

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia dengan rasio sebesar 211 per 100.000 (80%) Kelahiran Hidup, penyebab yang terkait atau diperburuk oleh kehamilan dan persalinan, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di dunia menurut data World Health Organization diperkirakan mencapai 17 per 1000 (47%) Kelahiran Hidup. (WHO, 2021).

Kebidanan sudah ada sepanjang zaman dan lintas budaya, berkembang menjadi disiplin profesional. Bidan diakui sebagai ahli dalam proses normal persalinan, kelahiran, dan periode pascapersalinan dengan penekanan pada dukungan pengalaman orang yang melahirkan dan keluarga mereka, baik secara fisik maupun psikologis. (Combellick et al., 2023)

Tingginya angka kematian ibu di beberapa wilayah di dunia mencerminkan ketimpangan dalam akses ke layanan kesehatan yang bermutu dan menyoroti kesenjangan antara orang kaya dan miskin. Angka kematian ibu di negara-negara berpendapatan rendah pada tahun 2023 adalah 346 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan dengan 10 per 100.000 kelahiran hidup di negara-negara berpendapatan tinggi.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator penting dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan di suatu negara. Di Indonesia, meskipun telah terjadi penurunan AKI dan AKB dalam beberapa tahun

terakhir, angka tersebut masih tergolong tinggi dibandingkan dengan standar internasional. Menurut data dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Republik Indonesia, capaian Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2024 Pemerintah menargetkan AKI sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup. Namun, data terbaru menunjukkan bahwa angka tersebut masih berada di sekitar 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) Target AKB ditetapkan sebesar 16 per 1.000 kelahiran hidup, tetapi angka aktual yang tercatat masih sedikit lebih tinggi. Upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dilakukan dengan memastikan setiap ibu dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas. Layanan tersebut meliputi pemeriksaan kehamilan, bantuan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terlatih di fasilitas kesehatan, perawatan pasca persalinan untuk ibu dan bayi, penanganan khusus serta rujukan jika terjadi komplikasi, serta pelayanan keluarga berencana (KB), termasuk KB setelah persalinan (Kementerian Kesehatan, 2024).

Di Indonesia sendiri sekitar 75 % ibu yang melahirkan secara pervaginam mengalami rupture perineum, pada tahun 2017 dalam sebuah penelitian ditekan sekitar 57 % ibu dengan kelahiran spontan pervaginam memerlukan jahitan pada perineum Dimana sekitar 28 % disebabkan karena episiotomy dan 29 % akibat robekan spontan. Ini menunjukkan prevalence rupture perineum di Indonesia dengan angka 5 % ibu mengalami infeksi pada luka bekas jahitan, 7 % ibu mengalami perdarahan dan 8 % ibu mengalami kematian pasca melahirkan (Depkes RI, 2017). Pada tahun 2023, Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Barat tercatat sebesar 147 per 1.000 kelahiran hidup, dengan target mengurangi AKI antara 80-

84% dari jumlah tersebut. Sementara itu, Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Barat pada tahun yang sama tercatat sebesar 13,56 per 1.000 kelahiran hidup, menunjukkan penurunan yang signifikan dari 26 per 1.000 kelahiran hidup dalam sepuluh tahun terakhir. Ini juga lebih rendah dari rata-rata nasional (Kementerian Kesehatan Jawa Barat, 2023).

Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan meningkat setiap tahun. Tahun 2020 kematian ibu di Indonesia sebanyak 4.627 kasus, lalu pada tahun 2021 meningkat menjadi 7.389 kasus. Salah satu wilayah yang penduduknya paling banyak di Indonesia, yaitu Provinsi Jawa Barat. Kematian ibu pada Provinsi Jawa Barat terjadi peningkatan, pada tahun 2020 sebanyak 745 kasus dan pada tahun 2021 sebanyak 1.204 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Sepanjang tahun 2021 di Kota Bandung terdapat 41 kasus kematian ibu dari 34.402 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu di Kota Bandung terdapat 12 kasus pada fase kehamilan, 3 kasus pada fase persalinan, dan 26 kasus pada fase persalinan. Salah satunya karena perdarahan akibat Ruptur Perineum yang mencapai 40 % (Usman Y, 2019).

Menurut data Profil Kesehatan Kota Bandung tahun 2022, cakupan kunjungan pertama (K1) ibu hamil di Kota Bandung mencapai 94,48%, dengan jumlah ibu hamil yang melaksanakan kunjungan pertama sebanyak 38.806 dari total estimasi 41.072 ibu hamil. Sedangkan cakupan kunjungan keempat (K4) pada tahun yang sama sebesar 92,63%, dengan jumlah ibu hamil yang melakukan kunjungan keempat mencapai 38.046 dari total estimasi yang sama. Perlu

diperhatikan bahwa terdapat selisih sebesar 1,85% atau sekitar 760 ibu hamil yang sudah menjalani kunjungan pertama namun tidak melanjutkan hingga kunjungan keempat.

Berdasarkan data yang ada, disimpulkan bahwa walaupun cakupan kunjungan pertama (K1) dan kunjungan keempat (K4) bagi ibu hamil di Kota Bandung relatif tinggi, masih ada sebagian kecil ibu hamil yang belum melanjutkan pemeriksaan hingga kunjungan keempat. Hal ini mengindikasikan kebutuhan untuk meningkatkan kesinambungan layanan antenatal guna memastikan pemantauan kesehatan ibu selama masa kehamilan berlangsung secara lengkap dan efektif.

Jika asuhan kebidanan tidak diberikan secara berkesinambungan, maka risiko keterlambatan dalam mendeteksi faktor risiko, serta dalam pelaksanaan pencegahan dan penanganan komplikasi akan meningkat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Berdasarkan hasil observasi di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Sri Maemunah, S.Keb yang berlokasi di Kota Bandung, diperoleh data bahwa sepanjang Januari hingga Desember pada tahun 2024 tidak ditemukan kasus Angka Kematian Ibu (AKI) maupun Angka Kematian Bayi (AKB). Jumlah kunjungan kehamilan pertama (K1) tercatat sebanyak 159 orang, dan untuk kunjungan keempat (K4) berjumlah 188 orang. Seluruh proses persalinan ditangani oleh tenaga kesehatan, dengan jumlah 159 persalinan. Bayi yang mendapatkan kunjungan neonatal (KN) lengkap juga berjumlah 159. Sementara itu, kunjungan nifas (KF) tercatat sebanyak 159 orang. Untuk penggunaan alat kontrasepsi,

sebanyak 15 ibu menggunakan IUD, 10 menggunakan implant, 129 orang menggunakan suntik 1 bulan, 118 orang menggunakan suntik 3 bulan, dan 10 orang memilih pil KB.

Berdasarkan data tersebut, terlihat adanya perbedaan antara cakupan K1 dan K4, di mana jumlah K4 lebih tinggi dibandingkan K1. Hal ini disebabkan oleh banyaknya ibu hamil yang belum memiliki pemahaman cukup mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan pada tahap awal (triwulan pertama), sehingga mereka cenderung melakukan pemeriksaan ketika usia kehamilan sudah memasuki trimester kedua atau ketiga. Sementara itu, cakupan K1 lebih rendah karena banyak ibu hamil memiliki keterbatasan dalam segi ekonomi seperti biaya transportasi dan pemeriksaan, serta keterbatasan kemampuan finansial, turut berperan dalam menunda kunjungan awal ibu hamil, meskipun beberapa layanan kebidanan disediakan secara gratis.

Berdasarkan uraian data diatas penulis tertarik untuk memberikan asuhan kebidanan secara *komprehensif (Continuity Of Care)* dengan melakukan pendampingan selama Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas dan Keluarga Berencana pada Ny.A usia 21 tahun di PMB Bidan S di Kota Bandung menggunakan teori Manajemen Asuhan kebidanan dengan 7 Langkah *Varney* dan peendokumentasian SOAP.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian data dan masalah di atas terdapat rumusan masalah yang muncul yaitu Bagaimana asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan pada

Ny.A usia 21 tahun mulai dari Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana di PMB Bidan Sri Maemunah S.Keb di Kota Bandung.

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (Continuity of Care/COC) kepada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, hingga Keluarga Berencana. Dengan menerapkan pendekatan manajemen kebidanan secara komprehensif dan sistematis."

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Memberikan pelayanan kebidanan selama masa kehamilan, yang mencakup : melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan berdasarkan skala prioritas, merancang rencana asuhan, melaksanakan tindakan asuhan, mengevaluasi hasil asuhan, serta mendokumentasikan seluruh proses asuhan yang telah dilakukan.
- b. Memberikan pelayanan kebidanan pada masa persalinan, termasuk : melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan sesuai prioritas, menyusun rencana asuhan, memberikan tindakan kebidanan, mengevaluasi hasil tindakan, serta mencatat seluruh rangkaian asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan.
- c. Melakukan asuhan kebidanan kepada neonatus yang meliputi : melakukan pengkajian kondisi bayi, Menyusun diagnosa sesuai skala prioritas, merancang dan melaksanakan asuhan kebidanan, mengevaluasi hasil Tindakan, serta mendokumentasikan setiap Langkah asuhan yang telah dilakukan.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada masa nifas dengan cara: melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan berdasarkan prioritas, merancang dan melaksanakan rencana asuhan, melakukan

evaluasi terhadap tindakan yang telah diberikan, serta mencatat seluruh proses asuhan dengan lengkap.

- e. Melakukan asuhan Keluarga Berencana pada Ny. A dengan cara : melakukan pengkajian, Menyusun diagnosa kebidanan yang sesuai dengan kebutuhan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi terhadap asuhan yang diberikan juga mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil pengkajian ini dapat menjadi dasar dalam pengembangan ilmu kebidanan, khususnya terkait penerapan asuhan kebidanan berkelanjutan (Continuity of Care/COC) pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, neonates dan keluarga berencana.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Lahan Penelitian

Hasil Temuan dari penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kebidanan yang berkesinambungan (Continuity of Care), terutama dalam aspek pemantauan dan pemberian asuhan kepada ibu hamil, bersalin, masa nifas, serta neonatus serta keluarga berencana. Selain itu, hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memotivasi tenaga kesehatan di tempat penelitian untuk lebih konsisten dalam menerapkan pelayanan terintegrasi yang mengacu pada standar praktik kebidanan

- b. Bagi Pasien/Klien

Mengetahui informasi tentang Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas dan Keluarga Berencana sehingga pasien mendapat Asuhan

Kebidanan secara *komprehensif* pada kehamilan yang berkualitas, Serta mendapatkan pemberian pelayanan kebidanan secara berkesinambungan (Continuity of Care) yang mencakup masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga perawatan neonates juga keluarga berencana.

c. Bagi Instansi

Asuhan kebidanan *komprehensif* ini dapat memberikan pengetahuan dan pemahaman sebagai bahan pustaka atau *referensi* bagi mahasiswi khususnya Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Jurusan Kebidanan Fakultas Vokasi Universitas Sali Al-Aitaam Bandung secara *komprehensif* atau *continuity care*.

d. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan, kemampuan, pengalaman secara langsung serta menambah wawasan mengenai prosedur asuhan kebidanan *komprehensif*. Penelitian ini juga berfungsi sebagai wadah untuk mengaplikasikan teori kebidanan dalam praktik nyata yang disesuaikan dengan kebutuhan ibu dan bayi.

1.5 Ruang Lingkup

1.5.1 Sasaran

Pelayanan asuhan kebidanan difokuskan pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, ibu pada masa nifas, dan neonates dan keluarga berencana dengan mengedepankan penerapan pelayanan kebidanan berkesinambungan (Continuity of Care).

1.5.2 Tempat

Lokasi pelaksanaan asuhan kebidanan dilakukan di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Ny. Sri Maemunah, S.Keb.

1.5.3 Waktu

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dimulai pada bulan Mei 2025

1.5.4 Sumber Data

A. Data *Primer*

1. Observasi

Penelitian ini dilakukan melalui observasi langsung terhadap pasien ibu hamil dengan usia kehamilan 38-39 minggu di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Sri Maemunah, S.Keb, yang berlokasi di Gang Bongkaran No.16, Kelurahan Cipaganti, Kecamatan Coblong, Kota Bandung, Jawa Barat. Kegiatan penelitian dimulai pada bulan Mei 2025.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan dilakukan secara menyeluruh, meliputi penilaian terhadap kondisi umum, tanda-tanda vital, serta pemeriksaan fisik secara lengkap dari kepala hingga kaki (*head to toe*).

3. Wawancara

Pengkajian dilakukan melalui wawancara langsung dengan pasien, keluarga (kaka pasien), serta bidan, untuk memperoleh informasi mengenai kondisi klien. Data yang dikaji mencakup biodata, keluhan yang dirasakan, pengetahuan pasien tentang proses persalinan, riwayat kesehatan (terkini, lampau, dan keluarga), riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, HPHT, riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya, serta pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

B. Data *Sekunder*

Data sekunder yang digunakan dalam pemeriksaan ini diperoleh dari Buku KIA, hasil pemeriksaan USG, hasil laboratorium, serta laporan dan catatan asuhan kebidanan, yang berfungsi untuk melengkapi data primer yang telah dikumpulkan sebelumnya.

1.6 Sistematika Penulisan

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini memuat uraian mengenai Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Batasan Masalah (Ruang Lingkup), serta Sistematika Penulisan yang menjadi dasar penyusunan laporan.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Berisi teori mengenai Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir serta Keluarga Berencana.

BAB III : TINJAUAN KASUS

Tinjauan kasus mencakup proses pengkajian, analisis masalah, identifikasi masalah *potensial*, penentuan tindakan segera, penyusunan rencana asuhan atau intervensi, pelaksanaan tindakan (implementasi), serta evaluasi yang berkaitan dengan kehamilan.

BAB IV : PEMBAHSAN

1. Membahas tentang asuhan yang telah dilakukan berdasarkan standar asuhan serta teori yang mendukung.
2. Membahas tentang kesenjangan antara teori dengan hasil asuhan sesuai opini penulis yang didukung teori.

BAB V : PENUTUP

Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran