

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Angka kematian ibu diseluruh dunia menurut pernyataan organisasi kesehatan dunia Word Health Organization (WHO) pada tahun 2007 mencapai sekitar 585.000 per tahun saat hamil dan bersalin yang masih tinggi dibandingkan tahun 2005 yang sebanyak 536.000 ibu meninggal dalam masa kehamilan dan persalinan. Berdasarkan penelitian WHO Faktor penyebab kematian maternal tersebut adalah faktor reproduksi, pelayanan kesehatan, dan sosial ekonomi (Wiknjosastro, 2005).

Dewasa ini Angka Kematian Ibu (AKI) dan AKB di Indonesia masih tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Menurut laporan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tahun 2007 AKI di Indonesia mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup, penyebab kematian ibu di Indonesia di antaranya perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (8%), persalinan macet (5%), abortus (5%), trauma obstetric (3%) emboli obstetric (3%) dan penyebab lain (11%). Sedangkan Angka Kematian Bayi Baru Lahir (MMR) menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 terdapat 34 per 1000 kelahiran hidup. Adapun penyebab kematian tersebut adalah BBLR (29%), asfiksia (27%), masalah pemberian minum (10%), tetanus (10%), gangguan hematologik (6%), infeksi (5%) dan penyebab lain (13%) ( Wirakusumah. 2012)

Meski berbagai upaya telah dilakukan dalam menurunkan AKI dan AKB hingga kini keduanya masih menjadi masalah utama, penyebab antara lain; Pengawasan antenatal yang masih kurang memadai sehingga penyulit kehamilan serta kehamilan dengan resiko tinggi terlambat untuk diketahui (Prawiroharjo, 2010), faktor pendukung yaitu status sosial ekonomi yang merupakan salah satu faktor lingkungan yang secara tidak langsung mempengaruhi status gizi ibu maupun pada status gizi bayi yang memberikan dampak atau resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR, kematian saat persalinan, perdarahan, anemia dan pasca persalinan yang sulit karena mudah mengalami gangguan kesehatan (wirjatmadi, 2012).

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) melahirkan di Jawa Timur dari tahun ke tahun terus menurun. Tahun 2009, jumlah AKI 108/100.000 kelahiran hidup, tahun 2010 108/100.000. kelahiran hidup dan tahun 2011 104,4/100.000 kelahiran hidup. Sedang untuk tahun 2012, angka kematian Ibu melahirkan turun menjadi 97,4/100.000 kelahiran hidup.

Di Profinsi Jawa Timur berdasarkan laporan kematian ibu Kab/Kota dari Bidang Bina Yankes, pada tahun 2008 tercatat sebanyak 598 kasus kematian dengan rincian 152 kematian masa hamil, 163 waktu bersalin dan 283 pada ibu nifas dengan penyebab terbanyak yaitu perdarahan 161 kasus (33,06%), hipertensi dalam kehamilan 121 kasus (24,85%) dan 38 kasus infeksi (7,80%) serta ada 167 kasus karena sebab lain (34,29%).

Data yang diperoleh dari BPS Maulina Hasnidah tiga bulan terakhir terhitung mulai Desember 2012 sampai Februari 2013 jumlah ibu yang melakukan

ANC sebanyak 112 orang , INC sebanyak 106 orang, dan rujukan sebanyak 28 orang dengan kasus KPD 10 orang, PEB 18 orang.

Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah faktor-faktor yang memperberat ibu hamil seperti EMPAT TERLALU (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kelahiran) menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2002 sebanyak 22,5 %, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup, dengan angka kematian bayi (AKB) sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup (Kementrian kesehatan RI, 2012).

Untuk untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir harus melalui beberapa tahapan mulai dari proses kehamilan, persalinan dan pada masa nifas tentu hal tersebut tidak dapat dilakukan dalam waktu yang singkat. Namun demikian, masih diperlukan upaya keras untuk mencapai target RPJMN 2010-2014 yaitu 118/100.000 KH pada tahun 2014 dan target Millenium Development Goals (MDGs) yaitu 102/100.000 KH pada tahun 2015 (Kementrian kesehatan RI, 2012).

Berbagai upaya memang telah dilakukan untuk menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan balita. Antara lain melalui penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit. Program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) dalam rangka upaya

percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya yang akan dilaksanakan adalah peningkatan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan neonatal dengan cara memastikan intervensi medis prioritas yang mempunyai dampak besar pada penurunan kematian dan tata kelola klinis (*clinical governance*).

Melihat permasalahan diatas, hal ini melatar belakangi penulis untuk mengkaji lebih mendalam dengan melakukan studi kasus melalui pendekatan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny N di BPS Maulina Hasnidah agar dapat mendeteksi secara dini adanya kelainan yang dapat terjadi pada ibu hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi baru lahir serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas pada Ny.N di BPS Maulina Hasnidah ?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mempelajari dan menerapkan pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan Kebidanan kehamilan, persalinan, nifas pada Ny.N dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan varney di BPS Maulina Hasnidah.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny "N" mulai dari kehamilan, persalinan dan masa nifas, diharapkan penulis mampu :

1. Mampu mengumpulkan data dasar kehamilan, persalinan, nifas pada pasien Ny.N.
2. Mampu menginterpretasi data dasar kehamilan, persalinan, nifas pada pasien Ny.N.
3. Mampu mengidentifikasi diagnosis, dan masalah potensial kehamilan, persalinan, nifas pada pasien Ny.N.
4. Mampu mengidentifikasi dan penetapan kebutuhan kehamilan, persalinan, nifas yang memerlukan penanganan segera pada pasien Ny.N.
5. Mampu merencanakan asuhan kehamilan, persalinan, nifas secara menyeluruh pada Ny.N.
6. Mampu melaksanakan perencanaan kehamilan, persalinan, nifas pada Ny.N.
7. Mampu mengevaluasi dari perencanaan dan pelaksanaan asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas pada Ny.N.

## 1.4. Manfaat

### 1.4.1 Teoritis

Sebagai aplikasi ilmu yang telah dipelajari dan evaluasi atas apa yang telah didapatkan di pendidikan secara teoritis dengan kasus kebidanan yang nyata.

#### 1.4.2 Praktis

##### 1) Penulis

Sebagai penerapan dan evaluasi atas apa yang telah didapatkan di pendidikan secara teoritis dengan kasus kebidanan yang nyata.

##### 2) Lahan praktek

Sebagai bahan perbandingan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan pembaharuan demi meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

##### 3) Institusi Pendidikan

Sebagai tolok ukur dalam pembentukan ahli madya kebidanan yang memiliki kemampuan, ketrampilan, pengetahuan, dan perilaku yang sopan serta berwawasan yang luas dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.