

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LatarBelakang**

Indonesia merupakan salah satu negara yang keadaan penduduknya masih tinggi tetapi penyebaran dan kepadatan penduduk yang belum seimbang antara jumlah penduduk kota dan desa. Laju penduduk di kota lebih cepat daripada di desa walaupun jumlah penduduk di desa masih jauh lebih besar (Sulistyawati Ari. 2011; h.15).

Saat ini penduduk Indonesia berjumlah kurang lebih 228 juta jiwa. Dengan pertumbuhan penduduk 1,64% dan Total Fertility Rate (TFR) 2,6. Dari segi kuantitas jumlah penduduk Indonesia cukup besar tetapi dari sisi kualitas melalui Indeks Pembangunan Manusia (IPM) kondisi Indonesia sangat memperhatikan karena dari 117 negara, Indonesia di posisi 108. Tingginya laju pertumbuhan yang tidak diiringi peningkatan kualitas penduduk ini terus dilakukan upaya penanganan yaitu dengan program keluarga berencana (Handayani Sri. 2010; h.iii).

Salah satu upaya yang dilakukan dalam mensukseskan program keluarga berencana tersebut adalah dengan memberikan pelayanan yang bermutu dan sesuai kebutuhan. Tentunya hal tersebut menuntun tenaga kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan dengan standar yang telah ditetapkan (Handayani Sri. 2010; h.iii).

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun

menunda kehamilan. Ada beberapa alat kontrasepsi yang bisa digunakan oleh masyarakat, diantaranya Kondom, Pil, Implant, Suntik, AKDR, hingga bentuk vasektomi dan tubektomi (Sulistyawati. Ari, 2011; h. 12).

Salah satu program dari pemerintah adalah alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau IUD adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan kedalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani Sri, 2010; h. 140).

Keuntungan AKDR yaitu dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang, dan tidak mempengaruhi hubungan seksual. Kerugian (AKDR) yaitu perubahan siklus haid, haid lebih banyak, perdarahan antarmenstruasi (Saifuddin. AB, 2006; h. MK 75-76).

Sebagian besar masalah yang berkaitan dengan AKDR (ekspulsi, infeksi, dan perforasi) disebabkan oleh pemasangan yang kurang tepat. Mengingat besarnya peran bidan dalam pelayanan KB, maka penguasaan pengetahuan dan ketrampilan dalam pelayanan KB sangat dibutuhkan. Oleh karena itu, hanya petugas klinik yang telah dilatih (dokter, bidan, dan perawat) yang diperbolehkan memasang maupun mencabut AKDR. Untuk mengurangi masalah yang timbul setelah pemasangan, semua tahap proses pemasangan harus dilakukan dengan hati-hati dan lembut, dengan menggunakan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan dan menggunakan tehnik antiseptic.

Berdasarkan data dari pengkajian jumlah peserta KB di Kab Banjarnegara dari tahun 2011 adalah Suntik 2.241.592 peserta (54,44%) berikutnya adalah Pil 684.914 peserta (16.63%), Intra Uterine Devices (IUD)

429.636 peserta (10.43%), Implant atau Susuk KB 374.444 peserta (9.09), Metode Operasi Wanita (MOW) 246.985 peserta (5,99%), Kondom 75.90 peserta (1.84%). Punggelan 1 Banjarnegara dari bulan Januari-Juni 2012 adalah Suntik (178) berikutnya adalah Pil (97), Intra Uterine Devices (IUD) (45), Kondom (28), Implant atau Susuk KB (71). Pengguna KB IUD ada diurutan no 4 setelah suntik, pil, dan implant. Alasannya kebanyakan dari mereka masih takut dengan efek samping yang mungkin terjadi seperti (ekspulsi, infeksi dan perforasi). Untuk mengurangi masalah tersebut bidan harus memotivasi pasien dan memberitahu kepada pasien bahwa tidak semua petugas diperbolehkan pemasangan dan pencabutan AKDR hanya petugas telatih yang diperbolehkan pemasangan dan pencabutan AKDR.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk mengambil kasus tentang “Asuhan Kebidanan Akseptor Baru KB Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Cu T-380 A Pada Ny.S P.1 A.0, Umur 30 tahun, Di Puskesmas Punggelan 1 Banjarnegara”.

Diharapkan bagi Petugas klinik dapat memperluas pengetahuan dan ketrampilan dalam pelayanan KB terutama pemasangan AKDR sehingga akseptor KB dapat ikut serta meningkatkan Program Keluarga Berencana untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk yang terus meningkat.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

“Bagaimana asuhan kebidanan akseptor baru KB Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) CuT-380 A Pada Ny.S P.1 A.0, Umur 30 tahun, Di Puskesmas Punggelan 1 Banjarnegara?”

### **C. TUJUAN PENULISAN**

#### 1. TujuanUmum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan akseptor KB baru AKDR CuT-380 A sesuai dengan manajemen kebidanan varney.

#### 2. TujuanKhusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada akseptor AKDR CuT-380 A.
- b. Mahasiwa mampu menginterpretasikan data sesuai dengan data pengkajian pada akseptor AKDR CuT-380 A.
- c. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosa yang dapat terjadi pada akseptor AKDR CuT-380 A sesuai data yang diperoleh dalam pengkajian.
- d. Mahasiwa mampu menyusun rencana tindakan asuhan kebidanan yang timbul pada akseptor AKDR CuT-380 A.
- e. Mahasiswa mampu melakukan tindakan asuhan kebidanan pada akseptor AKDR CuT 380 A.
- f. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi sekaligus mendokumentasikan hasil asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada akseptor AKDR CuT-380 A.

### **D. Manfaat Penulisan**

#### 1. Manfaat praktis

- a. Dapat menambah pengetahuan dan ketrampilan bidan dalam memberikan pelayanan dalam lingkup Keluarga berencana yang terkait dengan pemasangan AKDR.

b. Dapat menambah pengetahuan tentang alat kontrasepsi jangka panjang pada Pasangan Usia Subur (PUS) sehingga dapat menentukan pilihan dalam pemakaian alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan.

## 2. Manfaat Teoritis

a. Bagi tenaga kesehatan (Bidan) :diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pelayanan KB khususnya KB AKDR CuT-380 A.

b. Bagi mahasiswa : diharapkan asuhan kebidanan ini dapat memperluas wawasan ilmu pengetahuan tentang KB AKDR CuT-380 A.

c. Bagi puskesmas : dapat meningkatkan kualitas pelayanan dalam upaya melakukan pemasangan AKDR CuT-380 A untuk mengurangi masalah yang timbul setelah pemasangan.

d. Dapat digunakan sebagai dasar asuhan kebidanan selanjutnya.

## E. Pembatasan Kasus

### 1. Sasaran

Sasaran pengambilan kasus ini adalah akseptor baru KB AKDR Cu T-380 A Pada Ny.S P.1 A.0, Umur 30 tahun.

### 2. Waktu

Pengambilan kasus mulai dari tanggal 9 – 22 Juli 2012, penyusunan KTI dilaksanakan pada 2 Feb - 7 Agus 2012

### 3. Tempat

Pengambilan kasus dilaksanakan di Puskesmas Punggelan 1 Banjarnegara.

## F. Metode Pengumpulan Data

### 1. Data Primer

#### a. Pengkajian

Penulis mengumpulkan data melalui pemeriksaan fisik dengan:

1. Inspeksi : merupakan proses observasi yang menggunakan mata. Inspeksi dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan status fisik. Mulai melakukan inspeksi pada saat pertama kali bertemu (Priharjo R. 2007; h.25).
2. Palpasi : dilakukan dengan menggunakan sentuhan atau rabaan. Metode ini dikerjakan untuk mendeterminasi ciri-ciri jaringan atau organ. Palpasi biasanya dilakukan terakhir. Dalam melakukan palpasi, hanya sentuh tubuh yang akan diperiksa. Lakukan secara terorganisasi dari suatu bagian ke bagian lain. Semakin banyak pengalaman, semakin terampil pula perawat membedakan normal atau tidak (Priharjo R. 2007; h.26).

#### b. Wawancara

Penulis mengumpulkan data dengan melakukan tanya jawab secara langsung dengan pihak pasien, keluarga atau pihak lain yang berhubungan dengan masalah tersebut (Notoatmojo, 2005;102).

c. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung dan berharap untuk memantau perkembangan pasien (Notoatmojo, 2005;102;93).

2. Data Sekunder

a. Dokumentasi

Penulis menggunakan rekam medic di Puskesmas Punggelan 1 Banjarnegara yang ada kaitannya dengan pasien.

b. Studi Pustaka

Penulis menggunakan buku/ literatur tentang pemasangan AKDR.

c. Media Elektronik

Dengan membuka situs website, jurnal, dan literatur yang terkait dengan studi kasus yang dilakukan.

**G. Sistematika Penulisan**

**BAB I PENDAHULUAN**

Terdiri dari pendahuluan yang menguraikan, tujuan penulisan, pembatasan kasus, metode pengumpulan data, dan sistematika penulisan.

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan pustaka membahas tentang :

A. Tinjauan Medis

Tinjauan medis meliputi definisi, etiologi, faktor predisposisi, fisiologi/patofisiologi, tanda dan gejala, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan medis.

## B. Tinjauan Asuhan Kebidanan

Tinjauan asuhan kebidanan menggunakan kerangka berfikir varney yang terdiri dari 7 langkah, yaitu: pengkajian, interpretasi data, mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya, menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, menyusun rencana asuhan, penatalaksanaan asuhan, dan evaluasi.

## C. Aspek Hukum

Berisil dasar hukum baik undang-undang maupun Kepmenkes (1464/MENKES/PER/X/2010 pada pasal 9 huruf B dan pada pasal 11 ayat 2 huruf B ) dan standar pelayanan kebidanan yang mengatur tugas pokok dan kompetensi bidan (kompetensi ke-6 padanomor 8 dankompetensi ke-7 nomor 12) serta wewenang bidan sesuai kasus yang diambil.

## **BAB III TINJUAN KASUS**

Terdiri dari tinjauan kasus meliputi penerapan asuhan kebidanan pada akseptor KB AKDR (IUD) mulai dari pengkajian, interpretasi data, diagnosa masalah/potensial, identifikasi kebutuhan tindakan segera, merencanakan asuhan kebidanan, pelaksanaan, dan evaluasi serta data perkembangan dengan menggunakan SOAP.

## **BAB IV PEMBAHASAN**

Terdiri dari pembahasan kasus meliputi pembahasan masalah kesenjangan teori dan kenyataan pada asuhan kebidanan yang diberikan kepada akseptor KB AKDR (IUD)

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Terdiri dari uraian ringkasan teori, diagnosa potensial, penatalaksanaan kebidanan, pengkajian dan interpretasi data, dan evaluasi yang dilakukan.

### **B. Saran**

Terdiri dari anjuran yang diberikan bagi pihak-pihak yang terkait.

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

