

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di seluruh dunia tahun 2017, setiap hari sekitar 810 wanita meninggal karena yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. Antara 2000 dan 2017, rasio kematian ibu (MMR, jumlah kematian ibu 216 per 100.000 kelahiran hidup) turun sekitar 38% di seluruh dunia 94% dari semua kematian ibu terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kematian ibu sangat tinggi sekitar 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2017 (WHO, 2019) .

Sebagian besar dari kematian ini (94%) terjadi di rangkaian sumber daya rendah, dan sebagian besar bisa dicegah. Risiko kematian akibat ibu berhubungan dengan risiko hamil dan risiko kebidanan karena komplikasi dan kematian saat hamil, saat melahirkan atau dalam 42 hari pasca persalinan Dalam mengurangi rasio kematian maternal *Sustainable Development Goals* (SDGs), negara-negara telah bersatu memiliki target baru untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu pada tahun 2030 mencakup target ambisius: “mengurangi MMR global menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran, dengan tidak ada negara yang memiliki angka kematian ibu lebih dari dua kali rata-rata global. Ada sekitar 19 dari 1000 kematian bayi baru lahir setiap hari, berjumlah 47% dari semua kematian anak di bawah usia 5 tahun, naik dari 40% pada tahun 1990 (WHO, 2019).

Berdasarkan Hasil *Survei Penduduk Antar Sensus* (SUPAS) tahun 2018 Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan pada tahun 2010-2015 yaitu sebesar 305 per 100.000 kelahiran Hidup. Faktor penyebab tingginya AKI di Indonesia dirangkum dalam *Riset kesehatan Dasar* (Riskesdas) yaitu penyebab AKI: 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%) (Kemenkes RI, 2018)

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKN sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, AKB 24 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA 32 per 1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Balita telah mencapai Target Pembangunan Berkelanjutan (TPB/SDGs) 2030 yaitu sebesar 25/1.000 kelahiran hidup dan diharapkan AKN juga dapat mencapai target yaitu 12/1.000 kelahiran hidup. Tren angka kematian anak tahun 1991-2017 dari hasil SDKI sebagai berikut (BPS, BKKBN and Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota di Sumatera Utara pada tahun 2018 jumlah kematian ibu dilaporkan tercatat AKI Sumatera Utara adalah sebesar 185 per 100.000 kelahiran hidup, AKB yakni 3,1 per 1.000 kelahiran hidup dan AKABA yakni sebanyak 0,3 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Sumut, 2018)

Sebagai upaya percepatan penurunan AKI, Kementerian Kesehatan meluncurkan Program *Expanding Maternal dan Neonatan Survival* (EMAS) untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Dan memunculkan program salah satunya Program *Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi* (P4K). Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan melakukan kegiatan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan 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, dan pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca persalinan. Gambaran upaya kesehatan ibu yang disajikan terdiri dari : (1) Pelayanan kesehatan ibu hamil, (2) Pelayanan imunisasi Tetanus bagi wanita usia subur dan ibu hamil, (3) Pelayanan kesehatan ibu bersalin, (4) Pelayanan kesehatan ibu nifas, (5) Puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), dan (6) Pelayanan kontrasepsi/KB (Kemenkes RI, 2018).

Pelayanan kesehatan ibu hamil harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu minimal 1x pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu),

minimal 1x pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan minimal 2x pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Riskesdas, 2018).

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dilihat dengan pemenuhan cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal pertama kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan (Riskesdas, 2018)

Selama tahun 2006 sampai tahun 2018 cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 cenderung meningkat. Jika dibandingkan dengan target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2018 yang sebesar 78%, capaian tahun 2018 telah mencapai target yaitu sebesar 88,03% (Riskesdas, 2018).

Pelayanan kesehatan pada masa Nifas adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama periode 6 jam sampai 42 hari setelah melahirkan. Kementerian Kesehatan menetapkan program pelayanan atau kontak pada ibu Nifas yang dinyatakan pada indikator yaitu: KF1 yaitu kontak ibu Nifas pada periode 6 jam sampai 8 jam sesudah melahirkan, KF2 yaitu: kontak ibu Nifas pada hari ke 6 setelah persalinan, KF3 yaitu kontak Ibu Nifas pada hari ke 14 dan, KF4 pada 6 minggu setelah persalinan. Pelayanan kesehatan Ibu Nifas yang diberikan meliputi: pemeriksaan Tanda vital (Tekanan darah, nadi, nafas, suhu), pemeriksaan tinggi puncak rahim (*fundus uteri*), pemeriksaan *lochea* dan cairan *per vaginam*, pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif (Riskesdas, 2018)

Sebagai upaya penurunan AKN (0-28 hari) sangat penting karena kematian Neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian Bayi. Komplikasi yang menjadi penyebab utama Kematian Neonatal yaitu: Asfiksia, Bayi Berat Lahir Rendah dan Infeksi. Kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah apabila setiap Ibu melakukan pemeriksaan selama kehamilan minimal 4x ke petugas kesehatan, mengupayakan agar persalinan dapat di tangani oleh petugas kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan dan kunjungan Neonatal (0-28 hari) minimal 3x, KN1 yaitu 1x pada usia 6-48 jam, dan KN2 yaitu 3-7, dan KN3 pada usia 8-28 hari, meliputi konseling perawatan Bayi Baru Lahir, ASI Eksklusif, pemberian Vitamin K1 Injeksi, dan Hepatitis B0 injeksi jika belum diberikan. (Risikesdas, 2018)

Program Keluarga Berencana (KB) dilakukan dalam rangka mengatur jumlah kelahiran dan menjarangkan kelahiran. Sebagai sasaran program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang berada di kisaran usia 15-49 tahun. Presentase pengguna KB aktif menurut Metode Kontrasepsi di Indonesia yaitu Metode Kontrasepsi injeksi 62,77%, Implan 6,99%, Pil 17,24%, *Intra Uterin Device* (IUD) 7,15%, kondom 1,22%, Media Operatif Wanita (MOW) 2,78%, Media Operatif Pria (MOP) 0,53%. Sebagian besar peserta KB aktif memilih suntikan dan pil sebagai alat kontrasepsi karena dianggap mudah diperoleh dan digunakan oleh PUS (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan survei di Klinik Pratama Nauli pada bulan Oktober - Desember 2019, diperoleh data sebanyak 16 ibu hamil trimester II akhir dan trimester III awal melakukan ANC, kunjungan KB sebanyak 28 pasangan usia subur (PUS) menggunakan alat kontrasepsi suntik 1 dan 3 bulan, pil 25 PUS. Klinik Pratama Nauli tersebut sudah memiliki *Memorandum of Understanding* (MoU) terhadap institusi.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*continuity of care*) pada Ny H berusia 23 tahun G3P2A0 dengan usia kehamilan 30 minggu, di mulai dari kehamilan Trimester III, Bersalin, Nifas, BBL, Keluarga Berencana sebagai Laporan Tugas Akhir di Klinik Pratama Nauli yang beralamat di jln.Punak, lorong nauli no.15 Sei Timur

II kec. Medan Petisah yang di pimpin oleh Bidan Nonna Am.Keb merupakan Praktek Mandiri dengan 10T pada tahun 2022

1.2 Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Berdasarkan ruang lingkup asuhan kebidanan ini diberikan kepada Ny. H, G₃P₂A₀, usia kehamilan 30 minggu di Praktek Klinik Pratama Nauli ibu hamil trimester III, kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan KB menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan melakukan pencatatan menggunakan Manajemen Asuhan Subjektif, Objektif, Assement, dan Planning (SOAP) (*continuity of care*).

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil trimester III, kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan pedoman Covid-19 pendokumentasian menggunakan SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. H secara fisiologis menggunakan standar 10T.
2. Melaksanakan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. H dengan menggunakan standar Asuhan Persalinan Normal (APN).
3. Melaksanakan asuhan kebidanan nifas pada Ny. H dengan menggunakan standar KF4.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan BBL pada bayi Ny. H sesuai standar KN3.
5. Melaksanakan asuhan kebidanan KB pada Ny. H di Klinik Pratama Nauli
6. Melaksanakan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.

1.4 Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan

1.4.1 Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny.H G₃P₂A₀, usia kehamilan 30 minggu dengan memperhatikan *continuity of care*, mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB dengan panduan Covid-19.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah lahan Klinik Pratama Nauli di jln.Punak, lorong nauli no.15 Sei Timur II kec. Medan Petisah

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan mulai dari penyusunan proposal sampai memberikan asuhan kebidanan secara *continuity care* di semester VI dengan mengacu pada kalender akademi di Institusi Pendidikan Jurusan Kebidanan mulai pertengahan bulan Desember-Juni kemudian pada saat di umumkan kami mengambil kasus LTA di bulan januari 2022. Dan memulai kasus LTA kepada pembimbing I yaitu dibulan januari 2022 berdasarkan kejadian diatas maka kami pengambilan kasus LTA.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi dan bahan bacaan di perpustakaan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB

2. 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.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Lahan Praktik

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

2. Bagi Klien

Untuk memberikan informasi dan mendapatkan pelayanan kebidanan tentang kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB dan mencegah secara dini penularan Covid-19