

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sekitar 830 wanita diseluruh dunia meninggal setiap hari karena komplikasi kehamilan dan persalinan pada tahun 2015. 99% kematian ibu terjadi di Negara berkembang, terutama pada wanita yang tinggal di daerah pedesaan dan diantara kalangan miskin. Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah karena solusi perawatan kesehatan untuk mencegah atau mengelola komplikasi sudah diketahui, sehingga kematian ibu diseluruh dunia turun sekitar 44% antara tahun 1990 dan 2015 atau dari 216 per 100.000 kelahiran hidup kurang menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2018).

Hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 22,23 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan profil kesehatan R.I Kab/Kota jumlah kematian ibu pada tahun 2016 dilaporkan tercatat sebanyak 205 kematian. Namun bila dikonversi maka AKI Sumatera Utara adalah sebesar 85 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB di Sumatera Utara tahun 2016 yaitu 2,6 per 1.000 kelahiran hidup (Pusdiklatnakes Kemenkes, 2016).

Kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung obstetri yaitu kematian ibu yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas (hipertensi pada kehamilan 32%, komplikasi *puerperium* 31%, perdarahan *postpartum* 20%, lain-lain 7%, abortus 4%, perdarahan *antepartum* 3%, kelainan *amnion* 2%, dan partus lama 1%). Salah satu kontribusi kematian ibu juga disebabkan oleh 4 terlalu (terlalu muda, terlalu sering, terlalu pendek jarak kehamilan, terlalu tua) dan 3 terlambat (terlambat deteksi dini tanda bahaya, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat mendapat pertolongan yang adekuat (Dinkes Prov Sumut, 2018).

Pada tahun 2012 Kementrian 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, Sumatera 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 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 (Dinkes Prov Sumut, 2018).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan cara menjamin agar setiap ibu 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 Sumut, 2018)

Di Indonesia pada tahun 2016, cakupan pelayanan ibu hamil K4 sebesar 85,75% yang artinya telah memenuhi target rencana strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan sebesar 74%, cakupan di fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 80,61% dan secara nasional indikator tersebut telah memenuhi target renstra sebesar 77%, cakupan kunjungan Neonatal (KN1) sebesar 91,14%, yang artinya telah memenuhi target Renstra yang sebesar 78%, cakupan kunjungan Nifas (KF3) mengalami penurunan pada tahun 2016 sebesar 84,41%, yaitu lebih rendah dibanding tahun 2015 sebesar 87,06% dan persentase peserta KB aktif terhadap pasangan usia subur (PUS) pada tahun 2016 sebesar 74,80% (Pusdiklatnakes Kemenkes, 2017).

Upaya meningkatkan kelangsungan hidup serta kualitas ibu dan anak dilakukan dengan peningkatan *continuity of care* dan *continuum* 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* artinya pelayanan yang diberikan berkesinambungan dimulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana. *Continuity of care* artinya penatalaksanaan yang meliputi tempat pelaksanaan dan level pencegahan, integrasi program, pembiayaan dan *stakeholder* terkait peran serta dari profesi dan perguruan tinggi. Jika pendekatan intervensi *continuum of care* ini dilaksanakan maka akan memberi dampak signifikan terhadap kelangsungan dan kualitas hidup ibu dan anak (Pusdiklatnakes Kemenkes, 2016).

Dengan melakukan survey di Klinik Siti Tiarmin Ginting yang beralamat di Jl. Pintu Air VI No 128 kel. Kwala bekala, Medan Johor pada Januari tahun 2019 memiliki dokumentasi ANC sebanyak 25 orang, INC sebanyak 15 orang, dan penggunaan KB sebanyak 28 orang. (Klinik Siti Tiarmin).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*) pada Ny. S usia 38 tahun G₃P₂A₀ dimulai dari

masa hamil trimester III, bersalin, nifas, dan KB sebagai Laporan Tugas Akhir (LTA) di Klinik Siti Tiarmin Ginting.

B. Ruang Lingkup Asuhan

Berdasarkan ruang lingkup asuhan kebidanan ini diberikan kepada Ny. S, G₃P₂A₀, usia kehamilan 32 minggu di Klinik Siti Tiarmin Ginting, mulai dari hamil trimester III, , bersalin, nifas, neonatus, hingga menggunakan alat kontrasepsi secara *continuity of care*.

C. Tujuan Penyusunan LTA

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 pendokumentasian menggunakan SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III dengan 10T
- b. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu nifas
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu yang ingin menggunakan Kontrasepsi
- f. Melaksanakan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.

D. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan

1. Sasaran

Sasaran subyek asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny. S G₃P₂A₀, usia kehamilan 32 minggu dengan memperhatikan *continuity of care*, mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.

2. Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu adalah lahan praktek yang telah memiliki MoU dengan Institusi Pendidikan, yaitu Klinik Siti Tiarmin Ginting, Jl. Pintu Air IV No 128, Kec. Kwala bekala, Medan Johor

3. Waktu

Waktu yang diperlukan untuk menyusun Laporan Tugas Akhir ini yaitu dimulai dari Februari hingga Mei 2019.

E. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan pengembangan materi yang telah diberikan baik didalam Perkuliahan dan maupun dalam Prakti Lapangan agar dapat menerapkan secara langsung Asuhan Kebidanan pada ibu Hamil, Bersalin, Neonatus, Nifas, dan Keluarga Berencana dengan pendekatan manajemen Kebidana yang sesuai dengan Standar pelayanan kebidanan, sebagai bahan dokumentasi diperpustakaan Poltekkes Kemenkes RI Medan Jurusan Kebidanan Medan, dan untuk memberikan informasi pengetahuan dan ilmu bagi peserta didik lain nya.

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 *continuity 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 kebidanan tentang kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB.