

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kematian maternal digunakan untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan. Menurut definisi WHO “kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan”. Sebab-sebab kematian ini dapat dibagi dalam 2 golongan, yakni yang langsung disebabkan oleh komplikasi-komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, dan sebab-sebab yang lain seperti penyakit jantung, kanker, dan sebagiannya. Angka kematian maternal ialah jumlah kematian maternal diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup, kini di beberapa negara menggunakan 100.000 kelahiran hidup (Prawirohardjo, 2011).

Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan, infeksi, dan eklamsi. Sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu adalah anemia, kurun energi kronis (KEK) dan keadaan 4 terlalu (terlalu muda, tua, sering dan banyak). Kematian ibu juga diwarnai oleh hal-hal nonteknis yang masuk katagori penyebab mendasar, seperti rendahnya status wanita, ketidakberdayaan dan taraf pendidikan yang rendah(Saifuddin, 2010).

Secara global 80% kematian ibu tergolong pada kematian ibu langsung. Pola penyebab langsung di mana-mana sama, yaitu perdarahan (25%, biasanya perdarahan pasca persalinan), sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%) komplikasi aborsi tidak aman (13%), dan sebab-sebab lain (8%) (Prawirihardjo, 2008).

Mortalitas dan morbilitas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Di negara miskin, sekitar 25-50% kematian

wanita usia subur disebabkan hal yang berkaitan dengan kehamilan. Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak produktivitasnya. Dalam pernyataan yang diterbitkan *World Health Organization* (WHO) itu dijelaskan, untuk mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) penurunan angka kematian ibu antara 1990 dan 2015 seharusnya 5,5 persen per tahun. (Prawirohardjo,2006).

Berdasarkan kesepakatan goals (tujuan) dan target *Sustainable Development Goals* (SDGs), terdapat Goals ketiga yaitu pada 2030 mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2030 mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 KH, pada 2030 menjamin akses semesta kepada pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk Keluarga Berencana (KB), informasi dan edukasi, serta integritas kesehatan reproduksi ke dalam strategi program nasional. (Depkes RI,2010)

Di Indonesia mengutip data hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 3359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Melengkapi hal tersebut data laporan dari daerah yang diterima Kementerian Kesehatan RI, menunjukkan bahwa jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan dan persalinan 2013 adalah sebanyak 5019 orang. Sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi SDKI 2012 mencapai 160.681 anak. Selain itu terdapat beberapa kondisi pada ibu seperti anemia pada penduduk usia 15-24 tahun masih tinggi yaitu sebesar 18,4 % (Riskesdas,2013), perkawinan usia dini masih tinggi sebesar 48 per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun (SDKI,2012) dan kebutuhan pelayanan KB

yang tidak terpenuhi atau unmet need masih relatif tinggi, yaitu sebesar 8,5% (SDKI, 2012)

Di Banjarmasin kasus AKI dan AKB yang terjadi 5 tahun terakhir 2011 terjadi 12 kasus AKI, 2012 naik menjadi 14 kasus, dan naik lagi pada 2013 dengan 17 kasus, dan AKI turun di 2014 dan 2015 dengan 14 kasus AKI yang sama. Sedangkan untuk kasus AKB terjadi di 2011 ada 77 kasus turun menjadi 64 kasus pada 2012, lalu di 2013 naik menjadi 84 kasus, kemudian pada 2014 turun menjadi 73 kasus dan 2015 lalu turun lagi menjadi 55 kasus. Faktor penyebab AKI dan AKB terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda, jarak kehamilan yang berdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering. (Dinkes Kalimantan Selatan, 2015).

Berdasarkan data Puskesmas Alalak Tengah pada tahun 2015 dengan pembagian wilayah Alalak Tengah, didapatkan jumlah sasaran ibu hamil 734, ibu hamil resiko tinggi 67, ibu bersalin dan nifas 659. Bayi 659, KB (keluarga berencana) 5777 (Rekapitulasi PWS KIA Alalak Tengah 2015).

Menurut data kunjungan KIA di wilayah kerja Puskesmas Alalak Tengah 2016 didapatkan data kunjungan ibu hamil K1 murni 486 (66%) dari target 100%, kunjungan K4 480 (72%) dari target 95%, kunjungan ibu hamil resiko tinggi 85 (80%) dari target 80%, kunjungan persalinan oleh nakes 54 (36,7%) dari target 80%, kunjungan nifas 480 (72%) dari target 100%, kunjungan neonatus 229 (75%) dari target 100%, Kunjungan KB 2790 (48,3%) dari 100% (Rekapitulasi PWS KIA Alalak Tengah 2016).

Berdasarkan sasaran dan cakupan yang ada maka di dapat beberapa sasaran yang tidak tercapai yaitu K-1 (murni), persalinan oleh tenaga kesehatan, dan deteksi dini dengan tenaga kesehatan, hal ini dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan, malu untuk periksa ke petugas kesehatan dan terlambat mengetahui kehamilan pada trimester pertama. Maka dari itu

penulis perlu melaksanakan dan memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB pada Ny. S. A

## **1.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Tujuan Umum dari studi kasus ini meningkatkan kemampuan mahasiswa untuk melaksanakan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. S. A di Wilayah Puskesmas Alalak Tengah.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1.2.2.1 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan secara tepat pada ibu hamil mulai 32 minggu, 33 minggu, 36 minggu sampai 38 minggu usia kehamilan, menolong persalinan, nifas 6 jam hingga 6 minggu masa nifas, KB, bayi baru lahir dan neonatus.

1.2.2.2 Melaksanakan pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode dokumentasi “SOAP”

1.2.2.3 Dapat menganalisa kasus yang dihadapi berdasarkan teori yang ada.

1.2.2.4 Dapat membuat laporan ilmiah tentang kasus yang dihadapi.

## **1.3 Manfaat Asuhan Kebidanan Komprehensif**

### **1.3.1 Bagi Pasien**

Penulis berharap klien dapat merasakan senang, aman dan nyaman dengan pelayanan bermutu dan berkualitas secara berkesinambungan

### **1.3.2 Bagi Penulis**

Sebagai sarana belajar pada asuhan kebidanan komprehensif untuk mengaplikasikan teori yang diperoleh selama perkuliahan dalam

rangka menambah wawasan khusus asuhan kebidanan, serta dapat mempelajari kesenjangan yang terjadi di masyarakat

#### 1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil asuhan kebidanan ini dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan menjadi data dasar untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif selanjutnya.

#### 1.3.4 Bagi Lahan Praktik

Penulis berharap studi kasus ini dapat dijadikan bahan masukan dalam pelayanan kebidanan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga komplikasi kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir dapat terdeteksi sedini mungkin.

### **1.4 Waktu dan Tempat Asuhan Kebidanan Komprehensif**

#### 1.4.1 Waktu

Adapun waktu studi kasus ini dimulai tanggal 22 Desember 2016 sampai 05 Maret 2017.

#### 1.4.2 Tempat

Puskesmas Semangat Dalam dan Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Alalak Tengah.