

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Angka kematian ibu dan bayi merupakan tolak ukur dalam menilai derajat kesehatan suatu bangsa. Pemerintah sangat menekankan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui program-program kesehatan. Dalam pelaksanaan program kesehatan sangat dibutuhkan sumber daya manusia, yang kompeten sehingga apa yang menjadi tujuan bisa tercapai. Sebagai salah satu sumber daya manusia bidang kesehatan merupakan ujung tombak atau orang yang berada di garis terdepan yang berhubungan langsung dengan perempuan sebagai sasaran program. Dengan peranan yang cukup besar ini, sangat penting kiranya bagi bidan untuk senantiasa meningkatkan kompetensinya melalui pemahaman mengenai asuhan kebidanan, mulai dari perempuan hamil sampai nifas serta kesehatan bayi. (Asrinah, 2010).

Menurut definisi *World Health Organization* (WHO) Kematian ibu (*maternal mortality*) adalah kematian seorang wanita dalam masa kehamilan atau masa 42 hari setelah persalinannya, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan. Sebab-sebab kematian ini dapat dibagi dalam 2 golongan, yakni yang langsung disebabkan oleh komplikasi-komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, dan sebab-sebab yang lain seperti penyakit jantung, kanker dan sebagainya. Angka kematian maternal ialah jumlah kematian maternal diperhiungkan terhadap 1.000 kelahiran hidup, kini beberapa negara malahan terhadap 100.000 kelahiran hidup. . (Prawirohardjo, 2013).

Menurut WHO, lebih dari satu wanita meninggal setiap menitnya di dunia akibat komplikasi kehamilan dan persalinan dan erat kaitannya dengan penolong persalinan, serta besarnya jarak antara fasilitas pelayanan kesehatan di Negara berkembang dan Negara maju. Pada konferensi

internasional studi *Safe Motherhood* di ungkapkan bahwa sekitar 99% kematian ibu terjadi pada Negara berkembang. Mulai saat itu di adakan upaya *Safe Mother hood* sebagai upaya global untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada perempuan dan bayi baru lahir, khususnya di Negara berkembang. (Prawirohardjo, 2011)

Menurut Survey Dermatografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, rata-rata AKI tercatat mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak disbanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Oleh sebab itu pemerintah bertekad untuk menurunkan jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) hingga 108 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 sesuai dengan target *Millennium Development Goals* (MDGs). Selain jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) Angka Kematian Bayi (AKB) juga masih jauh dari target MDGs. Dari data SDKI tahun 2012 tercatat jumlah AKB di Indonesia adalah 32 per 1.000 kelahiran hidup, sudah mengalami penurunan dibandingkan dengan data 2007 yaitu 34 per 1.000 kelahiran hidup. (Prawohardjo, 2011)

Di Banjarmasin kasus jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) dan jumlah Angka Kematian Bayi (AKB) yang terjadi 5 tahun terakhir 2011 terjadi 12 kasus Angka Kematian Ibu (AKI), 2012 naik menjadi 14 kasus, dan naik lagi pada 2013 dengan 17 kasus, dan Angka Kematian Bayi (AKB) turun di 2014 dan 2015 dengan 14 kasus Angka kematian Ibu (AKI) yang sama. Sedangkan untuk kasus Angka Kematian Bayi (AKB) terjadi di 2011 ada 77 kasus turun menjadi 64 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 Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda, jarak kehamilan yang

berdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering. (Dinkes Kalimantan Selatan, 2015)

Memantau program kesehatan ibu, dewasa ini digunakan indikator cakupan, yaitu: cakupan layanan antenatal (K1 untuk akses dan K4 untuk kelengkapan layanan antenatal), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan kunjungan neonatus/nifas. Untuk itu, sejak awal tahun 1990-an telah digunakan alat pantau berupa Pemantauan Wilayah Setempat-Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA), yang mengikuti jejak program imunisasi. Dengan adanya PWS KIA, data cakupan layanan program kesehatan ibu dapat diperoleh setiap tahunnya dari semua provinsi. (Prawirohardjo, 2010)

Dari data rekapitulasi PWS KIA Puskesmas 9 November tahun 2016, didapat data sasaran ibu hamil sebanyak 83.758 orang, sasaran ibu hamil dengan resiko tinggi sebanyak 16.751 orang, sasaran ibu bersalin dan nifas sebanyak 78.615. pencapaian K1 murni sebanyak 83.275 orang (99,40%), K4 sebanyak 67.857 orang (81,02%), resiko tinggi didapat oleh tenaga kesehatan sebanyak 11.482 orang (68,54%), resiko tinggi yang didapat oleh masyarakat sebanyak 8.868 orang(52,94%). Ibu bersalin dan nifas sebanyak 78.615, tau akan pentingnya pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan serta membawa bayinya ke tempat pelayanan kesehatan. (PWS KIA Puskesmas 9 November, 2016)

Upaya yang dilakukan oleh Puskesmas 9 November adalah dengan mengkoordinir bidan-bidan khususnya bidan desa wilayah kerja Puskesmas 9 November untuk melakukan pelacakan kerumah masyarakat untuk menjangkau ibu hamil yang belum tercatat memeriksakan kehamilannya. Upaya lainnya adalah dengan mendirikan Puskesmas dan PONEB dengan memberikan pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan pencapaian target KIA.

Berdasarkan uraian diatas, penulis perlu melaksanakan dan memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu Hamil, Bersalin, bayi Baru Lahir, Nifas, dan KB yang penulis laksanakan pada Ny. E diwilayah kerja Puskesmas 9 November.

1.2 Tujuan Asuhan Komprehensif

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan Umum dari suatu kasus ini meningkatkan kemampuan mahasiswa untuk melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. E di Wilayah Puskesmas 9 November Banjarmasin

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan secara tepat padaNy. E mulai 32-34 minggu sampai 40 minggu usia kehamilan, menolong persalinan, nifas, KB dan bayi baru lahir.

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 mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan melalui pendekatan manajemen kebidanan.

1.3 Manfaat Asuhan Komprehensif

1.3.1 Bagi Pasien

Untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB serta pentingnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.3.2 Bagi Tempat Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak di pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan terutama pada ibu dan bayi, dan diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan informasi mengenai pelayanan kesehatan kasus yang terjadi dilapangan.

1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan dokumentasi, referensi pustaka, bahan perbandingan dan evaluasi dalam pelaksanaan program studi selanjutnya.

1.3.4 Bagi Penulis

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.

1.4 Waktu dan Tepat Asuhan Komprehensif

1.4.1 Waktu

Adapun waktu studi kasus ini dimulai tanggal 1 Desember 2016 sampai asuhan selesai dilakukan pada tanggal 30 Maret 2017.

1.4.2 Tempat

Bidan Praktik Mandiri di Wilayah kerja Puskesmas 9 November Banjarmasin.