

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan upaya peningkatan kesehatan ibu, dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu. AKI merupakan jumlah kematian ibu pada masa kehamilan, persalinan dan nifas disetiap 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan jumlah kematian bayi yang belum mencapai usia 1 tahun dan dinyatakan dalam 1000 kelahiran hidup ditahun yang sama. (WHO, 2015) Berdasarkan sistem kesehatan nasional dalam program *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu pada goals yang ketiga menerangkan bahwa mengurangi Angka Kematian Ibu hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah dengan cara seluruh negara berusaha menurunkan angka kematian neonatal setidaknya hingga mencapai 12 per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita 25 per 1000 kelahiran hidup. (WHO, 2016)

AKI di Indonesia mengalami penurunan sejak tahun 1991-2015 yaitu 390 pada tahun 1991 turun menjadi 305 di tahun 2015. AKI yang mencerminkan persalinan yang aman dalam program kesehatan ibu tidak dapat dinilai melalui derajat kesehatan masyarakat, dikarenakan sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan termasuk dalam aksebilitas dan kualitas. (Profil Kesehatan RI, 2017) Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota, jumlah kematian ibu pada tahun 2016 tercatat sebanyak 239 kematian, apabila dikonversi maka AKI yang tercatat di Sumatera Utara adalah sebanyak 85 per 100.000 kelahiran hidup. Dan AKB di Sumatera Utara tahun 2016 adalah sebanyak 4 per 1000 kelahiran hidup. (Profil Sumut, 2016) Berdasarkan laporan profil kesehatan Kota Medan Angka Kematian Ibu dilaporkan sebanyak 3 jiwa per 47.541 kelahiran hidup dengan Angka Kematian Ibu dilaporkan sebesar 6 per 100.000 kelahiran hidup yang artinya dari 100.000 kelahiran hidup ada 6 ibu meninggal saat kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan AKB di Kota Medan tahun 2016 tercatat sebesar 0,09 per 1000 kelahiran hidup yang artinya terdapat 0,1 bayi mati per 1000

kelahiran hidup pada tahun tersebut dan jumlah kematian bayi adalah sebanyak 9 bayi dari 47.541 kelahiran hidup. (Profil Kesehatan Kota Medan, 2016)

Penyebab langsung kematian ibu secara obstetri yaitu kematian yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas (hipertensi pada kehamilan 32%, komplikasi puerperium 31%, pendarahan postpartum 20%, lain-lain 7%, abortus 4%, pendarahan antepartum 3%, kelahiran amnion 2% dan partus lama 1%). Penyebab tidak langsung yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh penyakit dan bukan karena kehamilan dan persalinannya (tuberkolosis, anemia, malaria, sifilis, HIV/AIDS, dan lain-lain) yang dapat memperberat kehamilan dan meningkatkan resiko terjadinya kesakitan dan kematian. Adapun penyebab kematian bayi yaitu berupa asfiksia, ikhterus, hipotermia, tetanus neonaturum, infeksi, trauma jalan lahir, BBLR, sindroma gangguan pernapasan dan kelainan *congenital*(Kemenkes RI, 2015)

Sebagai upaya penurunan AKI, pemerintah melalui kementerian kesehatan telah meluncurkan sebuah program yang memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama masa kehamilan dan persalinannya.Upaya tersebut juga dilanjutkan dengan program Sayang Ibu dengan menempatkan bidan ditingkat desa secara besar-besaran untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2017) Upaya pemerintah dalam menurunkan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu hamil. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi .Perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan serta pelayanan Keluarga Berencana.

Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 pada tahun 2017 telah memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) kementerian kesehatan sebesar 76 %, capaian pada tahun 2017 telah mencapai target walaupun masih terdapat 11 provinsi yang belum memenuhi target (Profil Kesehatan Indonesia, 2017).

Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2017 terdapat 83,67 % ibu hamil yang menjalani persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan Indonesia. Namun demikian masih terdapat 17 provinsi 50% yang belum memenuhi target (Profil kesehatan Indonesia, 2017)

Cakupan kunjungan nifas KF3 di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2016. Namun demikian Nampak adanya penurunan cakupan KF3 pada tahun 2016, yaitu lebih rendah dibandingkan tahun 2015. Pada tahun 2015 sebesar 87,06 % menjadi 84,41 % ditahun 2016 (Profil kesehatan Indonesia, 2016). Cakupan kunjungan nifas KF3 di Indonesia pada tahun 2017 menunjukan sebesar 87,36 % (profil kesehatan Indonesia, 2017).

Cakupan KN1 di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 91,14 % lebih tinggi dari tahun 2015 yaitu sebesar 83,67 %. Pada tahun 2016 sejumlah 26 provinsi 71 % sudah mencapai target Renstra yaitu sebesar 78% cakupan ini yang sudah memenuhi target renstra tersebut (Profil kesehatan Indonesia, 2016). Dan capaian KN1 indonesia pada tahun 2017 sebesar 92,62 % lebih tinggi dari tahun 2016 yaitu sebesar 91,14 %. Capaian ini sudah memenuhi target Renstra pada tahun 2017 sebesar 81% sejumlah 23 provinsi 67,6 % yang telah memenuhi target tersebut (Profil kesehatan Indonesia, 2017).

Persentasi peserta KB aktif terhadap Pasangan Usia Subur (PUS) di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 74,8 %. Dari seluruh PUS yang memutuskan tidak memanfaatkan program KB sebanyak 6,22% beralasan ingin menunda memiliki anak sebanyak 6,55% beralasan tidak ingin memiliki anak lagi. Yang menggunakan suntik sebanyak 47,96% , Pil sebanyak 22,81%, Implant sebanyak 11,20%, IUD sebanyak 10,61%, Kondom sebanyak 3,23%, MOW sebanyak 3,54%, dan MOP sebanyak 0,64% (Profil kesehatan Indonesia, 2016). Pada tahun 2017 Pasangan Usia Subur (PUS) yang menggunakan KB aktif sebanyak 63,22%, sedangkan yang tidak ber-KB sebanyak 18,63%. Yang menggunakan suntik sebanyak 62,77%, Pil sebanyak 17,24%, Implant sebanyak 6,99%, IUD sebanyak 7,15%, MOP sebanyak 0,53%, dan kondom sebanyak 1,22%. Dari

keseluruhan jumlah peseta KB aktif hanya 17,45%, diantaranya yang menggunakan KB MKJP sedangkan lainnya pengguna KB non MKJP sebanyak 81,23% , yang menggunakan metode KB tradisional sebanyak 1,32% (Profil kesehatan Indonesia, 2017).

Bidan sebagai pemberi asuhan kebidanan memiliki posisi strategis untuk berperan dalam upaya percepatan penurunan AKI dan AKB. Untuk itu bidan harus memiliki kualifikasi yang di ilhami oleh filosofi asuhan kebidanan yang menekankan asuhannya terhadap perempuan (*women centred care*). Salah satu upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan yaitu dengan menerapkan model asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*Continuity of Care/CoC*) dalam pendidikan klinik (Yanti, 2015).

Continuity of Care adalah paradigma baru dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak. Dimensi pertama dari kontinum ini adalah waktu, meliputi sebelum hamil, kehamilan persalinan, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan. Dimensi kedua dari *Continuity of Care* adalah tempat, yaitu menghubungkan berbagai tingkat pelayanan di rumah, masyarakat, dan kesehatan. (Kemenkes RI, 2015).

Dari latar belakang diatas, maka penulis memberikan *Continuity of Care* pada ibu hamil Trimester III, bersalin, nifas, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada Ny. KNusia 28 tahun G₁P₀A₀ dengan usia kehamilan 32 minggu di PMB Suryani kec. Medan Johor.

B. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Adapun ruang lingkup asuhan yang diberikan pada ibu hamil Ny. KN usia28 tahun G₁P₀A₀ dengan usia kehamilan 32 minggu di PMB Suryani mulai masa hamil,persalinan, nifas, neonatus dan KB secara *Continuity of Care*.

C. Tujuan Penyusunan LTA

1.Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada ibu hamil Trimester III, bersalin, nifas, neonatus, dan KB di PMB Suryani dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan.

2.Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan secara *Continuity Of Care* pada Ny. KN di PMB Suryani.
2. Melakukan asuhan kebidanan persalinan secara *Continuity Of Care* pada Ny. KN di PMB Suryani.
3. Melakukan asuhan kebidanan nifas secara *Continuity Of Care* pada Ny. KN di PMB Suryani.
4. Melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir (BBL) secara *Continuity Of Care* pada bayi Ny. KN di PMB Suryani.
5. Melakukan asuhan kebidanan Keluarga Berencana (KB) secara *Continuity Of Care* pada Ny. KN di PMB Suryani.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan Keluarga Berencana (KB).

D. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan

1.Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny. KN usia28 tahun G₁P₀A₀ dengan memperhatikan *Continuity of Care* mulai dari kehamilan Trimester III dilanjutkan dengan bersalin, nifas, neonatus dan KB.

2.Tempat

Lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan pada Ny. KN diPMB Suryani, Kec. Medan Johor.

3.Waktu

Waktu yang diperlukan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir ini, yaitu dimulai dari Februari hingga Juni 2019.

E. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Menerapkan konsep *Continuity of Care* yang komprehensif serta mengaplikasikan dalam penyusunan LTA dari kehamilan fisiologis Trimester III dilanjutkan dengan bersalin, nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB) pada Ny. KN

2. Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai salah satu sumber informasi untuk pendidikan dan sebagai bahan referensi perpustakaan.

2. Bagi PMB Suryani

Dapat menjadi masukan bagi PMB Suryani dalam membantu meningkatkan pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* sehingga tercapai asuhan sesuai standar.

3. Bagi Pasien

Untuk menambah wawasan pasien dan membantu pasien dalam pemahaman tentang perawatan kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB serta mengenali tanda bahaya dan resiko terhadap kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB.

4. Bagi Penulis

Untuk dapat menerapkan teori yang di dapat dan memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil sampai masa nifas dan KB secara *Continuity of Care*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

1.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat *fertilisasi* hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Sarwono, 2016).

Kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinan terjadinya kehamilan. Apabila kehamilan direncanakan, akan memberi rasa bahagia dan penuh harapan, tetapi di sisi lain diperlukan kemampuan bagi wanita untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi selama kehamilan, baik perubahan yang bersifat fisiologis maupun psikologis (Mandriwati, 2017).

1.2 Etiologi Kehamilan

a. Konsep Fertilisasi dan Implantasi

Menurut Widatiningsih,2017 Konsepsi *fertilisasi* (pembuahan) adalah suatu peristiwa penyatuan antara sel sperma dengan sel telur di *tuba fallopi*, umunya di *ampulla tuba* yang terjadi pada hari ke 11 hingga 14 siklus menstruasi. Kemudian sel telur yang sudah dibuahi menjadi zigot berjalan menuju dinding uterus untuk menanamkan diri atau disebut *nidasi* (*implantasi*).