

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bidan memegang peranan penting untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Peran tersebut mencakup pemeriksaan yang berkesinambungan yaitu asuhan pada kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, dan kontrasepsi (Manuaba, 2014; h.28). Ukuran yang dipakai untuk menilai baik buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu Negara atau daerah ialah kematian maternal (*maternal mortality*) (Prawirohardjo, 2014; h.7).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi sekitar 359 per 100.000 kelahiran hidup. (Kemenkes RI, 2014). Angka Kematian Ibu (AKI) Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 berdasarkan laporan dari kabupaten/ kota sebesar 116,34/100.000 kelahiran hidup, mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan AKI pada tahun 2011 sebesar 116,01/100.000 kelahiran hidup. Target AKI di Provinsi Jawa Tengah, yaitu 60 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Banyumas tahun 2014 sebesar 114,73/ 100.000 kelahiran hidup, menurun dibanding tahun 2013 sebesar 124,13/ 100.000 kelahiran hidup. (Profil Kesehatan Banyumas, 2014).

Penyebab terbesar kematian ibu selama tahun 2010 – 2013 masih tetap sama yaitu perdarahan, hipertensi, partus lama, kondisi penyakit ibu seperti kanker, ginjal, jantung, tuberculosis atau penyakit lain yang diderita ibu. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia selama 10 tahun terakhir menunjukkan kecenderungan peningkatan, yaitu dari 74,27% pada tahun 2004 menjadi 90,88% pada tahun 2013. Angka ini sudah mencapai target MDGs pada tahun 2015 sebesar 90% (Kemenkes RI, 2014).

Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama pelayanan kesehatan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, serta terlambat mencapai mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan. Selain itu penyebab kematian maternal juga tidak terlepas dari kondisi ibu hamil itu sendiri yaitu 1) terlalu tua pada saat melahirkan >35 tahun, 2) terlalu muda pada saat melahirkan <20 tahun, 3) terlalu banyak anak > anak, 4) terlalu rapat jarak kelahiran <2 tahun (Profil Kesehatan Banyumas, 2014).

Kematian ibu juga dipengaruhi baik oleh penyebab langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu terbesar adalah komplikasi obstetric (90%) yang dikenal dengan Trias Klasik seperti perdarahan, infeksi, dan preeclampsia, atau komplikasi pada saat kehamilan, kelahiran dan selama nifas yang tidak tertangani dengan baik dan tepat waktu (Profil Kesehatan Banyumas, 2014).

Pemeriksaan antenatal sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun perinatal. Pemeriksaan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah – langkah dalam pertolongan persalinannya (Manuaba, 2014; h.109).

Tugas seorang bidan adalah mampu memberikan asuhan persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek asuhan sayang ibu dan sayang bayi. Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2014; h.335). Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Banyumas tahun 2014 sebesar 100,5% mengalami kenaikan dibanding tahun 2013 sebesar 93,8% (Profil Kesehatan Banyumas, 2014)

Masa pascapersalinan adalah fase khusus dalam kehidupan ibu serta bayi. Risiko kesakitan dan kematian ibu serta bayi lebih sering terjadi pada masa postpartum. Perdarahan pascapersalinan merupakan penyebab utama dari 150.000 kematian ibu setiap tahun di dunia dan hamper 4 dari 5 kematian karena perdarahan pasca persalinan (Prawirohardjo, 2014; h.357). Dalam Profil Kesehatan Banyumas tahun 2014 menyebutkan bahwa cakupan pelayanan pada ibu nifas tahun 2014

sebesar 99,1%, mengalami kenaikan dibanding tahun 2013 sebesar 91,9%.

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan jumlah kematian bayi (0 – 12 bulan) per 1000 kelahiran hidup dalam kurun waktu satu tahun. AKB menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor penyebab kematian bayi, tingkat pelayanan antenatal, status gizi, ibu hamil, tingkat keberhasilan program KIA, dan KB serta kondisi lingkungan dan sosial ekonomi (Profil Kesehatan Banyumas, 2014). Penyebab kematian BBL di Indonesia adalah BBLR 29%, Asfiksia 27%, trauma lahir, Tetanus Neonatorum, infeksi lain dan kelainan kongenital (JNPK-KR, 2008; h.145)

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sekitar 32 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2012). Sedangkan AKB di Jawa Tengah tahun 2012 sebesar 10,75/ 1000 kelahiran hidup, meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2011 sebesar 10,34/ 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2012). Angka Kematian Bayi (AKB) di kabupaten Banyumas tahun 2014 sebesar 9,04/ 1000 kelahiran hidup, kondisi tersebut mengalami penurunan dibanding tahun 2013 sebesar 12,34/ 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Banyumas, 2014).

Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk. Program KB oleh pemerintah adalah agar keluarga sebagai unit terkecil kehidupan bangsa diharapkan menerima Norma Keluarga

Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada pertumbuhan yang seimbang (Irianto, 2014; h.6).

Tingkat pencapaian pelayanan keluarga berencana dapat dilihat dari cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) yang sedang menggunakan salah satu cara/ alat dan atau PUS yang menggunakan kembali salah satu cara/ alat kontrasepsi setelah mereka berakhir masa kehamilannya disebut akseptor KB baru. Jumlah PUS tahun 2014 sebanyak 562.984 menjadi akseptor KB baru sebanyak 21.531 atau 3,8%, mengalami penurunan dibanding tahun 2013 sebesar 320.210 atau 18,4% (Profil Kesehatan Banyumas, 2014).

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan memberikan asuhan komprehensif yang artinya melakukan pemeriksaan secara menyeluruh pada ibu hamil TM I, II, II, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana pada Ny. H umur 33 tahun G2P1A0 dengan menggunakan manajemen tujuh langkah Varney dan melakukan pendokumentasian dengan metode SOAPIE.

2. Tujuan khusus

a. Mampu melakukan pengkajian dengan mengumpulkan data subjektif dan data objektif pasien pada kehamilan, persalinan, bayi

baru lahir, nifas, dan keluarga berencana pada Ny H umur 33 tahun $G_2P_1A_0$ umur kehamilan 9 minggu.

- b. Mampu menginterpretasikan data pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.
- c. Mampu mendiagnosa dan masalah potensial pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.
- d. Mampu mengidentifikasi akan kebutuhan dan tindakan segera atau kolaborasi pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.
- e. Mampu merencanakan asuhan yang menyeluruh pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.
- f. Mampu melaksanakan rencana asuhan yang menyeluruh pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.
- g. Mampu mengevaluasi rencana asuhan yang telah dilakukan pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.
- h. Mampu mendokumentasikan hasil asuhan dengan metode SOAPIE pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

C. Pembatasan Kasus

1. Sasaran

Sasaran dari studi kasus ini adalah pada ibu hamil di trimester I, II, dan III, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan masa antara fisiologis yaitu pada Ny H umur 33 tahun G2P1A0 umur kehamilan 9 minggu.

2. Tempat

Tempat pengambilan studi kasus ini berada di BPM Sri Wahyuni, rumah Ny H.

3. Waktu

- a. Waktu penyusunan proposal dilakukan dari bulan Agustus 2015 sampai Februari 2016.
- b. Pengambilan kasus dilakukan dari bulan Agustus sampai September 2015.
- c. Penyelesaian karya tulis dilakukan dari bulan Mei sampai Juni 2016.

D. Manfaat

1. Manfaat teoritis

a. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Menambah referensi atau bahan pembelajaran dalam memberikan asuhan kebidanan kepada masyarakat, khususnya tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

b. Bagi bidan

Memperbanyak ilmu pengetahuan yang dapat menambah wawasan khususnya mengenai penatalaksanaan yang benar dan

baik pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

c. Bagi mahasiswa

Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

2. Manfaat secara praktisi

a. Bagi institusi

Meningkatkan tambahan ilmu pengetahuan dan bacaan sebagai bahan pertimbangan dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

b. Bagi instansi pelayanan kesehatan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

c. Bagi pasien

Pasien mendapatkan pelayanan kesehatan khususnya kebidanan yang baik sesuai harapan dengan asuhan yang telah diberikan.

d. Bagi masyarakat

Masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas khususnya pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

E. Metode Memperoleh Data

Menurut Ari Sulistiyawati (2010; h.218), metode memperoleh data dilakukan dengan cara pengumpulan data primer dan sekunder.

1. Data Primer

a. Anamnesa

Penulis mengumpulkan data dengan cara melakukan Tanya jawab secara lisan dan langsung kepada responden (Ari Sulistiyawati, 2010; h.218).

Anamnesa dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Autoanamnesis yaitu anamnesa yang dilakukan langsung kepada pasien yang dikaji.
- 2) Alloanamnesis yaitu anamnesa yang dilakukan kepada orang lain yang dapat memberikan informasi terhadap pasien yang sedang dikaji.

b. Pemeriksaan fisik

Menurut Mochtar (2012; h.39), pemeriksaan fisik yang dilakukan penulis untuk memperoleh data antara lain:

1) Inspeksi

Pemeriksaan dengan melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan (Mochtar, 2012; h.39).

2) Palpasi

Pemeriksaan dengan menggunakan indra peraba yaitu dengan kedua tangan. Kedua tangan melakukan perabaan pada daerah yang diperiksa (Mochtar, 2012; h.39).

3) Perkusi

Pemeriksaan dengan mengetuk bagian tubuh yang diperiksa (Mochtar, 2012; h.39).

4) Auskultasi

Pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara dari bagian tubuh yang diperiksa (Mochtar, 2012; h.39).

c. Observasi

Pengumpulan data dengan cara melihat, mendengar, dan mencatat apa saja yang berhubungan dengan studi kasus yang sedang dikerjakan (Ari Sulistiyawati, 2010; h.218).

2. Data Sekunder

a. Dokumentasi

Penulis menggunakan rekam medis yang berhubungan dengan pasien (Ari Sulistiyawati, 2010; h.218).

b. Studi pustaka

Penulis menggunakan buku dan referensi – referensi yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana (Ari Sulistiyawati, 2010; h.218).

c. Metode elektronik

Penulis menggunakan media elektronik untuk mencari jurnal – jurnal yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana (Ari Sulistiyawati, 2010; h.218).

F. Sistematika Penulisan

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

B. Tujuan

1. Tujuan Umum
2. Tujuan Khusus

C. Pembatasan Masalah

1. Sasaran
2. Tempat
3. Waktu

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis
 - a. Bagi institusi pelayanan kesehatan
 - b. Bagi bidan
 - c. Bagi mahasiswa
2. Manfaat Praktis
 - a. Bagi institusi
 - b. Bagi instansi pelayanan kesehatan
 - c. Bagi bidan

d. Bagi pasien

e. Bagi masyarakat

E. Metode Memperoleh Data

1. Data primer

- a. Anamnesa
 - b. Pemeriksaan fisik
 - c. Observasi
2. Data sekunder
- a. Dokumentasi
 - b. Studi pustaka
 - c. Metode elektronik

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

BAB III : TINJAUAN KASUS

BAB IV : PEMBAHASAN

BAB V : PENUTUP

a. Kesimpulan

b. Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN