

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu komponen yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi karena seluruh komponen lain sangat dipengaruhi oleh kesehatan. 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 maternal menurut definisi *World Health Organization* (WHO) ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (Prawirohardjo, 2013).

Sebagian penyebab kematian ibu dapat dibagi ke dalam dua golongan, yaitu ada yang langsung disebabkan oleh komplikasi-komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas dan sebab-sebab lain seperti hipertensi, penyakit jantung, kanker dan sebagainya. Angka kematian internal ialah jumlah kematian yang diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup, kini di beberapa negara malahan terdapat 100.000 kelahiran hidup (Prawirohardjo, 2013).

Tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu di banyak negara berkembang, terutama disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan, eklampsia, sepsis dan komplikasi keguguran. Sebagian besar penyebab utama kesakitan dan kematian ibu tersebut sebenarnya bisa dicegah, melalui upaya pencegahan yang efektif, beberapa negara berkembang dan hampir semua negara maju, berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu ketingkat yang sangat rendah (Saifuddin, 2008).

Mengingat kira-kira 90% kematian ibu terjadi saat sekitar persalinan kira-kira 95% penyebab kematian ibu adalah komplikasi obstetrik yang sering tak dapat diperkirakan. Kebijakan Departemen Kesehatan untuk mempercepat Angka Kematian Ibu (AKI), mengupayakan agar setiap persalinan ditolong atau minimal didampingi oleh bidan dan pelayanan obstetrik sedekat mungkin kepada semua ibu hamil (Prawirohardjo, 2013).

Kegagalan pencapaian sasaran Millennium Development Goals (MDGs) tahun 2015, dimana diharapkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup, namun berdasarkan data Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2012 jauh dari target pencapaian tersebut yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup selain itu angka kematian bayi (AKB) mencapai 32 per 100.000 kelahiran hidup, diperlukan upaya percepatan yang lebih besar dan kerja keras karena kondisi saat ini (SKDI, 2012).

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 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 KH, pada 2030 menjamin akses semesta kepada pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk KB, KIE, serta integritas kesehatan reproduksi ke dalam strategi program nasional (DepKes RI, 2015).

Indonesia mengutip hasil dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka kematian ibu dan angka kematian bayi masih menjadi indikator keberhasilan pada sektor kesehatan. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sebesar 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. Jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi SDKI 2012 mencapai 160.681 anak.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2015 jumlah Kematian Ibu tercatat 120 dari 80,837 persalinan. Penyebab utama kematian maternal karena hipertensi dalam kehamilan (PE/E) 34 orang (28,3 %), perdarahan 33 orang (27,5%), infeksi 3 orang (2,5%), abortus 1 orang (0,83%) dan penyebab lain 49 orang (40,8 %). Sementara, jumlah Kematian Bayi pada tahun 2014 sebanyak 934 dari 70,615 jumlah kelahiran hidup. Penyebab utama kematian perinatal yaitu disebabkan oleh BBLR 332 orang (35,55%), asfiksia 215 orang (23,02 %), infeksi 11 orang (1,2%), tetanus 4 orang (0,43%), masalah pemberian minum 1 orang (0,11%), dan penyebab lain 201 orang (21,5%).

Menurut data yang didapat dari Dinas kesehatan Kota Banjarmasin (2015), didapatkan hasil bahwa Jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi di wilayah Banjarmasin masih sangat tinggi yang terjadi yaitu pada 5 tahun terakhir dari tahun 2011 terjadi 12 kasus jumlah Kematian Ibu dibandingkan jumlah kematian ibu pada tahun 2010, tahun 2012 naik menjadi 14 kasus, dan naik lagi pada tahun 2013 dengan 17 kasus dibandingkan tahun 2012, dan pada tahun 2014 terjadi penurunan jumlah kematian Ibu yaitu dengan 14 kasus dan tahun 2015 dengan 14 kasus jumlah Kematian Ibu yang sama. Kasus jumlah Kematian Bayi terjadi di tahun 2011 ada 77 kasus turun menjadi 64 kasus pada tahun 2012, lalu di tahun 2013 naik menjadi 84 kasus, kemudian pada tahun 2014 turun menjadi 73 kasus dan tahun 2015 turun lagi menjadi 55 kasus yang terjadi. Faktor penyebab jumlah Kematian Ibu dan jumlah Kematian Bayi adalah kurangnya kesadaran ibu untuk memeriksakan kehamilannya, tidak tertolong saat melahirkan, kurang gizi, yang terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda hamil, terlalu tua, jarak kehamilan yang berdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering.

Berdasarkan data Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) Puskesmas Alalak Tengah Banjarmasin pada tahun 2015 dengan pembagian wilayah Kelurahan Alalak Tengah dan Alalak Utara, jumlah ibu hamil sebanyak 680 orang, cakupan untuk K1 murni 612 orang (83%) untuk K1 akses 680 orang (92%) untuk K4 612 orang (83,4%) dari sasaran ibu hamil 734 orang. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 606 orang (92%) dari sasaran ibu bersalin 659 orang. Cakupan pelayanan nifas 606 orang (92%) dari sasaran 659 orang. Cakupan kunjungan neonatus (KN) 603 orang (91,5 %) dari sasaran 659 orang. Cakupan pelayanan Keluarga Berencana 5.381 orang (93%) dari sasaran KB 5777 orang. Deteksi resiko tinggi oleh tenaga kesehatan sebanyak 62 orang (42,2%) dan deteksi resiko tinggi oleh masyarakat sebanyak 94 orang (64%).

Menurut data diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar KIA belum tercapai yaitu : K-1 (murni), K4, persalinan oleh nakes, deteksi resti oleh nakes, dan KN. Sasaran yang belum tercapai dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan, malu untuk periksa ke petugas kesehatan dan terlambat mengetahui kehamilan pada trimester pertama, kurangnya kesadaran ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan dan juga kurangnya kesadaran ibu untuk memeriksakan bayinya ke pelayanan kesehatan. Adapun upaya yang dilakukan oleh puskesmas yaitu dengan membangun posyandu di daerah yang tidak ada posyandunya agar semua masyarakat dapat ditangani dengan sebaik mungkin dan melakukan penanganan pertama mencegah terjadinya komplikasi/penyulit bila terjadi kegawatdaruratan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu upaya pelayanan kebidanan yang diberikan secara menyuruh mulai dari ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas sampai keluarga berencana sebagai upaya untuk mendekteksi adanya komplikasi/penyulit yang memerlukan tindakan serta rujukan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Maka dari itu bidan

perlu melaksanakan dan memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB pada Ny.A.

Berdasarkan uraian diatas, penulis perlu untuk melaksanakan dan memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A G2P1A0 di Bidan Praktik Mandiri (BPM) dalam bentuk laporan tugas akhir dan untuk melancarkan asuhan kebidanan komprehensif ini yang dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Alalak Tengah Banjarmasin.

1.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.2.1 Tujuan Umum

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

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan secara tepat pada ibu Ny. A mulai dari hamil 35-37 minggu sampai 38 minggu usia kehamilan, menolong persalinan, nifas 6 jam hingga 6 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 dengan tindakan yang dilakukan.

1.2.2.4 Dapat membuat laporan ilmiah tentang kasus yang dihadapi.

1.3 Manfaat asuhan kebidanan komprehensif

1.3.1 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.

1.3.2 Bagi klien

Mampu memberikan asuhan kebidanan komprehensif dan ibu dapat memahami tentang pentingnya manfaat penanganan asuhan kebidanan secara menyeluruh.

1.3.3 Bagi instansi pendidikan

Hasil asuhan kebidanan ini dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan data dasar untuk 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 sedini mungkin.

1.4 Waktu dan Tempat

1.4.1 Waktu

Adapun waktu studi kasus yaitu mulai dari Desember 2016 sampai Februari 2017

1.4.2 Tempat

Adapun tempat studi kasus ini yaitu dilakukan di Bidan Praktek Mandiri (BPM) Bidan Norita Dahlia Am.Keb di Jalan HKSN, dan wilayah kerja Puskesmas Alalak Tengah Banjarmasin.