

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kematian ibu dan bayi di Indonesia yang masih tinggi merupakan fokus utama pemecahan masalah kesehatan di Indonesia. Penyebab secara langsung tingginya Angka Kematian Ibu adalah perdarahan post partum, infeksi, dan preeklamsi/eklamsia. Dari 5.600.000 wanita hamil di Indonesia, sejumlah 27% akan mengalami komplikasi atau masalah yang bisa berakibat fatal (Survey Demografi dan Kesehatan, 1997). Kehamilan, kelahiran dan menjadi ibu adalah suatu peristiwa fisiologis normal dalam kehidupan seorang perempuan. Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau membawa resiko bagi ibu. Setiap perempuan ingin menghadapi kelahiran dengan aman dan nyaman. Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau membawa resiko bagi ibu. Sekitar 15% dari seluruh wanita yang hamil akan berkembang menjadi komplikasi yang berkaitan dengan kehamilannya serta dapat mengancam jiwanya. Sebagian besar penyebab tersebut dapat dicegah melalui pemberian asuhan kehamilan yang dilakukan secara teratur dan berkualitas (Rismalinda, 2015).

Menurut penelitian *World Health Organization* (WHO) di seluruh dunia, terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa pertahun dan kematian bayi khususnya neonatus sebesar 10.000 jiwa pertahun. Kematian maternal dan bayi tersebut terjadi di negara berkembang sebesar 99% (Manuba, 2010). Indonesia masih menduduki angka kematian ibu (AKI) tertinggi dinegara ASEAN lainnya, angka AKI di Indonesia adalah 226 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010, angka tersebut cukup jauh dengan target MDGs yaitu angka AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Dari hasil penelitian MPS yang ditetapkan target untuk menurunkan angka

kematian ibu di Indonesia 125 per 100.00 kelahiran hidup, tetapi pada kenyataannya angka kematian ibu masih tinggi.

Kematian ibu hingga saat ini masih menjadi permasalahan utama dalam bidang kesehatan. Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan angka kematian ibu yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih besar dibandingkan pencapaian tahun 2007 yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Secara jelas terlihat bahwa terjadi kemunduran dalam pencapaian target penurunan angka kematian ibu di Indonesia. Indikator Angka Kematian Bayi (AKB) hanya turun sedikit dari pencapaian tahun 2007, yaitu dari 34 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup, dan indikator angka kematian bayi dalam SDKI 2012 turun menjadi 40 per 1.000 kelahiran hidup. Target pencapaian MDGs untuk Indonesia pada tahun 2015, angka kematian ibu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. Sangat jauh pencapaian dari target MGDs saat ini (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2012: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2013).

Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2013, mencatat bahwa cakupan ibu hamil K1 (kunjungan ibu hamil yang pertama kali) lebih dari 100%, K4 (Kunjungan ibu hamil sebanyak 4 kali) belum mencapai target yaitu 81,9% dari 78.795 sasaran ibu hamil dan penanganan komplikasi *obstetric* sejumlah 12.394 kasus. Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan didapatkan 88,7% dari 75.180 sasaran ibu bersalin. Pada kunjungan nifas (KF3) sebesar 87,4% dan pada cakupan kunjungan *neonatus* (KN1) didapatkan 96% dari sasaran 71.427 bayi sedangkan untuk wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun yang menggunakan alat kontrasepsi sebesar 630.562 (Dinkes Kalimantan Selatan, 2013).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin pada tahun 2013 didapatkan data ibu hamil sebanyak 12.767 orang, 20% ibu hamil dengan resiko tingginya adalah sebanyak 2.553 orang, K1 murni berjumlah 11.385 (89,2%), K4 berjumlah 11.609 orang (90,9%), K1 akses berjumlah sebanyak 1.733 orang, resiko tinggi oleh tenaga kesehatan kesehatan sebanyak 1078 orang (42,2%), resiko tinggi oleh masyarakat sebanyak 2.148 orang (34,1%), ibu bersalin dan nifas sebanyak 12.248 orang, bayi berjumlah 11.500 orang, KB baru 28.034 orang (26%) dan KB aktif sebanyak 90.935 orang (75,7%) (Dinkes Kalimantan Selatan, 2013).

Di Banjarmasin kasus jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi yang terjadi 5 tahun terakhir 2011 terjadi 12 kasus jumlah kematian ibu, 2012 naik menjadi 14 kasus, dan naik lagi pada 2013 dengan 17 kasus, dan jumlah kematian ibu turun di 2014 dan 2015 dengan 14 kasus jumlah kematian ibu yang sama. Sedangkan untuk kasus jumlah kematian bayi 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 jumlah kematian ibu dan jumlah 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 1.200 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 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 peningkatan kesejahteraan ibu dari pemerintah antara lain : upaya umum yang bersifat nasional meliputi (1) Kesepakatan politik yaitu mendorong semua jajaran terkait untuk memperhatikan kesehatan ibu dengan makin meningkatkan (Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi dan Simplifikasi), meningkatkan pendidikan masyarakat sehingga makin dapat menerima KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) dan KIM (Kelompok Informasi Masyarakat) dalam bidang kesehatan. (2) Meningkatkan upaya kesehatan yaitu dengan meratakan pelayanan obstetrik ke pedesaan melalui penyebaran bidan mengelola Pondok Bersalin Desa (Polindes), meningkatkan upaya perawatan antenatal sehingga dapat melakukan deteksi dini terhadap kehamilan dengan resiko tinggi, penyulit kehamilan, komplikasi kehamilan, dan penyakit yang menyertai kehamilan, meningkatkan vaksinasi ibu hamil dan bayinya, meningkatkan gizi untuk mengurangi anemia hamil dengan pemberian preparat Fe, meningkatkan sistem rujukan, meningkatkan pelayanan gawat darurat obstetri, mengupayakan standar pelayanan obstetri terpadu (Manuaba, 2010).

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 asuhan keluarga berencana (KB) pada Ny. W

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. W di wilayah Puskesmas Pekauman Banjarmasin.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen secara tepat pada Ny. W 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 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 mempelajari kesenjangan yang terjadi di masyarakat

1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil asuhan kebidanan ini dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa dan bagi pembimbing dapat mengukur kemampuan masing-masing mahasiswinya 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

Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Pekauman, Banjarmasin