

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tergolong sangat tinggi diantara negara-negara ASEAN lainnya. Jika dibandingkan AKI di Singapura adalah 6 per 100.000 kelahiran hidup, AKI di Malaysia mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup. Bahkan AKI Vietnam sama seperti Negara Malaysia, sudah mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 per kelahiran hidup, sedangkan di Indonesia 228 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2008).

World Health Organization (WHO) pada abad ke-16 kematian maternal ialah 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 ialah jumlah kematian maternal diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup, kini di beberapa negara malah terdapat 100.000 kelahiran hidup (Prawirohrdjo, 2014).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan tahun 2016, AKI di Indonesia tercatat 305 orang meninggal per 100.000 orang. Tingginya angka kematian pada ibu dipengaruhi status kesehatan dan gizi rendah, sekitar 28,8% ibu hamil menderita hipertensi. Selain itu, 32,9% ibu hamil mengalami obesitas dan 37,1% menderita anemia. AKI berkorelasi dengan AKB sebagai upaya meminimalkan faktor resiko keduanya, para ibu hamil dihimbau rutin memeriksakan kesehatannya, paling tidak setiap empat bulan sekali. Di samping faktor kesehatan persalinan pada usia muda, turut menyumbang tingginya angka kematian ibu, 46,7% perempuan menikah di usia 10-19 tahun hal ini mengakibatkan kehamilan dan melahirkan pada usia muda beresiko meningkatkan kematian karena belum siapnya Rahim (Astuti, 2016).

Berdasarkan kesepakatan goals (tujuan) dan target *Sustainable Development Goals* (SDGs), terdapat Goals ketiga yaitu pada 2025 mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2025 mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 25 per 1.000 kelahiran hidup, pada 2025 menjamin akses semata kepada pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana (KB), informasi dan edukasi, serta integritas kesehatan reproduksi ke dalam strategi program nasional (Depkes RI, 2010).

Di 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 dan pada tahun 2016 turun menjadi 8 kasus AKI, sedangkan untuk 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, di tahun 2015 turun lagi menjadi 55 kasus dan pada tahun 2016 turun menjadi 44 kasus, faktor penyebab AKI dan AKB terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda, jarak kehamilan yang berdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering (Dinkes Kalimantan Selatan, 2016).

Berdasarkan rekapitulasi PWS KIA di Puskesmas Banjarmasin Indah pada tahun 2016 didapatkan sasaran ibu hamil sebanyak 401 orang, sasaran ibu hamil resiko tinggi 20 % sebanyak 80 orang, sasaran ibu bersalin dan ibu nifas sebanyak 383 orang, sasaran bayi sebanyak 365 dan sasaran bayi resiko tinggi sebanyak 55 orang. Cakupan K_1 yaitu 344 atau 85,8 %, sedangkan K_4 440 orang atau 84,8 % dari 3401 ibu hamil. Ibu hamil dengan anemia 14 orang atau 3,4 %, cakupan resiko tinggi yang didapat oleh tenaga kesehatan 30 orang atau 37,5 %, sedangkan resiko tinggi yang didapat oleh masyarakat adalah 52 orang atau 65 %. Kunjungan neonatal pertama sebanyak 270 atau

70 %, sedangkan kunjungan neonatal lengkap 265 jiwa atau 69,2 %. persalinan oleh tenaga kesehatan 267 jiwa atau 69,7 %. Pelayanan nifas sebanyak 265 atau 69,2 % dan pelayanan KB aktif sebanyak 1563 jiwa atau 39,4 % (Data tahunan Puskesmas Banjarmasin Indah)

Berdasarkan sasaran dan cakupan yang ada maka di dapat beberapa sasaran yang tercapai yaitu K₁ (murni), persalinan oleh tenaga kesehatan, dan deteksi resiko tinggi dengan tenaga kesehatan, hal ini dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan, malu untuk periksa ke petugas kesehatan dan terlambat mengetahui kehamilan pada trimester pertama. Maka dari itu penulis tertarik untuk melaksanakan atau memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB pada Ny. N.

1.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan Umum dari laporan tugas akhir ini meningkatkan kemampuan mahasiswa untuk melaksanakan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. D di Wilayah kerja Puskesmas Banjarmasin Indah.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1.2.2.1 Mampu melaksanakan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan KB secara mandiri.
- 1.2.2.2 Mampu mendeteksi secara dini kelainan atau komplikasi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB.
- 1.2.2.3 Mampu melakukan penegakkan diagnosa dan perencanaan tindakan pada pasien hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, KB dan komplikasi yang mungkin terjadi.
- 1.2.2.4 Mampu menganalisa kesenjangan antara teori dan tindakan.

1.3 Manfaat Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.3.1 Bagi Klien

Klien bisa mendapatkan pelayanan secara komprehensif sesuai standar dan berkualitas agar dapat menjalani kehamilannya dengan aman dan persalinan dengan selamat sehingga menghasilkan generasi yang sehat.

1.3.2 Bagi Penulis

Laporan tugas akhir dapat dijadikan 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

Laporan tugas akhir ini bermanfaat sebagai referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan menjadi data dasar untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif selanjutnya.

1.3.4 Bagi Lahan Praktik

Laporan tugas akhir ini dapat menjadi acuan dalam memberikan pelayanan secara komprehensif yang berhasil guna untuk mempercepat upaya penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi

1.4 Waktu dan Tempat Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.4.1 Waktu

Adapun waktu studi kasus ini dimulai pada November 2017 sampai dengan Maret 2018.

1.4.2 Tempat

Pelayanan asuhan komprehensif dilakukan di Wilayah Puskesmas Banjarmasin Indah dan Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Telaga Biru Trisakti, Banjarmasin.