

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan suatu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas dan keluarga berencana untuk upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan. Maka diperlukan pelayanan kebidanan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara menyeluruh (Syarifudin & Hamidah, 2009).

Kematian ibu atau kematian maternal ialah kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan. Indikator yang umum digunakan dalam kematian ibu adalah Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio*) yaitu jumlah kematian ibu dalam 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mencerminkan risiko obstetrik yang dihadapi oleh ibu sewaktu ia hamil. Jika ibu tersebut hamil beberapa kali, risikonya meningkat dan digambarkan sebagai risiko kematian ibu sepanjang hidupnya, yaitu probabilitas menjadi hamil dan probabilitas kematian karena kehamilan sepanjang masa reproduksi. Secara global 80% kematian ibu langsung. Pola penyebab langsung dimana-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%) (Prawirohardjo, 2013).

Telah terjadi penurunan angka kematian anak dalam 10-15 tahun terakhir meskipun kematian neonatal dini dan lahir mati masih tinggi. Dari 7,7 juta kematian bayi setiap tahun lebih dari separuh terjadi pada waktu perinatal atau usia dibawah 1 bulan. Tiga perempat dari kematian ini terjadi pada minggu pertama kehidupan. Penyebab kematian adalah asfiksia, trauma kelahiran, infeksi, prematuritas, kelainan bawaan, dan sebab-sebab lain. Jika tidak meninggal, keadaan ini akan meninggalkan masalah bayi dengan cacat (Prawirohardjo, 2013).

Kematian ibu menurut WHO adalah kematian seorang wanita hamil atau selama 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan tetapi bukan disebabkan oleh insiden. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu yang diakibatkan oleh proses reproduksi pada saat hamil, melahirkan dan masa nifas per 100.000 kelahiran hidup (Karwati *et al.*, 2011).

AKI di Asia Tenggara tahun 2012 yaitu Singapura hanya 6/100.000 KH, Malaysia tercatat 41/100.000 KH, Thailand sebanyak 44/100.000 KH dan Filipina 170/100.000 KH. Sedangkan Indonesia tergolong paling tertinggi dengan angka rata-rata 228/100.000 KH. Berdasarkan *human development report* tahun 2012, AKB mencapai 31/1.000, angka itu 5,2 kali lebih tinggi dibandingkan Malaysia juga 1,2 kali lebih tinggi dibandingkan Filipina dan 2,4 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan Thailand. Tingginya AKI dan AKB menempatkan Indonesia pada urutan teratas di Asia Tenggara (Puspita, 2012).

Berdasarkan kesepakatan *goals* (tujuan) dan target *Sustainable Development Goals* (SDGs), terdapat *goals* ketiga yaitu pada 2030 mengurangi Angka Kematian Ibu hingga dibawah 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 3.359 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 tahun 2013 adalah sebanyak 5019 orang. Sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi SDKI tahun 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% (Risikesdas, 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 provinsi Kalimantan Selatan jumlah kematian ibu sebanyak 108 orang dan jumlah angka kematian bayi sebanyak 658 orang. Cakupan kunjungan ibu hamil, K1 sebanyak 65.641 orang dan K4 sebanyak 54.933 orang. Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 57.561 orang. Jumlah ibu nifas yang mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 57.164 orang. Cakupan kunjungan neonatus, KN1 sebanyak 54.626 orang dan KN lengkap 49.916 (Dinkes Kalimantan Selatan, 2012).

Di Banjarmasin, kasus jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi yang terjadi 3 tahun terakhir. Kasus kematian ibu tahun 2013 terjadi 17 kasus, tahun 2014 dan 2015 menurun menjadi 14 kasus. Sedangkan kasus kematian bayi tahun 2013 terjadi 84 kasus, tahun 2014 menurun menjadi 73 kasus dan tahun 2015 menurun lagi menjadi 55 kasus. Faktor penyebab kematian ibu dan kematian bayi terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda, jarak kehamilan yang berdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering (Dinkes Kalimantan Selatan, 2015).

Berdasarkan data PWS KIA di Puskesmas Pekauman tahun 2015 menunjukkan cakupan kunjungan K1 (murni) yaitu 1.129 orang (99,8%), kunjungan K1 akses yaitu 1200 orang (106,1%), kunjungan K4 yaitu 1.130 orang (99%) dari target 95%, deteksi resiko tinggi oleh tenaga kesehatan yaitu 64 orang (28,3%), deteksi resiko tinggi kehamilan oleh masyarakat yaitu sebesar 208 orang (92,0%), kunjungan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yaitu sebesar 1046 orang (96,4%), kunjungan nifas yaitu sebesar 1046 orang (96,4%), kunjungan neonatus KN1 1.045 orang (94,7%) kunjungan neonatal lengkap 1.040 orang (94,2%), penanganan komplikasi neonatus yaitu sebesar 140 orang (61,9%).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan adanya asuhan komprehensif ini diharapkan dapat diterapkan secara maksimal di lapangan dan dilakukan pelayanan asuhan sesuai standar pada kunjungan kehamilan pertama, agar dapat mendeteksi secara dini komplikasi yang mungkin dapat terjadi pada masa kehamilan sampai KB, sehingga dapat menurunkan AKI dan AKB. Upaya yang dilakukan oleh pemerintah Banjarmasin, yakni meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan agar lebih optimal dan tepat tujuan, serta Perda Nomor 8 tahun 2013 tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, Bayi dan Anak Balita (KIBBLA). Upaya yang dilakukan puskesmas Pekauman

Banjarmasin untuk meningkatkan pelayanan dan cakupan pelayanan yaitu adanya PWS KIA, Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), P4K, Posyandu dan kunjungan kerumah pasien.

Berdasarkan sasaran dan cakupan yang ada maka di dapat beberapa sasaran yang tidak tercapai yaitu persalinan oleh tenaga kesehatan dan penanganan komplikasi neonatus hal ini dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan, malu untuk periksa ke petugas kesehatan dan terlambat mengetahui gejala awal terhadap komplikasi tersebut. Maka dari itu penulis perlu melaksanakan dan memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB pada Ny. N.

## **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. N di Wilayah Puskesmas Pekauman Banjarmasin

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

Saat melakukan asuhan komprehensif ini mahasiswi diharapkan mampu:

1.2.2.1 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan secara tepat pada Ny. N dengan usia kehamilan 32-34 minggu sampai 40 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 di hadapi

### **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 1 Desember 2016 sampai dengan selesai

#### 1.4.2 Tempat

Puskesmas Pekauman dan Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Pekauman, Banjarmasin.