

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan adalah proses fisiologis yang terjadi di dalam rahim sebagai hasil konsepsi dari pertemuan sel telur dan spermatozoa, serta merupakan proses yang alami (Palupi dkk., 2022). Meskipun demikian, kehamilan yang bersifat fisiologis tetap memiliki potensi mengalami komplikasi apabila tidak mendapatkan pemantauan dan asuhan yang adekuat. Komplikasi selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas dapat berkontribusi terhadap meningkatnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), yang hingga saat ini masih menjadi indikator utama derajat kesehatan suatu negara.

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia tercatat tertinggi ketiga di negara-negara ASEAN. Kepmenkes nomor HK.01.07/MENKES/560/2025 menyebutkan keberhasilan program kesehatan ibu direfleksikan oleh angka kematian ibu. Angka kematian ibu merupakan semua kematian ibu selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas karena pengelolaannya bukan karena kecelakaan atau incidental di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2025a). Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2024 telah terjadi penurunan AKI dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup selama periode 1991-2020. Penurunan ini hampir mencapai target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2030, untuk mengejar target SDG's yaitu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Jumlah kematian ibu dari tahun 2022 menuju 2023 mengalami peningkatan dari 3.572 menjadi 4.482 kematian. Sedangkan dari tahun 2023-2024, jumlah kematian ibu mengalami penurunan menjadi 4.150 kematian di tahun 2024. Penyebab kematian ibu tertinggi di tahun

2024 adalah komplikasi non obstetrik sebesar 1.351 kasus dan terendah diakibatkan oleh komplikasi Manajemen yang tidak terantisipasi sebanyak 47 kasus(Kemenkes RI, 2024).

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia tahun 2024, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2024 masih menunjukkan tantangan besar dalam pencapaian target nasional maupun global. Variasi antar provinsi cukup signifikan, dengan Papua menempati posisi tertinggi, mencapai lebih dari 200 per 100.000 kelahiran hidup. Kondisi ini terutama dipengaruhi oleh keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan maternal, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, serta faktor geografis yang menyulitkan mobilitas ibu hamil menuju fasilitas kesehatan. Sebaliknya, DKI Jakarta mencatat AKI terendah, yaitu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup, yang mencerminkan ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, akses layanan yang lebih merata, serta kualitas pelayanan obstetri yang relatif lebih baik dibandingkan daerah lain (Kemenkes RI, 2024).

Sementara itu, Bali melaporkan AKI sebesar 107,17 per 100.000 kelahiran hidup, dengan 59 kasus kematian ibu dari sekitar 541 ribu kelahiran. Angka ini menunjukkan bahwa meskipun Bali memiliki capaian lebih baik dibandingkan beberapa provinsi di kawasan timur Indonesia, prevalensinya masih berada di atas target nasional. Disparitas ini menegaskan adanya kesenjangan dalam sistem pelayanan kesehatan maternal di Indonesia, yang menuntut intervensi kebijakan lebih terarah, terutama dalam peningkatan akses layanan primer, pemerataan tenaga kesehatan, serta penguatan program deteksi dini risiko kehamilan (Kemenkes RI, 2024).

Berdasarkan satu data Indonesia Provinsi Bali tahun 2020, kabupaten dengan AKI tertinggi yaitu Kabupaten Bangli sebesar 176,26 per 100.000 kelahiran hidup, dan terendah berada di Kota Denpasar sebesar 46,62 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB terendah berada di Kabupaten Badung sebesar 2,29 per 1000 kelahiran hidup dan AKB di Kota Denpasar sebesar 5,01 per 1000 kelahiran hidup (Satu Data Indonesia Provinsi Bali, 2020). AKI di Kota Denpasar pada tahun 2024 tertinggi berada di Kecamatan Denpasar Barat yaitu 157,6 per 100,000 kelahiran hidup dan AKI terendah berada di Kecamatan Denpasar Utara yaitu 35 per 100,000 kelahiran hidup. Selain itu, angka kematian bayi (AKB) di Kota Denpasar tahun 2024 tertinggi berada di Kecamatan Denpasar Selatan sebesar 13,5 per 1000 kelahiran hidup dan terendah berada di Kecamatan Denpasar Timur sebesar 6,2 per 1000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Denpasar, 2024).

Bila dilihat dari penyebabnya, ada 7 kelompok penyebab AKI di Indonesia yaitu kehamilan dengan komplikasi abortus, hipertensi dalam kehamilan dan peralihan, perdarahan obstetrik, infeksi terkait kehamilan, komplikasi obstetrik lain, komplikasi Manajemen yang tidak terantisipasi dan komplikasi non obstetrik. Penyebab tertinggi kematian ibu di tahun 2024 adalah komplikasi non obstetrik sebesar 1.351 dan penyebab AKI terendah adalah komplikasi manajemen yang tidak terantisipasi sebesar 47 (Kemenkes RI, 2024b).

Selain itu, berdasarkan data SGD, meskipun sudah terjadi penurunan angka kematian ibu secara global dari 2023, diperkirakan 260.000 wanita meninggal selama kehamilan dan persalinan pada tahun 2023. Rasio saat ini tetap hampir tiga kali lipat target SDG sebesar 70. Mencapai target ini memerlukan tingkat pengurangan tahunan sebesar 14,8% sejak saat ini hingga 2030. Penurunan angka

kematian ibu yang kurang signifikan disebabkan oleh masih adanya persalinan yang tidak ditolong oleh tenaga kesehatan (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2025).

Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) serta mencapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs), diperlukan asuhan dan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan (*continuity of care*) sejak masa prakonsepsi, antenatal, intranatal, postnatal, hingga pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual. Hal ini sejalan dengan Permenkes Nomor 21 Tahun 2021 Pasal 4 ayat (1) yang menegaskan bahwa pelayanan kesehatan diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Kesenambungan pelayanan pada setiap fase reproduksi perempuan berperan penting dalam deteksi dini faktor risiko, pencegahan komplikasi, serta penanganan yang cepat dan tepat, sehingga berkontribusi terhadap penurunan AKI dan AKB (Kemenkes RI, 2021).

Pelayanan yang berkesinambungan tersebut perlu didukung dengan pendekatan asuhan kebidanan holistik, yaitu pelayanan yang tidak hanya berfokus pada kondisi fisik ibu, tetapi juga memperhatikan aspek psikologis, sosial, spiritual, dan budaya. Pelaksanaan *continuity of care* dalam asuhan kebidanan holistik dapat dioptimalkan melalui intervensi komplementer yang aman, bermutu, dan efektif sesuai Permenkes Nomor 15 Tahun 2018, serta dapat diintegrasikan dalam fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan Permenkes Nomor 37 Tahun 2017. Dalam konteks ini, asuhan komplementer dapat digunakan sebagai terapi pelengkap untuk meningkatkan kenyamanan, mengurangi keluhan fisiologis dan psikologis, serta mendukung kesejahteraan ibu secara menyeluruh. Pendekatan holistik dalam

kebidanan menempatkan ibu sebagai individu yang memiliki kebutuhan multidimensional, sehingga intervensi komplementer seperti relaksasi, aromaterapi, pijat, teknik napas, musik terapi, atau yoga prenatal dapat menjadi bagian dari pelayanan yang melengkapi asuhan utama (Kemenkes RI, 2017b, 2018).

Penulis melakukan pendekatan kasus pada Ny. “AY” usia 25 tahun multigravida yang secara rutin menjalani pemeriksaan antenatal di Puskesmas I Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Utara. Berdasarkan perhitungan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) tanggal 19 Mei 2025, diperoleh tafsiran persalinan pada 26 Februari 2026. Pemberian asuhan kebidanan komprehensif dilakukan melalui pendekatan *continuity of care* secara berkesinambungan sejak usia kehamilan 19 minggu, masa persalinan, nifas, perawatan neonatus, hingga 42 hari postpartum, dengan tujuan untuk memantau status kesehatan maternal dan fetal secara longitudinal, melakukan deteksi dini terhadap faktor risiko, serta memastikan keberlangsungan kehamilan, persalinan, dan masa nifas tetap dalam kondisi optimal.

Pemilihan kasus ini didasarkan pada hasil skrining Skor Poedji Rochjati, dimana Ny. “AY” memperoleh skor total 6 yang termasuk dalam kategori kehamilan risiko tinggi (KRT). Skor tersebut terdiri dari skor awal 2 pada semua kehamilan dan tambahan skor 4 karena faktor risiko jarak kehamilan terlalu singkat, yaitu kurang dari 2 tahun dari persalinan sebelumnya. Kondisi ini berpotensi meningkatkan risiko gangguan kesehatan maternal, seperti anemia, kelelahan fisik, gangguan pemulihan organ reproduksi, serta peningkatan kemungkinan komplikasi pada kehamilan dan persalinan berikutnya.

Pemilihan ibu “AY” sebagai subjek asuhan kebidanan didasarkan pada hasil skrining menggunakan skor Poedji Rochjati sebesar 6 yang mengkategorikan kehamilan sebagai risiko tinggi, terutama akibat jarak kehamilan yang terlalu dekat sehingga berpotensi meningkatkan komplikasi seperti anemia, persalinan prematur, maupun gangguan pertumbuhan janin. Kondisi ini menjadikan ibu “AY” sebagai kasus yang tepat untuk penerapan asuhan kebidanan *continuity of care*, karena membutuhkan pemantauan lebih intensif, deteksi dini faktor risiko, serta penatalaksanaan yang komprehensif dan berkelanjutan sejak kehamilan hingga masa nifas. Dalam proses asuhan, pendekatan yang digunakan tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga pada komunikasi terapeutik dan *woman-centered care*, sehingga ibu merasa dihargai, dipahami, dan dilibatkan dalam setiap pengambilan keputusan. Edukasi yang diberikan secara bertahap, jelas, dan sesuai kebutuhan, disertai dukungan emosional serta keterlibatan suami, berperan dalam meningkatkan pemahaman dan kepercayaan ibu terhadap tenaga kesehatan. Hal ini berdampak pada sikap ibu yang kooperatif, mampu beradaptasi selama kehamilan, serta aktif mengikuti anjuran yang diberikan, termasuk dalam menghadapi proses persalinan secara tenang dan efektif dalam meneran.

Dengan status KRT tersebut, klien tetap memungkinkan untuk dilakukan pendampingan asuhan kebidanan secara komprehensif di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer melalui pemantauan yang lebih ketat, edukasi intensif, deteksi dini komplikasi, serta kolaborasi dan rujukan apabila ditemukan penyimpangan dari kondisi fisiologis.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah pada laporan ini yaitu “Bagaimanakah penerapan asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu “AY” usia 25 tahun multigravida setelah diberikan asuhan secara komprehensif dan berkesinambungan sejak kehamilan 19 minggu sampai dengan 42 hari masa nifas?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hasil pelaksanaan Asuhan Kebidanan pada Ibu “AY” umur 25 tahun multigravida beserta anaknya yang menerima asuhan kebidanan *continuity of care* secara komprehensif dan berkesinambungan sejak dari kehamilan trimester II sampai dengan 42 hari masa nifas.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil penerapan asuhan kebidanan pada ibu “AY” beserta janinnya selama masa kehamilan pada umur kehamilan 19 minggu sampai dengan menjelang persalinan.
- b. Mendeskripsikan hasil penerapan asuhan kebidanan pada ibu “AY” selama masa persalinan dan bayi baru lahir sampai 2 jam.
- c. Mendeskripsikan hasil penerapan asuhan kebidanan pada ibu “AY” selama 42 hari masa nifas.
- d. Mendeskripsikan hasil penerapan asuhan kebidanan pada bayi ibu “AY” dari usia diatas 2 jam sampai bayi usia 42 hari.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis diharapkan bahwa penulisan laporan akhir ini dapat memperluas dan memperdalam teori mengenai asuhan kebidanan secara komprehensif dan berkesinambungan sesuai dengan standar asuhan kebidanan dari kehamilan trimester II sampai 42 hari masa nifas neonatus dan bayi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi ibu hamil dan keluarga

Hasil laporan akhir ini diharapkan dapat berkontribusi terhadap peningkatan kapasitas pengetahuan dan keterampilan ibu, suami, serta keluarga dalam memahami dan menjalankan proses kehamilan, persalinan, masa nifas, dan perawatan bayi baru lahir, sehingga mendukung terbentuknya kemandirian keluarga dalam pemenuhan kebutuhan maternal dan neonatal secara optimal.

b. Bagi institusi kesehatan

Laporan akhir ini diharapkan dapat menjadi dasar gambaran ilmiah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, serta sebagai sarana evaluasi kompetensi dalam pemberian asuhan kebidanan berkesinambungan (*continuity of care*) pada periode kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir.

c. Bagi penulis

Hasil laporan akhir ini diharapkan dapat meningkatkan pengalaman klinis dalam pemberian asuhan kebidanan berkesinambungan (*continuity of care*) sejak usia kehamilan 19 minggu hingga 42 hari masa nifas sesuai standar pelayanan kebidanan, serta berkontribusi sebagai tambahan literatur ilmiah di perpustakaan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar.