

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjalankan praktek kebidanan di negeri itu. Dia harus mampu memberikan supervisi, asuhan dan memberikan nasehat yang dibutuhkan kepada wanita selama hamil, persalinan, dan masa pasca persalinan. Memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri serta asuhan pada bayi baru lahir (WHO, 2013).

Bidan sangat berperan penting dalam pemberian pelayanan Kesehatan khususnya masalah kematian ibu dan anak adalah masalah yang kompleks. Departemen Kesehatan tetap berupaya untuk menurunkan AKI dan AKB salah satunya adalah dengan melakukan Asuhan kebidanan yang meliputi: Keluarga berencana, Pelayanan Antenatal, Persalinan Bersih dan aman (Prawirohardjo,2010).

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana atau disebut juga sebagai Asuhan Kebidanan Komprehensif (Atik, 2008).

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, sampai KB. Asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal-hal yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas, hingga bayi dilahirkan sampai dengan pemilihan KB, dan menegakkan diagnosa secara

tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, dan melakukan tindakan untuk menangani komplikasi (Depkes RI, 2008).

Menurut WHO diperkirakan bahwa sedikitnya 600.000 wanita di dunia meninggal setiap tahunnya sebagai akibat langsung dari komplikasi kehamilan dan persalinan. Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di Negara berkembang. Di Negara miskin, sekitar 25,50% kematian wanitadisebabkan hal berkaitan dengan kehamilan. Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak produktivitasnya (Prawirohardjo,2010).

Berdasarkan kesepakatan goals (tujuan) dan target *Sustainable Development Goals* (SDGs), terdapat Goals ketiga yaitu pada 2030 mengurangi angka kematin ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahu 2030 mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 KH, pada 2030 menjamin akses semesta kepada pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk Keluarga Berencana (KB), informasi dan edukasi, serta integritas kesehatan reproduksi ke dalam strategi program nasional (Depkes RI,2010).

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 Angka Kematian Ibu di Indonesia adalah 228 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Bayi adalah 34 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab AKI secara langsung adalah perdarahan (pada kasus 2007 perdarahan adalah 60%), toksemia gravidarum/keracunan kehamilan (20%), daninfeksi (20%), dan kematian bayi karena Asfiksia (40%), BBLR & premature (25%) dan infeksi, dan lain-lain, (35%). Dan juga terdapat beberapa faktor tidak langsung yang mempengaruhi dalam hal ini yakni : pendidikan ibu, sosial ekonomi, dan ada istilah “ 4 terlalu, yaitu terlalu muda,

terlalu sering, terlalu tua dan terlalu banyak, serta istilah lain yaitu “ 3 terlambat” yaitu terlambat mengambil keputusan, terlambat mengirim, dan terlambat mendapat penanganan (Wiknjosastro, 2008).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2015 jumlah Kematian Ibu tercatat 120 dari 80,837 persalinan. Penyebab utama kematian maternal karena hipertensi dalam kehamilan (PE/E) 34 orang (28,3 %), perdarahan 33 orang (27,5%), infeksi 3 orang (2,5%), abortus 1 orang (0,83%) dan penyebab lain 49 orang (40,8 %). Sementara, jumlah Kematian Bayi pada tahun 2014 sebanyak 934 dari 70,615 jumlah kelahiran hidup. Penyebab utama kematian perinatal yaitu disebabkan oleh BBLR 332 orang (35,55%), asfiksia 215 orang (23,02 %),infeksi 11 orang (1,2%), tetanus 4 orang (0,43%), masalah pemberian minum 1 orang (0,11%), dan penyebab lain 201 orang (21,5%) (Dinkes Kalimantan Selatan, 2015).

Di Banjarmasin kasus jumlah Kematian Ibu dan jumlah Kematian Bayi yang terjadi 4 tahun terakhir 2011 terjadi 12 kasus jumlah Kematian Ibu, 2012 naik menjadi 14 kasus, dan naik lagi pada 2013 dengan 17 kasus, dan jumlah kematian i turun di 2014 dengan 14 kasus jumlaKematianIbu yang sama. Sedangkan untuk kasus terjadi di 2011 ada 77 kasus turunmenjadi 64 kasus pada 2012, lalu di 2013 naik menjadi 84 kasus, kemudian pada 2014 turunmenjadi 73 kasus lalu turun lagi menjadi 55 kasus Faktor penyebab jumlah KematianIbu dan jumlah Kematian Bayi terbanyak yaitu ibu yang terlalu muda, jarak kehamilan yang beberdekatan, serta kehamilan yang terlalu sering (Dinkes Kalimantan Selatan, 2015)

Mengingat kira-kira 90% kematian ibu terjadi saat sekitar persalinan kira-kira 95% penyebab kematian ibu adalah komplikasi obstetrik yang sering tak dapat diperkirakan. Maka kebijakan departemen kesehatan untuk menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka kematian Bayi (AKB) dengan mengupayakan agar setiap persalinan ditolong atau minimal didampingi oleh

bidan dan pelayanan obstetrik sedekat mungkin kepada semua ibu hamil (Prawirohardjo, 2010).

Data pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS KIA) Puskesmas Terminal pada tahun 2016 didapatkan data jumlah ibu hamil sebanyak 482 orang. K1 murni sebanyak 506 orang yaitu (104,9%) dengan target sasaran (98%). K4 sebanyak 441 orang (91,49%) dari target sasaran (93%). Resiko tinggi oleh tenaga kesehatan sebanyak 78 orang (16,18%) dengan target (20%), resiko tinggi oleh masyarakat sebanyak 47 orang (9,75%) dengan target (80%), persalinan oleh tenaga kesehatan sebanyak 474 orang (103,04%) dari target (91%), kunjungan nifas sebanyak 474 orang (103,04%) dengan target (86%), KN1 berjumlah 474 orang dari (103,04%) dengan target (98,5%), KN lengkap 474 orang dari (103,04%) dengan target (98%), penanganan komplikasi 81 orang yaitu (17,61%) dari target (78%) (Rekapitulasi PWS KIA Wilayah Puskesmas Terminal, 2016).

Menurut pendapat bidan setempat, untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam deteksi dini resiko tinggi maka perlu adanya edukasi pada masyarakat tentang resiko tinggi pada ibu hamil. Ada beberapa usaha yang telah dilakukan bidan setempat dalam menurunkan AKI dan AKB, antara lain yaitu dengan melakukan edukasi di masyarakat melalui penyuluhan kelas ibu hamil, melakukan ANC terpadu dengan standar 10T, bekerja sama dengan kader untuk menemukan ibu hamil agar memeriksakan diri secara dini pada trimester awal, berkolaborasi dengan teman sejawat dalam penanganan persalinan dan melakukan rujukan sedini mungkin apabila ditemukan indikasi rujukan. Hal ini diharapkan mampu menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi.

Jika dilihat dari data diatas sangat penting bagi bidan untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif atau menyeluruh dengan pendekatan yang dianjurkan menganggap bahwa semua kehamilan beresiko, sehingga setiap ibu hamil mempunyai akses ke tenaga kesehatan, yang salah satunya adalah

bidan, maka seorang bidan harus mempunyai kompetensi dalam memberikan pertolongan persalinan yang aman dan memberikan pelayanan obstetrik mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, serta pada akseptor KB, sehingga diharapkan dengan adanya asuhan kebidanan komprehensif dapat mengurangi AKI dan AKB tersebut sesuai kewenangan Bidan.

Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyusun laporan dan melakukan Asuhan Kebidanan Komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir, pada Ny. M di wilayah Kerja Puskesmas Terminal Banjarmasin Timur upaya mendeteksi secara dini adanya komplikasi yang memerlukan tindakan segera. Dengan harapan turunnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sehingga derajat Kesehatan tercapai.

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 Melaksanakan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan secara tepat pada ibu Ny. M mulai dari hamil 32-35 minggu sampai 39 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 dengan tindakan yang dilakukan.

1.2.2.4 Dapat membuat laporan ilmiah tentang kasus yang dihadapi.

1.3 Manfaat Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.3.1 Bagi Pasien

Penulis berharap klien dapat merasakan senang, aman dan nyaman dengan pelayanan bermutu dan berkualitas secara berkesinambungan

1.3.2 Bagi Penulis

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

Hasil asuhan kebidanan ini dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa dalam meningkatkan proses pembelajaran dan menjadi data dasar untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif selanjutnya.

1.3.4 Bagi Lahan Praktik

Penulis berharap studi kasus ini dapat dijadikan bahan masukan dalam pelayanan kebidanan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga komplikasi kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir dapat terdeteksi sedinimungkin

1.4 Waktu dan Tempat Asuhan Kebidanan Komprehensif

1.4.1 Waktu

Adapun waktu studi kasus ini dimulai tanggal Desember 2017 sampai dengan selesai.

1.4.2 Tempat

Wilayah Kerja Puskesmas Terminal dan Bidan Praktik Swasta (BPS) Benua Anyar Banjarmasin.