

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Remaja merupakan harapan bangsa, sehingga dapat dikatakan bahwa masa depan bangsa untuk kedepannya dapat ditentukan dari keadaan remaja saat ini (Aryani, 2010). Sedangkan masa remaja adalah masa peralihan dari masa ke masa yang dialami oleh remaja itu sendiri. Masalah yang sering menonjol pada kalangan remaja ialah napza, dan permasalahan seputar seksualitas, serta rendahnya pengetahuan anak remaja tentang kesehatan reproduksi (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2012). Bagi remaja yang sudah berkembang kematangan seksualnya, jika remaja ini kurang mendapatkan bimbingan dari seorang guru serta orang tua maka akan mudah sekali terjebak dalam suatu masalah. Masalah itu sendiri adalah melakukan hubungan seks di luar nikah, yang mengakibatkan terjadi Kehamilan Tidak Dikehendaki (KTD) (Abrori, 2014).

Perilaku seksual pranikah yang dilakukan pada remaja, sehingga mengakibatkan Kehamilan Tidak Dikehendaki (KTD), dapat menimbulkan berbagai dampak negatif pada remaja itu sendiri seperti dampak psikologis dimana remaja ini merasa marah, takut, cemas, depresi, rendah diri, bersalah, dan merasa berdosa atas apa yang telah dilakukan. Dampak sosial yang bisa terjadi dari peristiwa ini adalah dikucilkan dan mendapat tekanan dari masyarakat yang mencela dan menolak keadaan tersebut. Dampak fisik yang bisa terjadi dari peristiwa ini ialah berkembangnya penyakit menular seksual (PMS) di kalangan remaja sehingga resiko terkena HIV/AIDS lebih tinggi. Jika sudah terjadi KTD secara otomatis pasangan tersebut akan melakukan perkawinan di usia muda (Lubis, 2016). Seperti yang dialami oleh Ny. A yang telah melakukan perkawinan di usia muda dan menjalani kehamilan beresiko karena usia yang terlalu muda.

Kehamilan beresiko menjadi sebuah alat ukur statistik dalam studi epidemiologi berdasarkan kemungkinan terjadinya suatu kegawat daruratan

obstetrik yang tidak diinginkan (Hidayah, 2018). *High Risk Pregnancy* juga membawa ancaman untuk jiwa dan kesehatan ibu atau bayi. Setiap kehamilan dengan faktor resiko tinggi pasti akan menghadapi ancaman morbiditas atau mortalitas ibu dan janin, baik dalam kehamilan, persalinan ataupun nifas. Karena kasus-kasus resiko tinggi melibatkan dua nyawa sekaligus, penanganan kasus-kasus tersebut harus dipertimbangkan serta dilaksanakan dengan sebaik-baiknya (Mochtar, 2011).

Faktor risi kehamilan dipengaruhi oleh 4T (terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat, dan terlalu jauh). Usia ibu dalam kehamilan termasuk dalam faktor sosiodemografik yang dapat mempengaruhi proses kehamilan. Usia ibu lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun termasuk usia yang produktif, dikarenakan di usia tersebut sistem reproduksi wanita dapat bekerja secara maksimal (Rohani, 2017). Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun termasuk dalam kehamilan yang mempunyai resiko tinggi serta dapat mengalami berbagai masalah penyulit kehamilan, baik secara psikologis ataupun fisiologis karena rahim dan tulang panggul ibu serta sirkulasi darah belum berkembang secara sempurna dan juga di usia lebih dari 35 tahun ibu akan mengalami penurunan kualitas pada sel telur, penuaan organ, serta keadaan rahim ibu yang mengalami penurunan sehingga dapat mengalami penyakit diabetes, hipertensi dan preeklamsia, persalinan lama, persalinan dengan SC, serta kematian. Selain itu dampak buruk pada janin adalah bayi bisa mengalami BBLR, makrosomia, kelainan kromosom, dan kematian neonatal (Lowdermik, 2013). Kehamilan resiko tinggi, usia 12-19 tahun, organ-organ reproduksi yang dimiliki baik internal maupun eksternal belum matang, seperti panggul, uterus, dan jalan persalinan belum siap jika mengalami pembuahan. Maka dapat menimbulkan kerusakan terhadap organ internal maupun eksternal, sedangkan pada saat melahirkan berdampak akan terjadinya, ruptur uteri, perdarahan hebat, bahkan dapat mengakibatkan kematian ibu dan bayi, pada kehamilan beresiko ini dapat mengakibatkan

komplikasi sehingga harus diatasi dengan pemeriksaan rutin, jika terdapat komplikasi bisa diatasi sedini mungkin (Mardjan, 2016).

Faktor resiko kesehatan selain usia ibu ada faktor kesehatan lain, seperti gangguan penglihatan yaitu mata minus. Ibu hamil dengan gangguan penglihatan mata minus yang tinggi diatas 6 dioptri dianggap sangat beresiko untuk melakukan persalinan pervaginam karena dikhawatirkan pada saat proses mengejan bisa menyebabkan lepasnya atau robeknya retina sehingga dapat menimbulkan kebutaan (Purnama, 2014). Dapat diketahui juga, bahwa robekan retina memang lebih sering terjadi pada mata minus, akan tetapi kejadian ini juga bisa terjadi pada siapa saja yang pernah mengalami trauma akibat benturan, komplikasi diabetes, preeklamsia, memiliki retina tipis, atau terjadinya pembesaran gel cair pada bola mata bagian dalam (vitreous gel) ke dalam lubang retina sehingga menyebabkan retina mudah lepas. Untuk ibu hamil dengan mata minus yang tinggi atau diatas 6 dioptri maka dianjurkan untuk melakukan persalinan secara SC, untuk meminimalisir terjadinya resiko yang membahayakan ibu (Roesma dan Mulya, 2014).

Permasalahan lain di kehamilan ini adalah posisi yang tidak normal salah satunya letak lintang. Letak lintang merupakan posisi bayi dengan kepala bayi berada di sebelah kiri atau kanan perut ibu, begitupun dengan letak kaki bayi yang berlawanan dengan kepala bayi. Posisi ini biasanya terjadi pada usia kehamilan 7 bulan dan bersifat sementara. Akan tetapi, jika posisi ini tidak berubah sampai usia kehamilan 9 bulan, maka posisi ini akan terus menetap sampai persalinan tiba, sehingga persalinan harus dilakukan secara SC. Letak lintang disebabkan karena plasenta yang menutupi jalan lahir, kehamilan dengan adanya kista, dan *polihidroamnion* (air ketuban berlebih). Upaya untuk mengubah posisi lintang, dapat dilakukan pada awal kehamilan jika sudah terdeteksi yaitu biasanya pada bulan ketujuh atau kedelapan. Bisa melakukan posisi *knee chest position* (posisi sujud), guna mengubah posisi janin secara alami, sehingga janin akan berputar dan posisi bayi sempurna yaitu dengan kepala berada dibawah (Rahmatullah, 2016).

Data menunjukkan di Indonesia hampir seluruh ibu hamil sudah melakukan pemeriksaan antenatal kunjungan pertama (K1) 96,01% dan frekuensi pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal 4 kali selama masa kehamilannya (Riskesmas Kemenkes, 2018) kunjungan ANC dilakukan satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester tiga (usia kehamilan 24 minggu sampai dengan persalinan) (Kemenkes RI, 2018). Pada tahun 2017 di provinsi DIY terdapat ibu hamil yang melakukan ANC K4 adalah sebanyak 75,30%. Pemeriksaan kehamilan dilakukan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil atau janin, berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi pada saat kehamilan. Pemeriksaan ibu pada saat hamil juga merupakan suatu upaya lain untuk menurunkan angka kematian ibu karena melahirkan (Dinkes DIY, 2017). Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup. Indikator ini tidak hanya mampu menilai pada kesehatan ibu saja, tetapi juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (Depkes RI, 2017).

Pada tahun 2018 AKI di Kabupaten Kota Yogyakarta sebesar < 102 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan capaian sebesar 111,5 per 100.000 kelahiran hidup, hal ini menunjukkan AKI cenderung meningkat pada 2 tahun terakhir. Hal ini disebabkan karena jumlah ibu hamil setiap tahun menurun namun kasus kematian ibu tetap. Penyebab terbanyak kematian ibu pada tahun 2018 ialah sepsis, gagal ginjal, meningitis/TB otak, dan odema pulmo. Hal ini dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, pendidikan, budaya, dll. Sedangkan pada AKB jumlah kematian bayi umur 0-11 bulan menunjukkan target AKB di Kota Yogyakarta sebesar 7,52 per 1000

kelahiran hidup sedangkan untuk pencapaian sebesar 9,76 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan pada 2 tahun terakhir mengalami peningkatan angka kematian bayi. Kematian bayi ini paling banyak disebabkan oleh asfiksia dan BBLR (Dinkes Kota Yogyakarta, 2019).

Pada tahun 2012 pemerintah melakukan upaya untuk mempercepat penurunan AKI Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dari program ini diharapkan dapat menurunkan AKI dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Karena di provinsi dan kabupaten itulah yang menduduki jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar. Program EMAS ini dilakukan dengan cara meningkatkan pelayanan emergency obstetric dan bayi baru lahir minimal di 150 rumah sakit PONEK (Pelayanan Obstetric Neonatus Esensial Komperhensif) dan 300 Puskesmas atau Balkesmas PONED (Pelayanan Obstetric Neonatus Esensial Dasar), dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit. Upaya ini dilakukan agar menjamin setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas (Depkes RI, 2017).

Selain ANC upaya perbaikan pelayanan kesehatan terus dilakukan dengan adanya *Continuity Of Care* (COC) yaitu asuhan yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB (keluarga Berencana) (Alwan, dkk, 2018). Tujuan dari pelayanan COC ini untuk mengetahui kesehatan ibu secara berkala dan teratur, sehingga mengurangi angka kematian ibu dan bayi (Oflarica, dkk, 2019). Ada tiga manfaat dari *Continuity Of Care* yaitu merencanakan, memberikan informasi, serta menciptakan hubungan baik antara bidan dan klien sehingga jika terdapat masalah dalam kehamilan, persalinan dan nifas dapat segera ditindaklanjuti (Ningsih, 2017).

Asuhan berkesinambungan adalah salah satu tugas bidan, untuk itu penulis melakukan studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 09 Januari 2020 di BPS Erni Kumala Dewi pada Ny. A umur 19 tahun yang

termasuk dalam kehamilan beresiko karena usia kurang dari 20 tahun, di usia yang belum produktif ini tentunya sangat membutuhkan pendampingan yang lebih. Ditambah lagi dengan adanya KTD dan masalah lainnya yaitu mata minus, dan letak lintang primipara usia kehamilan 29 minggu. Usia wanita yang hamil dibawah 20 tahun mempunyai resiko yang sangat tinggi baik bagi ibu maupun bayinya, seperti persalinan prematur dan BBLR terjadi karena belum atau kurang matangnya alat reproduksi yang paling utama adalah rahim yang belum siap mendapatkan beban selama proses kehamilan berlangsung atau kekurangan gizi saat hamil. Kemudian cacat bawaan karena kurangnya pengetahuan ibu selama terjadi proses kehamilan, kurangnya pengetahuan tentang gizi ibu hamil, tidak rutin melakukan pemeriksaan kehamilan, serta kondisi psikologi yang tidak stabil (Anggarani, 2013). Dari latar belakang diatas penulis tertarik melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. A Umur 19 Tahun primipara di BPS Erni Kumala Dewi Kota Yogyakarta” sesuai dengan target dan sasaran Laporan Tugas Akhir.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, masalah yang dirumuskan adalah “Bagaimanakah Penerapan Manajemen Kebidanan dan Asuhan Kebidanan Berkesinambungan yang dilakukan pada Ny. A umur 19 tahun Primipara di BPS Erni Kumala Dewi Kota Yogyakarta”.

C. Tujuan LTA

1. Tujuan umum

Memberikan asuhan berkesinambungan pada Ny. A umur 19 tahun Primipara di BPS Erni Kumala Dewi Kota Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny. A umur 19 tahun sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.
- b. Mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. A umur 19 tahun sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

- c. Mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu nifas dan keluarga berencana (KB) Ny. A umur 19 tahun sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.
- d. Mampu memberikan asuhan kebidanan kepada bayi baru lahir pada Bayi Ny. A umur 19 tahun sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

D. Manfaat LTA

1. Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi perkembangan ilmu kebidanan dan penerapan pelayanan kebidanan secara COC (*Continuity of Care*) pada ibu hamil, bersalin, neonatus, dan nifas.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Institusi khususnya Program Studi Kebidanan (D3) Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

Sebagai bahan kajian terhadap materi tentang Asuhan Kebidanan sesuai standar pelayanan kebidanan serta referensi untuk mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara komperhensif pada ibu hamil, bersalin, neonatus, dan nifas yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

- b. Bagi Lahan Praktek (BPS Erni Kumala Dewi)

Sebagai masukan untuk dapat meningkatkan pelayanan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan neonatus yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

- c. Bagi Klien (Ny. A)

Mendapatkan asuhan berkesinambungan serta menambah wawasan pengetahuan, dan dengan adanya asuhan berkesinambungan ini klien bisa mengetahui lebih awal jika terjadi komplikasi.

- d. Bagi Penulis

Dapat mengaplikasikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, neonatus, dan nifas sesuai dengan standar pelayanan kebidanan