

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir harus ditangani oleh petugas kesehatan yang berwenang dan memiliki kinerja profesional demi kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi. Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam melayani upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap kesehatan. Indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu dan anak pada suatu wilayah yaitu angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) (Kemenkes RI, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) di seluruh dunia menurut World Health Organization (WHO) tahun 2020 menjadi 295.000 kematian dengan penyebab kematian ibu adalah tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), pendarahan, infeksi postpartum, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2021). Menurut data ASEAN AKI tertinggi berada di Myanmar sebesar 282.00/100.000 KH tahun 2020 dan AKI yang terendah terdapat di Singapura tahun 2020 tidak ada kematian ibu di Singapura (ASEANSecretariat,2021).

Di Indonesia jumlah AKI pada tahun 2020 menunjukkan 4.627 kasus kematian sebagian besar penyebab kematian ibu disebabkan oleh penyebab lain-lain sebesar 34,2%, perdarahan sebesar 28,7%, hipertensi dalam kehamilan sebesar 23,9%, dan infeksi sebesar 4,6% (Kemenkes RI, 2021). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat memaparkan Jumlah kematian ibu per kabupaten/ kota provinsi jawa barat periode bulan januari – juli tahun 2020 sebanyak 1.649 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2019 pada periode yang sama yaitu sebesar 1.575 kasus (Kementrian Kesehatan RI, 2018). Angka kematian ibu di Kota Bandung, pada 2019 berjumlah 29 kasus dan di tahun 2020 turun menjadi 28 kasus (Dinkes Kota Bandung, 2019). Sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain anemia, Kekurangan Energi Protein (KEP), dan Kekurangan Energi Kalori (KEK)(Petrika et al., 2016).

Dalam rangkaian pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, kesinambungan pelayanan yang dipimpin oleh bidan mengacu pada model dimana pelayanan diberikan oleh bidan yang sama, atau tim bidan kecil, selama kehamilan, persalinan dan kelahiran, serta periode pascakelahiran dengan rujukan ke pelayanan spesialis sebagai diperlukan. Dipimpin bidan juga mengacu pada model pelayanan yang diberikan pada kelompok pekerjaan bidan yang berbeda dan orang tersebut sepenuhnya memenuhi syarat, diatur dan ditempatkan hanya sebagai bidan. Hal ini berbeda dengan sistem di banyak negara (misalnya sebagian besar negara di Afrika dan Asia Tenggara) di mana perawat-bidan dirotasi untuk melakukan tugas keperawatan atau kebidanan.

Model kontinuitas yang dipimpin oleh bidan di sejumlah kecil negara-negara HIC telah dikaitkan dengan tingkat kelahiran prematur yang lebih rendah (penurunan sebesar 24%), dan penurunan angka kematian janin sebelum dan sesudah 24 minggu, serta kematian neonatal (16%) yang lebih kecil kemungkinannya untuk kehilangan bayi secara keseluruhan (gabungan pengurangan angka kematian janin dan kematian neonatal) untuk wanita dengan risiko komplikasi yang rendah dan beragam dibandingkan dengan model perawatan lainnya. Selain itu, perempuan cenderung tidak mengalami intervensi dan lebih mungkin melaporkan pengalaman positif dalam layanan.

Strategi untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir melalui mendorong kelahiran berbasis fasilitas dan pertolongan persalinan oleh tenaga terampil hanya sebagian berhasil dan dalam beberapa konteks kini menunjukkan hasil yang merugikan seperti peningkatan intervensi termasuk operasi caesar yang tidak diperlukan (Yusuf dkk., 2016; Miller dkk., 2016). Salah satu pilihan yang hemat biaya untuk layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir dengan hasil terbaik dan tingkat intervensi terendah adalah layanan yang diberikan oleh bidan (Miller dkk., 2016).

Telah terbukti bahwa pelayanan kebidanan merupakan kunci untuk mengakhiri kematian ibu dan bayi baru lahir yang dapat dicegah dan meningkatkan kualitas pelayanan khususnya di LMICS (Homer dkk., 2014; Renfrew dkk., 2014; UNFPA, WHO dan ICM 2014). Bidan yang dididik sesuai standar internasional dapat memberikan lebih dari 80% layanan penting ibu

dan bayi baru lahir yang direkomendasikan oleh Organisasi Internasional (UNFPA, WHO dan ICM 2014).

Studi yang dilakukan di negara-negara berpendapatan tinggi menunjukkan bahwa perempuan dan bayi yang menerima layanan berkelanjutan yang dipimpin oleh bidan merasa lebih puas dan menerima lebih sedikit intervensi seperti analgesia epidural, episiotomi atau kelahiran instrumental dan tidak memiliki tingkat dampak buruk yang lebih tinggi, seperti kematian perinatal dibandingkan dengan model perawatan lainnya (Sandall dkk., 2016). Filosofi yang mendasari kesinambungan pelayanan yang dipimpin oleh bidan adalah bahwa pelayanan ini berpusat pada perempuan dan mendorong kelahiran sebagai proses yang normal (ICM 2011). Ketika komplikasi terjadi, bidan berkonsultasi dan merujuk, dan bekerja sama dengan profesional lain yang menyediakan layanan medis, obstetrik, atau neonatal kepada ibu dan bayi baru lahir (Sandall dkk., 2016). Untuk tinjauan ini, istilah asuhan yang dipimpin bidan digunakan sebagai variasi dari kesinambungan pelayanan yang dipimpin oleh bidan yang mungkin tidak mencakup kesinambungan pelayanan.

Faktor penyebab KEK pada ibu hamil sangat kompleks, termasuk di antaranya asupan zat gizi yang tidak mencukupi kebutuhan ibu hamil, penyakit infeksi, dan perdarahan (FKM UI, 2017). WHO pada Tahun 2019 mengemukakan, bahwa 40% kematian ibu hamil di dunia akibat kekurangan protein. Disamping itu WHO memperkirakan bahwa 80% kematian ibu disebabkan penyebab langsung (perdarahan, infeksi, eklamsia, partus macet,

dan aborsi), dan 20% oleh penyebab tidak langsung termasuk anemia dan KEK, malaria, dan penyakit jantung (Novitasari et al., 2019).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018, menunjukkan bahwa angka resiko kurang energi kronik pada ibu hamil di Indonesia sebesar 17,3%, angka ini menurun jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013 sebesar 24,2%. Meski ada penurunan dalam rentang 5 tahun, namun dalam setahun terakhir prevalensi ibu hamil kurang energi kronik di Indonesia mengalami kenaikan. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil survei status gizi (PSG) 2017, yang menunjukkan bahwa 14,8% ibu hamil berisiko mengalami kurang energi kronik. (Kemenkes RI, 2017).

Kekurangan energi kronik (KEK) merupakan kondisi dimana seorang ibu yang sedang hamil menderita kekurangan asupan makanan yang berlangsung dalam jangka waktu lama yang mengakibatkan terganggunya kesehatan, sehingga kebutuhan asupan gizi pada masa kehamilan tidak terpenuhi dengan cukup (Arifa, 2019). Derajat kesehatan khususnya status gizi ibu hamil sangat berpengaruh terhadap kondisi bayi yang akan dilahirkan. Masalah kesehatan apa saja yang sering dialami ibu hamil adalah anemia (Prabawati, et al., 2022; Hasriati, & Kusniyanto, 2022). Anemia kehamilan disebut “potensial danger to mother and child” (potensi membahayakan ibu dan anak) sehingga anemia membutuhkan perhatian sungguh-sungguh dari seluruh pihak yang terpaut dalam perihal pelayanan kesehatan. Seorang dikatakan mengidap anemia apabila kandungan Hemoglobin (Hb) di bawah 11g% pada trimester 1 serta 3 ataupun kandungan.

Beberapa negara berkembang di dunia beresiko tinggi terjadinya gangguan psikologis pada ibu hamil = 15,6% dan ibu paska persalinan = 19,8%, diantaranya Ethiopia, Nigeria, Senegal, Afrika Selatan, Uganda, dan Zimbabwe (World Health Organization, 2013). Di Uganda sebanyak 18,2% ibu hamil mengalami depresi ataupun kecemasan, di Nigeria sebanyak 12,5%, Zimbabwe sebanyak 19%, dan Afrika Selatan 41% (WHO, 2008). Sebanyak 81% wanita di United Kingdom pernah mengalami gangguan psikologis pada kehamilan. Sedangkan di Perancis sebanyak 7,9% ibu primigravida mengalami kecemasan selama hamil, 11,8% mengalami depresi selama hamil, dan 13,2% mengalami kecemasan dan depresi (Ibanez, 2015).

Angka kejadian kecemasan pada ibu hamil di Indonesia mencapai 373.000.000. Sebanyak 107.000.000 atau 28,7% diantaranya kecemasan terjadi pada ibu hamil menjelang proses persalinan (Depkes RI, 2020). Penelitian yang dilakukan pada ibu primigravida 22,5% mengalami cemas ringan, 30% mengalami cemas sedang, 27,5% cemas berat, dan 20% mengalami cemas sangat berat (Sarifah, 2016). Dampak buruk dari kecemasan ibu hamil memicu terjadinya rangsangan kontraksi rahim. Akibat dari kondisi tersebut dapat meningkatkan tekanan darah sehingga mampu memicu terjadinya preeklamsi dan keguguran (Maharani, 2008 dalam Novriani, 2017). Kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan bayi prematur juga merupakan dampak negatif dari kecemasan ibu hamil (Spitz, 2013).

Depresi pada kehamilan adalah salah satu gangguan psikologi yang dapat terjadi pada ibu hamil baik primi maupun multipara. Faktor

psikologis yang terjadi pada ibu hamil tersebut dipengaruhi oleh berbagai hal yaitu stresor baik internal maupun eksternal. Gangguan psikologis yang dialami oleh ibu hamil trimester pertama adalah bersifat normal, dan akan bertambah dua kali lipat pada trimester kedua dan ketiga. Gangguan psikologis yang dialami ibu hamil pada trimester III akan meningkatkan risiko kelainan bawaan, operasi sesar, persalinan alat, kelahiran prematur, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan gangguan jangka panjang berkaitan dengan gangguan perilaku emosi anak (Usman, 2016).

Stres bahkan sampai depresi berdampak buruk terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin dan bagi ibu sendiri. Dampak penting yang dapat terjadi adalah peningkatan produksi hormone adrenalin non adrenalin atau epinefrin norepinefrin yang mengakibatkan terjadinya disregulasi biokimia tubuh sehingga muncul ketegangan fisik pada ibu hamil. Dampak lainnya adalah jantung berdebar, tekanan darah meningkat, asam lambung naik, nafas berat atau sesak, perubahan emosional, bahkan menyebabkan terjadinya kontraksi uterus (Usman, 2016).

Berdasarkan data yang diperoleh World Health Organization (WHO) mengatakan bahwa data yang didapatkan kecemasan dan depresi yaitu sebesar lebih dari 200 juta jiwa di seluruh dunia menderita kecemasan sedangkan prevalensi dari depresi yaitu sebanyak 322 juta jiwa di seluruh dunia di Asia Tenggara dan Pasifik Barat 800.000 kejadian bunuh diri setiap tahunnya (World Health Organization., 2017).

Berdasarkan data angka kejadian di Indonesia yaitu sebesar 107.000.000 (28,7%) diantaranya ibu hamil yang mengalami gangguan kecemasan dalam menghadapi proses melahirkan dari jumlah penduduk Indonesia yakni 373.000.000 (Kemenkes RI, 2018).

Dampak kecemasan pada ibu hamil akan dapat meningkatkan risiko suatu resiko kelahiran prematur atau berat badan lahir rendah, karena adanya peningkatan hormon stress yaitu hormon kortisol dan katekolamin, hormon adrenalin sebagai tanggapan terhadap ketakutan akan menghambat aliran darah ke kandungan dan membuat janin kekurangan udara, dalam hal ini pelepasan hormon tersebut akan mengakibatkan perubahan fungsi dari imunologi (Xiu Xiu et al., 2014). Dukungan suami adalah suatu faktor protektif yang dapat mencegah terjadinya suatu permasalahan gejala kecemasan pada ibu hamil yang dirasakan dan dapat memberikan pengaruh yang besar bagi wanita hamil yaitu memberikan rasa nyaman, tenang, selama masa kehamilan (Chan et al., 2013).

Berdasarkan paparan dan masalah di atas maka pengkaji perlu melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengatasi kecemasan pada ibu masa kehamilan.

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

B. Perumusan Masalah

Bagaimana asuhan kebidanan komprehensif pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, KB dengan mengatasi kecemasan pada Ny. D?

C. Tujuan Umum

1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif holistik kepada Ny. D G2P1A0 gravida 35-36 minggu di PMB Bidan Ipih Karmilah

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. D G2P1A0 gravida 35-36 minggu di PMB Ipih Karmilah secara komprehensif holistic
- b. Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. D G2P1A0 gravida 35-36 minggu di PMB Ipih Karmilah secara komprehensif holistic
- c. Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Bayi baru lahir pada Ny. D G2P1A0 gravida 35-36 minggu di PMB Ipih Karmilah secara komprehensif holistic
- d. Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Nifas pada Ny. D G2P1A0 gravida 35-36 minggu di PMB Ipih Karmilah secara komprehensif holistic
- e. Mampu melakukan Asuhan Kebidanan Kontrasepsi pada Ny. D G2P1A0 gravida 35-36 minggu di PMB Ipih Karmilah secara komprehensif holistic

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi institusi

Dapat dijadikan sebagai referensi dan bahan bacaan bagi pendidikan dalam memberikan bimbingan kepada mahasiswa mengenai asuhan kebidanan komprehensif dengan penerapan mengatasi kecemasan pada masa kehamilan.

2. Bagi Pasien/klien

Diharapkan dapat meningkatkan pengalaman positif dan kenyamanan klien selama menerima asuhan kebidanan komprehensif.

3. Tempat Praktik

Dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kebidanan pada kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir secara komprehensif dengan mengatasi kecemasan selama periode kehamilan