

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan ibu dan anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Terdapat beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu dan anak pada suatu wilayah, salah satunya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). AKI dan AKB merupakan salah satu indikator yang peka terhadap kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan.

Menurut *World Health Organization* (WHO) 2017, AKI diseluruh dunia adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup, atau sekitar 830 wanita meninggal setiap harinya karena komplikasi kehamilan dan persalinan. 99% kematian yang terjadi di daerah berkembang, terutama pada wanita yang meninggal di daerah pedesaan dan diantara kalangan miskin. Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah karena solusi perawatan kesehatan untuk mencegah, atau mengelola komplikasi yang sudah diketahui, sehingga kematian ibu diseluruh dunia turun sekitar 44% dari tahun 1990 sampai pada tahun 2015, dari 385 kematian menjadi 216 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia pada tahun 1991 yaitu 390 kematian ibu per 100.000 KH (Kelahiran Hidup), lalu pada tahun 1997 turun menjadi 334 kematian per 100.000 KH, kembali turun pada tahun 2002 menjadi 307 kematian per 100.000 KH, selanjutnya pada tahun 2007 turun menjadi 228 kematian per 100.000 KH. Namun, pada tahun 2012 terjadi peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian per 100.000 KH. Pada tahun 2015, mulai turun kembali menjadi 305 kematian ibu per 1000 KH (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menunjukkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 22,23 per 1000 Kelahiran Hidup, yang artinya sudah mencapai target MDGs 2015 sebesar 23 per 1000 Kelahiran Hidup. Angka Kematian Balita (AKABA) dari hasil SUPAS 2015 sebesar 26,29 per 1000 KH, dan sudah memenuhi target MDGs tahun 2015 sebesar 32 per 1000 KH (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung obstetrik yaitu kematian ibu yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas

(hipertensi pada kehamilan 32%, komplikasi *puerperium* 31%, perdarahan *post partum* 20%, lain-lain 7%, *abortus* 4%, perdarahan *ante partum* 3%, kelainan *amnion* 2%, dan partus lama 1%). Penyebab tidak langsung yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh penyakit dan bukan karena kehamilan dan persalinan. Salah satu kontribusi kematian ibu juga disebabkan oleh 4T yaitu (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 adekuat). Sedangkan penyebab utama kematian *neonatal* adalah *Asfiksia*, BBLR, dan Infeksi (Pusdiklatnakes 2016).

Berdasarkan profil kesehatan Kab/Kota jumlah kematian ibu pada tahun 2016 hanya 85 per 100.000 Kelahiran Hidup, namun ini belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya dipopulasi. Berdasarkan hasil sensus penduduk 2010, AKI di Sumatra Utara sebesar 328 per 100.000 KH,angka ini masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka nasional hasil SP 2010 sebesar 259 per 100.000 KH. Sementara untuk bayi dari 281.449 bayi lahir hidup,jumlah bayi yang meninggal sebanyak 1.132 bayi sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan hasil survey AKI dan AKB yang dilakukan kesehatan provinsi Sumatra Utara dengan FKM USU pada tahun 2010 menyebutkan bahwa AKI di Sumatra Utara sebesar 268 per 100.000 KH, berdasarkan estimasi maka angka kematian ibu ini tidak mengalami penurunan hingga tahun 2016. Berdasarkan AKB di Sumatra Utara mengalami penurunan yang signifikan dari data Sensus Penduduk yang dilakukan pada tahun 2000 berjumlah 44 per 1000 KH,kemudian menjadi 25,7 atau dibulatkan menjadi 26 per 1000 KH pada hasil Sensus Penduduk tahun 2010. Bila dilihat AKB turun dari tahun 2001-2010,maka diperhitungkan penurunan yang terjadi setiap tahunnya rata-rata 1,8 per 1000 KH (Profil Kesehatan Prov Sumut,2016).

Berdasarkan data Ditjen Kesehatan masyarakat RI pada tahun 2017 cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil (K4) di Indonesia sebesar 85,75% yang artinya telah memenuhi target rencana strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan sebesar 74% cakupan di fasilitas kesehatan sebesar 80,51% dan secara nasional indikator tersebut telah memenuhi target Renstra sebesar 77%, cakupan Kunjungan *Neonatal* (KN1) sebesar 91,14% yang artinya telah memenuhi target Renstra sebesar 78%, cakupan Kunjungan Nifas (KF3) mengalami penurunan pada tahun 2016 sebesar 84,41% yaitu lebih rendah dibanding tahun 2015 sebesar 87% dan presentasi peserta KB aktif terhadap pasangan usia subur (PUS) paa tahun 2016 sebesar 74,80% (Kemenkes RI,2017).

Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program “Expanding Maternal dan Neonatal Survival”(EMAS) dalam rangka

menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di Provinsi dan Kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar yaitu Sumatra Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Program EMAS berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara : 1). Meningkatkan kualitas pelayanan emergency obstetrik dan bayi baru lahir minimal 150 Rumah sakit PONEK (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif), dan 300 Puskesmas/Balikesmas PONED (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar), 2). Memperkuat system rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Profil Kesehatan RI, 2017).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan cara menjamin agar setiap ibu hamil 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, 2017).

Konsep *Continue 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).

Dengan melakukan survey di Klinik Pratama Hadijah Jl. Pahlawan Gg Melati No.8 Medan Perjuangan pada Februari 2019 memiliki dokumentasi ANC sebesar 151 orang, INC berjumlah 15 orang, KB sebanyak 30 orang (Klinik Pratama Hadijah).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Kebidanan berkelanjutan (*continue of care*) pada Ny.K usia 26 tahun G1P0A0 dimulai dari masa hamil trisemester III, bersalin, nifas, dan KB sebagai Laporan Tugas Akhir (LTA) di Klinik Pratama Hadijah.

B. Ruang Lingkup Asuhan

Berdasarkan ruang lingkup asuhan kebidanan ini diberikan kepada Ny.K G1P0A0, usia kehamilan 32 minggu di Klinik Pratama Hadijah, mulai dari masa hamil trisemester III, bersalin, nifas, neonates, hingga menggunakan alat kontrasepsi secara *continue of care*.

C. Tujuan Penyusunan LTA

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *continue of care* pada ibu hamil trisemesster III, bersalin, nifas, neonatus, hingga menggunakan alat kontrasepsi secara *continuty of care*.

2. Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil trisemester III
 2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin
 3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas
 4. Melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
 5. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu yang menggunakan kontrasepsi
- Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP

D. Sasaran, Tempat, dan Waktu Asuhan Kebidanan.

1. Sasaran

Sasaran subjek asuhan kebidanan ditunjukkan kepada Ny.K GIP0A0 usia kehamilan 32 minggu dengan memperhatikan *continue of care*, mulai dari hamil, bersalin, nifas, baru bayi lahir dan alat kontrasepsi.

2. Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah lahan praktek yang telah memiliki MoU dengan Instutusi Pendidikan ,yaitu Klinik Pratama Hadijah, Jl.Pahlawan III Gg. Melati No.8, Medan Perjuangan.

3. Waktu

Waktu yang diperlukan menyusun Laporan Tugas Akhir Ini dimulai dari Febuari hingga Mei 2019.

E. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

1.1.

1.2. 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, neonates, dan keluarga berencana dengan pendekatan manajemen kebidanan sesuai dengan standart pelayanan kebidanan.

1.3. Bagi Penulis

Penulis dapat menerapkan teori yang di dapat selama pendidikan serta dapat membuka wawasan dan menambah pengalaman karena dapat secara langsung memberikan asuhan kebidanan pada klien.

2. Manfaat Praktis

2.1. Bagi Klien

Untuk memberikan informasi dan mendapatkan pelayanan kebidanan tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.

2.2. Bagi Klinik Bersalin

Untuk klinik bersalin dapat membantu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan secara *continuity of care* sehingga terapi asuhan sesuai standart.