

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Indonesia sesuai dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014 mempunyai delapan fokus prioritas yang salah satunya adalah meningkatkan status kesehatan ibu, bayi, balita, dan Keluarga Berencana (KB). Beberapa indikator penting yang terkait dengan status kesehatan ibu dan bayi antara lain AKI ( Angka Kematian Ibu) dan AKB ( Angka Kematian Bayi). Pada dasarnya ukuran yang dipakai untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara atau daerah ialah jumlah kematian maternal (*Maternal Mortality*). Menurut definisi *World Health Organization* (WHO) “kematian maternal 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” Sebab- sebab kematian ini dapat dibagi dalam dua golongan, yakni yang langsung disebabkan oleh komplikasi-komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas dan sebab-sebab yang lain seperti penyakit jantung, kanker, dan sebagainya (Prawiharohardjo, 2013: 7)

Angka kematian maternal (*maternal mortality rate*) ialah jumlah kematian maternal diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup, kini dibebberapa negara malahan terhadap 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) atau *Infant Mortality Rate* (IMR) adalah jumlah kematian bayi dibawah usia 1 tahun per 1000 kelahiran hidup (KH). Angka ini merupakan indikator yang sensitiv terhadap ketersediaan, pemanfaatan, dan kualitas pelayanan kesehatan terutama pelayanan *maternal* dan *perinatal*. AKI dan AKB juga berhubungan dengan pendapatan keluarga, jumlah

anggota keluarga, pendidikan ibu, dan keadaan gizi keluarga ( Rukmini, 2013: 23).

WHO memperkirakan diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 jiwa per tahun meninggal saat hamil atau bersalin. Menurut data WHO sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran yang terjadi di negara- negara berkembang. AKI di negara- negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 516 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan, AKB pada tahun 2011 sebanyak 42 per 1000 kelahiran hidup ( Rukmini, 2013:24)

AKI di Asia Tenggara tahun 2012 yaitu singapura hanya 6/ 100.000 Kelahiran Hidup, Malaysia tercatat 41/100.000 Kelahiran Hidup, Thailand sebanyak 44/100.000 Kelahiran Hidup, dan Filiphina 170/100.000 Kelahiran Hidup, sedangkan Indonesia tergolong paling tertinggi dengan rata-rata 228/100.000 Kelahiran Hidup, jumlah tersebut masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan target yang telah ditentukan oleh *Sustainable Development Goals* (SDGs) mengenai kematian ibu dan dan penurunan AKI sampai 70/100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan *Human development report* 2012, AKB mencapai 31/1000 Kelahiran Hidup, angka itu 5,2 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan malaysia, Malaysia juga 1,2 kali lebih tinggi dibandingkan filiphina, dan filiphina 2,4 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan thailand. Tingginya AKI dan AKB menempatkan Indonesia pada urutan teratas di *Association of South East Asion Nation* (ASEAN).(Rukmini, 2013: 24).

AKI di pulau kalimantan yang terdiri dari 5 provinsi tercatat wilayah kalimantan timur pada tahun 2014 AKI mencapai 177/100.000 kelahiran hidup, data untuk wilayah kalimantan tengah tercatat 63/100.000 Kelahiran hidup angka ini lebih sedikit dibandingkan yang tercatat diwilayah kalimantan Barat AKI mencapai 128/100.000 Kelahiran Hidup, Untuk

wilayah Kalimantan Selatan tercatat AKI 92/100.000 kelahiran hidup, sedangkan wilayah Kalimantan Utara yang merupakan provinsi baru AKI mencapai 395/100.000 Kelahiran dan merupakan angka tertinggi untuk AKI di pulau Kalimantan. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2014 AKB di pulau Kalimantan tercatat wilayah Kalimantan Timur sebanyak 21/1000 Kelahiran Hidup, Kalimantan Tengah sebanyak 30/1000 Kelahiran Hidup, Kalimantan Barat sebanyak 34/1000 Kelahiran Hidup. Kalimantan Selatan masih tinggi sekitar 55/1000 Kelahiran Hidup, dan untuk wilayah Kalimantan utara tercatat AKB sebanyak 32/1000 Kelahiran Hidup (SDKI, 2014: 24 )

Daerah Banjarmasin sendiri untuk kasus AKI dan AKB yang terjadi 5 tahun terakhir, yaitu pada tahun 2011 terjadi 12 kasus AKI, 2012 naik menjadi 14 kasus, dan naik lagi pada 2013 dengan 17 kasus, dan AKI turun di 2014 dan 2015 dengan 14 kasus AKI yang sama. Sedangkan untuk kasus AKB terjadi di 2011 ada 77 kasus turun menjadi 67 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 AKI dan AKB terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda, jarak kehamilan yang berdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering. Dalam perkembangannya AKI dan AKB menunjukkan keadaan yang fluktuatif. Hal ini mengungkapkan bahwa segala upaya intervensi untuk menurunkan angka kematian bayi belum menunjukkan keberhasilan secara bermakna. Oleh sebab itu perlu dikaji lebih lanjut kendala dan hambatan yang mengakibatkan intervensi tidak memperlihatkan hasil sesuai dengan yang diharapkan. (Dinkes Kalimantan Selatan: 2016: 13)

Data Puskesmas Kayu tangi Banjarmasin pada tahun 2016 dengan pembagian wilayah Antasan Kecil Timur dan Sungai Miai, didapatkan jumlah penduduk sebanyak 27.709 jiwa dan sasaran ibu hamil 625 jiwa. Pada K-1 (murni) sebanyak 623 (99,7%), pada K-4 sebanyak 623 (99,7%), persalinan dengan tenaga kesehatan sebanyak 623 (99,7%), kunjungan neonatus (KN1)

sebanyak 568 (100%), kunjungan Neonatus (KN lengkap) sebanyak 568 (100%), pelayanan nifas sebanyak 623 (99,7%). Data bulan Januari-Desember 2016 di puskesmas Kayu Tangi terdapat ibu hamil dengan resiko tinggi sebanyak 123 (19,6%) diantaranya ibu hamil dengan kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, tinggi badan kurang dari 145 cm, jarak umur anak terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun, dan jumlah anak lebih dari 4 (PWS KIA, 2016)

Hasil dari sasaran dan cakupan yang ada maka di dapat beberapa sasaran yang tidak 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 perlu melaksanakan dan memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB pada Ny. D di wilayah kerja puskesmas Kayu Tangi, Banjarmasin.

## **1.2 Tujuan**

### **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 di tetapkan.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1.2.2.1 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.

1.2.2.2 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**

#### 1.3.1 Bagi Pasien

Pasien bisa lebih memperhatikan status kesehatannya dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, serta meningkatkan pengetahuan tentang perawatan bayi baru lahir, dan pelaksanaan program KB, misalnya dengan membaca seluruh isi buku KIA serta bersedia melakukan asuhan dari tenaga kesehatan.

#### 1.3.2 Bagi Tempat Pelayanan Kesehatan

Diharapkan lebih meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan kebidanan dan hendaknya secara komprehensif, agar komplikasi pada kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, dan akseptor KB dapat terdeteksi sedini mungkin, serta melakukan asuhan kebidanan sesuai standar yang sudah ditetapkan.

#### 1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan 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 Penulis

Dapat lebih meningkatkan kompetensi dalam memberikan pelayanan kebidanan yang komprehensif yang meliputi kehamilan, persalinan, dan nifas, serta pada bayi baru lahir, dan akseptor KB dengan cara mengikuti pelatihan-pelatihan dan seminar kesehatan khususnya dibidang kebidanan. Penulis juga hendaknya mengikuti dan selalu mempelajari setiap perkembangan ilmu kebidanan dan menggunakan standar asuhan yang ditetapkan.

### **1.4 Waktu dan Tempat**

#### 1.4.1 Waktu

Adapun waktu studi kasus ini dimulai tanggal 13 Desember 2016 sampai dengan 30 maret 2017.

#### 1.4.2 Tempat

Puskesmas Kayu Tangi dan Bidan Praktik Mandiri (BPM) Imas Malarohaini, AM. Keb di Wilayah Malkon Temon, Banjarmasin.