

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang diluncurkan di tahun 2016 diakuinya untuk langkah awal pasti berat dirasakan oleh pemerintah daerah. pada tahun 2030, mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Mengacu dari kondisi saat ini, potensi untuk mencapai target *Millennium Development Goals* (MDGs) ke- 5 untuk menurunkan angka kematian ibu diperlukan kerja keras dan kesungguhan untuk mencapainya. Penyebab kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh perdarahan (32%) dan hipertensi dalam kehamilan dan preeklampsia (25%), diikuti oleh infeksi (5%), partus lama (5%), dan abortus (1%). Selain penyebab obstetrik kematian ibu juga disebabkan oleh penyebab lain-lain (non obstetrik) sebesar 32% (SDGs, 2016). Berdasarkan data yang dikumpulkan dari kabupaten/kota di Provinsi Jambi telah berhasil menekan jumlah angka kematian ibu. Jika pada tahun 2014 terjadi 77 kasus dari 1.000 kelahiran maka di tahun 2015 berhasil ditekan menjadi 58 kasus. dan meningkat pada tahun 2014 sebanyak 98 ibu diantaranya disebabkan oleh perdarahan, preeklampsia dan penyakit lain yang menyertai selama kehamilan. Risiko tinggi/ komplikasi kebidanan (Profil kesehatan Jambi tahun 2016). Didalam bukunya rochjati (2011) Faktor resiko ibu hamil dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu Kehamilan Resiko Rendah (KRR), Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), dan Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST). Kehamilan dengan riwayat persalinan sectio caesarea berdasarkan skor pudji rochjati termasuk dalam kategori KRT.

Data *World Health Organization* (WHO), menyatakan bahwa persalinan dengan SC adalah sekitar 10-15% dari semua proses persalinan di negara-

negara berkembang. Data tahun 2000 didapatkan bahwa angka kelahiran SC di Cina, Meksico, Brazil lebih 35%. Angka kejadian terus mengalami peningkatan di Cina bagian selatan bahkan mencapai 60% pada tahun 2003 dan 56% pada tahun 2000 menjadi 31% pada tahun 2006. Data di Indonesia menunjukkan bahwa angka persalinan SC mengalami peningkatan setiap tahunnya. Data SDKI yang pertama yaitu tahun 1987 hingga yang kelima yaitu SDKI 2002-2003, terjadi peningkatan angka persalinan SC secara rasional berjumlah kurang dari 4% dari jumlah total persalinan. Di Indonesia terjadi peningkatan Sectio caesarea dimana tahun 2000 sebesar 47,22%, tahun 2001 sebesar 45,19%, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,22%, tahun 2005 sebesar 51,59%, tahun 2006 sebesar 53,68% (setyowati, 2012). Dengan meningkatnya frekuensi seksio caesarea ini, maka dapat meningkat pula angka kejadian ibu hamil dengan riwayat seksio caesarea serta penyulit yang dialami saat persalinan. Di Inggris, frekuensi seksio caesarea ulangan pada ibu yang pernah seksio caesarea sebelumnya sekitar 28% dari kelahiran yang ada. Selain itu, di Australia selata sekitar 56,6% seksio caesarea elektif dan 13,9% seksio caesarea emergensi dialami oleh ibu yang pernah seksio caesarea sebelumnya (Dodd, 2007).

Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (intact). Istilah dalam *sectio caesarea* adalah primer, sekunder, ulang, histerektomi. Penyebab dilakukan *sectio caesarea* diantaranya faktor janin, faktor ibu, riwayat persalinan sebelum dioperasi, faktor hambatan jalan lahir, kelainan kontraksi rahim, ketuban pecah dini, rasa takut persalinan. Indikasi *sectio caesarea* antara lain adalah disproporsi kapala panggul (CPD), disfungsi uterus, distosia, janin besar, gawat janin, kelainan letak, eklampsia, hipertensi, pernah SC sebelumnya, persalinan lama, rupture uteri iminens, perdarahan antepartum

(Setyowati, 2012). Kehamilan dan persalinan setelah melahirkan dengan seksio caesarea akan berisiko tinggi terjadinya morbiditas dan mortalitas yang meningkat. Makin sering bersalin dengan seksio sesarea makin besar terjadinya komplikasi (Saifuddin 2009). Risiko jangka panjang yang terjadi yang terjadi pada kehamilan selanjutnya seperti plasenta previa dan rupture uteri (Rasdjidi 2009). Pada ibu nifas pascaoperasi kebanyakan merasa takut untuk bergerak setelah pembedahan faktor penghambat untuk melakukan mobilisasi dini disebabkan oleh rasa nyeri yang dirasakan, kekhawatiran kalau tubuh yang digerakkan pada posisi tertentu pasca operasi akan mempengaruhi luka operasi yang belum sembuh, robekan di tempat luka serta pembedahan kembali jika terjadi pergeseran otot. Selain itu ketidaktahuan dan rendahnya tingkat pengetahuan pasien tentang pentingnya mobilisasi dini pasca operasi menjadi salah satu faktor penghambat pelaksanaan mobilisasi dini (Prawihardho, 2014). Pertimbangan perencanaan penggunaan kontrasepsi dengan post SC dianjurkan untuk menggunakan kontrasepsi jangka panjang yang bertujuan untuk mengatur jarak kehamilan yang selanjutnya.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan dengan upaya deteksi dini komplikasi pada ibu hamil sedini mungkin dan bisa melakukan asuhan kebidanan yang berkelanjutan secara komperhensif terhadap ibu hamil sampai dengan KB (*continuity of care*). Hal ini, sesuai dengan rencana strategis menteri kesehatan yaitu peningkatan kesehatan ibu, bayi, balita, dan Keluarga Berencana (KB) (Kemenkes, 2012). Diharapkan dengan dilakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dapat mencegah sedini mungkin terjadinya komplikasi dan meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan kontrasepsi berencana.

Dari latar belakang di atas penulis tertarik untuk melakukan Asuhan kebidanan Komprehensif Dengan Judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. R kehamilan Trimester III dengan Riwayat SC Sampai Penggunaan Alat Kontrasepsi.”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka didapatkan identifikasi masalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan komprehensif pada ibu hamil trimester III dengan Riwayat SC sampai penggunaan alat kontrasepsi ?”

1.3 Tujuan penyusun

1.3.1 Tujuan umum

Mampu memberikan asuhan yang komprehensif mulai dari kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, BBL, Neonatus dan KB sehingga dapat mencegah komplikasi, meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayinya, dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan khusus

- a. Melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil trimester III dengan riwayat SC dalam bentuk SOAP
- b. Melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin dengan riwayat SC dalam bentuk SOAP
- c. Melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas dengan riwayat SC dalam bentuk SOAP
- d. Melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir dan neonatus dengan riwayat SC dalam bentuk SOAP
- e. Melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu ber-KB dengan riwayat SC dalam bentuk SOAP

1.4 Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan kebidanan diberikan kepada ibu hamil trimester III dengan riwayat SC dan dilanjutkan memberikan asuhan bersalin, bayi baru lahir, neonatus, nifas sampai dengan penggunaan alat kontrasepsi.

1.4.1 Sasaran

Ny. R kehamilan trimester III dengan riwayat SC dilanjutkan pada proses persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi.

1.4.2 Tempat

Asuhan kebidanan dilakukan di RUMKITBAN Malang

1.4.3 Waktu

Waktu yang digunakan mulai tanggal 07 desember 2019 - 15 januari 2020

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Sebagai pijakan dan referensi pada studi kasus selanjutnya dan dapat digunakan sebagai masukan untuk ilmu pengetahuan khususnya bidang ilmu kebidanan.

1.5.2 Manfaat praktis

Sebagai pedoman dan masukan dalam upaya memberikan peningkatan pelayanan kebidanan khususnya pada ibu hamil Riwayat SC, proses persalinan, nifas, BBL, neonatus, hingga penggunaan alat kontrasepsi.