

BAB 1

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).

Angka kematian ibu di dunia yaitu 298.000 jiwa, beberapa negara memiliki AKI cukup tinggi seperti Afrika Sub Saharan 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. AKI di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup, di Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup. (WHO, 2014).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa untuk mencapai target MDGs penurunan angka kematian ibu antara 1990 dan 2015 seharusnya 5,5 persen pertahun. Namun data WHO, UNICEF, UNFPA dan Bank Dunia tahun 2015 menunjukkan angka kematian ibu hingga saat ini

penurunannya masih kurang dari satu persen pertahun. Pada 2005, sebanyak 536.000 perempuan meninggal dunia akibat masalah persalinan, lebih rendah dari jumlah kematian ibu tahun 1990 sebanyak 576.000 (WHO, 2015).

Negara-negara di dunia berkomitmen melanjutkan agenda pembangunan global MDGs secara berkelanjutan yang disebut dengan SDGs. Berdasarkan kesepakatan global pencapaian SDGs (*Sustainable Development Goals*) yang dimulai sejak tahun 2016, pada tahun 2030 diharapkan dapat mengakhiri kematian yang dapat dicegah dengan kematian ibu setidaknya 40 kematian per 100.000 kelahiran hidup, mengurangi kematian anak setidaknya 20 kematian per 1.000 (Sutopo, 2014).

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) .

Data rekapitulasi Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak (PWS KIA) Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin tahun 2017 menyatakan bahwa presentasi cakupan K1 yaitu 99,4% dan K4 99,7% dari target 90%.

Pada cakupan PN didapatkan 93,6% dari 95% dan KF3 sebesar 93,8% dari 90%. Cakupan KN1 sebesar 98,5% dari 90%, sedangkan Pasangan Usia Subur (PUS) yang menjadi akseptor KB aktif 81,2% dari 81,3%. Data dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin menunjukkan bahwa Jumlah kematian ibu pada tahun 2016 sebanyak 8 orang kemudian mengalami penurunan pada tahun 2017 menjadi 7 orang, dengan faktor penyebab langsung kematian ibu diantaranya 1 orang (7,1%) tersebut disebabkan terlalu muda < 20 tahun dan umur > 35 tahun yaitu sebanyak 7 orang (50%). Sedangkan jumlah kematian bayi pada tahun 2017 naik 11,36% menjadi 49 kasus dari 44 kasus pada tahun 2016, penyebab kematian bayi terbanyak disebabkan oleh Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) kemudian terbanyak kedua disebabkan oleh asfiksia (Dinkes Prov. Kalsel, 2017).

Jumlah kematian ibu di kota Banjarmasin relatif masih tinggi. Tiap tahunnya angka kematian ibu dan bayi masih berfluktuatif. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, kecenderungan jumlah kematian ibu di kota Banjarmasin dalam 6 tahun terakhir sangat fluktuatif namun dalam 2 tahun terakhir ada penurunan. Berdasarkan data yang didapat jumlah kematian ibu secara absolut pada tahun 2012 naik sebesar 16% dibandingkan tahun 2011, penyebab kematian utama adalah preeklamsia/eklamsia sebesar 7 kasus (50%). Sifat komplikasi kehamilan dan persalinan yang tidak diketahui menambah kemungkinan terjadinya kematian ibu bila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Tahun 2013 jumlah kematian ibu naik cukup signifikan sebesar 21% dibandingkan tahun 2012. Pada tahun 2013 didapatkan kematian ibu didominasi oleh 2 penyebab yaitu preeklamsia/eklamsia dan perdarahan, dan 4 faktor terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak dan terlalu sering) menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu sebesar 17%. Tahun 2015 didapatkan jumlah kematian ibu masih sama pada tahun 2014 dengan jumlah 14 orang kematian, meskipun penyebab kematian tersebut diluar dari obstetri sebanyak 7 orang (50%), diantaranya karena gangguan jantung, oedema pulmonal, diabetes melitus, gagal ginjal dan lain-lain. Meningkatnya angka

kematian disebabkan penyakit degeneratif juga bisa disebabkan oleh faktor keturunan dan gaya hidup. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan seiring dengan akreditasi puskesmas membawa hasil penurunan kematian ibu menjadi 8 orang ditahun 2016 dan 7 kematian ditahun 2017 (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2017).

Jumlah Kematian Bayi di Kota Banjarmasin masih fluktuatif, pada tahun 2011 naik 37,75% 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 2013 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. Pada tahun 2017 jumlah absolut kematian bayi ada 49 kasus naik sebesar 11,36% dibandingkan tahun 2016. Faktor terbesar kematian bayi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), asfiksia, serta faktor lain seperti infeksi, hipotermi dan aspirasi. Dalam perkembangannya, Jumlah Kematian Bayi menunjukkan keadaan yang fluktuatif. Hal ini mengungkapkan bahwa segala upaya intervensi untuk menurunkan penyebab kematian bayi belum menunjukkan keberhasilan secara bermakna (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2017).

Hasil Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWSKIA) Puskesmas S. Parman pada tahun 2017 dengan jumlah sasaran ibu hamil sebanyak 330 orang. Data ibu hamil dengan komplikasi sebanyak 66 orang dari 330 orang ibu hamil, K1 murni sebanyak 329 orang (99,7%), K4 sebanyak 328 orang (99,4%), persalinan dengan tenaga kesehatan sebanyak 321 orang (101,6%). Akseptor KB baru sebanyak 304 orang (11,8%), akseptor KB aktif sebanyak 2.242 orang (86,7%). Cakupan K1, K4 dan persalinan oleh tenaga kesehatan sudah mencapai target namun tetap diperlukan pelayanan yang optimal untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan di Wilayah Kerja Puskesmas S. Parman (Rekapitulasi PWS-KIA Puskesmas S. Parman, 2017).

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah untuk menurunkan AKI dan AKB mulai tahun 2010 meluncurkan bantuan operasional kesehatan (BOK) pada kegiatan preventif dan promotif dalam program kesehatan ibu dan anak antara lain melalui penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K). Melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dilanjutkan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di puskesmas perawatan dan Pelayanan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit. Selain itu upaya lain yang dilakukan pemerintah adalah mengadakan program Jampersal (Jaminan Persalinan) (Depkes RI, 2016).

Upaya yang dilakukan Puskesmas S. Parman untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di wilayah tersebut adalah dengan dilakukannya PWS KIA, Posyandu, kunjungan rumah (kunjungan ibu hamil, kunjungan ibu nifas, kunjungan neonatus), serta melakukan berbagai kelas seperti kelas ibu hamil untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak. Dari latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif yaitu asuhan yang dilakukan secara menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, serta akseptor KB pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas S. Parman Banjarmasin sebagai upaya deteksi adanya komplikasi yang memerlukan tindakan segera serta perlunya rujukan sehingga dapat dicapai derajat kesehatan yang tinggi pada ibu dan bayi untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas.

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 prosedur yang sudah ditetapkan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mampu melaksanakan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan KB secara mandiri.

1.2.2.2 Mampu mendeteksi secara dini kelainan atau komplikasi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.2.2.3 Mampu melakukan penegakkan diagnosa dan perencanaan tindakan pada pasien hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, KB dan komplikasi yang mungkin terjadi.

1.2.2.4 Mampu menganalisis kesenjangan antara teori dan tindakan.

1.3 Manfaat Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.3.1 Bagi Klien

Klien bisa mendapatkan pelayanan secara komprehensif sesuai standar dan berkualitas agar dapat menjalani kehamilannya dengan aman dan persalinan dengan selamat sehingga menghasilkan generasi yang sehat.

1.3.2 Bagi Penulis

Laporan tugas akhir dapat dijadikan 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 di masyarakat.

1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan

Laporan tugas akhir ini bermanfaat sebagai referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan menjadi data dasar untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif selanjutnya.

1.3.4 Bagi Lahan Praktik

Laporan tugas akhir ini dapat menjadi acuan dalam memberikan pelayanan secara komprehensif yang berhasil guna untuk mempercepat upaya penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

1.4 Waktu dan Tempat Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.4.1 Waktu

Adapun waktu studi kasus ini dimulai tanggal Oktober sampai Desember 2018.

1.4.2 Tempat

Pelayanan asuhan komprehensif dilakukan di Wilayah Puskesmas S. Parman dan Praktik Mandiri Bidan (PMB).