

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu indikator kesejahteraan suatu negara dapat dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Kedua indikator tersebut memiliki keterkaitan erat karena mencerminkan kondisi dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat di suatu negara. Berdasarkan target *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2030, AKI diharapkan dapat diturunkan hingga di bawah 70 per 100.000 KH dan AKB di bawah 12 per 1.000 KH, serta angka kematian balita menjadi di bawah 25 per 1.000 KH Nation, (2017).

Namun, berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2025, AKI di Indonesia masih mencapai 144 per 100.000 KH Statistik, (2026). Penyebab kematian ibu sangat beragam dan bersifat kompleks, baik akibat faktor *obstetrik* maupun *nonobstetrik*. Data tahun 2024 menunjukkan bahwa penyebab kematian ibu terbanyak berasal dari komplikasi *nonobstetrik* dalam kehamilan sebanyak 1.351 kasus, diikuti hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas sebanyak 988 kasus, serta perdarahan *obstetrik* sebanyak 955 kasus. Selain itu, infeksi terkait kehamilan dan persalinan juga masih menjadi penyebab kematian ibu, salah satunya akibat Ketuban Pecah Dini (KPD) sebanyak 209 kasus (Manullang *et al.*, 2024).

Berdasarkan laporan kinerja terbaru, provinsi Jawa Barat mencatat kemajuan signifikan dengan jumlah AKI pada tahun 2025 sebanyak 646 kasus atau 88,78 per 100.000 KH berdasarkan penyebab kematian ibu, komplikasi *nonobstetrik* menjadi kontributor terbesar dengan proporsi 28,8%, lalu akibat perdarahan 27,2%, hipertensi 25,4%, komplikasi obstetrik sebesar 12,1%, infeksi 3,9% serta abortus sebesar 1,9%. Capaian ini menunjukkan penurunan sebanyak 103 kasus dibandingkan tahun 2024 yang mencatat 749 kasus (Dinkes Jabar, 2025).

Menurut Permenkes No 91, (2017) KPD merupakan salah satu komplikasi obstetri yang berkontribusi terhadap meningkatnya *morbiditas* dan *mortalitas* ibu maupun bayi. Bila tidak mendapatkan penanganan yang tepat, KPD dapat meningkatkan risiko infeksi *maternal* dan *neonatal* karena selaput ketuban yang berfungsi sebagai pelindung terhadap masuknya *mikroorganisme* telah pecah. Sekitar sepertiga perempuan dengan KPD *preterm* berisiko mengalami infeksi berat, sedangkan pada janin atau neonatus risiko morbiditas dan mortalitas lebih tinggi dibandingkan pada ibu, bahkan hingga 47,9% dapat menyebabkan kematian bayi.

KPD merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum dimulainya proses persalinan. KPD dapat terjadi pada usia kehamilan ≥ 37 minggu yang disebut KPD *aterm* atau *premature rupture of membranes* (PROM), dengan angka kejadian sekitar 6,46–15,6% kasus, maupun pada usia kehamilan < 37 minggu yang disebut *preterm premature rupture of membranes* (PPROM). Kehamilan dengan KPD *preterm* terjadi sekitar 2–3% dari seluruh kehamilan tunggal dan 7,4% pada kehamilan kembar (Permenkes No 91, 2017).

Terjadinya KPD dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor *internal* maupun *eksternal*. Faktor internal meliputi usia kehamilan, usia ibu, paritas, *polihidramnion*, anemia, serta riwayat KPD sebelumnya. Sementara itu, faktor eksternal meliputi pekerjaan, kondisi sosial ekonomi, dan status gizi ibu. Berbagai faktor tersebut dapat meningkatkan risiko kelemahan pada selaput ketuban sehingga lebih mudah mengalami ruptur sebelum proses persalinan dimulai (Permenkes No 91, 2017).

Penatalaksanaan KPD bertujuan untuk mencegah terjadinya *morbiditas* dan *mortalitas perinatal* pada ibu maupun bayi, terutama akibat infeksi dan persalinan *preterm*. Penanganan KPD dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu manajemen aktif dan manajemen *ekspektatif*. Manajemen aktif dilakukan dengan intervensi untuk mempercepat proses persalinan, sedangkan manajemen *ekspektatif* dilakukan tanpa intervensi segera dengan tetap melakukan pemantauan ketat terhadap kondisi ibu dan janin. Pada KPD *aterm* umumnya dilakukan manajemen aktif, sedangkan pada KPD *preterm*

pemilihan penatalaksanaan disesuaikan dengan kondisi ibu, janin, dan usia kehamilan (Permenkes No 91, 2017).

Oleh karena itu, penatalaksanaan KPD memerlukan pelayanan kesehatan yang cepat, tepat, dan berkesinambungan untuk memantau kondisi ibu dan janin serta mencegah terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Upaya tersebut tidak hanya dilakukan pada masa persalinan, tetapi juga sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir hingga pelayanan keluarga berencana melalui asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkelanjutan. Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi serta menurunkan AKI dan AKB adalah melalui pelayanan *Continuity of Care* (COC), yaitu asuhan komprehensif yang diberikan secara berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana (Salimah dan Isfaizah 2025).

Keberhasilan program ini diukur melalui indikator pelayanan kesehatan ibu. Indikator tersebut meliputi pemeriksaan rutin kehamilan, persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan, serta pelayanan kesehatan ibu nifas. Pelayanan kesehatan ibu nifas harus dilaksanakan minimal empat kali kunjungan. Setiap kunjungan tersebut dilaksanakan bersamaan dengan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (Manullang *et al.*, 2024).

Pada masa kehamilan, pemerintah menetapkan standar pelayanan kebidanan melalui pemeriksaan ANC yang berkualitas melalui 12 T dengan tujuan untuk memantau dan menjaga kesehatan dan keselamatan ibu dan janin. Terkait dengan kuantitas, kementerian kesehatan telah menyarankan bahwa pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal enam kali bagi setiap ibu hamil normal. Di antaranya, pemeriksaan dilakukan oleh dokter pada trimester 1, dua kali pada trimester 2, dan tiga kali pada trimester 3 termasuk pemeriksaan oleh dokter (Sudirman *et al.*, 2024).

Pada masa nifas kunjungan pertama dilaksanakan pada rentang waktu enam jam sampai dengan dua hari setelah persalinan. Kunjungan kedua

dilaksanakan pada hari ketiga sampai dengan hari ketujuh setelah persalinan. Kunjungan ketiga dilaksanakan pada hari kedelapan sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan. Kunjungan keempat dilaksanakan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan (Manullang *et al.*, 2024).

Selain itu, tenaga kesehatan memberikan perawatan khusus serta melakukan rujukan apabila terjadi komplikasi. Tenaga kesehatan juga memberikan pelayanan keluarga berencana, termasuk keluarga berencana pasca persalinan (Manullang *et al.*, 2024).

Pelayanan kesehatan ibu yang berkesinambungan tidak hanya berfokus pada penanganan komplikasi *obstetrik* seperti Ketuban Pecah Dini (KPD), tetapi juga mencakup deteksi dini dan pencegahan penyakit *nonobstetrik* yang dapat memperburuk kondisi ibu dan janin selama kehamilan. Salah satu penyakit nonobstetrik yang perlu mendapat perhatian adalah diabetes melitus (DM). DM merupakan penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan hiperglikemia akibat gangguan produksi maupun kerja insulin. Pada masa kehamilan, kondisi ini dapat meningkatkan risiko berbagai komplikasi seperti preeklamsia, persalinan prematur, infeksi, hingga meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi apabila tidak terkontrol dengan baik (Manullang *et al.*, 2024).

Salah satu bentuk DM yang terjadi selama kehamilan adalah diabetes melitus gestasional (DMG). Kondisi ini berhubungan dengan meningkatnya risiko komplikasi maternal dan neonatal, seperti *makrosomia*, *hipoglikemia neonatus*, serta persalinan dengan tindakan. Selain itu, DMG juga dapat memperburuk kondisi kehamilan yang disertai komplikasi obstetrik, termasuk KPD, karena dapat meningkatkan risiko infeksi dan gangguan kesehatan pada ibu maupun janin. Oleh karena itu, diperlukan upaya promotif dan preventif melalui pemeriksaan rutin, pengaturan pola hidup sehat, serta deteksi dini selama masa kehamilan guna mencegah terjadinya komplikasi (Dewi, 2022).

Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa prevalensi DM di Indonesia sebesar 1,7%. Pada penduduk usia ≥ 15 tahun, prevalensi berdasarkan diagnosis dokter sebesar 2,2% dan berdasarkan

pemeriksaan kadar gula darah sebesar 11,7% Kemenkes RI, (2023). Pengendalian DM dapat dilakukan melalui kepatuhan terhadap pengobatan, pengaturan pola makan, aktivitas fisik, serta pemeriksaan kesehatan secara rutin guna mencegah komplikasi pada ibu dan bayi. Upaya pengendalian tersebut dapat dilakukan melalui penerapan perilaku hidup sehat seperti CERDIK dan PATUH guna menjaga kestabilan kadar gula darah serta mencegah terjadinya komplikasi (Rezekiyah *et al.*, 2024)

Berdasarkan data di Kabupaten Cirebon, kematian ibu yang terjadi belum tercatat karena penyebab dari DM. Tahun 2023 tercatat kematian ibu sebanyak 40 kasus dari 42.305 KH meningkat dibandingkan tahun 2022 yaitu sebanyak 29 kasus dari 43.238 KH. Sementara itu, AKB juga mengalami peningkatan, dimana tahun 2023 mencapai 273 kasus dari 42.305 KH dengan penyebab utama asfiksia, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan *kongenital*. Sebagian besar penyebab tersebut sebenarnya dapat dicegah melalui deteksi dini dan pelayanan kesehatan yang optimal (Cirebon, 2023).

Upaya penurunan AKI dan AKB yang dilakukan di tingkat kabupaten yaitu dengan adanya peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan, pemenuhan sarana dan prasarana pelayanan, serta pendampingan masyarakat menjadi langkah utama dalam memperbaiki kesehatan ibu dan bayi. Program seperti skrining layak hamil bagi calon pengantin dan pasangan usia subur, edukasi gizi seimbang untuk ibu hamil, serta pelibatan kader dalam deteksi dini risiko di tingkat masyarakat turut memperkuat upaya tersebut (Susiana, 2019).

Di wilayah UPTD Puskesmas Tegal Gubug Kabupaten Cirebon telah diterapkan asuhan kebidanan berkesinambungan yang berfokus pada pelayanan sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga bayi baru lahir. Berdasarkan data tahun 2025 tercatat AKI sebanyak 1 kasus dan AKB sebanyak 3 kasus. Selain itu, tidak ditemukan kasus KPD maupun DM. Data tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan asuhan kebidanan berkesinambungan memberikan kontribusi positif dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya dalam upaya deteksi dini dan

pencegahan komplikasi pada ibu dan bayi. Meskipun demikian, kejadian kematian ibu dan bayi yang masih ditemukan tetap menjadi perhatian untuk terus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis akan melakukan asuhan kebidanan pada Ny. H usia 42 tahun G₃P₁A₁ dengan KPD sejak kehamilan, persalinan nifas dan bayi baru lahir di UPTD Puskesmas Tegal Gubug Kabupaten Cirebon termasuk dengan upaya promotif dan preventif pencegahan DMG. Pemberian asuhan ini mengacu pada keunggulan program studi diploma tiga kebidanan Cirebon, yaitu unggul dalam menghasilkan Ahli Madya Kebidanan yang profesional, berdaya saing global dan unggul dalam upaya promotif serta preventif pada Diabetes Melitus berbasis ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni (IPTEKS), sebagaimana tertuang dalam Visi Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Cirebon.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan kebidanan yang dilakukan kepada Ny H usia 42 tahun G₃P₂A₁ dengan KPD 8 jam dan post SC secara komprehensif sejak kehamilan, persalinan dan nifas termasuk bayi baru lahir di UPTD Puskesmas Tegal Gubug Kabupaten Cirebon?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan kebidanan pada Ny. H usia 42 tahun G₃P₁A₁ dengan KPD 8 jam dan post SC di UPTD Puskesmas Tegal Gubug Kabupaten Cirebon.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mampu melakukan pengkajian data subjektif terfokus pada Ny. H usia 42 tahun G₃P₁A₁ dengan KPD 8 jam dan post SC sejak kehamilan, persalinan dan nifas termasuk bayi baru lahir.
- b. Mampu mengkaji data objektif secara terfokus dalam asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.
- c. Mampu menegakkan analisis p berdasarkan data subjektif dan objektif pada kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

- d. Mampu melakukan penatalaksanaan berdasarkan analisis sesuai dengan kebutuhan ibu sejak kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.
- e. Mampu membahas kesenjangan antara asuhan yang diberikan dengan teori dan kenyataan di lahan praktik dalam asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.
- f. Mampu melakukan evaluasi *promotif* dan *preventif* pencegahan DM sejak kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Penyusunan laporan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan, serta menjadi sumber referensi dalam pengembangan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu dengan KPD mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga bayi baru lahir.

2. Manfaat praktis

Penyusunan laporan ini dapat menjadi sarana penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat saat proses perkuliahan kedalam praktik khususnya bagi ibu yang kemungkinan berpotensi mengalami KPD dan pada ibu dengan terdiagnosa KPD sejak kehamilan hingga nifas dan bayi baru lahir.