

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada zaman era serba modern seperti saat ini, pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan ibu dan anak mulai semakin membaik setiap tahunnya. Tetapi pelayanan kebidanan yang adekuat hanya dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat (*the privileged few*), ternyata berlaku pula untuk bagian-bagian lain dari pelayanan kesehatan. Hanya mereka yang tinggal di kota-kota dan cukup mampu yang memperoleh pelayanan sempurna, sedang untuk sebagian masyarakat, terutama yang tinggal di daerah pedesaan, pelayanan yang adekuat tidak sampai pada mereka. Masalah pelayanan kesehatan ibu dan anak yang tidak merata ternyata merupakan suatu masalah yang terdapat di banyak negara, khususnya di negara-negara berkembang. Dalam hubungan ini pada pertengahan dasawarsa 70 berkembang gagasan yang disponsori oleh *World Health Organization* yang pokoknya memberi pelayanan kesehatan merata untuk masyarakat dengan partisipasi masyarakat (Prawirohardjo, 2014).

World Health Organization memaparkan setiap hari di tahun 2015, sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan dan kelahiran anak. Penyebab utama kematian adalah perdarahan, hipertensi, infeksi, dan penyebab tidak langsung, terutama karena adanya interaksi antara kondisi medis yang sudah ada sebelumnya dan kehamilan. Risiko seorang wanita hamil di negara berkembang yang meninggal sekitar 33 kali lebih tinggi dibandingkan wanita yang tinggal di negara maju. Kematian ibu adalah indikator kesehatan yang menunjukkan kesenjangan yang sangat luas antara daerah kaya dan miskin, perkotaan dan pedesaan, baik antar negara dan di dalamnya (WHO, 2017).

Angka kematian di Negara maju seperti Amerika Serikat memiliki AKI 14/100.000 kelahiran hidup dan AKB 6,5/1.000 kelahiran hidup, di Singapura dengan AKI 10/100.000 kelahiran hidup dan AKB 2,7/1.000 kelahiran hidup, Belanda dengan AKI 7/100.000 kelahiran hidup dan AKB 3,8/1.000 kelahiran hidup dan Jepang dengan AKI 3/100.000 kelahiran hidup dan AKB 2,7/1.000 kelahiran hidup. Sedangkan di Negara berkembang seperti di Republik Afrika Tengah dengan AKI 882/100.000 kelahiran hidup dan AKB 130,1/1.000 kelahiran hidup, Afganistan dengan AKI 396/100.000 kelahiran hidup dan AKB 91,1/1.000 kelahiran hidup, Bangladesh dengan AKI 176/100.000 kelahiran hidup dan AKB 37,6/1.000 kelahiran hidup dan Timor Leste dengan AKI 216/100.000 kelahiran hidup. Jelas sekali perbedaan angka kematian ibu di Negara maju dan di Negara berkembang sangat signifikan, faktor seperti masalah ekonomi, pendidikan dan gizi menjadi penyebab hal tersebut terjadi (WHO, 2017).

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI merupakan jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup. Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) 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 (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 pada tahun 2016 telah memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan sebesar 74%. Namun demikian, terdapat 9 provinsi yang belum mencapai target tersebut yaitu Maluku Utara, Papua, Nusa Tenggara Timur, Papua Barat, Jambi, Maluku, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, dan DI Yogyakarta. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. Terdapat beberapa kondisi pada ibu seperti anemia pada penduduk usia 15-24 tahun masih tinggi yaitu sebesar 18,4 %, perkawinan usia dini masih tinggi sebesar 48 per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun dan kebutuhan pelayanan KB yang tidak terpenuhi atau *unmet need* masih relatif tinggi, yaitu sebesar 8,5% (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

Jumlah kematian ibu dan bayi di Kota Banjarmasin relatif masih tinggi. Tiap tahunnya angka kematian ibu dan bayi masih berfluktuatif. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, kematian ibu pada 2011 mencapai 12 orang, meningkat menjadi 14 orang pada 2012. Kemudian 2013 naik lagi menjadi 17 orang, lalu turun menjadi 14 orang pada 2014. Pada 2015 jumlah ibu meninggal didapati 14 orang sama seperti jumlah kematian ibu di tahun 2014, sampai tahun 2016 sudah ada 8 ibu meninggal. Penyebab kematian terutama oleh preeklampsia sebesar 7 kasus, sifat komplikasi kehamilan, faktor 4 terlalu dan persalinan yang tidak dapat diprediksi menambah kemungkinan kematian ibu. Sama halnya kematian bayi juga masih tinggi meski terus menurun. Pada 2012 tercatat ada 67 bayi meninggal, 2013 sebanyak 84 bayi, 73 bayi pada 2014 dan 55 bayi pada 2015. Kemudian sampai tahun 2016 ini, angka kematian bayi tercatat sebanyak 44 orang. Penyebab terbanyak yakni 10 kasus karena bayi lahir dengan berat rendah. Risiko kematian bayi seperti ini lebih tinggi lima kali lipat dari bayi normal (Dinkes Kota Banjarmasin, 2016).

Berdasarkan data Puskesmas Sungai Jingah Banjarmasin pada tahun 2017 dengan pembagian wilayah Sungai Jingah, Surgi Mufti dan Sungai Andai, didapatkan jumlah ibu hamil sebanyak 1.159 orang. Pada K-1 sebanyak 1.125 (97%), pada K-4 sebanyak 1.028 (88%), persalinan dengan tenaga kesehatan sebanyak 924 orang dan pelayanan nifas sebanyak 926 (83,8%). Deteksi Risti (Risiko tinggi) kehamilan oleh masyarakat sebanyak 232 orang, 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 (Kapitulasi PWS-KIA Puskesmas Sungai Jingah, 2017).

Oleh karena sebab itu, maka sebagai bidan harus melakukan asuhan kebidanan komprehensif yang dimulai dari kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir dan KB. Hal ini diupayakan agar dapat mengurangi angka kematian ibu dan bayi khususnya di Indonesia, agar terciptanya kesejahteraan masyarakat. Menurut beberapa ahli asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan dengan melakukan pemeriksaan lengkap, mencakup pemeriksaan berkesinambungan antara tindakan dan konseling yang dimulai dari ibu hamil sampai penggunaan KB serta perawatan bayi baru lahir (Kemenkes, 2017)

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik melaksanakan dan memberikan asuhan komprehensif pada Ny. M karena ibu memiliki kesadaran untuk melakukan pemeriksaan dan peduli dengan kesehatannya serta dapat bersosialisasi dengan bidan. Penulis melakukan asuhan sejak umur 32 minggu, persalinan serta nifas sebagai upaya mendeteksi komplikasi yang memerlukan tindakan segera ataupun perlunya rujukan sehingga diharapkan dapat dicapai derajat kesehatan yang optimal pada ibu dan bayi.

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 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

1.3.1 Bagi klien

Untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman klien tentang kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB serta mengetahui betapa pentingnya pemeriksaan kehamilan serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.3.2 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.

1.3.3 Bagi tempat pelayanan kesehatan

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi petugas kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada ibu dan bayi, dan juga diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan informasi mengenai pelayanan kesehatan atau kasus yang terjadi.

1.3.4 Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan pendokumentasian, referensi pustaka, bahan perbandingan dan evaluasi serta sebagai bahan bacaan dan masukan bagi mahasiswa yang menjalani pendidikan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia khususnya profesi kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif.

1.4 Waktu dan Tempat Pengambilan Kasus

1.4.1 Waktu : Sejak bulan Oktober 2017 sampai dengan Maret 2018

1.4.2 Tempat : Bidan Praktik Swasta di Wilayah Belitung Selatan dan di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Jingah Banjarmasin.