

BAB 1

PENDAHULUAN

1. 1 Latar Belakang

Definisi WHO (*World Health Organization*) kematian maternal merupakan 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. Kematian dapat disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Angka kematian maternal merupakan jumlah kematian maternal diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup, kini di beberapa negara malahan terhadap 100.000 kelahiran hidup (Prawirohardjo, 2014).

Kematian perinatal di negara maju mencapai angka dibawah 25 per 1.000. Prematuritas memegang peranan penting, tidak jarang terdapat faktor-faktor lain, seperti kelainan kongenital, asfiksia neonatorum, insufisiensi plasenta, perlukaan kelahiran, dll. Dua hal yang banyak menentukan penurunan kematian perinatal ialah tingkat kesehatan serta gizi wanita dan mutu pelayanan kebidanan yang tinggi diseluruh negeri (Prawirohardjo, 2014).

Survey yang dilakukan WHO (*World Health Organization*) di dapatkan data kematian ibu pada tahun 2015 di negara maju dan negara berkembang memiliki angka kematian yang berbeda, misalnya di negara maju seperti Amerika Serikat memiliki AKI 14 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 6,5 per 1000 kelahiran hidup, Belanda dengan AKI 7 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 3,8 per 1000 kelahiran hidup, dan Singapura dengan AKI 10 per 100.000 kelahiran dan AKB 2,7 per 1000 kelahiran hidup. Negara berkembang seperti di Thailand memiliki AKI 30 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 12,3 per 1000 kelahiran hidup, India dengan AKI 174 per 100.000

kelahiran dan AKB 47,7 per 1000 kelahiran hidup, Republik Afrika Tengah dengan 882 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 130,1 per 1000 kelahiran hidup. Jelas sekali perbedaan angka kematian ibu di negara maju dan di negara berkembang yang jika dikaji tentunya perbedaan tersebut disebabkan banyak faktor seperti masalah ekonomi, pendidikan, gizi dan sebagainya (WHO, 2017).

Kematian anak di Indonesia saat ini sebagian besar terjadi pada masa baru lahir atau bulan pertama kehidupan. Kemungkinan anak meninggal pada usia yang berbeda adalah 19 per seribu selama masa neonatal, 15 per seribu dari usia 2 hingga 11 bulan dan 10 per seribu dari usia 1 sampai 5 tahun. Kematian anak di Indonesia akibat infeksi dan penyakit lainnya telah mengalami penurunan seiring dengan peningkatan pendidikan ibu, kebersihan rumah tangga, lingkungan, pendapatan dan akses ke pelayanan kesehatan (Walyani, 2015).

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 poin dibanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2016).

Tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu

Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi tersebut disebabkan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. Dengan menurunkan angka kematian ibu di 6 provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2016).

Penyebab secara langsung tingginya AKI adalah pendarahan post partum, infeksi, dan preeklamsi/eklamsi. Dari 5.600.000 wanita hamil di Indonesia, sejumlah 27% akan mengalami komplikasi atau masalah yang berakibat fatal. Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah dan membawa resiko bagi ibu. WHO memperkirakan bahwa sekitar 15% seluruh wanita hamil akan mengalami komplikasi kehamilan yang dapat mengancam jiwanya. Penyebab tersebut dapat dicegah melalui pemberian asuhan kehamilan yang dilakukan secara teratur dan berkualitas (Rismalinda, 2015).

Data dari Dinas Kesehatan Kota Kalimantan Selatan pada tahun 2016. Jumlah kematian ibu tahun 2011 ada 12 kasus turun sebesar 14% dibandingkan jumlah kematian ibu tahun 2010, 6 kematian ibu (50%) penyebab kematian tersebut disebabkan oleh penyebab non obstetrik diantaranya seperti penyakit Asma, Jantung, Radang empedu, yang dapat memperberat kehamilan dan meningkatkan resiko terjadinya kesakitan dan kematian ibu. Jumlah kematian ibu tahun 2012 ada 14 kasus naik sebesar 16%, penyebab kematian terutama preeklamsi/eklamsi sebesar 7 kasus (50%). Tahun 2013 jumlah kematian ibu ada 17 kasus naik cukup signifikan sebesar 21% dibandingkan tahun 2012,

tahun 2013 didominasi 2 penyebab utama kematian ibu yaitu preeklamsi/eklamsi dan pendarahan. Tahun 2014 terjadi penurunan ada 14 kasus kematian ibu sebesar 17%, penyebab kematian sebagian besar adalah komplikasi kehamilan/ persalinan yaitu preeklamsi/eklamsi dan pendarahan. Tahun 2015 masih stagnan pada jumlah 14 orang sama seperti 2014, meskipun penyebab kematian tersebut bergeser pada penyebab kematian non obstetric sebanyak 7 orang 50% diantaranya gangguan jantung, odem pulmonal, diabetes mellitus dan gagal ginjal dll. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan seiring akreditasi puskesmas membawa hasil penurunan jumlah kematian ibu menjadi 9 orang pada tahun 2016. Faktor 4 terlalu menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu di Kota Banjarmasin diantaranya 1 orang (12,5) terlalu muda <20 tahun, dan umur 20-35 tahun sejumlah 7 orang (87,5). Dari data pencapaian program kesehatan di Kota Banjarmasin ditemukan data cakupan kunjungan ibu hamil di Kota Banjarmasin pada tahun 2016 telah mencapai 99,7%, cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan mencapai 98,6%, cakupan nifas mencapai 98,6% (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2016).

Data yang di dapat dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin tahun 2016. Angka kematian bayi di Kota Banjarmasin, didapatkan jumlah kematian bayi diwilayah Banjarmasin masih sangat tinggi yaitu terjadi pada 5 tahun terakhir dari tahun 2011 ada 77 kasus naik 32,75% dibandingkan tahun 2010, kemudian turun menjadi 67 kasus 11,69% pada tahun 2012 dan pada tahun 2013 naik kembali ada 84 kasus sekitar 23,52% dibandingkan tahun 2012 dan pada tahun 2014 turun ada 73 kasus sebesar 13,10% dibandingkan tahun 2013 dan tahun 2015 jumlah kematian bayi ada 55 kasus turun 24,66% dibandingkan tahun 2014 dan tahun 2016 turun ada 44 kasus 20,0% dari tahun 2015 jumlah kematian bayi tahun 2016 adalah 44 kasus. Selama beberapa tahun terakhir kematian bayi terbanyak adalah di sebabkan oleh Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR), asfiksia, infeksi, kelainan kongenital dan hipotermi, cakupan kunjungan neonatal 1 kali sebanyak 12.748 bayi (94,07%) dan

kunjungan neonatal 3 kali (KN lengkap) tercatat ada sebanyak 12.566 bayi (92,73%). Peserta KB aktif di kota Banjarmasin tercatat sebanyak 99.495 orang (85,5%) dari jumlah peserta KB Baru sebanyak 15.293 orang (13,06%) dengan jumlah pasangan usia subur sebanyak 116.311 pasang (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2016).

Data Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) Puskesmas Pelambuan Banjarmasin pada tahun 2017. Jumlah sasaran ibu hamil sebanyak 1.012 orang dari jumlah data tersebut ibu hamil dengan risiko tinggi berjumlah 202 orang dalam 20%. Cakupan untuk K1 murni 932 orang (92,0%). Kunjungan K4 yaitu sebanyak 932 orang (92,0%), dari sasaran ibu hamil 1.012 orang, deteksi risiko tinggi kehamilan oleh tenaga kesehatan sebanyak 39 orang (19,3%). Deteksi risiko tinggi kehamilan oleh masyarakat yaitu sebanyak 153 orang (75,7%) dan cakupan kunjungan persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan yaitu sebesar 885 orang (91%) dari sasaran ibu bersalin 965 orang, kunjungan nifas yaitu sebesar 884 orang (91,6%) dari sasaran 965 orang, kunjungan neonatus sebesar 878 orang dari sasaran 912 orang. Akseptor kb baru sebanyak 3.334 orang (62,7%) dari yang di targetkan 100% sedangkan akseptor kb aktif sebanyak 6.597 orang (81,8%) dari target 100% (PWS KIA Pelambuan, 2017).

Bidan harus mampu memberikan asuhan secara komprehensif yaitu asuhan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir. Asuhan kebidanan ini dilakukan agar mahasiswa dapat mengetahui hal-hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi yang dilahirkan nya serta melatih mahasiswa dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat,antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

Berdasarkan uraian diatas, penulis perlu untuk melaksanakan dan memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan asuhan keluarga berencana pada Ny.T G2 P1 A0 di Bidan Praktik Mandiri (BPM) dalam bentuk laporan tugas akhir dan untuk melancarkan asuhan kebidanan komprehensif ini yang dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Pelambuan 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 prosuder yang ditetapkan.

1. 2. 2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan secara tepat pada ibu hamil mulai 31-34 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 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 klien

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

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 dimasyarakat.

1.3.3 Bagi tempat pelayanan

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.

1.3.4 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.

1.4 Waktu dan Tempat

1.4.1 Waktu : Mulai tanggal 17 November 2017 sampai dengan Maret 2018

1.4.2 Tempat : Bidan Praktik Mandiri (BPM) Bidan Hj. Tien Sumarti
Amd.Keb di Jalan Belitung Darat Komplek Dharma Bakti
Wilayah Kerja Puskesmas Pelambuan Banjarmasin.