

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 Banyak wanita yang masih menderita dan mati karena serius masalah kesehatan selama kehamilan. Pada tahun 2015 AKI diperkirakan 303.000 diseluruh dunia meninggal. Mengurangi kematian ibu tergantung pada akses keperawatan berkualitas sebelum, selama dan setelah melahirkan. WHO merekomendasikan wanita hamil memulai perawatan *antenatal* pertama pada trimester pertama kehamilan disebut sebagai perawatan *antenatal* dini. Secara global, diperkirakan lebih dari 40% dari semua wanita hamil tidak menerima perawatan *antenatal* dini pada tahun 2013. Perkiraan terbaru menunjukkan bahwa ada 12,8 juta kelahiran, diantaranya gadis remaja berusia 15-19 tahun setiap tahun mewakili 44/100.000 KH AKI dalam kelompok usia. Melahirkan anak diusia dini juga meningkatkan resiko bagi bayi baru lahir dan para ibu muda. Dunia telah membuat kemajuan luar biasa dalam mengurangi kematian anak, dengan tingkat global balita menurun dari 93/100.000 KH di tahun 1990 menjadi 41/100.000 KH tahun 2016, 2,6/ 100.000 KH bayi baru lahir meninggal pada tahun 2016, sebagian besar ini terjadi pada minggu awal kehidupan, *prematuritas* kejadian terkait *intrapartum* seperti asfiksia lahir, kelahiran trauma, dan *sepsis neonatal*. Diantara bayi berusia 1-59 bulan infeksi saluran pernapasan akut, diare dan malaria adalah penyebab utama kematian pada tahun 2016 (WHO,2018).

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai 2007 yaitu dari 390 menjadi 228. Namun SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359/100.000 KH. AKI kembali menurun menjadi 305/100.000 KH berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015. Tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal*

*Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. (Kemenkes RI, 2017)

Cakupan pelayanan Kunjungan *Antenatal* K1 dan K4. K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan *Antenatal* pertama kali oleh tenaga kesehatan, sedangkan K4 adalah jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan *Antenatal* sesuai standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan. Capaian K4 mengalami penurunan yaitu dari 86,85% pada tahun 2013 dan menjadi 85,35% di tahun 2016. Meskipun mengalami penurunan di tahun 2016, cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 pada tahun 2016 telah memenuhi target rencana strategi (Renstra) Kemenkes sebesar 74%. (Kemenkes RI, 2017).

Pada tahun 2016 di Sumatera Utara cakupan pelayanan *antenatal* K1 sebesar 94,4% dan K4 sebesar 89,6%. Cakupan tersebut mengalami penurunan bila dibandingkan pada tahun 2014 yaitu K1 sebesar 107,9% dan K4 sebesar 102,5%. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2015 yaitu 101,5% dan mengalami penurunan di tahun 2016 menjadi 90,3%. Cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (KF3) di tahun 2015 yaitu 100,7% dan menurun pada tahun 2016 menjadi 89,8%. Capaian Kunjungan *Neonatal* pertama (KN1) di tahun 2015 adalah 94,52 yaitu jumlah bayi baru lahir, yang memperoleh pelayanan sesuai standar sebesar 44,934 bayi, dibandingkan dengan jumlah sasaran bayi sebesar 47,541 bayi pada tahun 2016. Adapun cakupan kunjungan *Neonatal* Lengkap (KN3) adalah 93,99% yaitu jumlah bayi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar pada tahun 2016. Cakupan peserta KB aktif adalah pasangan usia subur yang saat ini menggunakan alat kontrasepsi suntik sebanyak 33,9%, pil sebanyak 30,1%, dan metode operasi pria (MOP) sebanyak 1,1%. (Dinkes Medan, 2016)

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca

persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan, Capaian kunjungan nifas 2016 menurut provinsi di Indonesia 84,41% dan lebih rendah dibandingkan tahun 2015 sebesar 87,06%. (Kemenkes RI, 2016)

Keterkaitan manfaat Keluarga Berencana (KB) dengan penurunan AKI, maka Persentase peserta KB aktif terhadap pasangan usia subur di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 74,8%. (Kemenkes RI, 2016)

Asuhan kehamilan mengutamakan kesinambungan pelayanan (*continuity of care*). Sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang profesional yang sama atau dari satu team kecil tenaga profesional, sebab dengan begitu maka perkembangan kondisi mereka setiap saat akan terpantau dengan baik (Walyani, 2016).

Menurut WHO, standar minimal asuhan *antenatal care* yaitu mencakup 10T. Dalam pencampaian 10T tersebut Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Jurusan Kebidanan Medan berkolaborasi dengan Praktek Mandiri Bidan (PMB) yang telah melaksanakan pelayanan ANC dengan 10T. Salah satu PMB yang sudah melaksanakan 10T dalam pelayanan ANC adalah Praktek Mandiri Bidan Suryani Medan Johor yaitu Timbang berat badan, mengukur tekanan darah, periksa status gizi, Imunisasi TT, pemberian tablet FE, pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU), menentukan presentasi janin dan DJJ, tes laboratorium, tata laksana dan temu wicara. Selain itu PMB Suryani juga memiliki *Memorandum of Understanding* (MOU) terhadap institut dan sudah memiliki perizinan dan penyelenggaraan praktik bidan sesuai dengan Permenkes No.28 tahun 2017.

Berdasarkan uraian diatas melatar belakangi penulis untuk melakukan asuhan yang komprehensif dan berkesinambungan pada Ny.R usia 30 tahun G1P0A0 kehamilan Trimester III sampai penggunaan alat kontrasepsi di PMB Suryani, medan johor.

## **B. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan**

Adapun ruang lingkup yang diberikan penulis adalah pada ibu hamil Trimester III dengan Ny. R usia 30 tahun G1P0A0 dari mulai hamil sampai dengan pelayanan KB berdasarkan *continuity of care*.

## **C. Tujuan Penyusunan LTA**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan asuhan kebidanan pada Ny.R secara *continuity of care* mulai dari masa hamil, bersalin, nifas, neontaus, dan KB dengan menggunakan pendekatan dengan manajemen SOAP di PMB suryani.

### **2. Tujuan Khusus**

1. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil pada Ny. R berdasarkan standart 10T
2. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin pada Ny. R sesuai standart APN
3. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu nifas padaNy. R sesuai standar PNC
4. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir pada bayi Ny. Rsesuai standar asuhan bayi baru lahir dengan kunjungan neonatus
5. Melaksanakan asuhan kebidanan pada keluarga berencana pada Ny.R sesuai standar pelayanan keluarga berencana dengan metode konseling
6. Melaksanakan pendokumentasian asuhan kebidanan sesuai dengan metode SOAP

## **D. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan**

### **1. Sasaran**

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny. R Trimester III

G1P0A0 dengan memperhatikan *continuity of care* mulai dari kehamilan Trimester III, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

## **2. Tempat**

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah PMB Suryani Medan Johor.

## **3. Waktu**

Waktu yang diperlukan mulai dari penyusunan laporan sampai memberikan asuhan kebidanan di mulai dari Januari sampai April 2019.

# **E. Manfaat**

## **1. Manfaat Teoritis**

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Menambah sumber informasi, referensi dan bahan bacaan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Program D-III Kebidanan Medan.

### **2. Bagi Penulis**

Menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam menerapkan manajemen kebidanan dengan memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* atau berkesinambungan pada ibu hamil sampai dengan keluarga berencana

## **2. Manfaat Praktis**

### **1. Bagi penulis**

Dapat mempraktekkan teori yang didapat secara langsung dilapangan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

### **2. Bagi Lahan Praktik**

Dapat dijadikan sebagai acuan untuk dapat mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara komprehesif dan untuk tenaga kesehatan dapat memberikan ilmu yang dimiliki serta mau membimbing kepada

mahasiswa tentang cara memberikan asuhan yang berkualitas.

### 3. Bagi Klien

Terpantaunya klien secara efektif mulai kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana serta dapat menambah wawasan klien umumnya dalam perawatan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Kehamilan**

#### **1. Konsep Dasar Kehamilan**

##### **1.1 Pengertian Kehamilan**

Kehamilan adalah hasil dari “kencan” *sperma* dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan *sperma* untuk menemui sel telur (*ovum*) betul-betul penuh perjuangan. Dari sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan, hanya sedikit yang survive dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang sedikit itu, Cuma 1 *sperma* saja yang membuahi sel telur (Walyani, 2016).

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.

Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester :

Trimester I : 0-12 minggu

Trimester II : 13-27 minggu

Trimester III : 28-40 minggu

##### **1.2 Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologi Pada Ibu Hamil Trimester III**

Menurut Romauli, 2017, perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis