

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesejahteraan suatu bangsa dipengaruhi oleh kesejahteraan ibu dan anak, kesejahteraan ibu dan anak dipengaruhi oleh proses kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan juga pada saat pemakaian alat kontrasepsi. Proses tersebut akan menentukan kualitas sumber daya manusia yang akan datang. Pelayanan kesehatan maternal neonatal merupakan salah satu unsur penentu status kesehatan (Saifuddin, 2013). Kontinuitas perawatan ibu dan anak berakar dari kemitraan klien dan bidan dalam jangka panjang dimana bidan mengetahui riwayat klien dari pengalaman dan hasil penelusuran informasi sehingga dapat mengambil suatu tindakan (Cunningham, 2013).

Asuhan *Continuity of Care* (COC) merupakan asuhan secara berkesinambungan dari hamil sampai dengan Keluarga Berencana (KB) sebagai upaya penurunan AKI dan AKB. Kematian ibu dan bayi merupakan ukuran terpenting dalam menilai indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di Indonesia, namun pada kenyataannya ada juga persalinan yang mengalami komplikasi sehingga mengakibatkan kematian ibu dan bayi (Estiningtyas & Nuraisya, 2013). Angka kematian ibu (AKI) adalah jumlah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera. Angka kematian Bayi (AKB) adalah angka probabilitas untuk meninggal di umur antara lahir dan 1 tahun dalam 1000 kelahiran hidup (*World Health Organization*, 2015).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan suatu negara. Menurut *World Health Organization* (WHO) AKI sangat tinggi sekitar 830 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Sekitar 303.000

wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Angka kematian ibu di negara berkembang adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara maju. AKI menjadi indikator dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan masih fokus dalam upaya menurunkan AKI. Komitmen global menyepakati dalam SDGs untuk mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2030 (*World Health Organization*, 2015).

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang. Angka kematian ibu di Indonesia sampai saat ini masih tinggi hal tersebut merupakan masalah kesehatan yang belum dapat diatasi secara tuntas. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus tahun 2015 dalam Profil Kesehatan Indonesia (2017), kematian ibu mengalami penurunan dari 359 pada tahun 2012 menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Angka kematian ibu saat ini masih jauh dari target SDGs pada tahun 2030 yaitu angka kematian ibu sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2016).

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi DIY tahun 2020, Angka Kematian Ibu (AKI) di Kota Yogyakarta tahun 2015 sampai 2019 mengalami penurunan yaitu 125 menjadi 119.8 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Yogyakarta selama periode 2015 sampai 2019 mengalami penurunan yaitu dari 8.2 menjadi 7.18 per 1000 kelahiran hidup. Kasus terbanyak ada di Kabupaten Bantul. Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Bantul tahun 2015 sampai 2019, angka kematian ibu di Kabupaten Bantul yaitu 99,45/100.000 Kelahiran Hidup atau sejumlah 13 kasus (Dinas Kesehatan DIY, 2020).

Penyebab utama kematian ibu di Indonesia pada tahun 2014 sampai 2015 yaitu perdarahan 31%, hipertensi dalam kehamilan (HDK) 26%, infeksi 6%, gangguan sistem perdarahan 6,9%, gangguan metabolik 1,33%, dan lain-lain 28,4%. Penyebab kematian ibu dapat diminimalisir apabila kualitas *antenatal care* dilaksanakan dengan baik (Badan Pusat Statistik, 2016). Jumlah kematian ibu di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2017 angka

kematian ibu ada 34 kasus, penyebab kematian ibu disebabkan oleh penyakit jantung 28%, perdarahan 14%, sepsis 14%, preeklampsia 8%, kejang hipoksia 8%, hipertiroid 6%, pneumonia 5%, eklampsia, emboli, syok hipovolemik dan belum diketahui masing-masing sebesar 3% (Dinas Kesehatan DIY, 2017).

Cephalopelvic Disproportion (CPD) merupakan keadaan patologis yaitu suatu keadaan yang timbul karena tidak adanya keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janin yang disebabkan oleh panggul sempit atau janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul. Menurut statistik tentang 3.509 kasus SC yang disusun oleh Peel dan Chamberlain, indikasi untuk SC adalah *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) 21%, gawat janin 14%, plasenta previa 11%, pernah SC 11%, kelainan letak janin 10% (Wiknjosastro & Hanifa, 2012).

Menurut Kementerian Kesehatan tahun 2018, jumlah persalinan dengan metode SC pada perempuan di Indonesia mencapai 17,6% dari keseluruhan jumlah persalinan. Terdapat pula beberapa gangguan/komplikasi persalinan pada perempuan di Indonesia mencapai 23,2% dengan rincian posisi janin melintang/sungsang sebesar 3,1%, perdarahan sebesar 2,4%, kejang sebesar 0,2%, ketuban pecah dini sebesar 5,6%, partus lama sebesar 4,3%, lilitan tali pusat sebesar 2,9%, plasenta previa sebesar 0,7%, plasenta tertinggal sebesar 0,8%, hipertensi sebesar 2,7%, dan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) sebesar 4,6% (Kemenkes RI, 2018).

Cephalopelvic Disproportion (CPD) yaitu suatu keadaan yang timbul karena tidak adanya keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janin disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul ataupun kombinasi keduanya. Setiap penyempitan diameter panggul yang mengurangi kapasitas pelvis dapat mengakibatkan distosia selama persalinan. Panggul sempit bisa terjadi pada pintu atas panggul, *midpelvis*, atau pintu bawah panggul, atau umumnya kombinasi dari ketiganya. Karena CPD bisa terjadi pada tingkat *pelvic inlet*, *outlet* dan *midlet* diagnosisanya bergantung pada pengukuran ketiga hal tersebut yang

dikombinasikan dengan evaluasi ukuran kepala janin. Panggul sempit disebut sebagai salah satu kendala dalam melahirkan secara normal karena menyebabkan *obstructed labor* yang insidensinya adalah 1-3% dari persalinan. Apabila persalinan dengan panggul sempit dibiarkan berlangsung sendiri tanpa pengambilan tindakan yang tepat, timbul bahaya pada ibu dan janin. Bahaya pada ibu dapat berupa partus lama yang dapat menimbulkan dehidrasi serta asidosis, dan infeksi intrapartum, ruptur uteri mengancam serta resiko terjadinya fistula vesikoservikalis, atau fistula vesikovaginalis, atau fistula rektovaginalis karena tekanan yang lama antara kepala janin dengan tulang panggul. Sedangkan bahaya pada janin dapat berupa meningkatkan kematian perinatal, dan perlukaan pada jaringan di atas tulang kepala janin bahkan bisa menimbulkan fraktur pada *os parietalis* (Cunningham, 2018).

Masih tingginya angka kematian ibu dan bayi maka diperlukan asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care (COC)* mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana. *COC* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan terus-menerus antara seorang wanita dengan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus-menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum. *COC* adalah suatu proses dimana pasien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi, biaya perawatan medis yang efektif. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan *antenatal care* terpadu minimal 4 kali selama masa kehamilan (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan latar belakang diharapkan dapat mengidentifikasi permasalahan yang dialami oleh klien sehingga dapat dilakukan asuhan secara tepat, penulis tertarik untuk melakukan penerapan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity of care*) pada ibu hamil trimester III, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan pemilihan keluarga berencana. maka penulis

melakukan penyusunan *continuity of care* pada pasien Ny. S G₁P₀A₀AH₀ dari masa kehamilan sampai keluarga berencana di Puskesmas Kasihan I.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengimplementasikan asuhan kebidanan berkesinambungan *continuity of care* dengan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan serta mendokumentasikan hasil Asuhannya Kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kasus pada Ny. S sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosis, masalah dan kebutuhan berdasarkan data subyektif dan data obyektif pada Ny. S sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.
- c. Mahasiswa mampu menentukan diagnosis potensial dan masalah potensial pada Ny. S sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.
- d. Mahasiswa mampu melakukan antisipasi tindakan dan kebutuhan segera pada Ny. S sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.
- e. Mahasiswa mampu melakukan perencanaan tindakan untuk menangani kasus pada Ny. S sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.
- f. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi dalam menangani kasus pada Ny. S sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.

- g. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian kasus pada Ny. S sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care* dengan metode SOAP.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan ini adalah pelaksanaan asuhan kebidanan berkesinambungan yang berfokus pada masalah kesehatan pada masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, masa nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa Profesi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara *continuity of care* terhadap ibu hamil, bersalin, masa nifas, bayi baru lahir sampai neonates dan keluarga berencana
2. Bagi Bidan Puskesmas Kasihan I
Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, masa nifas, bayi baru lahir sampai neonates dan keluarga berencana berupa pemberian pendidikan kesehatan serta sebagai skrining awal untuk menentukan asuhan kebidanan berkesinambungan yang sehat.
3. Bagi Pasien, Keluarga dan Masyarakat Wilayah Puskesmas Kasihan I
Menambah pengetahuan dan wawasan bagi pasien, keluarga dan masyarakat tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir sampai neonates, masa nifas, neonatus dan keluarga berencana, sehingga mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawat daruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas di masyarakat.