

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator terpenting dalam menilai derajat kesehatan suatu masyarakat. AKI mencerminkan jumlah perempuan yang kehilangan nyawa mereka terutama akibat kondisi terkait kehamilan atau perawatannya (tidak termasuk kecelakaan atau kejadian insidental) selama periode kehamilan, persalinan, dan masa nifas (42 hari setelah melahirkan), diukur per 100.000 kelahiran hidup. Dengan kata lain, AKI memberikan gambaran tentang seberapa aman dan efektifnya proses kehamilan, persalinan, dan paska persalinan bagi wanita di suatu wilayah atau populasi tertentu².

Salah satu target atau kesepakatan bersama *Global sustainable Development Goals* (SDGs) 2015-2030 berkomitmen untuk menurunkan AKI dan AKB. Target SDGs 2030 yaitu AKI kurang dari 70 per 100 ribu kelahiran dan AKB 12 per 1000 kelahiran hidup³. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih menjadi tantangan serius, dengan catatan 189 per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan Sensus Penduduk 2020 dan peningkatan jumlah kematian ibu dari 4.005 kasus (2022) menjadi 4.129 kasus (2023), menempatkan Indonesia pada posisi kedua AKI tertinggi di ASEAN⁴. Di tingkat Provinsi DIY, kondisi ini relatif lebih baik dengan AKI sebesar 62,72 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023, angka ini lebih rendah dari angka nasional². Di Kabupaten Sleman, tren AKI menunjukkan perbaikan bertahap dari 363,40 per 100.000 KH pada tahun 2021 menjadi 67,79 per 100.000 KH pada tahun 2024, sementara AKB tercatat 6,44 per 1.000 KH dengan penyebab utama BBLR/prematuritas dan kelainan kongenital termasuk yang berkaitan dengan oligohidramnion

Angka kematian ibu yang tinggi di Indonesia salah satunya disebabkan oleh komplikasi kebidanan yang dialami oleh ibu yang tidak tertangani dengan baik dan tepat waktu. Komplikasi tersebut dapat terjadi di sepanjang mas

kehamilan, persalinan dan nifas. Menurut World Health Organization (WHO) komplikasi yang terjadi pada kehamilan yaitu anemia, tekanan darah tinggi, diabetes gestational, hiperemesis gravidarum, plasenta previa, solusio plasenta, preeklamsia, persalinan prematur, ketuban pecah dini dan oligohidramnion. Oligohidramnion didefinisikan sebagai volume cairan amnion di bawah persentil ke-5 untuk usia kehamilan, atau secara kuantitatif ditandai dengan Amniotic Fluid Index (AFI) kurang dari 5 cm atau single deepest pocket (SDP) kurang dari 2 cm pada pemeriksaan ultrasonografi⁵. Kondisi ini dilaporkan terjadi pada sekitar 0,5–5,5% dari seluruh kehamilan dan meningkat secara signifikan pada kehamilan post-term⁶. Volume cairan amnion yang normal berkisar antara 500–1000 mL pada trimester ketiga kehamilan, dengan puncaknya sekitar 800 mL pada usia kehamilan 36–38 minggu⁷.

Oligohidramnion berkontribusi secara bermakna terhadap morbiditas dan mortalitas perinatal di semua tingkatan. Kondisi ini berkaitan erat dengan peningkatan risiko gawat janin, kompresi tali pusat, hipoplasia paru, intrauterine growth restriction (IUGR), asfiksia neonatorum, dan kematian janin intrauterin¹. Sebuah studi meta-analisis yang dilakukan oleh Rossi & Prefumo (2023) menyimpulkan bahwa oligohidramnion pada trimester ketiga meningkatkan risiko seksio sesarea dua kali lipat dan risiko skor Apgar rendah tiga kali lipat dibandingkan dengan kehamilan tanpa oligohidramnion.⁸ Oligohidramnion terjadi ketika keseimbangan mekanisme yang mengendalikan volume cairan amnion mengalami gangguan. Kondisi ini paling umum dipicu oleh penurunan produksi urin janin, gangguan fungsi uteroplasenta, maupun keluarnya cairan amnion akibat pecahnya selaput ketuban. Meskipun demikian, pada sebagian besar kasus penyebab pastinya tidak dapat diidentifikasi.

Secara global, oligohidramnion diperkirakan terjadi pada sekitar 1–5% kehamilan aterm, dan angka ini dapat melonjak hingga melebihi 12% pada kehamilan postterm. Di wilayah Afrika, berbagai penelitian melaporkan

rentang prevalensi yang cukup luas, yakni antara 4% hingga 23%. Kondisi ini diketahui berkaitan dengan sejumlah faktor risiko yang berasal dari sisi ibu, plasenta, maupun janin⁹. Lebih lanjut, prevalensi kondisi ini diperkirakan jauh lebih tinggi di wilayah dengan keterbatasan sumber daya, sebagaimana ditunjukkan oleh sebuah studi pada tahun 2022 yang melaporkan angka prevalensi sebesar 9,4% pada pasien dengan usia kehamilan sekurang-kurangnya 36 minggu⁹. Sementara itu, data negara-negara dengan ketinggian rendah dan menengah menunjukkan bahwa oligohidramnion dialami sekitar 1 dari setiap 150 ibu hamil. Di Indonesia, angka kejadian oligohidramnion pada ibu hamil diperkirakan berkisar antara 3–5%, dengan peningkatan yang signifikan hingga mencapai 12% pada kehamilan yang telah memasuki usia 41 minggu. Kondisi ini umumnya lebih sering ditemukan pada trimester ketiga kehamilan¹⁰. Di puskesmas Minggir pada tahun 2024 ditemukan 4 kasus kehamilan dengan oligohidramnion, mengalami kenaikan ditahun 2025 sebanyak 8 kasus.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan dengan pendekatan Continuity of Care (COC). Dalam asuhan kebidanan COC merupakan model pelayanan yang terbukti secara ilmiah mampu menurunkan angka intervensi obstetri, meningkatkan kepuasan ibu, serta mengoptimalkan luaran maternal dan neonatal¹¹. Khususnya di wilayah dengan sumber daya terbatas seperti di beberapa puskesmas di kabupaten Sleman, penerapan COC menjadi semakin relevan. Program inovatif Dinkes Sleman seperti Totalitas Besti (2022) yang mengedepankan deteksi, pemantauan, dan pendampingan ibu hamil risiko tinggi sejalan dengan prinsip COC. Dalam konteks kasus oligohidramnion, COC memungkinkan bidan melakukan pemantauan longitudinal yang ketat, membangun kepercayaan terapeutik yang mendalam, serta mengoptimalkan komunikasi dan edukasi kepada ibu mengenai kondisi kehamilannya.

Dalam konteks oligohidramnion, penerapan COC memungkinkan deteksi dini, pemantauan ketat, dan intervensi tepat waktu yang dapat menghindarkan ibu dan janin dari komplikasi yang lebih serius. Berdasarkan hal-hal tersebut, penyusunan laporan COC ini bertujuan untuk mendokumentasikan, menganalisis, dan mengulas secara komprehensif asuhan kebidanan pada Ny. S umur 24 tahun G1P0AB0AH0 umur kehamilan 38 minggu dengan oligohidramnion di Puskesmas Minggir. Laporan ini dimulai dari trimester tiga kehamilan hingga pemilihan alat kontrasepsi yang dipilih oleh ibu.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengimplementasikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan atau *Continuity of Care* dengan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan serta mendokumentasikan hasil asuhannya.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian data secara subjektif dan objektif pada Ny. S dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- b. Melakukan analisis kebidanan berdasarkan data yang didapatkan setelah melakukan pengkajian secara subjektif dan objektif pada Ny. S dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- c. Melakukan penyusunan rencana asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa yang didapatkan setelah melakukan pengkajian secara subjektif dan objektif pada Ny. S dari masa hamil, bersalin, BBL, nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- d. Melakukan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan setelah mendapatkan hasil pengkajian baik secara subjektif maupun objektif pada Ny. S dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.

- e. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian pelaksanaan pada Ny. S dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III, masa persalinan, masa nifas, BBL, neonatus dan Keluarga Berencana (KB) secara berkesinambungan atau *Continuity of Care*.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dapat menambah pengetahuan dan keterampilan dalam menerapkan manajemen kasus dan memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*) pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Mahasiswa Profesi Pendidikan Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Dapat memahami teori, memperdalam ilmu, dan menerapkan asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*) yang akan diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB.

- b. Bagi Bidan Puskesmas Minggir

Dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana berupa pemberian pendidikan kesehatan serta sebagai skrining awal untuk menentukan asuhan kebidanan berkesinambungan yang sehat.

- c. Bagi Pasien

Diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir dan KB.