

# **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 angka kematian ibu (AKI) di Singapura adalah 6 per 100.000 kelahiran hidup, angka kematian ibu (AKI) di Malaysia mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup. Bahkan angka kematian ibu (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).

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 Indonesia mengutip data hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Melengkapi hal tersebut data laporan dari daerah yang diterima Kementerian Kesehatan RI, menunjukkan bahwa jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan dan persalinan 2013 adalah sebanyak 5019

orang, sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi SDKI 2012 mencapai 160.681 anak. Selain itu terdapat beberapa kondisi pada ibu seperti anemia pada penduduk usia 15-24 tahun masih tinggi yaitu sebesar 18,4 %, perkawinan usia dini masih tinggi sebesar 48 per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun dan kebutuhan pelayanan keluarga berencana (KB) yang tidak terpenuhi atau *unmet need* masih relatif tinggi, yaitu sebesar 8,5% (SDKI, 2012).

Di Banjarmasin kasus Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang terjadi 5 tahun terakhir 2011 terjadi 12 kasus Angka Kematian ibu (AKI), 2012 naik menjadi 14 kasus, dan naik lagi pada 2013 dengan 17 kasus, dan Angka Kematian Ibu (AKI) turun di 2014 dan 2015 dengan 14 kasus Angka Kematian Ibu (AKI) yang sama, sedangkan untuk kasus Angka Kematian Bayi (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 dan 2015 lalu turun lagi menjadi 55 kasus faktor penyebab Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda, jarak kehamilan yang berdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering. Hal ini mengungkapkan bahwa segala upaya intervensi untuk menurunkan penyebab kematian bayi belum menunjukkan keberhasilan secara bermakna. Oleh sebab itu, perlu dikaji lebih lanjut kendala dan hambatan yang mengakibatkan intervensi tidak memperlihatkan hasil sesuai yang diharapkan (Dinkes Kalimantan Selatan, 2015).

Berdasarkan hasil laporan tahunan, tahun 2015 Puskesmas Gadang Hanyar Banjarmasin pencapaian program pelayanan kesehatan ibu dan anak sudah mulai mencukupi target. Pada K-1 (murni) sebanyak 382 (99,5%), pada K-1 (akses) sebanyak 442 (115,1%) pada K-4 sebanyak 365 (95,1%), persalinan dengan tenaga kesehatan sebanyak 17 (94,3%), deteksi resiko tinggi kehamilan oleh masyarakat sebanyak 66 (85,9%), kunjungan neonatus (KN1) sebanyak 349 (90,6%), kunjungan neonatus (KN lengkap) sebanyak 347

(90,1%), pelayanan nifas sebanyak 338 (91,8%). Data bulan Januari-Desember 2015 di puskesmas Gadang Hanyar terdapat ibu hamil dengan resiko tinggi sebanyak 77 (88,3%) diantaranya ibu hamil dengan anemia, kurang energi kronis (KEK), dan potein urine yang tinggi.

Berdasarkan sasaran dan cakupan yang ada maka di dapat beberapa sasaran yang tercapai yaitu K-1 (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. R.

## **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. R di Wilayah kerja Puskesmas Gadang Hanyar.

### **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

Laproran 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 tanggal 1 Desember 2016 sampai dengan 30 Maret 2017.

#### 1.4.2 Tempat

Pelayanan asuhan komprehensif dilakukan di Wilayah Puskesmas Gadang Hanyar dan Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Teluk Dalam Banjarmasin.