

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) mendefinisikan “kematian maternal merupakan kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan”. Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio*) yaitu jumlah kematian ibu dalam 100.000 kelahiran hidup. Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan, masa nifas, atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut dan kematian tidak langsung yang disebabkan dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS dan penyakit kardiovaskuler. Secara global 80% kematian ibu tergolong pada kematian yang disebabkan oleh perdarahan (25% biasanya perdarahan pascapersalinan), sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%), komplikasi aborsi tidak aman (13%), dan sebab-sebab lain (8%) (Prawirohardjo, 2014:54).

Setiap harinya sekitar 838 wanita meninggal karena komplikasi selama kehamilan atau persalinan di seluruh dunia, sekitar 20-30% kehamilan mengandung resiko atau komplikasi yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayinya. Salah satu indikator utama kesehatan suatu negara adalah AKI. Hampir semua kematian ibu 99% terjadi di negara berkembang akibat masalah persalinan atau kelahiran, lebih dari setengah kematian ini terjadi di sub-Sahara Afrika dan hampir sepertiga terjadi di Asia Selatan. Pada tahun 2015 angka kematian ibu di dunia dengan ratio 216/100.000 kelahiran hidup. Angka kematian neonatal yang ditemukan adalah 19/1000 kelahiran hidup. Angka kematian di negara maju seperti Amerika Serikat memiliki AKI 14/100.000 kelahiran hidup dan AKB 6,5/1000 kelahiran hidup, di Singapura

dengan AKI 10/100.000 kelahiran hidup dan AKB 2,7/1000 kelahiran hidup, Belanda dengan AKI 7/100.000 kelahiran hidup dan AKB 3,8/1000 kelahiran hidup, dan Jepang dengan AKI 3/100.000 kelahiran hidup dan AKB 2,7/1000 kelahiran hidup. Sedangkan di negara berkembang seperti di Republik Afrika Tengah dengan 882/100.000 kelahiran hidup dan AKB 130,1/1000 kelahiran hidup, Afganistan dengan AKI 396/100.000 kelahiran hidup dan AKB 91,1/1000 kelahiran hidup, Bangladesh dengan AKI 176/100.000 kelahiran hidup dan AKB 37,6/1000 kelahiran hidup, dan Timor Leste dengan angka Timor Leste 216/ 100.000 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, 2017:52).

Sekitar 10.000 ibu meninggal dunia setiap tahun di Indonesia akibat berbagai komplikasi saat kehamilan, persalinan dan melahirkan bayi yang merupakan salah satu angka kematian tertinggi di kawasan Asia Tenggara. Sementara lebih dari 80.000 bayi lahir meninggal setiap tahun di negara ini pada usia satu bulan pertama akibat berbagai kondisi yang sebenarnya bisa diberi perawatan, seperti lahir premature, sesak nafas saat lahir, dan keracunan darah saat lahir (Maryunani, 2015:1).

Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015. Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup. Namun demikian, berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359/100.000 kelahiran hidup dan AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305/100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19/1.000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 poin dibanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20/1.000 kelahiran hidup. Cakupan

K4 kehamilan pada tahun 2016 menunjukkan adanya penurunan dibanding tahun 2013 dari 86,85% menjadi 85,35%, namun masih memenuhi target rencana strategis kementerian kesehatan sebesar 74%. Cakupan persalinan di tenaga kesehatan pada tahun 2016 mencapai 80,61% dan telah mencapai target rencana strategis kementerian kesehatan sebesar 77%. Cakupan kunjungan nifas 3 mencapai 84,41% dan cakupan peserta KB aktif mencapai 74,80% (Kemenkes RI, 2017:102).

Angka kematian bayi di Kota Banjarmasin masih fluktuatif, pada tahun 2011 naik 32,75% dibandingkan tahun 2010, kemudian turun 11,69% dari tahun 2012 pada tahun 2013 naik kembali sekitar 23,52% dibandingkan tahun 2012 dan tahun 2014 turun sebesar 13,10% dibandingkan tahun 2014 dan tahun 2015 jumlah absolut kematian bayi ada 55 kasus turun 24,66% dibandingkan tahun 2014 dan tahun 2016 turun 20,0% dari tahun 2015 dengan jumlah absolut kematian bayi tahun 2016 adalah 44 kasus. Dalam perkembangannya, AKB menunjukkan keadaan yang fluktuatif. Hal ini mengungkapkan bahwa segala upaya intervensi untuk menurunkan penyebab kematian bayi belum menunjukkan keberhasilan secara bermakna. Oleh sebab itu perlu memperlihatkan hasil sesuai dengan yang diharapkan (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2016:9).

Hasil Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWSKIA) Puskesmas Pemurus Baru pada tahun 2017 dengan jumlah sasaran ibu hamil sebanyak 656 orang. Data ibu hamil 20 % dengan resiko tinggi sebanyak 131 orang dari 656 orang ibu hamil, K1 murni sebanyak 661 orang (100,8%), K4 sebanyak 661 orang (100,8%), deteksi resiko tinggi kehamilan oleh tenaga kesehatan sebanyak 76 orang (11,6%), persalinan dengan tenaga kesehatan sebanyak 626 orang (100,2%). Akseptor KB baru sebanyak 2594 orang (48%), akseptor KB aktif sebanyak 7129 orang (132%). Cakupan K1, K4, ibu hamil dengan resiko tinggi dan persalinan oleh tenaga kesehatan sudah mencapai target, tetapi masih terdapat Angka Kematian Bayi sejumlah 1

orang. Diperlukan pelayanan yang optimal untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan di Wilayah Kerja Puskesmas Pemurus Baru untuk menurunkan Angka Kematian Bayi (Rekapitulasi PWS-KIA Pemurus Baru, 2017).

Angka kematian ibu dan bayi merupakan tolak ukur dalam menilai derajat kesehatan suatu bangsa, oleh karena itu 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. Bidan sebagai salah satu sumber daya manusia bidang kesehatan merupakan ujung tombak atau orang yang berada di garis terdepan yang berhubungan langsung dengan wanita sebagai sasaran program (Sulistyawati, 2014:1).

World Health Organization (WHO) mengartikan bahwa antenatal berfungsi sebagai deteksi dini terjadinya resiko tinggi pada kehamilan dan persalinan dan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Idealnya dengan melakukan pemeriksaan selama kehamilan secara komprehensif, dapat mengetahui secara dini kelainan atau komplikasi yang mungkin ada atau akan timbul pada kehamilan tersebut dan dapat segera diatasi sebelum berpengaruh tidak baik terhadap kehamilan tersebut dan dapat memudahkan klien agar lebih terbuka. Selama melakukan kunjungan untuk asuhan antenatal, para ibu hamil akan mendapatkan serangkaian pelayanan yang terkait dengan upaya penelusuran berbagai kemungkinan adanya penyulit atau gangguan kesehatan selama kehamilan yang mungkin dapat mengganggu kualitas dan luaran kehamilan (Prawirohardjo, 2014: 279).

Sebagai bidan harus melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif yaitu asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir. Asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal-hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita

semenjak hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi yang dilahirkan nya serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu. Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melaksanakan dan memberikan asuhan komprehensif pada Ny. L karena ibu memiliki kesadaran untuk melakukan pemeriksaan dan peduli dengan kesehatannya serta dapat bersosialisasi dengan bidan. Asuhan dilakukan sejak umur kehamilan 30 minggu. Persalinan serta nifas sebagai upaya mendeteksi komplikasi yang memerlukan tindakan ataupun perlunya rujukan sehingga diharapkan dapat dicapai derajat kesehatan yang tinggi pada ibu dan bayi.

1.2 Tujuan Asuhan 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 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 Asuhan Komprehensif

1.3.1 Bagi Pasien

Dapat menambah ilmu pengetahuan ibu tentang kesehatan ibu selama hamil, persiapan persalinan yang aman, inisiasi menyusui dini (IMD), ASI eksklusif, perawatan bayi, perawatan masa nifas, perencanaan penggunaan KB dan betapa pentingnya pemeriksaan kehamilan serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.3.2 Bagi penulis

Dapat memperlihatkan ilmu dan teori dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB sesuai dengan teori yang telah di dapat di bangku kuliah.

1.3.3 Bagi tempat pelayanan kesehatan

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak di pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif yaitu asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan bayi baru lahir, asuhan nifas dan KB sesuai standar pelayanan yang ada.

1.3.4 Bagi institusi Pendidikan

Sebagai bahan dokumen rasi, referensi pustaka, bahan perbandingan dan evaluasi institusi untuk mengetahui kemampuan mahasiswanya dalam melakukan asuhan secara komprehensif mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.4 Waktu dan Tempat Asuhan Komprehensif

1.4.1 Waktu : Mulai tanggal 4 Desember 2017 sampai Maret 2018

1.4.2 Tempat : Bidan Praktik Mandiri (BPM) Hj. Tien Sumarti, Amd. Keb di wilayah Belitung Darat Komplek Dharma Bakti Rt. 28 dan Wilayah Kerja Puskesmas Pemurus Baru Banjarmasin.