

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut definisi *World Health Organization* (WHO) pada abad ke-16 kematian maternal merupakan kematian wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan. Angka kematian internal merupakan jumlah kematian maternal diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup, kini di beberapa negara malah terdapat 100.000 kelahiran hidup. Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin merupakan 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 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, 2013).

Menurut WHO tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan (42%), eklampsia (13%), sepsis (12%), komplikasi abortus (11%), infeksi (10%), dan persalinan lama (9%), gangguan hipertensi dalam kehamilan (8%). Sebagian besar ibu meninggal karena penyakit yang diperberat dengan kehamilan seperti anemia, hepatitis, TBC atau penyakit jantung (Sari & Kurnia, 2014).

Menurut WHO (2013) angka kematian ibu (AKI) di dunia 210 per 100.000 kelahiran hidup. AKI (Angka Kematian Ibu) di negara berkembang 230 per 100.000 kelahiran hidup dan AKI di negara maju 16 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di Asia Timur 33 per 100.000 kelahiran hidup. Asia Selatan 190 per 100.000 kelahiran hidup, Asia Tenggara 140 per 100.000 kelahiran hidup

dan Asia Barat 74 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2013 AKI di Indonesia mencapai 190 per 100.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan Malaysia, Filipina dan Singapura, angka tersebut lebih besar dibandingkan dengan angka dari negara – negara tersebut dimana AKI Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 120 per 100.000 kelahiran hidup dan Singapura per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2013 AKB di dunia 34 per 1.000 kelahiran hidup. AKB di negara berkembang 37 per 1.000 kelahiran hidup dan AKB di negara maju 5 per 1.000 kelahiran hidup. AKB di Asia Timur 11 per 1.000 kelahiran hidup, Asia selatan 43 per 100. 000 kelahiran hidup, Asia Tenggara 24 per 1.000 kelahiran hidup dan Asia Barat 21 per 1.000 kelahiran hidup dan AKB di Indonesia mencapai 25 per 1.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan Malaysia, Filipina dan Singapura angka tersebut lebih besar dibandingkan dengan angka dari negara – negara tersebut. AKB Malaysia 7 per 1.000 kelahiran hidup, Filipina 24 per 1.000 kelahiran hidup dan Singapura 2 per 1.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI dari 430 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 190 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. AKB juga mengalami penurunan dari 62 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 25 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2013 (Kementrian Kesehatan, 2014).

Di Indonesia mengutip data hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan angka kematian ini jauh melonjak dari hasil SDKI 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2012 sekitar 32 per 100.000 kelahiran hidup, dibandingkan Angka Kematian Bayi 2007 mengalami sedikit penurunan sekitar 34 per 100.000 kelahiran hidup. Namun angka kematian tersebut masih jauh dari target MDGs 2015 sebesar 102 per 100. 000 kelahiran hidup (Sari & Kurnia, 2014).

Upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Kematian Bayi serta mencegah komplikasi dalam kehamilan maupun persalinan, deteksi dini resiko tinggi

sangat perlu didukung dengan adanya pelayanan yang berkualitas dimulai dari asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana. Karena sebagian besar kesakitan dan kematian ibu dapat dicegah jika mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang efektif di deteksi dini faktor resiko pada ibu hamil juga merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah angka kesakitan dan kematian ibu sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi (Kepmenkes RI, 2015).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Subsistem SKN merupakan upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen dan informasi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat. Dalam batas-batas yang telah disepakati, tujuan sistem kesehatan merupakan meningkatkan status kesehatan masyarakat, yaitu angka kematian ibu, angka kematian bayi, angka kematian kejadian penyakit dan berbagai indikator lainnya. Meningkatkan respon penanganan terhadap masyarakat. Dalam hal ini masyarakat puas terhadap pelayanan kesehatan. Tujuan pembangunan kesehatan menuju indonesia sehat meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal (SKN, 2009).

Di Provinsi Kalimantan Selatan khususnya 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).

Asuhan kebidanan komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium dan konseling. Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya adalah Asuhan Kebidanan Kehamilan (*Antenatal care*), Asuhan Kebidanan Persalinan (*Intranatal Care*), Asuhan Kebidanan Masa Nifas (*Postnatal Care*), dan Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (*Neonatal Care*). Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah melaksanakan pendekatan manajemen kebidanan pada kasus kehamilan dan persalinan, sehingga dapat menurunkan atau menghilangkan angka kesakitan ibu dan anak (Varney, 2008).

Standar asuhan kebidanan merupakan proses pengambilan keputusan atau tindakan yang dilakukan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan masalah kebidanan, perencanaan, implementasi evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Dalam standar asuhan kebidanan yakni meliputi perencanaanyaitu melakukan rencana tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif, sehingga asuhan kebidanan komprehensif dilakukan berdasarkan Standar Asuhan Kebidanan (Varney, 2008).

Berdasarkan data Puskesmas Basirih Baru pada tahun 2015 dengan pembagian wilayah Basirih baru dan Belitung Selatan, didapatkan jumlah sasaran ibu hamil berjumlah 1168,2 orang, ibu hamil resiko tinggi berjumlah 43,5 , ibu bersalin dan nifas berjumlah 43,4 orang. Bayi berjumlah 421 orang, Kb (keluarga berencana) baru berjumlah 90 orang, KB aktif berjumlah 23,1 orang. Kunjungan ibu hamil k1 murni 86,2 orang (100%) dari target 100%, kunjungan K4 82 orang (95%) dari target 95 %, kunjungan ibu hamil resiko tinggi 43,5

orang (80%) dari target 80 % kunjungan persalinan oleh nakes 85,4 orang, kunjungan nifas 1 90,9 dan kunjungan nifas lengkap 89,7, kunjungan penanganan komplikasi neonatus 37,3, kunjungan neonatal 92 dan kunjungan KB Aktif 23,1, kunjungan KB Baru 90 dan cakupan penanganan komplikasi obstetri 14,8 (Rekapitulasi PWS KIA Basirih Baru 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas dan data kegiatan PWS KIA maka sangat penting bagi tenaga bidan untuk memberikan asuhan yang bersifat komprehensif pada kehamilan, persalinan, nifas, KB dan BBL. Penulis akan menulis kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R. G₃ P₂ A₁ di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Basirih Baru Banjarmasin.

1.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.2.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan pada Ny. R secara komprehensif sejak ibu hamil, bersalin sampai nifas dan bayi baru lahir secara tepat sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny. R dengan menggunakan manajemen kebidanan secara tepat pada ibu hamil mulai 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 pada Ny. R dengan metode dokumentasi “SOAP” dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB wilayah kerja Puskesmas Basirih Baru Banjarmasin.

1.2.2.3 Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan assessment pada Ny. R dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB wilayah kerja Puskesmas Basirih Baru Banjarmasin.

1.2.2.4 Dapat menganalisis kasus pada Ny. R yang dihadapi berdasarkan teori yang ada.

1.2.2.5 Dapat membuat laporan ilmiah tentang kasus pada Ny. R 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 08 Desember 2016 sampai dengan 28 februari 2017.

1.4.2 Tempat

Wilayah Kerja Puskesmas Basirih Baru Banjarmasin dan Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Banyur Luar, Banjarmasin.