

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) setiap tiga menit, satu anak balita meninggal dunia, dan setiap hari sekitar 800 wanita usia subur meninggal dunia ketika melahirkan atau karena akibat yang berhubungan dengan kehamilan. AKI menggambarkan angka wanita yang meninggal per 100.000 kelahiran hidup dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan. AKI juga dapat digunakan sebagai media pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. (Kemenkes, 2017).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 Angka Kematian Ibu (AKI) diseluruh dunia adalah 216/100.000 kelahiran hidup. Hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 AKI di Indonesia adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup. (Kemenkes, 2017) Dan berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota jumlah kematian ibu pada tahun 2016 dilaporkan tercatat sebanyak 239 kematian. Namun bila dikonversi, maka AKI Sumatera Utara adalah sebesar 85 per 100.000 KH (Kemenkes, 2017)

Pembangunan dibidang kesehatan yang dirangkup dalam (SDGs) *Sustainable Development Goals* yang berisi 17 tujuan dan 169 target. Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) masuk dalam tujuan ketiga. SDGs menargetkan penurunan angka kematian ibu pada tahun 2030 adalah dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan angka kematian neonatal menjadi 12 per 1.000 kelahiran hidup. (Kemenkes, 2017)

Ada lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan 30,3%, Hipertensi Dalam Kehidupan (HDK) 27,1%, infeksi 7,3%, partus lama/macet 0% dan abortus 0%. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama Kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan

infeksi. Namun proporsinya telah berubah, di mana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2016 disebabkan oleh HDK (Kemenkes RI, 2016).

Sebagai upaya penurunan AKI, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sejak tahun 1990 telah meluncurkan *safe motherhood initiative*, upaya tersebut dilanjutkan dengan program Gerakan Sayang Ibu (GSI) di tahun 1996 oleh Presiden Republik Indonesia. Upaya lain yang juga telah dilakukan yaitu strategi *Making Pregnancy Safer* yang dicanangkan pada tahun 2000. Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program Expanding Maternal and 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, Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan (Kemenkes RI, 2017).

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 (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) 2) memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Kemenkes RI, 2017).

Menurut World Health Organization (WHO) jumlah kasus kematian bayi mengalami penurunan sejak 2015 hingga 2017. Jumlah kasus kematian bayi turun dari 33.278 kasus pada 2015 menjadi 32.007 kasus pada 2016, sementara hingga pertengahan 2017 tercatat sebanyak 10.294 kasus kematian bayi (WHO) 2017.

Berdasarkan SUPAS 2015, AKB di Indonesia sebesar 22 per 1.000 kelahiran hidup, sementara AKB yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2016 sebesar 15,2% per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi adalah asfiksia, BBLR, dan infeksi, (Profil Sumut, 2017).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) Penyebab Kematian terbanyak pada bayi 0-6 hari didominasi oleh gangguan/kelainan pernafasan (35,9%), Prematuritas (32,4%), dan sepsi (12%). Untuk penyebab utama kematian bayi pada kelompok 7-28 hari lalu yaitu sepsis (20,5%), malformasi kongenital (18,1%) dan pneumonia (15,4%).dan penyebab utama kematian bayi pada kelompok 29 hari sampai 11 bulan yaitu diare (31,4%), pneumonia (23,8%), dan meningitis/ensefalitis (9,3%). (Kemenkes RI, 2015)

Penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan prioritas program kesehatan Indonesia. Bidan sebagai pemberi asuhan kebidanan memiliki posisi untuk berperan dalam upaya penurunan AKI dan AKB. Untuk itu bidan harus meliki kualitas dan kualifikasi yang dipahami. Salah satau upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan (*continuity of care*) dalam pendidikan klinik yaitu asuhan sejak hamil, persalinan, nifas, dan menyusui, kb) fungsi untuk melakukan pemeriksaan dan pemantauan ibu selama proses kahamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, menyusi, hingga KB. Diharapkan dapat segera ditangani oleh tenaga kesehatan sehingga dapat dicegah sedini mungkin serta menurunkan AKI, AKB (*yanti, 2015*).

Pada tahun 2017, cakupan pelayanan ibu hamil K4 di Indonesia sebesar 87,3%, yang artinya telah memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan sebesar 76%, cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 83,67% yang secara nasional indikator tersebut telah memenuhi target Renstra sebesar 79%, cakupan Kunjungan Nifas (KF3) mengalami peningkatan pada tahun 2017 sebesar 87,36%, yaitu lebih tinggi dibandingkan tahun 2016 sebesar 84,41% dan persentase peserta Keluarga Berencana (KB) aktif terhadap Pasangan Usia Subur (PUS) pada tahun 2017 sebesar 63,22% (Kemenkes RI, 2017).

Cakupan kunjungan neonates (KN1) di Indonesia menurut Ditjen Bina Gizi dan KIA sebesar 93,34% yang telah memenuhi target sebesar 89%. Demikian juga dengan sebagian besar provinsi telah memenuhi target tersebut. Program Keluarga Berencana (KB) yang digerakkan pemerintah adalah “Dua Anak Cukup”

dengan harapan untuk menekan mempercepat penurunan AKI dan AKB. (Kemenkes, 2015)

Berdasarkan survei yang dilakukan di Klinik Bersalin Ridho di Jln. Sehati No.60, Kecamatan Tegal Rejo, Medan Perjuangan diperoleh data sebanyak 23 ibu hamil trimester II akhir dan trimester III awal melakukan ANC, kunjungan KB sebanyak 55 pasangan usia subur (PUS) menggunakan alat kontrasepsi suntik 1 dan 3 bulan, pil 20 PUS.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*continuity of care*) pada Ny. K berusia 25 tahun GIP0A0 dengan usia kehamilan minggu di mulai dari masa hamil trimester III, bersalin, masa nifas dan KB sebagai Laporan Tugas Akhir (LTA) di Klinik Bersalin Ridho di Jln. Sehati No.60, Kelurahan Tegal Rejo, Kecamatan Medan Perjuangan.

B. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Ruang lingkup asuhan diberikan pada ibu hamil Trimester ke-3 yang fisiologis, bersalin, masa nifas, neonatus dan Keluarga Berencana dengan pendekatan dan melakukan pencatatan serta pelaporan berdasarkan *continuity of care*.

C. Tujuan Penyusunan LTA

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan pada Ny. K secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan Keluarga Berencana.

2. Tujuan Khusus

1. Melaksanakan Pemeriksaan TM III pada Ny. K berdasarkan standart 10 T di Klinik Bersalin Ridho
2. Melaksanakan asuhan persalinan dengan standart APN
3. Melaksanakan asuhan pada ibu nifas sesuai standart dari KF 1 sampai dengan KF 4

4. Melaksanakan asuhan pada bayi baru lahir sesuai standar mulai dari KN 1 sampai dengan KN 3
5. Melaksanakan asuhan keluarga berencana sesuai dengan pilihan ibu
6. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian asuhan kebidanan dalam bentuk SOAP.

D. Sasaran, Tempat, dan Waktu Asuhan Kebidanan

1. Sasaran

Ny. K usia 25 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 30 minggu mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2. Tempat

Tempat dilakukannya Asuhan Kebidanan di Klinik Bersalin Ridho di Jln. Sehati No.60, Kelurahan Tegal Rejo, Kecamatan Medan Perjuangan.

3. Waktu

Dimulai dari bulan Desember 2019 rencana sampai dengan bulan Mei 2020, dilanjutkan dengan pemantauan ibu bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

E. Manfaat LTA

1. Manfaat Teoritis

1.1 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan yang didapat mahasiswa di perpustakaan

1.2 Bagi penulis

Dapat mengaplikasikan ilmu yang telah didapat selama proses perkuliahan menjadi sebuah karya tulis

2. Manfaat Praktis

Dapat dijadikan bahan untuk meningkatkan kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) khususnya dalam memberikan informasi tentang perubahan fisiologis dalam batasan continuity of care.

2.1 Manfaat Bagi Klien

Memberikan kepuasan kepada klien sesuai dengan standart pelayanan kebidanan.

2.2 Manfaat Bagi BPM

Sebagai bahan masukan untuk lebih meningkatkan pelayanan khususnya untuk ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, sampai keluarga berencana.