

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (KEMENKES RI, 2016). Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) hampir semua kematian ibu 99% terjadi di Negara berkembang, lebih dari setengah kematian ini terjadi di sub-Sahara Afrika dan hampir sepertiga terjadi di Asia Selatan. Rasio Angka Kematian Ibu (AKI) DI Negara-negara berkembang pada tahun 2015 adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup dan 12 per 100.000 kelahiran hidup di Negara maju. Angka Kematian Bayi (AKB) 19 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2016, adapun *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2030 yaitu (AKI) kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup dan (AKB) 12 per 1000 kelahiran hidup (WHO, 2016).

Kematian ibu dan bayi hingga saat ini masih menjadi permasalahan utama dalam bidang kesehatan. Hasil Survey Demografi Kementrian Kesehatan RI tahun 2017 menunjukkan bahwa jumlah kematian bayi turun dari 33.278 menjadi 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 semester I sebanyak 10.294 kasus. Kemudian pada tahun 2015 kematian ibu turun dari 4.999 menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 semester I sebanyak 1.712 kasus. Dalam rangka mewujudkan keluarga indonesia sehat, kementrian kesehatan telah melaksanakan berbagai program selama dua tahun terakhir, seperti capaian di lingkup program kesehatan masyarakatan (kesmas) yang meliputi penurunan Angka Kematian Bayi dan Kematian Ibu (Depkes RI, 2017).

Angka Kematian Ibu dan anak saat proses persalinan masih menjadi hal yang sangat menakutkan. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan (Kalsel) mencatat kasus kematian ibu dan anak tahun 2016 tercatat ada 92 kasus kematian ibu. Sementara ada 811 kasus kematian bayi. Sejak Januari hingga Agustus 2017, terjadi penurunan. Data yang dirilis Dinkes Kalsel mencatat ada 48 kasus kematian ibu, serta 441 kasus kematian bayi. Pada tahun 2016 tercatat ada 903 kasus untuk kematian ibu dan anak, sedangkan untuk 2017 sampai bulan Agustus terjadi penurunan dengan 489 kasus.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar tahun 2016, jumlah kematian ibu di Kabupaten Banjar tahun 2012 (136,64 per 100.000 kelahiran hidup), tahun 2016 mengalami penurunan adalah 99,33 per 100.000 kelahiran hidup. Ini tergambar dari jumlah kasus ibu meninggal mengalami penurunan pula tahun 2012 14 orang dan 2016 11 orang. Dimana faktor penyebab 11 kasus ibu meninggal tersebut kasus perdarahan tiga orang, hipertensi lima orang dan penyebab lain-lain tiga orang. Angka kematian bayi 2012 (10,93 per 100.000 kelahiran hidup). Tahun 2016 mengalami penurunan adalah 9,57 per 100.000 kelahiran hidup. Ini tergambar dari jumlah kasus bayi meninggal mengalami penurunan pula tahun 2012 112 orang dan tahun 2016 106 orang, dimana faktor penyebabnya 32 orang asfiksia, 27 orang BBLR, satu orang diare, 46 orang penyebab lainnya.

Penyebab terbesar terjadinya kematian ibu selama tahun 2016, 32% diakibatkan perdarahan, sementara 26% diakibatkan hipertensi yang menyebabkan terjadinya kejang, keracunan kehamilan sehingga menyebabkan ibu meninggal. Kemudian penyebab kematian bayi baru lahir adalah bayi yang 0-28 hari. Umumnya kematian bayi baru lahir terkait dengan proses kehamilan dan persalinan. Tertinggi adalah karena berat badan rendah, bisa karena prematur. Dan tahun 2016 ini yang menjadi masalah hampir di semua wilayah di Indonesia adalah karena

kehamilan di bawah usia 20 tahun. Hamil dan bersalin di bawah usia 20 tahun sangat berisiko karena di usia ini rahim belum siap dijadikan tempat tinggal janin dan menjalin persalinan. Sehingga bisa menyebabkan komplikasi. Penyebab lain kematian bayi baru lahir adalah sesak napas dan infeksi. Karena itulah Kemenkes menggiatkan kepada bidan-bidan untuk melakukan deteksi dini resiko kehamilan. Kemenkes akan menyediakan alat untuk memperkuat bidan. Jadi ketika ditemukan hipertensi, sudah di cegah sejak awal agar jangan sampai terjadi komplikasi. (KemenkesRI, 2016).

Sejak berakhirnya MDGs (*Millenium Development Goals*) pada 2015 dan berlakunya SDGs (*Sustainable Development Goals*), upaya penurunan AKI masih menjadi perhatian khusus di dunia. Salah satu perubahan mendasar yang dibawa oleh SDGs adalah prinsip “tidak ada seorang pun yang di tinggalkan”. Artinya cakupan target dan pelayanan dalam era SDGs lebih menyeluruh (100%) bila di bandingkan saat era MDGs yang hanya setengahnya (50%). Pembangunan kesehatan indonesia pada priode 2015-2019 adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyakat mealalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang di dukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan, antara lain meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu dan anak, meningkatkan pengendalian penyakit, meingkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan meningkatkan cakupan pelayanan universal melalui kartu indonesia sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan, memenuhi kebutuhan kesehatan, obat dan vaksin, meningkatkan responsivitas sistem kesehatan (KemenKes RI,2015).

Upaya percepatan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas, seperti pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesahatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan

bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapat cuti hamil dan melahirkan dan pelayanan keluarga berencana. Gambaran upaya kesehatan ibu yang disajikan terdiri dari pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan ibu nifas dan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) pelayanan kontrasepsi (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Berdasarkan data PWS KIA di Puskesmas Sungai Tabuk 3 pada tahun 2017 di dapatkan jumlah kematian ibu 0 orang, jumlah kematian bayi 0 orang, jumlah bayi lahir hidup 477 orang, sasaran ibu hamil sebanyak 492 orang. Dari data tersebut ditemukan kunjungan ibu hamil K1 sebanyak 546 orang (110,98%), K4 sebanyak 491 orang (99,80%), ibu hamil resiko tinggi sebanyak 98 orang. Persalinan oleh nakes 474 orang (101,07%) dari target 469 orang, kunjungan nifas 479 orang (102,13 %) dari target 474 orang, kunjungan KB baru 492 orang (13,01%), KB aktif 3,705 orang diantaranya, kondom 10 orang, Pil 1186 orang, Suntik 2421 orang, AKDR 29 orang, Implan 44 orang, MOW 15 orang, MOP 0 orang (Rekapitulasi PWS KIA Puskesmas Sungai Tabuk 3 Tahun 2017).

Upaya yang dilakukan Puskesmas Sungai Tabuk 3, untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan menurunkan tingkat Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tabuk 3 yaitu dengan dilakukannya PWS KIA, posyandu, poskesdes, serta kunjungan rumah. Menurut pendapat bidan puskesmas Sungai Tabuk 3 untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam deteksi dini resiko tinggi oleh masyarakat, maka perlunya edukasi pada masyarakat tentang resiko tinggi pada ibu hamil. Edukasi bertujuan agar masyarakat sendiri mampu mengenali resiko tinggi yang terjadi kehamilan, hal ini diharapkan mampu menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi.

Berdasarkan data yang diatas maka dari itu penulis perlu melaksanakan dan memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. F usia 33 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tabuk 3.

1.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif kepada Ny. F dimulai dari kehamilan, nifas, bayi baru lahir, dan KB di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tabuk 3.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen secara tepat pada Ny. F usia kehamilan 34 minggu sampai 38 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.

1.3 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 dan bagi pembimbing dapat mengukur kemampuan masing-masing mahasiswanya 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 sedinimungkin.

1.4 Waktu dan Tempat Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.4.1 Waktu

Adapun waktu studi kasus ini dimulai tanggal 16 Desember 2017 sampai dengan Maret 2018.

1.4.2 Tempat

Puskesmas Sungai Tabuk 3 dan Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tabuk 3, Kecamatan Sungai Tabuk Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan.