

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

International Confederation of Midwives (ICM) mengatakan bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui negaranya, berhasil lulus dari hasil pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (*register*) dan memiliki izin yang sah (*lisensi*) untuk melakukan praktik kebidanan. Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanannya (Pratiwi, 2016).

Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh mulai dari ibu hamil, bayi baru lahir, nifas dan konseling Keluarga Berencana (KB) yang dipengaruhi oleh filosofi asuhan kebidanan secara komprehensif sehingga dapat menurunkan angka mortalitas dan morbidity (Rukiyah, 2010).

Program pembangunan kesehatan di Indonesia masih diprioritaskan pada upaya peningkat derajat kesehatan ibu dan anak (KIA) terutama pada kelompok yang paling rentan yaitu kesehatan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2011).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator yang digunakan dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Semakin tinggi AKI dan AKB menunjukkan bahwa semakin rendah derajat kesehatan masyarakat. Di seluruh dunia, sekitar 838 wanita meninggal setiap harinya karena komplikasi selama kehamilan atau persalinan pada tahun 2015. Angka kematian ibu di dunia dengan ratio 216

per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015. Angka kematian neonatal yang ditemukan adalah 19 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2017).

Rohan dan Siyoto (2013) membahas tentang tingkat kematian ibu yang merupakan indikator utama yang membedakan suatu negara digolongkan sebagai Negara maju atau berkembang. Dalam penelitian angka kematian ibu pada tahun tahun 2015 didapatkan bahwa di Negara maju dan berkembang memiliki angka kematian yang berbeda jauh, misalnya di negara maju seperti Amerika Serikat memiliki AKI 14 per 100.000 kelahiran hidup, di Jerman dengan AKI 6 per 100.000 kelahiran hidup, dan Singapura dengan AKI 10 per 100.000 kelahiran. Sedangkan di Negara berkembang seperti di India memiliki AKI 174 per 100.000 kelahiran, Afganistan dengan AKI 396 per 100.000 kelahiran hidup dan di Republik Afrika Tengah dengan AKI 882 per 100.000 kelahiran hidup. Jelas sekali perbedaan angka kematian ibu di Negara maju dan di Negara berkembang, jika dikaji tentunya perbedaan tersebut disebabkan oleh banyak faktor seperti masalah ekonomi, pendidikan, gizi dan sebagainya (WHO, 2017).

Di Asia Tenggara yang memiliki AKI tertinggi adalah Timor Leste 216 per 100.000 kelahiran hidup, dan diiringi Myanmar dengan angka 178 per 100.000 kelahiran hidup, kemudian Kamboja 161 per 100.000 kelahiran hidup. Indonesia menempati nomor 4 angka kematian ibu tertinggi di Asia Tenggara dengan angka 126 per 100.000 kelahiran. Yang menempati peringkat tiga terendah adalah Brunei Darussalam dengan 23 per 100.000 kelahiran, Thailand 20 per 100.000 kelahiran, dan Singapura 10 per 100.000 kelahiran (WHO, 2017).

Angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi pada tahun 2015 sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup angka ini sedikit menurun jika dibandingkan dengan SDKI tahun 2012, yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. angka kematian bayi pada tahun 2012 menunjukkan 32/1.000 kelahiran hidup

dan terjadi penurunan pada tahun 2015 angka kematian bayi berjumlah 22,23/1.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun meskipun tidak terlalu signifikan. Target SDGs (*Sustainable Development Goals*) ke-3 adalah menurunkan angka kematian ibu hingga dibawah 70/100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi hingga 12/1.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Balita 25/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), 2015).

Angka kematian ibu di Indonesia masih jauh lebih tinggi dari pada Negara Asia tenggara lainnya. Hal ini dapat terjadi karena adanya kelompok kehamilan berisiko. Kelompok kehamilan berisiko tinggi di Indonesia pada tahun 2017 sekitar 34%. Kategori dengan resiko tinggi tunggal mencapai 22,4% dengan rincian umur ibu <18 tahun sebesar 4,8% umur ibu >34 tahun sebesar 3,8% jarak kelahiran <24 bulan sebesar 5,2% dan jumlah anak yang terlalu banyak (>3 orang) sebesar 9,4% (BKKBN, 2008).

Angka kematian ibu di pulau Kalimantan yang terdiri dari 5 provinsi tercatat Wilayah Kalimantan Utara yang merupakan provinsi baru, AKI mencapai 395 per 100.000 kelahiran hidup, untuk Wilayah Kalimantan Timur pada tahun 2014 AKI mencapai 177 per 100.000 kelahiran hidup, untuk wilayah Kalimantan Barat AKI mencapai 128 per 100.000 kelahiran hidup, untuk Wilayah Kalimantan Selatan tercatat AKI 92 per 100.000 kelahiran hidup dan untuk Wilayah Kalimantan Tengah tercatat 63 per 100.000 kelahiran hidup angka ini lebih sedikit dibandingkan di Wilayah Kalimantan lainnya. Sedangkan AKB di pulau Kalimantan tercatat Wilayah Kalimantan Selatan masih tinggi sekitar 55 per 100.000 kelahiran hidup, Kalimantan Barat sebanyak 34 per 100.000 kelahiran hidup, Kalimantan Utara sebanyak 32 per 100.000 kelahiran hidup, Kalimantan Tengah sebanyak 30 per 100.000 kelahiran hidup dan Kalimantan Timur sebanyak 21 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2014).

Berdasarkan data dari dinas kesehatan Kota Banjarmasin untuk kasus AKI dan AKB 5 tahun terakhir, yaitu untuk AKI pada tahun 2012 terjadi 14 kasus kematian, naik lagi pada 2013 menjadi 17 kasus, AKI turun di 2014 dan 2015 dengan 14 kasus AKI yang sama, dan pada 2016 terjadi 8 kasus. Sedangkan untuk kasus AKB terjadi di 2012 yaitu 67 kasus, lalu di 2013 naik menjadi 84 kasus, kemudian pada 2014 turun menjadi 73 kasus dan 2015 lalu turun lagi menjadi 55 kasus, dan pada 2016 terjadi penurunan menjadi 44 kasus. Faktor penyebab AKI dan AKB terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda, jarak kehamilan yang berdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering (DINKES, 2017).

Berdasarkan Data Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Pekauman Banjarmasin pada tahun 2017, jumlah sasaran ibu hamil sebanyak 1.288 orang, cakupan K1 Akses 1.288 orang (100%) dari 1.288 orang (100%), cakupan K4 1.288 orang (100%) dari 1.288 orang (100%). Cakupan deteksi Resiko Tinggi (ResTi) kehamilan oleh Tenaga Kesehatan (NaKes) 258 orang (100%) dari 1.288 orang (100%). Pada pelayanan persalinan oleh NaKes dengan cakupan 1.228 orang (100%) dari 1.228 orang (100%). Pelayanan nifas dengan cakupan 1.288 orang (100%) dari 1.228 orang (100%), sama halnya dengan Kunjungan Neonatus Pertama (KN1) dengan cakupan 1.288 orang (100%) dari 1.228 orang (100%).

Salah satu peran bidan dalam menurunkan AKI dan angka kematian bayi AKB yaitu dengan meningkatkan pelayanan *antenatal care* kepada masyarakat. Oleh karena itu, kepada semua tenaga kesehatan diharapkan agar lebih terampil dan bersikap profesionalisme dalam memberikan pelayanan sesuai standar atau wewenang yang ditetapkan sehingga angka kematian dan kesakitan dapat dikurangi. Untuk tercapainya target yaitu tetap menjalin kemitraan dengan dukun beranak, penyuluhan tentang Kesehatan Ibu dan Anak dan pembinaan kader posyandu.

Berdasarkan data diatas penulis terdorong untuk menerapkan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. R di Puskesmas Pekauman Banjarmasin agar dapat mencegah terjadinya angka kematian pada ibu dan bayi.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. R di Puskesmas Pekauman

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mampu melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

1.2.2.2 Mampu membuat *assesment*

1.2.2.3 Mampu melakukan penatalaksanaan sesuai dengan *assesment*

1.2.2.4 Mampu menganalisa antara teori dan tindakan yang dilakukan

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Masyarakat/klien

Masyarakat/klien dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang pentingnya pemeriksaan pada kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil asuhan kebidanan ini dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan menjadi data dasar untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif selanjutnya.

1.3.3 Bagi Lahan Praktik

Studi kasus ini dapat dijadikan bahan masukan dalam pelayanan kebidanan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga komplikasi kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas dapat terdeteksi sedini mungkin.

1.3.4 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.

1.4 Waktu dan Tempat pengambilan kasus

1.4.1 Waktu

Waktu studi kasus yaitu mulai 02 Desember 2017 S. d 09 Februari 2018.

1.4.2 Tempat

Tempat studi kasus ini yaitu di Puskesmas Pekauman Kel. Pekauman Kec. Banjarmasin Selatan Prov. Kalimantan Selatan.