolongan Persalinan di Indonesia tahun 2015 yaitu target 90%, pencapaian 88,55% Nakes. Capaian Kunjungan *Neonatal* pertama (KN1) Indonesia pada tahun 2014 yaitu target 90% pencapainnya 97,07% dan Kunjungan *Neonatal* Lengkap (KN lengkap) yaitu target 88%, pencapaiannya 93,33% (Kemenkes RI, 2016).

Cakupan Kunjungan *Neonatal* Pertama (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. Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia tahun 2016 yaitu target 90%, pencapaiannya 84,41% (Kemenkes RI, 2016).

Persentase peserta KB aktif terhadap pasangan usia subur di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 74,8%. Sebagian besar Peserta KB Baru maupun Peserta KB Aktif memilih suntikan dan pil sebagai alat kontrasepsi. Namun demikian perlu diperhatikan tingkat efektifitas suntikan dan pil dalam pengendalian kehamilan dibandingkan jenis kontrasepsi lainnya (Kemenkes RI, 2016).

Konsep *Continuum Of Care* adalah upaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Pendekatan ini dilaksanakan melalui peningkatan cakupan, mutu, dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu. (Kemenkes RI, 2015).

Tuntutan Kurikulum Tahun 2019 mahasiswa Diploma III Kebidanan memiliki tanggung jawab menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) sebagai

syarat memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan dengan memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan (*continuity of care*) pada seorang wanita dari masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana (KB). Konsep *Continuity of Care* adalah paradigma baru dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak. *Continuity of care* merupakan upaya promotif dan preventif yang dilakukan melalui pendekatan intervensi yang diharapkan akan memberikan dampak yang signifikan terhadap kelangsungan dan kualitas hidup ibu dan anak (Pusdiklatnakes, 2015).

Dengan melakukan pengkajian diKlinik Linda Silalahi, Jl. Jamin Ginting Km 18,5 Desa Hulu Kec Pancur Batu Kab.Deli serdang pada Januari-Maret tahun 2019 memiliki dokumentasi ANC sebanyak 52 orang, INC sebanyak 20 orang, dan penggunaan KB sebanyak 30 orang. (Klinik Linda Silalahi).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuum of Care*) pada Ny P usia 34 tahun G₁P₀A₀ dimulai dari masa hamil trimester III, bersalin, nifas, dan KB sebagai Laporan Tugas Akhir (LTA) diKlinik Linda Silalahi.

B. Ruang Lingkup Asuhan

Berdasarkan ruang lingkup asuhan kebidanan ini diberikan kepada Ny P, G₁P₀A₀, usia kehamilan 30 minggu di Klinik Linda Silalahi, mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus, hingga menggunakan alat kontrasepsi secara *continuity of care*.

C. Tujuan Penyusunan LTA

1. TujuanUmum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III, kehamilan, bersalin, nifas, neonates dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan pendokumentasian menggunakan SOAP.

2. TujuanKhusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan *continuity of care* pada ibu hamil trimester III di Klinik Linda Silalahi
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan *continuity of care* pada ibu bersalin di Klinik Linda Silalahi
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan *continuity of care* pada ibu nifas diKlinik Linda Silalahi.
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan *continuity of care* pada Neonatus diKlinik Linda Silalahi.
- e. Melakukan Asuhan Kebidanan *continuity of care* pada KB diKlinik Linda Silalahi.
- f. Mendokumentasikan Asuhan Kebidanan*continuity of care*yang telah dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB dengan metode SOAP diKlinik Linda Silalahi.

D. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan

1. Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada NyP G₁P₀A₀, usia kehamilan 30 minggu dengan memperhatikan *continuity of care*, mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

2. Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah lahan praktek yang telah memiliki MoU dengan Institusi Pendidikan, yaitu Klinik Linda Silalahi, Jl. Jamin Ginting Km 18,5 Desa Hulu Kec. Pancur Batu Kab.Deli Serdang.

3. Waktu

Waktu yang diperlukan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir ini yaitu dimulai dari Februari-Mei 2019.

E. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam perkuliahan maupun praktik lapangan agar dapat menerapkan secara langsung dan berkesinambungan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standard pelayanan kebidanan.

b. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam menerapkan manajemen kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil sampai dengan keluarga berencana secara *continuity care* sehingga saat bekerja di lapangan dapat melakukan secara sistematis, guna meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Lahan Praktik

Dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam pemberian asuhan kebidanan secara menyeluruh dan berkesinambungan di lapangan.

b. Bagi Klien

Untuk memberikan informasi dan mendapatkan pelayanan kebidanan tentang kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB.