

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan ibu merupakan komponen yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi karena seluruh komponen yang lain sangat dipengaruhi oleh kesehatan ibu. Sebagai tolak ukur keberhasilan kesehatan ibu maka salah satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan obstetri dan ginekologi disuatu wilayah adalah dengan melihat Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) diwilayah tersebut. Kematian ibu menurut *World Health Organization* (WHO) adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (Nurhayati, 2012).

WHO memperkirakan di seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 jiwa/tahun meninggal saat hamil atau bersalin. Menurut data WHO sebanyak 99 % kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. AKI di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 516 kematian ibu per 100 ribu Kelahiran Hidup (KH), sedangkan AKB pada tahun 2011 42/1.000 KH. Jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara persemakmuran (Mudanija, 2011).

AKI di Asia Tenggara tahun 2012 yaitu Singapura hanya 6/100.000 KH, Malaysia tercatat 41/100.000 KH, Thailand sebanyak 44/100.000 KH dan Filipina 170/100.000 KH. Sedangkan Indonesia tergolong paling tertinggi dengan angka rata-rata 228/100.000 KH. Berdasarkan *human development report* 2012, AKB mencapai 31/1.000, angka itu 5,2 kali lebih tinggi dibandingkan Malaysia juga 1,2 kali lebih tinggi dibandingkan Filipina dan

2.4 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan Thailand. Tingginya AKI dan AKB menempatkan Indonesia pada urutan teratas di *Association of South East Asian Nation* (Puspita, 2012).

Berdasarkan data Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (2007), AKB adalah 34/1000 KH dan Angka Kematian Balita adalah 44 /1000 KH. Data terakhir AKI adalah 228 kematian ibu per 100.000 KH (SDKI, 2007). Target Millenium Development Goals tahun 2015 adalah 102 per 100.000 KH. Berdasarkan (SDKI 2012), rata-rata AKI tercatat mencapai 359/100.000 KH. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007, yang mencapai 228/100.000 KH. Pada tahun 2008 AKI sempat turun tipis menjadi 226/100.000 KH namun pada tahun 2010 AKI justru merosot jauh ke angka 390/100.000 KH, target MDGs untuk menurunkan rasio AKI menjadi 102/100.000 KH adalah hal yang mustahil (Yuwono, 2010).

AKI di pulau Kalimantan yang terdiri dari 5 provinsi tercatat wilayah Kalimantan Timur pada tahun 2014 AKI mencapai 177/ 100.000 KH, dan untuk wilayah Kalimantan Tengah tercatat 63/100.000 KH angka ini lebih sedikit dibandingkan yang tercatat di wilayah Kalimantan Barat AKI mencapai 128/100.000 KH, untuk wilayah Kalimantan Selatan tercatat AKI 92/100.000 KH, sedangkan wilayah Kalimantan Utara yang merupakan provinsi baru AKI mencapai 395/100.000 KH dan merupakan angka tertinggi untuk AKI di pulau Kalimantan. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2014 AKB di pulau Kalimantan tercatat wilayah Kalimantan Timur sebanyak 21/100.000 KH, Kalimantan Tengah sebanyak 30/100.000 KH, Kalimantan Barat sebanyak 34/100.000 KH. Sedangkan Kalimantan Selatan masih tinggi sekitar 55/100.000 KH dan untuk wilayah Kalimantan Utara tercatat AKB sebanyak 32/100.000 KH (SDKI, 2014)

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin (2016), dapat dilihat bahwa jumlah kematian ibu pada tahun 2011 turun sebesar 12 kasus (14%) dibandingkan jumlah kematian ibu tahun 2010, penyebab kematian tersebut merupakan kematian yang disebabkan oleh penyebab non obstetri. Jumlah kematian ibu tahun 2012 naik sebesar 14 kasus (16%), penyebab kematian terutama oleh preeklamsi/ eklamsi sebesar 7 kasus (50%). Tahun 2013 jumlah kematian ibu naik cukup signifikan sebesar 17 kasus (21%) dibandingkan tahun 2012, pada tahun 2013 didominasi 2 penyebab utama kematian ibu yaitu preeklamsi/eklamsi dan perdarahan. Pada tahun 2014 terjadi penurunan jumlah kematian ibu sebesar 14 kasus (17%), penyebab kematiannya sebagian besar adalah komplikasi kehamilan/persalinan yaitu preeklamsi/eklamsi dan perdarahan. Sedangkan tahun 2015 jumlah kematian ibu masih stagnan pada jumlah 14 orang sama seperti tahun 2014, meskipun penyebab kematian tersebut bergeser pada penyebab kematian non obstetri sebanyak 7 orang (50%) diantaranya karena gangguan jantung, oedem pulmonal, diabetes mellitus dan gagal ginjal dan lain-lain.

Sedangkan AKI di kota Banjarmasin masih fluktuatif, pada tahun 2011 naik sebesar 77 kasus (32,75%) dibandingkan tahun 2010, kemudian turun menjadi 67 kasus (11,69%) di tahun 2012, kemudian pada tahun 2013 naik kembali menjadi 84 kasus (23,52%) di bandingkan tahun 2012 dan pada tahun 2014 turun sebesar 73 kasus (13,10%) dibandingkan tahun 2013, dan tahun 2015 jumlah absolut kematian bayi ada 55 kasus turun 24,66% dibandingkan tahun 2014. Dalam perkembangannya, AKB menunjukkan keadaan yang fluktuatif. Hal ini mengungkapkan bahwa segala upaya intervensi untuk menurunkan penyebab kematian bayi belum menunjukkan keberhasilan secara bermakna. Oleh sebab itu, perlu di kaji lebih lanjut kendala dan hambatan yang mengakibatkan intervensi tidak memperlihatkan hasil sesuai dengan yang diharapkan (Dinkes Kota Banjarmasin, 2016)

Berdasarkan data Rekapitulasi PWS-KIA di Puskesmas Sungai Jingah tahun 2015 jumlah ibu hamil mencapai 1.191 orang dengan cakupan K1 1.184 orang (99,4) dan K4 1.161 (97,5%). Jumlah ibu bersalin mencapai 1.191, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mencapai 987 orang (82,9%), ibu yang mendapat pelayanan nifas mencapai 1.161 orang (97,5%), ibu nifas mendapat Vitamin A mencapai 1.161 orang (97,48%). Jumlah KH 1.084 orang, jumlah kematian ibu hamil 2 kasus, ibu bersalin dan ibu nifas 0 kasus. Jumlah kelahiran neonatal menurut jenis kelamin, kelahiran hidup dengan jenis kelamin laki-laki 550 orang, kelahiran mati dengan jenis kelamin laki-laki 3 orang, jumlah KH dengan jenis kelamin perempuan 534, dan jumlah kelahiran mati dengan jenis kelamin perempuan 2 orang. Jadi kelahiran bayi hidup di puskesmas Sungai Jingah mencapai 1.084 orang dan kelahiran mati 5 orang. Perkiraan neonatal dengan komplikasi 163 orang. Jumlah neonatal dengan BBLR 64 orang dengan nilai absolut 5,6%. Jumlah peserta KB baru 1,033 orang dengan nilai absolut 27,4%, sedangkan jumlah peserta KB aktif 6.812 dengan nilai absolut 1.806%.

Berdasarkan data PWS-KIA di Puskesmas tercatat bahwa ada 2 kasus kematian ibu. Sedangkan kematian bayi ada 5 kasus . Maka dari itu penulis tertarik untuk memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny N G₂P₁A₀ dengan kondisi fisiologis sejak ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB. Diharapkan dengan memberikan asuhan komprehensif tidak akan terjadi kematian baik ibu dan bayi.

1.2 Tujuan

1.2.2 Tujuan Umum

- 1.2.2.1 Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif kepada ibu hamil sampai nifas dan bayi baru lahir secara tepat sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan.

1.2.3 Tujuan Khusus

- 1.2.3.1 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan secara tepat pada ibu hamil mulai 32-34 minggu sampai 40 minggu usia kehamilan, menolong persalinan, nifas 6 jam hingga 6 minggu masa nifas, KB, bayi baru lahir dan neonatus.
- 1.2.3.2 Melaksanakan pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode dokumentasi “SOAP”.
- 1.2.3.3 Dapat menganalisa kasus yang dihadapi berdasarkan teori yang ada.
- 1.2.3.4 Dapat membuat laporan ilmiah tentang kasus yang dihadapi.

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat Teoritis

1.3.1.1 Bagi Institusi Pendidikan

- a. Sebagai bahan kajian terhadap materi Asuhan Pelayanan Kebidanan serta referensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan KB.
- b. Dapat mengaplikasikan materi yang telah diberikan dalam proses perkuliahan serta mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan yang bermutu dan berkualitas.

1.3.2 Manfaat Praktis

1.3.2.1 Bagi Klien

Klien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

1.3.2.3 Bagi Penulis

Dapat mempraktekkan teori yang didapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

1.3.2.3 Bagi Lahan Praktek (BPM)

Dapat dijadikan sebagai acuan untuk dapat mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara komprehensif dan untuk tenaga kesehatan dapat memberikan ilmu yang dimiliki kepada mahasiswa praktek.

1.4 Waktu dan Tempat

1.4.1 Waktu

Pengambilan kasus dimulai pada bulan Desember 2016 sampai dengan Maret 2017.

1.4.2 Tempat

Pelayanan asuhan kebidanan komprehensif dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Jingah dan Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Malkon Temon Banjarmasin.