

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Angka kematian ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015). Menurut definisi *World Health Organization* (WHO) hampir semua kematian ibu 99% terjadi di Negara berkembang, lebih dari setengah kematian ini terjadi di sub-Sahara Afrika dan hampir sepertiga terjadi di Asia Selatan. Rasio AKI di Negara-negara berkembang pada tahun 2015 adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup dan 12 per 100.000 kelahiran hidup di Negara maju. AKB 19 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2016. Adapun *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2030 yaitu AKI kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 12 per 1000 kelahiran hidup (WHO, 2016).

AKI di negara-negara Asia Tenggara diantaranya Indonesia mencapai 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup. Di Indonesia jumlah AKI turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.07 di tahun 2016, dan di tahun 2017 sebanyak 10.294 kasus. Demikian pula dengan AKB turun dari 4.999 tahun 2015 menjadi 4.912 tahun 2016 dan di tahun 2017 sebanyak 1.712 kasus. Dalam rangka mewujudkan Keluarga Indonesia Sehat, Kementerian Kesehatan telah melaksanakan berbagai program selama 3 tahun terakhir. Seperti capaian dilingkup program Kesehatan Masyarakat (Kesmas) yang meliputi penurunan AKI dan AKB (Kemenkes RI, 2017).

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan (Kalsel) 2017, mencatat kasus kematian ibu dan anak tahun 2016 tercatat ada 92 per 100.000 kelahiran hidup kematian ibu. Sementara ada 811 per 100.000 kelahiran hidup kasus kematian bayi. Sejak Januari hingga Agustus 2017, terjadi penurunan. Data yang dirilis Dinkes Kalsel mencatat ada 48 kasus kematian ibu, serta 441 per 100.000 kelahiran hidup kematian bayi. Pada tahun 2016 tercatat ada 903 per 100.000 kelahiran hidup untuk kematian ibu dan anak, sedangkan untuk 2017 sampai bulan Agustus terjadi penurunan dengan 489 per 100.000 kelahiran hidup. Di Banjarmasin kasus AKI dan AKB yang terjadi 4 tahun terakhir yaitu tahun 2014 terjadi 14 kasus AKI, 2015 stagnan dengan 14 kasus AKI, 2016 turun cukup signifikan sebesar 8 kasus AKI. Sedangkan untuk AKB pada tahun 2014 terdapat 73 kasus, lalu tahun 2015 turun menjadi 55 kasus, kemudian tahun 2016 turun kembali menjadi 44 kasus AKB. Faktor penyebab AKI dan AKB yaitu ibu yang terlalu muda, ibu yang terlalu tua, jarak kehamilan yang berdekatan dan kehamilan yang terlalu sering (Dinkes Kalimantan Selatan, 2016).

Kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklampsia), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran sedangkan penyebab langsung kematian bayi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan kekurangan oksigen (asfiksia) Penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi baru lahir adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Kondisi geografi serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat dan 4 terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu rapat jarak kelahiran) (KemenKes RI, 2017). Upaya penurunan AKI, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sejak tahun 1990 telah meluncurkan *safe motherhood initiative*, sebuah program yang memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan

sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya. Upaya tersebut dilanjutkan dengan program Gerakan Sayang Ibu di tahun 1996 oleh Presiden Republik Indonesia. Program ini melibatkan sektor lain di luar kesehatan. Salah satu program utama yang ditujukan untuk mengatasi masalah kematian ibu yaitu penempatan bidan di tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir ke masyarakat. Upaya lain yang juga telah dilakukan yaitu strategi *Making Pregnancy Safer* yang dicanangkan pada tahun 2000 (SDKI, 2016).

Bidan sebagai salah satu tenaga utama dalam percepatan penurunan AKI & AKB baru lahir, dituntut untuk mengantisipasi perubahan tersebut, sehingga pelayanan yang diberikan lebih bermutu, optimal dan mencapai tujuan yang diharapkan. Seiring perkembangan dunia medis yang sedemikian pesatnya, maka pelayanan kebidanan dituntut untuk bisa mengikuti dan mengimbangi perkembangan pelayanan medis dan kesehatan lainnya. Dalam memberikan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar, bidan menggunakan tolak ukur Standar Pelayanan Kebidanan yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan.

Berdasarkan trias penyebab kematian ibu preeklampsia, perdarahan dan infeksi maka yang dapat dilakukan oleh bidan adalah Pencegahan preeklampsia melalui penguatan asuhan antenatal yang terfokus, antara lain dengan mendeteksi kemungkinan risiko, edukasi pengenalan dini tanda bahaya kehamilan. Penatalaksanaan preeklampsia dan eklampsia dengan penatalaksanaan awal dan manajemen kegawatdaruratan dengan penggunaan magnesium sulfat. Identifikasi risiko perdarahan pasca persalinan yaitu anak besar, kehamilan multipel, polihidramnion, riwayat seksio sesar, partus lama, partus presipitatus, anemia. Pencegahan komplikasi dengan manajemen aktif kala III) uterotonika, masase fundus dan peregang tali pusat terkendali. Manajemen kegawatdaruratan perdarahan persalinan (kompresi bimanual,

uterotonika, tamponade balon kateter hingga penatalaksanaan bedah). Pencegahan partus lama melalui penggunaan partograf. Penggunaan antibiotik secara rasional, manajemen ketuban pecah dini, dan manajemen pasca persalinan (Estiwidani, 2008).

**Tahun 2017 data rekapitulasi PWS-KIA di Puskesmas Teluk Dalam kecamatan Banjarmasin Tengah dengan jumlah penduduk 94.750 jiwa, cakupan K1 murni yaitu 571 orang atau 90% dari target sebesar 100% sedangkan K4 545 orang atau 88% dengan target 100% dari 625 ibu hamil. Cakupan Persalinan Normal sebanyak 576 orang yaitu 90.0% dengan target 605 dari ibu hamil. Kunjungan Neonatus sebanyak 576 bayi yaitu 100% dengan target 576 bayi baru lahir. Pelayanan nifas sebanyak 575 orang yaitu 90 % dengan target 100% atau 605 orang (PWS KIA Puskesmas Teluk Dalam).** Data cakupan diatas, dapat disimpulkan bahwa sasaran KIA di Puskesmas Teluk Dalam Banjarmasin yang masih belum tercapai adalah KB baru dan KB aktif serta kunjungan neonatus. Menurut bidan Puskesmas Teluk Dalam Banjarmasin, belum tercapainya target disebabkan karena kurangnya kepercayaan masyarakat terhadap bidan dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan. Upaya yang dilakukan Puskesmas Teluk Dalam Banjarmasin adalah meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan pada masyarakat, meningkatkan penyelenggaraan kesehatan melalui posyandu, kunjungan rumah dan bekerja sama dengan Badan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis ingin memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N di wilayah kerja Puskesmas Teluk Dalam 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 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.

## **1.3 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 Institusi Pendidikan

Laporan tugas akhir ini bermanfaat sebagai referensi bagi mahasiswa Universitas Muhammadiyah Banjarmasin dalam meningkatkan proses pembelajaran dan menjadi data dasar untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif selanjutnya.

### 1.3.3 Bagi Lahan Praktik

Laporan tugas akhir ini dapat menjadi acuan di wilayah kerja Puskesmas Teluk Dalam 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

Waktu studi kasus ini dimulai dari Oktober 2018 sampai dengan Desember 2018.

### 1.4.2 Tempat

Pelayanan asuhan komprehensif dilakukan di Wilayah Puskesmas Teluk Dalam Banjarmasin dan Bidan Praktik Mandiri (BPM) di Wilayah Teluk Dalam Banjarmasin.