

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas dan Keluarga Berencana. 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. Pelayanan kebidanan yang diperlukan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh. Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah melaksanakan pendekatan manajemen kebidanan pada kasus kehamilan dan persalinan, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan anak (Saifuddin, 2013).

Kematian ibu adalah kematian seorang wanita terjadi saat hamil, bersalin, atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan. Setiap hari 1.500 wanita meninggal akibat komplikasi kehamilan atau persalinan. 10.000 bayi per hari meninggal dalam bulan pertama kehidupan dan jumlah yang sama bayi lahir mati. Pada tahun 1996, *World Health Organization* (WHO) meluncurkan strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS). MPS membantu untuk meningkatkan kesehatan ibu, membantu negara-negara untuk menjamin tenaga kesehatan terampil sebelum, selama dan setelah kehamilan melahirkan serta memperkuat sistem kesehatan nasional (Irawan, 2015).

Di seluruh dunia, sekitar 838 wanita meninggal setiap harinya karena komplikasi selama kehamilan atau persalinan pada tahun 2015. Angka kematian ibu di dunia dengan *ratio* 216 per 100.000 kelahiran hidup di

tahun 2015. Angka Kematian Bayi (AKB) yang ditemukan adalah 19 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2017).

Rohan dan Siyoto (2013) membahas tentang tingkat kematian ibu yang merupakan indikator utama yang membedakan suatu negara digolongkan sebagai negara maju atau berkembang. Dalam penelitian angka kematian ibu pada tahun 2015 didapatkan bahwa di Negara maju dan berkembang memiliki angka kematian yang berbeda jauh, misalnya di negara maju seperti Amerika Serikat memiliki AKI 14 per 100.000 kelahiran hidup, di Jerman dengan AKI 6 per 100.000 kelahiran hidup dan Singapura dengan AKI 10 per 100.000 kelahiran. Kemudian di negara berkembang seperti di India memiliki AKI 174 per 100.000 kelahiran, Afganistan dengan AKI 396 per 100.000 kelahiran hidup dan di Republik Afrika Tengah dengan AKI 882 per 100.000 kelahiran hidup. Jelas sekali perbedaan angka kematian ibu di negara maju dan di negara berkembang, jika dikaji tentunya perbedaan tersebut disebabkan oleh banyak faktor seperti masalah ekonomi, pendidikan, gizi dan sebagainya (WHO, 2017).

Di Asia Tenggara yang memiliki Angka Kematian Ibu (AKI) tertinggi adalah Timor Leste 216 per 100.000 kelahiran hidup dan diiringi Myanmar dengan angka 178 per 100.000 kelahiran hidup, kemudian Kamboja 161 per 100.000 kelahiran hidup. Indonesia menempati nomor 4 angka kematian ibu tertinggi di Asia Tenggara dengan angka 126 per 100.000 kelahiran. Sedangkan yang menempati peringkat tiga terendah adalah Brunei Darussalam dengan 23 per 100.000 kelahiran, Thailand 20 per 100.000 kelahiran dan Singapura 10 per 100.000 kelahiran (WHO, 2017).

Di Indonesia AKI masih tinggi. Pada tahun 2016 tercatat 305 ibu meninggal per 100.000 orang. Tingginya angka kematian pada ibu dipengaruhi status kesehatan dan gizi rendah. Sekitar 28,8% ibu hamil menderita *hipertensi*. Selain itu 32,9% ibu hamil mengalami *obesitas* dan 37,1% menderita

anemia, bisa dikarenakan faktor gizi dan asupan makanan yang kurang. Cakupan ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya dan bersalin di fasilitas kesehatan baru sekitar 74,7%. Data itu didapat dari Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkernas) 2016. Artinya masih ada 25% ibu dan janin yang tumbuh dan berkembang dalam kandungan ibu tidak terpantau oleh tenaga kesehatan. Disamping faktor kesehatan, kemenkes juga mencatat persalinan pada usia muda turut menyumbang tingginya angka kematian ibu. 46,7% perempuan menikah di usia 10-19 tahun. Pada ibu yang melahirkan di usia 19 tahun kebawah, risiko kematiannya bisa meningkat karena belum siapnya rahim. Sedangkan, usia idealnya melahirkan pada perempuan yaitu 23 tahun (Kemenkes, 2016).

Angka kematian ibu (AKI) di pulau Kalimantan yang terdiri dari 5 provinsi tercatat wilayah Kalimantan Timur pada tahun 2014 AKI mencapai 177 per 100.000 kelahiran hidup, dan untuk wilayah Kalimantan Tengah tercatat 63 per 100.000 kelahiran hidup angka ini lebih sedikit dibandingkan yang tercatat di wilayah Kalimantan Barat AKI mencapai 128 per 100.000 kelahiran hidup, untuk wilayah Kalimantan Selatan tercatat AKI 92 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan wilayah Kalimantan Utara yang merupakan provinsi baru, AKI mencapai 395 per 100.000 kelahiran hidup dan merupakan angka tertinggi untuk AKI di pulau Kalimantan. Sedangkan AKB di pulau Kalimantan tercatat wilayah Kalimantan Timur sebanyak 21 per 100.000 kelahiran hidup, Kalimantan Tengah sebanyak 30 per 100.000 kelahiran hidup, Kalimantan Barat sebanyak 34 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Kalimantan Selatan masih tinggi sekitar 55 per 100.000 kelahiran hidup dan untuk wilayah Kalimantan Utara tercatat AKB sebanyak 32 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2014).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin (2016), dapat dilihat bahwa jumlah kematian ibu pada tahun 2011 turun sebesar 12 kasus (14%) dibandingkan jumlah kematian ibu tahun 2010, penyebab kematian

tersebut merupakan kematian yang disebabkan oleh penyebab *non obstetri*. Jumlah kematian ibu tahun 2012 naik sebesar 14 kasus (16%), penyebab kematian terutama oleh *preeklamps/eklamps* sebesar 7 kasus (50%). Tahun 2013 jumlah kematian ibu naik cukup signifikan sebesar 17 kasus (21%) dibandingkan tahun 2012, pada tahun 2013 didominasi 2 penyebab utama kematian ibu yaitu *preeklampi/eklamps* dan perdarahan. Pada tahun 2014 terjadi penurunan jumlah kematian ibu sebesar 14 kasus (17%), penyebab kematiannya sebagian besar adalah komplikasi kehamilan/persalinan yaitu *preeklamps/eklamps* dan perdarahan. Sedangkan tahun 2015 jumlah kematian ibu masih stagnan pada jumlah 14 orang sama seperti tahun 2014, meskipun penyebab kematian tersebut bergeser pada penyebab kematian *non obstetri* sebanyak 7 orang (50%) diantaranya karena gangguan jantung, *oedem pulmonal*, diabetes militus dan gagal ginjal. Pada tahun 2016 angka kematian ibu sebesar 8 kasus. Factor 4 terlalu menjadi factor penyebab tidak langsung kematian ibu di kota Banjarmasin diantaranya 1 orang (12,5%) terlalu muda/< 20 tahun, dan umur 20-35 tahun sejumlah 7 orang (87,5) (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2016).

Angka kematian bayi (AKB) di kota Banjarmasin masih fluktuatif, pada tahun 2011 naik sebesar 77 kasus (32,75%) dibandingkan tahun 2010, kemudian turun menjadi 67 kasus (11,69%) di tahun 2012, kemudian pada tahun 2013 naik kembali menjadi 84 kasus (23,52%) di bandingkan tahun 2012 dan pada tahun 2014 turun sebesar 73 kasus (13,10%) dibandingkan tahun 2013, dan tahun 2015 jumlah absolut kematian bayi ada 55 kasus turun 24,66% dibandingkan tahun 2014. Dan tahun 2016 turun 20,00% dari tahun 2015 jumlah absolut kematian bayi pada tahun 2016 yaitu 44 kasus (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2016).

Berdasarkan data Laporan Rekapitulasi Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Puskesmas Kelayan Timur pada tahun 2017 didapatkan AKI sebanyak 0,2% dengan jumlah 1 orang dari 411

orang, AKB sebanyak 01,2% dengan jumlah 5 orang dari kelahiran 411 orang, data ibu hamil sebanyak 1.176 orang, K1 akses diperoleh 1.176 (207,0%) dari sasaran ibu hamil berjumlah 568 orang dan K1 murni sebesar 575 (101,2%) dari sasaran ibu hamil berjumlah 568 orang. Kunjungan ibu hamil rutin (K4) diperoleh presentasi 81,7% dengan jumlah 465 orang. Ibu hamil dengan resiko tinggi yang di temukan oleh tenaga kesehatan adalah sebanyak 36,8% dengan jumlah 42 orang dan yang ditemukan oleh masyarakat sebanyak 56,1% dengan jumlah 64 orang. Jumlah ibu bersalin mencapai 423 orang, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mencapai 413 orang (95,7%), ibu yang mendapat pelayanan nifas mencapai 422 orang (79,2%), ibu nifas mendapat Vit A mencapai 422 orang (79,2%). Jumlah peserta KB baru 585 orang dengan nilai absolut 11,0%, sedangkan jumlah peserta KB aktif 4.730 dengan nilai absolut 89,0% (Rekapitulasi PWS-KIA Puskesmas Kelayan Timur, 2017).

Berdasarkan data PWS-KIA Wilayah Kerja Puskesmas Kelayan Timur jumlah ibu hamil dengan resiko tinggi yang di temukan oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat masih cukup tinggi, 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. W di wilayah kerja Puskesmas Kelayan Timur, Banjarmasin.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif meliputi asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan bayi baru lahir, asuhan nifas dan asuhan KB pada Ny. W di wilayah kerja Puskesmas Kelayan Timur.

1.2.2. Tujuan Khusus

- 1.2.2.1. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.
- 1.2.2.2. Membuat *assessment*.
- 1.2.2.3. Melakukan penatalaksanaan sesuai dengan *assesment*.
- 1.2.2.4. Menganalisa antara teori dan tindakan yang dilakukan.

1.3. Manfaat

1.3.1. Bagi Masyarakat/klien

Masyarakat/klien dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang pentingnya pemeriksaan pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.3.2. 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.

1.3.3. Bagi Lahan Praktik

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

1.3.4. 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 pada asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana yang terjadi di masyarakat.

1.4. Waktu dan Tempat Pengambilan Kasus

1.4.1 Waktu

Waktu studi kasus yaitu mulai Desember 2017 sampai dengan Maret 2018.

1.4.2 Tempat

Tempat studi kasus ini yaitu di Wilayah Kerja Puskesmas Kelayan Timur.