

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kehamilan yang sehat membutuhkan persiapan fisik dan mental, oleh karena itu perencanaan kehamilan harus dilakukan sebelum masa kehamilan. Proses kehamilan yang direncanakan dengan baik akan berdampak positif pada kondisi janin dan adaptasi fisik dan psikologis ibu pada kehamilan menjadi lebih baik. 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 & Nuraisyah, 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 ini jauh dari target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015 yaitu angka kematian ibu sebesar 102 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. (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%, pneunomia 5%, eklampsia, emboli, syok hipovolemik dan belum diketahui masing-masing sebesar 3% (Dinas Kesehatan DIY, 2017).

Kehamilan lewat tanggal atau postdate pregnancy adalah kehamilan yang terjadi lebih lama dari pada tanggal taksiran persalinan (Alexander, 2000). Postdate pregnancy terjadi dalam jangka waktu >40 minggu sampai dengan 42 minggu (Berkowitz, 2008). Kehamilan lebih dari 41 minggu yang belum menunjukkan tanda-tanda persalinan akan berlanjut menjadi kehamilan lewat bulan (postterm). Kehamilan postterm merupakan kehamilan yang berlangsung lebih atau sama dari 42 minggu (294 hari) sejak awal periode haid yang diikuti oleh ovulasi 2 minggu kemudian. Menurut Cunningham (2014), Angka kejadian kehamilan postterm yang dilaporkan bervariasi antara 4–14% dari semua kehamilan dengan rata-rata 10% (Cunningham et al, 2014)

IUGR (*Intra uterine Growth Retiction* adalah berat badan bayi baru kurang dari persentil 10 untuk usia kehamilan bayi, dalam artian bayi baru lahir berukuran lebih kecil dengan usia kehamilannya (Pranoto, Ibnu dkk. 2012 )

Prevalensi IUGR di dunia adalah 6 kali lebih tinggi di negara berkembang, (75%) di antaranya berada di Asia. Menurut data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2013, prevalensi IUGR di Indonesia meningkat sekitar 30-40%. Angka pasti insiden IUGR sulit diketahui karena pencatatan tentang usia gestasi tidak tersedia di negara yang sedang berkembang (Winkjosastro 2008).

Pencatatan prevalensi IUGR tidak ada di Indonesia. Pemerintah, Dinas Kesehatan, maupun lembaga riset hanya mempublikasikan angka kejadian

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), tanpa mengklasifikasikan usia gestasi dan diagnosa pendukungnya. Tidak semua BBLR dikategorikan IUGR, karena beberapa bayi prematur meskipun berat badan lahirnya <2500gr akan tetapi pertumbuhannya sesuai dengan usia gestasinya. Sedangkan IUGR adalah ketidakmampuan janin dalam mencapai pertumbuhan normalnya, baik dalam kondisi preterm, term, maupun postterm.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 persentase BBLR di Indonesia mencapai 10,2%. Persentase BBLR tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Tengah dan terendah di Sumatra Utara, sementara di Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki persentase 9,4%. Dinas kesehatan dan kesejahteraan sosial D.I Yogyakarta menyebutkan bahwa pada tahun 2013 jumlah BBLR sebesar 2.148 kasus, dan Kabupaten Sleman merupakan wilayah dengan kasus BBLR tertinggi yang mencapai 661 kasus ( 4,3 % ), kasus BBLR tertinggi kedua adalah Kabupaten Gunung Kidul 519 kasus ( 6,4% ), kemudian diikuti oleh Kabupaten Bantul 469 kasus ( 3,5 %), Kabupaten Kulon Progo 322 kasus (6,1 %) dan kota Yogyakarta 277 kasus ( 5,2 %). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, terdapat peningkatan prevalensi BBLR di Sleman tahun 2015 yaitu sebanyak 823kasus (5,82%)

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 professional 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 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. DL G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>0</sub> dari masa kehamilan sampai keluarga berencana di Puskesmas Wates Kulon Progo.

## **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. DL sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosa/masalah kebidanan dan masalah potensial berdasarkan data subyektif dan data obyektif pada Ny. DL sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.
- c. Mahasiswa mampu menentukan kebutuhan segera pada Ny. DL sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.
- d. Mahasiswa mampu melakukan perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada Ny. DL sejak masa hamil, bersalin, bayi baru lahir

sampai neonatus, nifas dan keluarga berencana secara *continuity of care*.

- e. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan untuk menangani kasus pada Ny. DL 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. DL 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. DL 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, 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, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
2. Bagi Prodi Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Laporan studi kasus ini dapat menjadi tambahan bahan pustaka agar menjadi sumber bacaan sehingga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi mahasiswa terhadap tata laksana kasus secara *continuity of care*.
3. Bagi Bidan Puskesmas Wates Kulon Progo  
Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana berupa pemberian

pendidikan kesehatan serta sebagai skrining awal untuk menentukan asuhan kebidanan berkesinambungan yang sehat.

4. Bagi Pasien, Keluarga dan Masyarakat Wilayah Puskesmas Wates Kulon Progo

Menambah pengetahuan dan wawasan bagi pasien, keluarga dan masyarakat tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan keluarga berencana, sehingga mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawat daruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas di masyarakat.

