

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan ibu bersalin adalah masalah terbesar di negara berkembang. Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak reproduktivitas (Mudaniji,2012).

Menurut World Health Organization(WHO), pada tahun 2013 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia 210 per 100.000 kelahiran hidup, AKI di negara berkembang 230 per 100.000 kelahiran hidup dan AKI di negara maju 16 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di Asia Timur 33 per 100.000 kelahiran hidup, Asia Selatan 190 per 100.000 kelahiran hidup, Asia Tenggara 140 per 100.000 kelahiran hidup dan Asia Barat 74 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Pada tahun 2013 AKI di Indonesia mencapai 190 per 100.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan Malaysia, Filipina dan Singapura, angka tersebut lebih besar dibandingkan dengan angka dari negara –negara tersebut dimana AKI Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 120 per 100.000 kelahiran hidup dan Singapura 6 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi. Menurut WHO, pada tahun 2013 AKB di dunia 34 per 1.000 kelahiran hidup, AKB di negara berkembang 37 per 1.000 kelahiran hidup dan AKB di negara maju 5 per 1.000 kelahiran hidup. AKB di Asia Timur 11 per 1.000 kelahiran hidup, Asia Selatan 43 per 1.000 kelahiran hidup, Asia Tenggara 24 per 1.000 kelahiran hidup dan Asia Barat 21 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Pada tahun 2013 AKB di Indonesia mencapai 25 per 1.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan Malaysia, Filipina dan Singapura, angka tersebut lebih besar dibandingkan dengan angka dari negara –negara tersebut dimana

AKB Malaysia 7 per 1.000 kelahiran hidup, Filipina 24 per 1.000 kelahiran hidup dan Singapura 2 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Berdasarkan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) data hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Melengkapi hal tersebut, data laporan dari daerah yang diterima Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan dan persalinan tahun 2013 adalah sebanyak 5019 orang. Sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi SDKI 2012 mencapai 160.681 anak. Selain itu, Anemia pada penduduk usia 15-24 tahun masih tinggi yaitu sebesar 18,4% (Riskesdas, 2013); Perkawinan usia dini masih tinggi yaitu sebesar 46,7% (Riskesdas, 2010); Angka kelahiran pada usia remaja juga masih tinggi yaitu sebesar 48 per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun (SDKI, 2012); dan kebutuhan pelayanan KB yang tidak terpenuhi atau unmet need masih relatif tinggi, yaitu sebesar 8,5%. Beberapa faktor penyebab langsung kematian ibu di Indonesia masih dominan oleh perdarahan, eklamsi dan infeksi. Sedangkan faktor tidak langsung kematian ibu karena faktor terlambat dan terlalu (SDKI, 2012).

Berdasarkan rekapitulasi PWS-KIA Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012, disebutkan bahwa cakupan kunjungan ibu hamil K1 sudah mencapai target yaitu sebesar 104,4% sedangkan K4 belum mencapai target yaitu sebesar 81,9% dari 78.795 sasaran ibu hamil, dan penanganan komplikasi obstetrik berjumlah 12.395 kasus. Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan didapatkan 88,7% dari 75.180 sasaran ibu bersalin, hal tersebut sudah mendekati target yang ditentukan. Pada cakupan kunjungan nifas (KF) berjumlah 87,4% dan untuk wanita berstatus kawin umur 15-49 (PUS) tahun yang menggunakan alat kontrasepsi KB adalah sebesar 630.572 jiwa (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, 2012).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2015, didapatkan data ibu hamil sebanyak 12.902 orang, 20% ibu hamil dengan resiko tinggi adalah sebanyak 2.580 orang. K1 murni berjumlah 11.501 orang (89,1%), K1 akses berjumlah 12.800 orang, K4 berjumlah 12.648 orang (98,0%), resiko tinggi oleh tenaga kesehatan sebanyak 10.154 orang (64,0%), resiko tinggi oleh masyarakat sebanyak 7.283 orang (45,9%), persalinan oleh tenaga kesehatan 61.229 orang (81,7%) dari sasaran ibu bersalin berjumlah 74.927 orang, cakupan penanganan komplikasi obstetri berjumlah 13.034 kasus (82,2%), kunjungan KN 1 berjumlah 63.581 orang (95,5%) dan cakupan penanganan komplikasi neonatus berjumlah 6.065 orang (60,1%) (Rekapitulasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan, 2015).

Data PWS KIA Puskesmas Sungai Jingah tahun 2015 data cakupan K1 sebanyak 271 orang (62%) dan K4 sebanyak 387 orang (88,6%) dari sasaran ibu hamil 437 orang. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 401 orang (96,5%) dari sasaran ibu bersalin sebesar 419 orang. Cakupan pelayanan nifas 432 orang (98,9%) dari sasaran 481 orang. Cakupan kunjungan neonatus 268 orang (65%) dari jumlah sasaran bayi sebesar 399 orang (Puskesmas sungai jingah Banjarmasin, 2015).

Tingginya angka kematian tersebut dikarenakan masih banyak ibu hamil di Indonesia saat melahirkan tidak ingin meminta pertolongan persalinan terlatih. Mereka menganggap bahwa pertolongan persalinan yang terlatih tidak benar-benar memperhatikan kebutuhan atau kebudayaan, tradisi, serta keinginan para ibu dalam persalinan dan kelahiran bayinya (Mudaniji, 2012).

Pelayanan kesehatan primer diperkirakan dapat menurunkan angka kematian ibu sampai 20% namun dengan sistem rujukan yang efektif, angka kematian dapat ditekan sampai 80%. Menurut UNICEF 80% kematian ibu dan

perinatal terjadi di rumah sakit rujukan. Dengan demikian maka upaya peningkatan derajat kesehatan ibu mendapat perhatian serius. Pelayanan kesehatan tersebut merupakan bagian integral dari pelayanan dasar yang terjangkau oleh seluruh rakyat. Didalamnya termasuk pelayanan kesehatan ibu yang berupaya agar setiap ibu hamil dapat melalui kehamilan dan persalinannya dengan selamat. Dan kondisi yang bisa memburuk keadaan pasien jika melalaikan **3 Terlambat** : Terlambat dalam mencapai fasilitas (Transportasi ke rumah sakit/puskesmas kerana jauh), Terlambat dalam mendapatkan pertolongan yang cepat dan tepat di fasilitas pelayanan(kurang lengkap atau tenaga medis kurang), Terlambat dalam mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan **4 Terlalu** : Terlalu muda (usia di bawah 16 tahun, Terlalu tua (usia diatas 35 tahun), Terlalu sering (perbedaan usia antara anak sangat dekat), Terlalu banyak (memiliki lebih dari empat orang anak). Upaya dapat tercapai bila dalam memberikan pelayanannya bermutu dan berkesinambungan atau komprehensif (Prawirohardjo, 2011).

Asuhan Komperhensif diberikan untuk memberikan kenyamanan pada ibu dari hamil sampai nifas sehingga kita mampu mengevaluasi apabila terjadi bahaya masa kehamilan sampai nifas. Bidan sebagai salah satu tenaga pelaksanaan dituntut untuk dapat memberikan pelayanan antenatal yang meliputi pengawasan terhadap kehamilan untuk mendapatkan informasi mengenai kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi kehamilan, dan menetapkan resiko kehamilan. Asuhan antenatal juga untuk menyiapkan persalinan menuju kelahiran bayi yang baik dan kesehatan ibu yang baik, mempersiapkan pemeliharaan bayi dan laktasi, memfasilitasi pulihnya kesehatan ibu yang optimal pada saat akhir nifas (Mudaniji, 2011).

Maka dari itu sangat penting bagi seorang bidan untuk memberikan asuhan yang bersifat komprehensif pada ibu dan bayi, mulai pada masa kehamilan, persalinan serta nifas sebagai upaya deteksi adanya komplikasi/penyulit yang

memerlukan tindakan segera serta perlunya rujukan agar mencapai derajat kesehatan yang tinggi pada ibu dan bayi sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas (Mudaniji, 2011).

Berdasarkan data di atas maka penulis akan melakukan asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas dan BBL secara komprehensif pada Ny. N dengan keadaan ibu dan bayi fisiologis.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif kepada ibu mulai dari akhir kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir khususnya yang normal secara mandiri dan kolaborasi dengan manajemen kebidanan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mampu melakukan pengkajian data subyektif dan obyektif pada ibu hamil, bersalin, nifas serta BBL.

1.2.2.2 Mampu memberikan Analisi Data pada pasien

1.2.2.3 Mampu memberikan penatalaksanaan, serta pendeteksian secara dini komplikasi yang terjadi pada ibu mulai dari masa kehamilan persalinan, nifas serta BBL.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Klien

Sebagai sarana untuk meningkatkan pengetahuan khususnya ibu hamil, bersalin dan nifas agar memeriksakan kehamilannya secara mandiri dan dapat mencegah komplikasi sedini mungkin.

1.3.2 Bagi Petugas Pelayanan Kesehatan

Sebagai masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan, deteksi dini penyulit dan komplikasi pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas.

1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam pengembangan materi yang telah diberikan dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan agar mampu diterapkan secara langsung dan berkesinambungan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang bersifat komprehensif.

1.4 Waktu dan Tempat

1.4.1 Waktu

Pengambilan kasus dimulai pada bulan Desember 2016 sampai dengan Maret 2017.

1.4.2 Tempat

Di BPM Surtasih Endang N Am. Keb Cemara Raya