

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Salah satu tujuan dan target dari *Millennium Development Goals* (MDGs) 2015 adalah menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi, tetapi Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di beberapa Negara berkembang masih tinggi termasuk Indonesia. Fokus pada pemecahan masalah tersebut, negara-negara di dunia menerapkan *postMillennium Development Goals* (MDGs). MDGs 4 tentang menurunnya Angka Kematian Neonatal (NMR), dengan target menurunnya Angka Kematian Bayi (IMR) menjadi 2/3 pada 2015 (MDGs, 2015)

Angka Kematian Ibu di dunia pada tahun 2010 menurut WHO adalah 287/100.000 kelahiran hidup, di Negara maju 9/100.000 kelahiran hidup, kematian maternal di Asia Tenggara menyumbang menyumbang hampir 1/3 jumlah kematian maternal yang terjadi secara global Indonesia sebagai Negara berkembang mempunyai angka kematian ibu yang lebih tinggi di bandingkan dengan Negara-negara ASEAN. Berdasarkan Survei demografi kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia 359/100.000 kelahiran hidup jumlah ini meningkat di banding Survei demografi kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 yang sebesar 288 kematian, dan masih merupakan yang tertinggi di Asia (Depkes RI, 2013)

Pelayanan kesehatan primer diperkirakan dapat menurunkan Angka Kematian Ibu sampai 20%, namun dengan sistem rujukan yang efektif, angka kematian dapat ditekan sampai 80%. Menurut UNICEF, 80% kematian ibu dan perinatal terjadi di rumah sakit rujukan. Walaupun kualitas pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dipengaruhi oleh banyak faktor, namun kemampuan tenaga kesehatan atau

(bidan,dokter,dokter spesialis) merupakan salah satu faktor utama(Prawirohardjo,2010).

Angka kematian ibu pada tahun 2007 di Indonesia ialah 228/100.000 per kelahiran hidup (MDGs,2015). Survei demografi kesehatan indonesia(SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu meningkat di bandingkan pada tahun 2007 yaitu 359/100.000 per kelahiran hidup(Dinkes RI,2012).Angka Kematian Bayi pada tahun 2007 di Indonesia sebesar 34/1000 per kelahiran hidup (MDGs,2015). Survei demografi kesehatan indonesia(SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Bayi mengalami penurunan menjadi 19/1000 per kelahiran hidup (Dinkes RI,2012).

Menurut SDKI 2007 masalah kematian maternal merupakan masalah yang komplek karena menyangkut banyak hal.penyebab langsung dari kesakitan dan kematian maternal tersebut adalah komplikasi obstetrik, terutama komplikasi pada saat persalinan. Kejadian komplikasi persalinan dialami oleh 6.774 ibu (44%), sedangkan yang tidak mengalami komplikasi persalinan sebanyak 8.560 ibu (56%).

Hasil penelitian Lestari dkk.(2012) ini menunjukan bahwa di daerah pedesaan masih cukup banyak ibu yang lebih memilih dukun dari pada bidan sebagai penolong persalinan. Pemilihan dukun bersalin tidak banyak berbeda disbanding penelitian lain yang sudah pernah dilakukan.Beberapa alasan memilih dukun antara lain lokasi yang dekat dengan tempat tinggal,mengerti dan memahami adat. Jumlah persalinan yang dilakukan di rumah masih cukup tinggi seperti di Halmahera Selatan (90,0%),Gayo Lues (89,1%), Landak (78,3%), Lebak (67,2%), Jeneponto (48,6%), Bima (42,9%), meskipun sebagian sudah ditangani oleh bidan.

Organisasi kesehatan Dunia atau WHO memperkirakan, bahwa 98% penyebab kematian maternal di Negara berkembang masuk katagori “dapat dicegah “. Menurut data WHO, pada periode 1997 sampai dengan 2007,

penyebab kematian maternal berturut-turut adalah *hemorrhagic*(35%), Hipertensi(18%), *indirect cause*(18%), *other direct cause*(11%),*abortion and miscarriage*(9%), sepsis(8%),*embolism*(1%)(Sari, 2014).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin tahun 2013 didapatkan data ibu hamil sebanyak 12.767 orang,20% ibu hamil dengan risiko tingginya adalah sebanyak 2.553 orang. K1 murni berjumlah 11.385 orang (89,2%),K1 akses berjumlah 13.188 orang (103,3%),K4 berjumlah 11.609 orang (90,9%),risiko tinggi oleh tenaga kesehatan sebanyak 1078 orang (42,2%),resiko tinggi oleh masyarakat sebanyak 2.148 orang (84,1%),ibu bersalin dan nifas sebanyak 12.248 orang, bayi berjumlah 11.599 orang, KB baru 28.034 orang (26%) dan KB aktif sebanyak 90.935 orang (75,7%)(Rekapitulasi PWS KIA Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin Tahun 2013).

Strategi dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi dengan empat pilar *Safe Motherhood*,yaitu :Keluarga Berencana, Pelayanan Antenatal, Persalinan yang Aman,Pelayanan Obstetric Esensial. Making pregnancy safer (MPS) dan *Safe Motherhood*,yang merupakan strategi sektor kesehatan untuk mengrdasarkan atasi masalah kesehatan akibat kematian dan kesakitan ibu. Gerakan *safe motherhood* sendiri telah berlangsung selama 20 tahun. Dalam penanganan penurunan angka kematian ibu berdasarkan data SDKI 2012(Sari, 2014). Target pemerintah dalam percepatan pencapaian target *Millenium Development Goal* (MDG),yakni menurunkan Angka Kematian Ibu menjadi 102 per 100 ribu kelahiran hidup pada tahun 2015. Sebelumnya Angka Kematian Ibu dapat di tekan dari 390 per 100.000 kelahiran hidup, menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007)

Data PWS KIA Poskesdes Trantang tahun 2016 dan cakupan K1 sebanyak 41 orang (102,5%), dan K4 sebanyak 32 orang (80%) dari sasaran ibu hamil 40

orang. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 30 orang (75%) dari sasaran ibu bersalin sebesar 40 orang. Cakupan pelayanan nifas 30 orang (81,08%) dari jumlah sasaran bayi sebesar 37 orang(PWS KIA Poskesdes Terantang tahun 2016).

## **1.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif**

Menjelaskan hal-hal yang spesifik yang ingin dicapai dalam pembuatan LTA

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif kepada Ny. S di Wilayah Puskesmas Semangat Dalam. Dimulai dari kehamilan, nifas dan bayi baru lahir secara tepat sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1.2.2.1 Melakukan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif kepada Ny. S di Wilayah Puskesmas Semangat Dalam. Dari usia kehamilan 38 minggu sampai 40 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 yang ada.

1.2.2.4 Dapat membuat laporan ilmiah tentang kasus yang dihadapi.

## **1.3 Manfaat Asuhan Kebidanan Komprehensif**

### **1.3.1 Bagi Klien**

Penulis berharap 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

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

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

#### 1.3.4 Bagi Lahan Praktik

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 1Desember 2017 sampai dengan selesai

#### 1.4.2 Tempat

Pelayanan asuhan komprehensif dilakukam di Wilayah Puskesmas Semangat Dalam dan Bidan Praktik Swasta (BPS) di Wilayah Semangat Dalam.