

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia adalah negara dengan penduduk yang besar yaitu peringkat empat di dunia setelah Cina, India dan Amerika. Tahun baru 2022 jumlah penduduk dunia diprediksi oleh Biro Sensus Amerika Serikat adalah 7,8 miliar jiwa dengan jumlah penduduk Indonesia mencapai 273,9 juta jiwa.¹ Jumlah penduduk yang besar dapat menjadi keuntungan bagi suatu negara sekaligus dapat menimbulkan masalah, sehingga diperlukan pengendalian pertumbuhan penduduk.

Pada dasarnya kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir (BBL) merupakan suatu keadaan yang alamiah dan fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan keadaan tersebut berubah menjadi keadaan patologis yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi.² Menurut *World Health Organization*(WHO) kesehatan ibu merupakan kunci bagi kesehatan generasi penerusnya, ibu yang sehat ketika hamil, aman ketika melahirkan, pada umumnya akan melahirkan bayi yang sehat. Oleh sebab itu angka kesakitan dan kematian ibu merupakan indikator yang penting untuk menggambarkan status kesehatanmaternal. Agar posisi alamiah ini berjalan dengan lancar dan baik dan tidak berkembang menjadi keadaan patologis, diperlukan upaya sejak dini yaitu berupa asuhan kebidanan secara menyeluruh dan berkesinambungan serta untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi

(AKB). Umumnya kematian maternal (maternal mortality) merupakan indikator yang dipakai untuk menilai baik buruknya suatu keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu Negara atau daerah.³

Data *World Health Organization* (WHO), jumlah kematian ibu di dunia pada tahun 2017 sejumlah 295.000 jiwa dengan angka kematian ibu 211 per 100.000 kelahiran hidup. Kematian ibu tersebut, 94% terjadi pada lingkungan dengan penghasilan rendah dan merupakan kasus yang dapat dicegah, diantaranya pencegahan kehamilan tidak diinginkan dengan penggunaan kontrasepsi. Kontrasepsi berupa metode maupun alat kontrasepsi dapat dipilih oleh pasangan sesuai dengan kondisi fisik tubuh dan keinginan bersama.³

Pemerintah Indonesia menetapkan Program Keluarga Berencana (KB) sejak 29 Juni 1970 bersamaan dengan dibentuknya Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Lima tahun terakhir terjadi peningkatan akseptor dengan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dari 17,3 pada 2015 menjadi 24,6 pada 2019 meskipun terjadi penurunan *total fertility rate* (TFR) dari 2,28 menjadi 2,45 anak per wanita usia subur ada tahun yang sama.³ Perencanaan keluarga yang baik diharapkan mencegah terjadinya kehamilan tidak diinginkan yang berisiko kematian ibu yaitu kematian yang terjadi pada seorang ibu dalam kehamilan persalinan dan nifas.⁴

Angka kematian Ibu di Indonesia berdasar hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu Tahun 2020 di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) adalah 14,03, jumlah penduduk 2.851.765 jiwa terdapat 40 kasus kematian ibu, 3 kasus

diantaranya beralamat Kabupaten Kulonprogo yang memiliki 388.506 jiwa penduduk sehingga angka kematian ibu rendah yaitu 8,86. Pada tahun 2021 penduduk DIY berjumlah 2.558.707 terdapat 131 kasus kematian ibu (angka kematian ibu 51,19) dan Kabupaten Kulonprogo dengan angka kematian ibu 22,4, jumlah penduduk 446.274 jiwa dengan 10 kasus kematian ibu yang disebabkan oleh Covid 19 ada 5 kasus, eklamsi/preeklamsi 2 kasus, AFLP 1 kasus, jantung 2 kasus. Faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu adalah faktor yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, nifas seperti perdarahan, eklamsia, infeksi, persalinan macet dan abortus. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti empat terlalu, yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kelahiran, termasuk juga faktor yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan persalinan dan nifas seperti tiga terlambat (terlambat mengenali bahaya, mengambil keputusan dan terlambat mencapai fasilitas kesehatan).⁵

Penyebab utama kematian neonatal adalah prematur komplikasi terkait persalinan (asfiksia atau kesulitan bernafas saat lahir), infeksi dan cacat lahir.³ Jumlah kematian bayi di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2020 adalah sebanyak 282 kasus dari 41.030 kelahiran hidup dengan angka kematian Bayi 6,87 per 1.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian bayi Tahun 2021 sebanyak 270 kasus dari 38.587 kelahiran hidup dengan angka kematian bayi 6,99 per 1.000 kelahiran hidup. Kabupaten Kulonprogo pada tahun 2020 terdapat 38

kematian bayi pada dari 4.738 kelahiran hidup dengan angka kematian bayi 8,02 per 1.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian bayi tahun 2021 sebanyak 54 kasus dari 4.523 kelahiran hidup dengan angka kematian bayi 11,94 per 1.000 kelahiran hidup. Hasil audit maternal perinatal menyatakan Penyebab Kematian Bayi di Kabupaten Kulonprogo tahun 2021 karena asfiksia 10 kasus, BBLR 9 kasus, aspirasi 3 kasus, kelainan kongenital jantung 10 kasus, sepsis 1 kasus, pneumonia 3 kasus, kelainan kongenital lain-lain 6 kasus dan lainnya disebabkan infeksi paru, keganasan, kejang, *hisprung*, DSS dan *sudden death*.^{6,7}

Kerjasama yang baik antara puskesmas, petugas KB, PKK dan Kader dalam pelayanan KB di UPT Puskesmas Girimulyo I Kabupaten Kulonprogo tahun 2021 dilaporkan Jumlah PUS, 1.798 pasien ber KB pemerintah 1171 (65,13%) dan swasta 255 (14,18%) total 1426 peserta (79,31%). PUS bukan peserta karena hamil 53 orang (2,9%), ingin anak 248 orang (13,79%), tidak ingin anak 71 orang (3,9%). KB Kondom; peserta pemerintah 81, swasta 31 akseptor, KB suntik; peserta pemerintah 282, swasta 153 akseptor KB PIL; peserta pemerintah 64, swasta 43 akseptor, KB IUD; peserta pemerintah 230, swasta 10 akseptor, KB Implan; peserta pemerintah 394, swasta 12 akseptor, MOP peserta pemerintah 45, swasta 1 akseptor MOW peserta pemerintah 75, swasta 0 akseptor, KB Pascapersalinan 53,51% dari target 70%.³

Upaya dalam percepatan penurunan AKI dan AKB dengan pengelolaan pelayanan kesehatan keluarga baik kesehatan ibu anak, keluarga berencana maupun kesehatan reproduksi, yang bertujuan memantapkan dan

meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan kesehatan Ibu dan Anak secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok yaitu peningkatan pelayanan antenatal sesuai standart 10T bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan, peningkatan pertolongan persalinan sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan, peningkatan pelayanan (kunjungan) bagi seluruh ibu nifas sesuai standart di semua fasilitas kesehatan, peningkatan kunjungan Neonatus (KN) bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan peningkatan pelayanan keluarga berencana (KB) sesuai standar baik dari segi manajemen program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) maupun pencatatan dan pelaporan, peningkatan klinis keterampilan petugas di lapangan serta melibatkan banyak pihak dalam pelaksanaan program dimaksud. Kabupaten/Kota yang belum mencapai target diharapkan melakukan pelayanan neonatal yang berkualitas dengan memulai pemetaan serta pemantauan mulai ibu hamil serta melakukan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) yang berkualitas.⁹ Salah satunya yaitu dengan menggunakan asuhan kebidanan *Continuity Of Care* (COC). *Continuity Of Care* (COC) dalam bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai perawatan yang berkesinambungan antara pasien dan tenaga kesehatan. COC bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Untuk mendukung upaya pemerintah tersebut, seharusnya bidan memantau ibu hamil mulai dari awal kehamilan dan pemantauan pemeriksaan pertama kali dalam kehamilan (K1) sampai dengan

proses persalinan tenaga kesehatan dan pemantauan bayi baru lahir, neonatus dan ibu nifas serta penggunaan KB pascapersalinan sesuai dengan kondisi kesehatan ibu dan disepakati oleh ibu dan suami.⁹

Program KB menjadi salah satu upaya untuk mencegah kehamilan tidak dikehendaki sehingga mengurangi risiko kematian ibu. Setelah persalinan penggunaan alat kontrasepsi dapat dilakukan bahkan dapat pula segera (dalam 10 menit) setelah plasenta dilahirkan yaitu dengan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau sering disebut IUD. Penggunaan kontrasepsi segera setelah persalinan diperlukan karena kembalinya kesuburan pada pascapersalinan tidak terduga dan dapat terjadi sebelum datangnya menstruasi. Ibu yang tidak menyusui, rata-rata bisa mengalami ovulasi pada 45 hari pascapersalinan atau lebih awal, sedangkan pada ibu yang tidak menyusui, dua dari tiga ibu dapat mengalami ovulasi sebelum datangnya menstruasi. KB pascapersalinan adalah penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan untuk mengatur jarak kelahiran, jarak kehamilan dan menghindari kehamilan tidak diinginkan, sehingga keluarga dapat merencanakan kehamilan yang sehat.¹³ Kehamilan yang sehat harus memenuhi standar pelayanan 10T dengan frekuensi pemeriksaan minimal enam kali selama kehamilan dan melibatkan peran serta masyarakat (keluarga/suaminya) dalam menjaga kehamilan sehat dan menyiapkan persalinan, persiapan menghadapi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas termasuk perencanaan penggunaan alat kontrasepsi pascapersalinan.¹⁹

Kehamilan dapat segera terjadi segera setelah persalinan apabila tidak segera dilakukan pencegahan dengan kontrasepsi, terdapat 47% ibu dengan pendapatan rendah di Meksiko menggunakan alat kontrasepsi modern dan mereka lebih menerima program keluarga berencana daripada yang tidak mendapat tatalaksana dengan OR sebesar 2,2.¹⁴ Informasi KB pada masa kehamilan dapat menjadi strategi untuk mencapai minat KB yang tinggi.¹⁵ Dukungan suami, informasi dari tenaga kesehatan dalam hal ini bidan serta dukungan pembiayaan dapat meningkatkan capaian KB pasca persalinan.⁶ Kejadian kehamilan tidak direncanakan di dunia sebesar 81,5%, dengan metode laktasi amenorea 36.3%. Di Amerika Serikat sebesar 21% ibu segera memakai kontrasepsi pascapersalinan pada tahun 2006-2010.¹⁷ Tahun pertama pascapersalinan adalah waktu yang paling penting terhadap penggunaan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.¹¹ Oleh karena itu, sangat baik untuk memulai penggunaan kontrasepsi seawal mungkin setelah persalinan.⁶ Diperlukan pengetahuan dan minat seorang ibu nifas untuk mau menggunakan KB pascapersalinan.¹⁶ Terdapat hubungan yang signifikan antara kunjungan ANC dengan penggunaan kontrasepsi pascapersalinan (*p-value* 0,031), OR=0,2 (CI 95% = 0,44-0,9). Responden yang memanfaatkan pelayanan ANC baik berpeluang besar untuk menggunakan kontrasepsi pascapersalinan.¹⁷ Data Kesehatan Keluarga DIY tahun 2021 melaporkan penggunaan kontrasepsi pascapersalinan mencapai 10,21%. Capaian tersebut mengalami sedikit peningkatan pada tahun 2019 yaitu 13,83%, tahun 2020

capaian pelayanan kesehatan pada persalinan oleh tenaga kesehatan 99,69% dan KB pascapersalinan 13,62%.⁸

Kabupaten Kulonprogo memiliki 21 puskesmas dengan capaian K1 99,90%, K4 86,16%, persalinan ditolong tenaga kesehatan nakes 99,64%, KF3 98,15%, KN lengkap 86,19% KB aktif 79,14% dan terdapat 23,98% ibu menggunakan kontrasepsi pascapersalinan pada tahun 2021 dari 4488 ibu bersalin.¹⁸ Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Girimulyo I pada tahun 2021 capaian K1 100%, K4 82,71% persalinan di fasyankes 100%. KF3 99,12% dan KB pascapersalinan cukup baik yaitu 54,39%.^{8,19}

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity of care*) pada Ny S sesuai pelayanan standar asuhan kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan penggunaan alat kontrasepsi/ Keluarga Berencana (KB).

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan pengkajian pada ibu hamil trimester III sampai penggunaan kontrasepsi pascapersalinan dan mengumpulkan data melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. S di UPT Puskesmas Girimulyo 1 yang didokumentasikan menggunakan pendekatan SOAP.

- b. Melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny S yang didokumentasikan menggunakan pendekatan SOAP.
- c. Melakukan asuhan kebidanan nifas pada Ny S di UPT Puskesmas Girimulyo 1 yang didokumentasikan menggunakan pendekatan SOAP.
- d. Melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir pada By. Ny. S di UPT Puskesmas Girimulyo 1 yang didokumentasikan menggunakan pendekatan SOAP.
- e. Melakukan asuhan kebidanan KB pascapersalinan pada Ny. S di UPT Puskesmas Girimulyo 1 yang didokumentasikan menggunakan pendekatan SOAP.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan ini adalah pelaksanaan asuhan kebidanan secara berkesinambungan yaitu mulai dari ibu hamil trimester III fisiologis, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan pelayanan keluarga berencana.

D. Manfaat

1. Manfaat teoritis

Laporan ini diharapkan dapat menjadi referensi atau masukan bagi perkembangan ilmu kebidanan dan menambah kajian ilmu kebidanan mengenai asuhan kebidanan pada ibu secara berkelanjutan yang meliputi kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

2. Manfaat praktik

a. Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Memberikan tambahan sumber kepustakaan dan pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

b. Manfaat bagi bidan di UPT Puskesmas Girimulyo I

Menjadi pengetahuan tambahan guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dalam asuhan kebidanan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

c. Bagi penulis

Sebagai pembelajaran dan pengalaman dalam menganalisa kasus secara berkesinambungan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

d. Bagi ibu dan keluarga masyarakat di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Girimulyo I Kabupaten Kulonprogo.

Mendapat pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.