

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masih banyak wanita di seluruh dunia yang menderita dan meninggal akibat masalah kesehatan selama masa kehamilan dan persalinan. Diperkirakan pada tahun 2015, sebanyak 303.000 wanita di seluruh dunia meninggal akibat masalah kesehatan pada ibu (WHO, 2018).

Secara umum, terjadi penurunan AKI di Indonesia selama periode tahun 1991-2015 dari 390 menjadi 305 (Profil Kesehatan RI, 2017). Namun, AKI di Indonesia masih cukup tinggi ketimbang negara-negara lain di kawasan ASEAN. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, AKI di Indonesia berada pada angka 305/100.000 KH. Situasi ini tentu membutuhkan kerja keras bersama untuk terus menurunkan AKI dan AKB di Indonesia sebagaimana target yang ditetapkan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs). Pada tahun 2016 Kementerian Kesehatan menggunakan program SDGs yang merupakan program berkelanjutan sampai tahun 2030. Dibawah naungan SDGs, negara-negara sepakat untuk mengurangi AKI hingga 70/100.000 KH dan AKB hingga 12/1000 KH pada tahun 2030 (Kemenkes, 2017).

Ditinjau berdasarkan hasil laporan profil kesehatan kabupaten/kota, jumlah kematian ibu pada tahun 2016 dilaporkan tercatat sebanyak 239 kematian. Namun, bila dikonversi, maka berdasarkan profil kesehatan Kabupaten/kota maka AKI Sumatera Utara adalah sebesar 85/100.000 KH. Angka tersebut jauh berbeda dan diperkirakan belum menggambarkan AKI yang sebenarnya pada populasi, terutama bila dibandingkan dari hasil Sensus Penduduk 2010. AKI di Sumatera Utara sebesar 328/100.000 KH, namun masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka nasional hasil SP 2010 yaitu sebesar 259/100.000 KH. Sedangkan berdasarkan hasil Survey AKI dan AKB yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dengan FKM-USU tahun 2010 menyebutkan bahwa AKI di Sumatera Utara adalah sebesar 268 per 100.000 KH. Berdasarkan estimasi tersebut, maka angka kematian ibu ini belum mengalami penurunan berarti hingga tahun 2016 (Profil Kesehatan Sumut, 2016).

Data terbaru yang didapat menunjukkan bahwa sebagian besar negara maju dan penduduknya rata-rata berpenghasilan tinggi dan menengah lebih dari 90% dari semua kelahiran sangat dipengaruhi oleh adanya Bidan terlatih, Dokter, dan Perawat ahli, dan kurang dari setengah kelahiran pada beberapa negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah dibantu oleh kehadiran tenaga kesehatan yang terlatih (WHO, 2018).

Salah satu penyebab AKI adalah rendahnya pengetahuan kaum perempuan, khususnya ibu hamil, yang disebabkan oleh minimnya informasi yang diterima. Determinan lainnya yang menyebabkan tingginya AKI adalah 4 terlalu, yakni terlalu muda, terlalu sering, terlalu dekat, dan terlalu tua (Kemenkes, 2017).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyarankan supaya setiap wanita hamil memulai dan melakukan perawatan antenatal pertama di trimester pertama kehamilan yang disebut sebagai perawatan antenatal dini. Perawatan ini merupakan pencegahan dini dari kondisi yang dapat berdampak buruk bagi kehamilan sehingga berpotensi mengurangi resiko komplikasi bagi ibu dan bayi selama masa kehamilan dan setelah kelahiran (WHO, 2018).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan 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, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Profil Kesehatan RI, 2017).

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standart 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.

Selama tahun 2006 sampai tahun 2017 cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 cenderung meningkat dari 79,63 % di tahun 2006 menjadi 87,3% di tahun 2017 (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2018). Jika dibandingkan dengan target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2017 yang sebesar 76%, capaian tahun 2017 telah mencapai target tahun tersebut meskipun masih terdapat 11 provinsi yang belum mencapai target.

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 tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai hari ke-42 pasca persalinan (Profil Kesehatan RI, 2017).

Dunia telah membuat perubahan yang hebat dalam upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dengan tingkat kematian global dari 93 per 1000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 1990 menjadi 41 per 1000 KH di tahun 2016. Namun demikian, setiap hari disepanjang tahun 2016, ada sebanyak 15.000 anak meninggal sebelum mencapai umur lima tahun. Anak memiliki peluang menghadapi resiko kematian tertinggi dalam bulan pertama kehidupannya dengan 2,6 juta Bayi Baru Lahir (BBL) meninggal pada tahun 2016 (WHO, 2018).

Jumlah kasus kematian bayi di Indonesia turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007 di tahun 2016. Dan di tahun 2017 sebanyak 10.294 kasus kematian pada bayi (Kemenkes, 2017).

Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota tahun 2016, dari 281.449 bayi lahir hidup, jumlah bayi yang meninggal sebanyak 1.132 bayi sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan angka ini maka secara kasar dapat diperhitungkan perkiraan Angka Kematian Bayi (AKB) di Sumatera Utara tahun 2016 yakni 4/1.000 Kelahiran Hidup (KH). Rendahnya angka ini dimungkinkan oleh kasus-kasus kematian yang dilaporkan hanyalah kasus kematian yang terjadi di sarana pelayanan kesehatan, sedangkan kasus-kasus kematian yang terjadi di masyarakat belum sepenuhnya dilaporkan (Profil Kesehatan SUMUT, 2016).

Angka kematian bayi di kota Medan dilaporkan sebesar 0,09/1.000 KH artinya terdapat 0,1 bayi mati per 1.000 kelahiran hidup pada tahun tersebut. Sedangkan jumlah kematian bayi tersebut adalah sebanyak 9 bayi dari 47.541 KH. Adanya penurunan jumlah kematian dari tahun sebelumnya (2015) yakni dilaporkan sebesar 0,28/1.000 KH artinya terdapat 0,28 bayi mati per 1.000 kelahiran hidup pada tahun tersebut dengan jumlah kematian bayi sebanyak 14 bayi dari 49.251 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kota Medan, 2016).

Sebagian besar kematian ini terjadi pada minggu pertama setelah kelahiran. Prematuritas, asfiksia lahir, dan trauma kelahiran merupakan tiga perempat dari semua penyebab kematian pada neonatus (WHO, 2018).

Upaya kesehatan neonatal dan anak diharapkan mampu menurunkan angka kematian bayi. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1 merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi resiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir yang meliputi antara lain kunjungan menggunakan pendekatan Manajemen terpadu Balita Muda (MTBM) termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K injeksi dan Hepatitis B0 injeksi bila belum diberikan.

Capaian KN1 Indonesia pada tahun 2017 sebesar 92,62% lebih tinggi dari tahun 2016 yakni sebesar 91,14%. Capaian ini sudah memenuhi target Renstra 2017 yang sebesar 81% (Profil Kesehatan RI, 2017).

Dalam rangka upaya percepatan penurunan AKI dan AKB maka pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) yang diharapkan bisa menekan AKI dan AKB sebesar 25%. Program EMAS berupaya menurunkan AKI dan AKB melalui : 1) meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONED dan 2) memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Profil Kesehatan RI, 2017).

Dalam usaha meningkatkan kelangsungan hidup serta kualitas hidup ibu dan anak dilakukan dengan upaya peningkatan *Continuum of Care the Life Style* dan *Continuum of Care the Pathway*, yang menekankan bahwa upaya promotif dan

preventif sama pentingnya dengan upaya kuratif dan rehabilitatif pada tiap siklus kehidupan dan tiap level pelayanan. *Continuum of Care the Life Style* artinya pelayanan yang diberikan pada siklus kehidupan mulai dari prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, bayi, balita, anak prasekolah, anak sekolah, remaja, dewasa, hingga lansia. *Continuum of Care the Pathway* artinya penatalaksanaan yang meliputi tempat pelaksanaan dan level pencegahan, integritas program, pembiayaan dan *stakeholder*, terkait peran serta dari profesi dan perguruan tinggi. Jika pendekatan intervensi *Continuum of Care* ini dilaksanakan maka akan memberi dampak yang signifikan terhadap kelangsungan dan kualitas hidup ibu dan anak (Pusdiklatnakes Kemenkes, 2015).

Berdasarkan survey yang saya lakukan di Praktik Mandiri Bidan Suryani pada bulan Januari-Maret 2019 diperoleh data ada sebanyak 121 ibu hamil yang melakukan pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC), yang melahirkan sebanyak 12 orang, yang melakukan kunjungan KB sebanyak 7 pasangan Usia Subur (PUS).

PMB Suryani beralamat di Jln. Luku I No.71, Kel. Kwala Bekala, yang dipimpin oleh Bidan Suryani, SST, M.Kes merupakan klinik dengan standar 10T. PMB ini memiliki *Memorandum of Understanding* (MoU) dengan Institusi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Medan, Jurusan Kebidanan, prodi D-III Kebidanan Medan dan merupakan lahan praktik asuhan kebidanan mahasiswa.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis akhirnya memilih salah satu ibu hamil trimester III yang memeriksakan kehamilannya di PMB Suryani untuk melakukan asuhan secara berkelanjutan (*Continuum of Care*) sebagai subjek penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA).

B. Identifikasi Ruang Lingkup Asuhan

Berdasarkan ruang lingkup asuhan kebidanan ini diberikan kepada Ny.V G4P3A0 usia kehamilan 29-42 minggu dimulai dari kehamilan trimester III, bersalin, nifas, neonatus, dan pelayanan keluarga berencana (KB) secara *Continuum of Care*.

C. Tujuan Penulisan LTA

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan pendekatan dan memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan (*Continuum of Care*) pada ibu hamil trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dengan pendokumentasian menggunakan SOAP.

2. Tujuan Khusus

1. Melaksanakan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.V
2. Melaksanakan asuhan kebidanan persalinan pada Ny.V
3. Melaksanakan asuhan kebidanan nifas pada Ny.V
4. Melaksanakan asuhan kebidanan BBL pada bayi Ny.V
5. Melaksanakan asuhan kebidanan KB pada Ny.V
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan dengan metode pendokumentasian SOAP

D. Sasaran, Tempat, dan Waktu Asuhan Kebidanan

1. Sasaran

Sasaran subjek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny.V G4P3A0 usia kehamilan 29 minggu dengan memperhatikan *Continuum of Care* mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

2. Tempat

Tempat yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah lahan praktek yang telah memiliki MoU dengan Institusi Pendidikan, yaitu klinik Siti Tiarmin di Kelurahan Kwala Bekala.

3. Waktu

Waktu yang diperlukan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir ini yaitu dimulai dari Januari hingga Maret 2019.

E. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Institusi

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

b. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam menerapkan manajemen kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil sampai dengan keluarga berencana secara *Continuum of Care* sehingga saat bekerja di lapangan dapat melakukan secara sistematis, guna meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Lahan Praktik

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

b. Bagi Klien

Untuk memberikan informasi dan mendapatkan pelayanan tentang kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB.