

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Teori medis

##### 1. Keluarga Berencana

###### a. Pengertian keluarga berencana (KB)

Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan kecil, bahagia dan sejahtera.

Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Depkes,1999).

Menurut Irianto,K (2014) Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk. Program keluarga berencana oleh pemerintah adalah agar keluarga sebagai unit terkecil kehidupan bangsa diharapkan menerima Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada pertumbuhan yang seimbang.

b. Tujuan keluarga berencana

Menurut Irianto K (2014), tujuan Keluarga Berencana yaitu:

1) Tujuan Umum

Meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

2) Tujuan khusus

- a) Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi
  - b) Menurunnya jumlah angka kelahiran bayi
  - c) Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran (Koes Irianto, 2014)
- c. Macam metode kontrasepsi

1.) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana dibagi menjadi 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat : Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, metode Kalender, Metode Lendir Serviks (MOB), Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal. Metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu jondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.

## 2.) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi ( mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan atau injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik, dan implant (Handayani, S. 2010)

## 3.) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon (Hartanto,H.2004).

## 4.) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba atau tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma sedangkan MOP sering dikenal dengan vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak diejakulasikan.

## 5.) Metode Kontrasepsi Darurat

Metode kontrasepsi yang dipakai dalam kondisi darurat ada 2 macam yaitu pil dan AKDR (Handayani, S. 2010).

## 2. IUD (*Intra Uterine Device*)

### a. Pengertian IUD

IUD (*Intra Uterine Device* atau alat kontrasepsi dalam rahim) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rongga rahim, terbuat dari plastik fleksibel. Beberapa jenis IUD dililit tembaga atau tembaga bercampur perak, bahkan ada yang disisipi hormon progesteron. IUD yang bertembaga dapat dipakai selama 10 tahun (Nur Kholisah Majid: 2013)

IUD atau AKDR (*Alat Kontrasepsi Dalam Rahim*) digunakan selama lebih dari 30 tahun. Adapun keluhan yang dirasakan biasanya perdarahan dan kram selama seminggu pertama setelah pemakaian. Wanita hampir seluruh belahan bumi menganggap alat efektif, dan mudah pemakaiannya. Saat ini IUD merupakan pemakaian kontrasepsi tidak permanen yang paling banyak digunakan (Irianto K, 2014).

### b. Jenis-jenis IUD

Menurut Sri Handayani (2010) jenis-jenis IUD itu ada dua yaitu: IUD Non-hormonal dan IUD mengandung hormonal.

### 1). IUD Non-hormonal

pada saat ini IUD telah memasuki generasi ke-4. Karena itu berpuluh-puluh macam IUD telah dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra dan logam sampai generasi *plastic* (polietilen) baik yang ditambah obat maupun tidak.

Menurut Putri Rani Pratama, (2016) IUD non Hormonal dapat dibedakan menjadi empat jenis, yaitu:

#### a) *Copper-T*

Jenis ini berbentuk huruf T yang terbuat dari polietilen yang bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan tembaga ini memiliki efek anti fertilitas yang cukup baik. Jenis ini melepaskan *levonorgestrel* dengan konsentrasi yang rendah selama minimal lima tahun.

#### b) *Copper-7*

Berbeda dengan *Copper-T*, jenis IUD ini memiliki bentuk seperti angka “7” dimana memiliki ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan dililit kawat tembaga dengan luas permukaan 200 mm<sup>2</sup>. Fungsi bentuk seperti angka “7” ini memudahkan dalam pemasangan kontrasepsi.

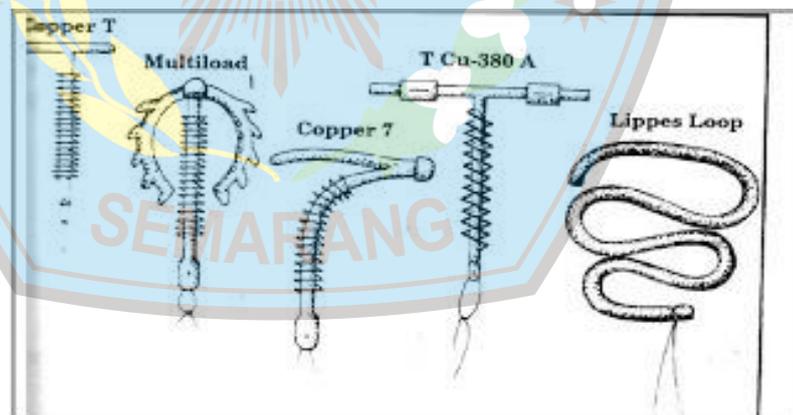
#### c) *Multi Load*

Jenis *Multi Load* terbuat dari polietilen dengan dua tangan, kanan dan kiri, berbentuk seperti sayap yang fleksibel. Jenis

ini memiliki panjang 3,6 cm dari atas hingga bawah dan lilitan kawat tembaga memiliki luas permukaan  $256 \text{ mm}^2$  atau  $375 \text{ mm}^2$ . *Multi Load* memiliki tiga ukuran yaitu standar, small, dan mini.

d) *Lippes Loop*

Merupakan jenis yang terbuat dari polietilen berbentuk spiral atau huruf S bersambung. *Lippes Loop* terdiri dari empat jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya, yaitu tipe A berukuran 25 mm dengan benang berwarna biru, tipe B berukuran 27,5 mm dengan benang berwarna hitam, tipe C berukuran 30 mm dengan benang berwarna kuning, dan tipe D berukuran 300 mm dengan benang berwarna putih dan tebal.



Gambar 2.1 IUD non-hormonal

Sumber: Manuaba,dkk (2010).

## 2) IUD yang mengandung hormonal

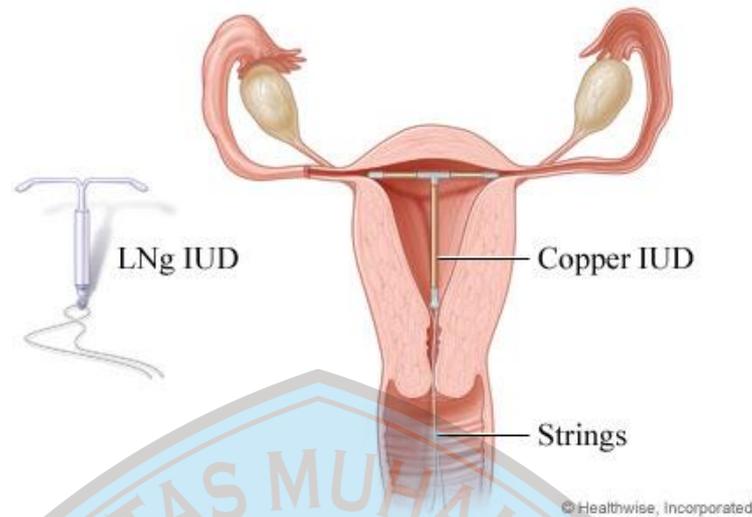
Menurut Sri Handayani (2010) IUD yang mengandung hormonal yaitu:

### a) Progestasert-T = Alza T

- (1) Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam
- (2) Mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65 mcg progesteron per hari
- (3) Tabung insersinya berbentuk lengkung
- (4) Daya kerja: 18 bulan
- (5) Teknik insersi: plunging (modified withdrawal).

### b) LNG-20

- (1) Mengandung 46-60 mg Levonorgestrel, dengan pelepasan 20 mcg per hari
- (2) Sedang diteliti di Finlandia
- (3) Angka kegagalan/kehamilan angka terendah: <0,5 per 100 wanita per tahun
- (4) Penghentian pemakaian oleh karena persoalan-persoalan perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenore atau perdarahan haid yang sangat sedikit.



Gambar: 2.2 IUD Hormonal

Sumber: Manuaba, dkk(2010).

### c. Mekanisme kerja

Menurut Robert A. Hatcher (2015) ada beberapa mekanisme kerja dari IUD, yaitu:

#### 1) Cu T 380 A

IUD copper/tembaga bekerja utamanya sebagai spermasida. Ion-ion tembaga menghambat gerak sperma dan pengaktifan enzim akosoma sehingga sperma jarang meraih saluran falopi dan tidak mampu membuahi sel telur. Reaksi radang steril yang terbentuk di dalam endometrium memfagosit sperma. Bukti riset menemukan bahwa IUD tidak begitu efektif jika pembuahan sudah terjadi, artinya bukan piranti aborsi. Utamanya IUD mencegah kehamilan dengan

membunuh sperma (spermasida) karena itu mencegah pembuahan (Febriana I, 2013).

## 2) Levonorgestrel

Levonorgestrel menyebabkan lendir serviks menjadi lebih tebal sehingga tidak bisa memasuki saluran reproduksi atas wanita dan tidak bertemu ovarium. Perubahan dalam cairan saluran uterus ini juga merusak migrasi sperma. Perubahan endometrium ini mencegah tertanamnya ovum yang terbuahi ke dinding rahim. IUD ini berefek meniadakan ovulasi 5-15%, namun lebih tinggi di tahun-tahun pertama (Robert A. Hatcher, 2015).

### d. Keuntungan dan Kerugian

Menurut Saifudin (2010) setiap metode kontrasepsi pasti memiliki kelebihan dan kekurangannya masing-masing:

#### 1) keuntungan

- a) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi Sangat efektif → 0,6 – 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama ( 1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan).
- b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- c) Metode jangka panjang ( 10 tahun proteksi dari CuT – 380A dan tidak perlu diganti)
- d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat –ingat
- e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual

- f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- g) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR ( CuT - 380A)14
- h) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- j) Dapat digunakan sampai menopause ( 1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- k) Tidak ada interaksi dengan obat – obat
- l) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

## 2) Kerugian

Menurut Purwastuti dkk (2010) Kerugian dari IUD adalah:

- a) Pada 4 bulan pertama pemakaian dapat terjadi resiko infeksi.
- b) Kekurangan IUD alatnya dapat keluar tanpa disadari.
- c) Tembaga pada IUD dapat meningkatkan darah menstruasi dan kram menstruasi.
- d) Walaupun jarang terjadi, IUD dapat menancap ke dalam rahim.
- e) Perdarahan dan rasa nyeri.

e. Efek samping dari IUD

Menurut Irianto K, (2014) efek samping dari IUD sebagai berikut:

- |                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| 1) Perdarahan                  | 6) Infeksi        |
| 2) Mulas-mulas atau rasa nyeri | 7) Kehamilan      |
| 3) Keputihan                   | 8) Ekspulsi       |
| 4) Keluhan suami               | 9) Keguguran      |
| 5) Komplikasi pada pemasangan  | 10) Hamil ektopik |

f. Penanganan

Menurut Damayanti Astrie,dkk(2010) Perdarahan pada IUD dapat di tangani dengan cara:

1) Perdarahan

Menurut saifuddin,(2006) pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopk. Apabila tidak ada kelainan patologis, perdarahan berkelanjutan serta perdarahan hebat, lakukan konseling dan pemantauan. Beri ibuprofen (800 mg, 3x sehari selama seminggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama seminggu sampai 3 bulan). AKDR memungkinkan dilepas apabila klien menghendaki. Apabila klien telah memakai AKDR selama lebih dari 3 bulan dan diketahui menderita anemia ( $Hb < 7 \text{ g\%}$ ) anjurkan untuk melepas AKDR dan bantulah memilih metode lain.

## 2) Spotting

Menurut warden Annes (2006) spotting pada IUD dapat ditangani dengan cara:

- a) Pastikan hamil/tidak hamil, bila tidak hamil tidak perlu tindakan khusus, cukup konseling, bila amenorea berlanjut rujuk, bila hamil hentikan pil KB.
- b) Bila cukup mengganggu, dapat diberikan pil KB Kombinasi 3x1 tablet/hari selama 7 hari.
- c) Bila klien tidak dapat menerima ganti metode kontrasepsi.
- d) Espulsi

Menurut Puspita Sari (2010) Ekspulsi pada IUD dapat ditangani dengan cara:

- (1) Melepas IUD
  - (2) Pemasangan yang sesuai standar
  - (3) Ukuran IUD disesuaikan dengan ukuran uterus
- e) Infeksi

Menurut Irzam M (2014) penanganan infeksi pada IUD dapat ditangani dengan cara:

Terjadi karena kurangnya perhatian terhadap aseptis dan antisepsis.

- a) Berikan pengobatan antibiotik
- b) Bila tidak dapat diatasi oleh antibiotik pertimbangkan pengangkatan IUD

#### 1) Keputihan

Menurut Puspita Sari (2010) Keputihan pada IUD dapat ditangani dengan cara:

- a) Bila keluhan sedikit tidak perlu dirisaukan
- b) Bila menimbulkan keluhan yang hebat, dipertimbangkan untuk pengangkatan IUD.

#### 2) Nyeri

Menurut Irzam M (2016) nyeri pada IUD dapat ditangani dengan cara:

- a) Beri konseling pada akseptor.
- b) Beri antibiotik 3x 500 mg/hr selama 1 minggu.
- c) IUD dilepas bila nyeri hebat.

#### g. Kendala pemakaian

Menurut Proverawati dkk, 2010 selain karena efek samping/kerugian pemakaian serta indikasi dan kontraindikasi penggunaan IUD, beberapa kendala yang sering dijumpai di lapangan sehingga masyarakat masih enggan menggunakan kontrasepsi IUD antara lain:

- 1) Pengetahuan/pemahaman yang salah tentang IUD
- 2) Pendidikan pasangan usia subur (PUS) yang rendah

3) Sikap dan pandangan negatif masyarakat

4) Sosial budaya dan ekonomi.

h. Persyaratan pemakaian IUD

1) Yang diperkenankan menggunakan kontrasepsi jenis IUD, yaitu:

- a) Usia produktif
- b) Keadaan nullipara
- c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- d) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- f) Setelah mengalami abortus dan tidak melihat adanya infeksi
- g) Resiko rendah dari IMS
- h) Tidak menghendaki metode hormonal
- i) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
- j) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.

2) IUD juga dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan, misalnya:

- a) Perokok
- b) Pasca keguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi
- c) Sedang memakai antibiotik atau antikejang
- d) Gemuk ataupun kurus
- e) Menyusui

3) Begitupun juga ibu dalam keadaan seperti:

- a) Penderita tumor jinak payudara
- b) Penderita kanker payudara
- c) Pusing-pusing, sakit kepala
- d) Tekanan darah tinggi
- e) Varises di tungkai atau vulva
- f) Penderita penyakit jantung
- g) Pernah terkena stroke
- h) Penderita diabetes
- i) Penderita penyakit hati atau empedu
- j) Malaria
- k) Skistosomiasis (tanpa anemia)
- l) Penyakit tiroid
- m) Epilepsi
- n) Nonpelvik TBC
- o) Setelah kehamilan ektopik
- p) Setelah pembedahan pelvik

4) Yang tidak diperkenankan menggunakan, yaitu:

- a) Kehamilan
- b) Penyakit kelamin (gonorrhoe, sipilis, AIDS, dan sebagainya)
- c) Perdarahan dan dari kemaluan yang tidak diketahui penyebabnya
- d) Tumor jinak atau ganas dalam rahim

- e) Kelainan bawaan rahim
- f) Penyakit gula (diabetes militus)
- g) Penyakit kurang darah
- h) Belum pernah melahirkan
- i) Adanya perkiraan hamil
- j) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti: perdarahan yang tidak normal dari alat kemaluan, perdarahan di leher rahim, dan kanker rahim
- k) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

i. Teknik pemasangan AKDR/IUD

Menurut Ariska I (2011) cara pemasangan AKDR/IUD yaitu:

- 1) Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.
- 2) Masukkan lengan IUD didalam kemasan sterilnya, pakai kembali sarung tangan yang baru.
- 3) Pasang spekulum vagina untuk melihat serviks.
- 4) Lakukan tindakan septik dan aseptik pada vagina dan serviks.
- 5) Jepit bibir serviks dengan tenakulum.
- 6) Masukkan IUD ke kanalis servikalis dengan teknik tanpa sentuh, kemudian dorong ke dalam kavum uteri hingga mencapai fundus.
- 7) Tahan pendorong (plunger) dan tarik selubung (inserter) kebawah sehingga lengan IUD bebas.
- 8) Setelah pendorong ditarik keluar, baru keluarkan selubung.

9) Gunting benang IUD, keluarkan tenakulum dan spekulum dengan hati-hati.

10) Dekontaminasi dan pencegahan pasca tindakan.

j. Kunjungan ulang AKDR/IUD

Setelah pemasangan IUD perlu dilakukan kontrol medis dengan jadwal:

1) Setelah pemasangan kalau dipandang perlu diberikan antibiotik pro-filaksis.

2) Jadwal pemeriksaan ulang:

a) Dua minggu setelah pemasangan.

b) Satu bulan setelah pemeriksaan pertama.

c) Tiga bulan setelah pemeriksaan kedua.

d) Setiap enam bulan sampai satu tahun.

3) IUD dapat dibuka sebelum waktunya bila dijumpai:

a) Ingin hamil kembali.

b) Leukora, sulit diobati dan klien menjadi kurus.

c) Terjadi infeksi.

d) Terjadi perdarahan.

e) Terjadi kehamilan mengandung bahan aktif dengan IUD.

## 3.PATWAY



## B. Teori Manajemen kebidanan

### 1. Manajemen kebidanan 7 langkah varney

#### a. Definisi

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mufdlilah, dkk. 2012).

#### **Langkah I: Pengumpulan data dasar**

Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien atau orang yang meminta asuhan (Mufdlilah, dkk. 2012). Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (purwandari, A. 2008).

Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Pengumpulan data ini meliputi:

#### 1) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang diperoleh dan hasil bertanya dari pasien, suami, atau keluarga (Rukyah dkk, 2013). Data subyektif meliputi:

- a) Biodata yang mencakup identitas pasien dan suami menurut (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

(1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

(2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur >35 tahun rentan sekali untuk terjadi partus prematurus.

(3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

(4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelktualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

(5) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

(6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

(7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila perlu.

b) Keluhan Utama

Dikaji untuk memperoleh data atau informasi tentang permasalahan yang sedang dialami atau dirasakan oleh pasien. Pada Kasus ini Ibu mengeluh nyeri pada luka jahitan.

c) Riwayat Menstruasi

Dikaji untuk mengetahui riwayat menstruasi antara lain adalah menarche, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah, keluhan utama yang dirasakan saat haid (metrorragi, menoraghi), gejala premenstrual.

d) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

e) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Dikaji untuk mengetahui jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (Seksio Caesarea), riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya.

f) Riwayat keluarga berencana

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

g) Riwayat ginekologi

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami penyakit kandungan seperti infertilitas, penyakit kelamin, tumor atau sistem reproduksi.

h) Riwayat kesehatan yang lalu

Dikaji untuk mengetahui apakah ada hubungannya dengan masalah yang dihadapi oleh klien pada saat ini.

i) Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji untuk mengetahui adanya hubungannya dengan masalah yang dihadapi oleh klien pada saat ini.

j) Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji untuk mengetahui adanya penyakit menurun dalam keluarga seperti asma, diabetes militus, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular lainnya (Jannah, 2011) .

2) Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan (Rukiyah dkk, 2011) meliputi: Data obyektif adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan (Rukiyah dkk, 2011) meliputi:

Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu apakah baik, cukup atau kurang. Pada kasus ibu bersalin dengan *spotting* keadaan umum ibu baik (Fauziyah, 2012).

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu mulai dari keadaan composmentis, apatis sampai dengan koma. Pada kasus ini, ibu composmentis (Fauziyah, 2012).

c) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg. Keadaan ini sebaiknya antara 90/60–130/90 mmHg atau peningkatan sistolik tidak lebih dari 30 mmHg dan peningkatan diastolik tidak lebih dari 15 mmHg dari keadaan normal pasien

atau paling sedikit pada pengukuran 2 kali berturut-turut pada selisih 1 jam (Saifuddin, 2006).

d) Suhu

Untuk mengetahui suhu badan klien kemungkinan demam atau febris. Batas normal  $36,5^{\circ}\text{C} - 37,0^{\circ}\text{C}$  (Saifuddin, 2006). Pada kasus ibu dengan *spotting*, keadaan suhu badan dalam batas normal (Manuaba, 2010).

e) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi pasien yang di hitung dalam 1 menit, denyut nadi normal 70-90x/menit (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Nadi pada ibu dengan *sopthing* 82x/menit (Manuaba, 2010).

f) Respirasi

Untuk mengetahui frekuensi pernafasan yang dihitung dalam 1 menit, respirasi normal yaitu 20-30x/menit (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Pemeriksaan sistematis

Kepala, meliputi:

a) Rambut

Untuk mengetahui apakah rambut rontok atau tidak, menilai warnanya, kelembatan, dan karakteristik rambut (Rukiyah dkk, 2013).

## b) Muka

Untuk mengetahui apakah oedema atau tidak (Jannah, 2011).

## c) Mata

Untuk mengetahui keadaan conjungtiva pucat atau merah muda, warna sclera putih atau kuning (Rukiah dkk, 2013).

## d) Hidung

Untuk mengetahui keadaan hidung dari kebersihan, alergi debu atau tidak dan ada polip atau tidak (Sulistyawati, 2013).

## e) Telinga

Untuk mengetahui keadaan telinga apakah ada gangguan pendengaran atau tidak, ada serumen atau tidak (Sulistyawati, 2013).

## f) Mulut

Untuk mengetahui keadaan mulut apakah caries, bersih atau tidak, keadaan bibir kering atau tidak, lidah kering dan kotor atau tidak (Sulistyawati, 2013).

## g) Leher

Untuk mengetahui adakah pembengkakan kelenjar limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid (Rukiyah dkk, 2013).

#### h) Payudara

Untuk mengetahui keadaan payudara membesar atau tidak, simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, ada benjolan atau nyeri tekan atau tidak (Rukiyah dkk, 2013).

#### i) Ekstremitas

Untuk mengetahui adanya oedema atau tidak, adanya varices atau tidak, adanya kelainan atau tidak, reflek patella positif atau negatif (Varney, 2007).

Pemeriksaan khusus:

##### Abdomen

Apakah ada jaringan perut atau operasi, adakah nyeri tekan serta adanya massa (Alimul, 2006).

Pemeriksaan Obstetri:

##### a) Inspekulo

Dilakukan untuk memastikan bahwa dari mana asal perdarahan tersebut, apakah ada infeksi/kelainan pada serviks atau porsio (Prihardjo, 2007)

##### b) Pemeriksaan penunjang atau laboratorium

Data penunjang diperlukan sebagai pendukung diagnosa, apabila diperlukan. Misalnya, pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan darah atau USG (Varney, 2004).

## Langkah II: Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik (Mufdlilah, dkk. 2012).

### 1) Diagnose kebidanan

Ny ..P..A., Umur...tahun usia kehamilan...minggu, janin tunggal, hidup intrauteri, letak membujur, preskep, pika atau puki, konvergen atau divergen dengan distosia bahu.

Ds:

- a) ibu mengatakan bernama ....
- b) ibu mengatakan pernah hamil...kali
- c) ibu mengatakan pernah melahirkan ...kali
- d) ibu mengatakan pernah atau tidak keguguran
- e) ibu mengatakan berusia...tahun

Do:

- a) keadaan umum ibu

#### 1) Keadaan umum

Keadaan umum awal yang dapat diamati meliputi adanya kecemasan yang dialami pasien.

## 2) Kesadaran

Untuk mengetahui gambaran kesadaran pasien. Dilakukan dengan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan Composmentis (keadaan maimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan koma).

### b) Tanda Vital

#### (1) tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan hipotensi. Tekanan darah normal antara 90/60 sampai 130/90 mmHg (iknjosastro, 2007)

#### (2) pengukuran suhu

untuk mengetahui suhu badan apakah adapeningkatan atau tidak. Normalnya, suhu tubuh orang berfruktasi dalam rentang yang relatif sempit. Suhu tubuh normal 37<sup>0</sup>C sampai 38<sup>0</sup>C (Proverawati,2010).

#### (3) Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit. Batas normal 60-100 kali peminut (Varney,2004).

#### (4) Pernafasan

Untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit. Batas normal 12-20 kali per menit (Saifuddin, 2008)

## (5) Pemeriksaan Inspekulo

Untuk mengetahui adanya pengeluaran darah dari vagina lebih dari 80 cc.

## (6) Abdomen

Untuk mengetahui adanya nyeri tekan pada symphysis.

## (7) Pemeriksaan Hb

menurut Varney (2004), tanda-tanda anemia pada akseptor KB IUD dengan *Spotting* yaitu *Hemoglobin* kurang dari 11,5 g/dL.

## 2) masalah

Masalah yang berkaitan dengan pengalaman pasien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa sesuai dengan keadaan pasien (Nursalam,2008).

## 3) Kebutuhan

Kebutuhan merupakan hal-hal yang dibutuhkan pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan analisa data (Varney,2004).

**Langkah III: mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial**

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan (Purwandari,A. 2008).

Diagnose potensial pada kasus asuhan kebidanan pada asuhan kebidanan pada Ny.E, akseptor KB IUD dengan Spotting bukan merupakan kegawatdaruratan. Namun apabila *Spotting* terus berlanjut bisa menyebabkan anemia (Saifuddin,2008).

#### **Langkah IV: Antisipasi**

Menjukkan baha bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritasnya masalah atau kebutuhan dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi atau bersifat rujukan (varney,2004).

#### **Langkah V :Merencanakan asuhan yang menyeluruh**

Tahap ini merupakan tahap penyusunan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh dengan teat dan nasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya (Varney,2004). Pada kasus ini perencanaannya yaitu

Tanggal :

Jam :

- 1) Jelaskan pada klien tentang *spotting* yang dialaminya dan kondisi IUD yang dipakainya.
- 2) Jelaskan bagaimana cara merawat genetaliaanya agar tetap bersih dan kering.

- 3) Beri dukungan moril pada ibu.
- 4) Beri terapi obat pada ibu.
- 5) Anjurkan untuk mengurangi kelelahan fisik dan stress psikologis.
- 6) Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Hb.
- 7) Anjurkan ibu untuk kontrol 1 minggu sampai luka sembuh atau membaik.

#### **Langkah VI: pelaksanaan perencanaan**

Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lain dilakukan oleh klien atau anggota tim kesehatan lain (Mufdlilah, dkk. 2012).

Pada kasus ini pelaksanaannya sebagai berikut:

Tanggal:

Jam:

- 1) Jelaskan pada klien tentang *spotting* yang dialaminya dan kondisi IUD yang dipakai.
- 2) Jelaskan bagaimana cara merawat genetaliannya agar tetap bersih dan kering.
- 3) Beri dukungan moril.
- 4) Berikan terapi obat.
- 5) Anjurkan untuk mengurangi kelelahan fisik dan stress psikologis.
- 6) Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Hb.
- 7) Anjurkan pada ibu untuk kontrol 1 minggu sampai luka sembuh atau membaik.

## Langkah VII: Evaluasi

Langkah ini adalah mengevaluasi keefektifan dari tindakan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang efektif dalam pelaksanaannya (Varney,2004). Evaluasi pada akseptor KB IUD dengan *Spotting* adalah ibu tetap pakai IUD, tidak terjadi *spotting* dan tidak menimbulkan komplikasi.

### Data Perkembangan

Pendokumentasian asuhan kebidanan, rencana asuhan kebidanan ditulis dalam data perkembangan SOAP yang merupakan salah satu pendokumentasian yang menurut Varney (2007) SOAP merupakan singkatan dari:

S (*subyek*) :menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

O (*Obyektif*) :menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laborat, dan test diagnostik lain dirumuskan dalam dua data focus untuk mendukung analisis.

A (*Assesment*) :menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam suatu identifikasi:

a. Diagnosa atau masalah.

- b. Antisipasi diagnosa atau masalah potensial.
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter.

Konsultasi atau kolaborasi dan atau rujukan.

*P (Planing)* :menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan evaluasi berdasarkan assesment. Memberikan konseling sesuai dengan permasalahan yang ada sebagai upaya untuk membantu proses pengobatan.

### C. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan KB IUD, landasan hukum yang digunakan yaitu:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggara praktik kebidanan pada pasal 18, yaitu: Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:
  - a. pelayanan kesehatan ibu;
  - b. pelayanan kesehatan anak; dan
  - c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Permenkes RI Nomer 28 tahun 2017 Pasal 25 tentang Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:
- a. pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
  - b. asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
  - c. penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
  - d. pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
  - e. melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
  - f. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
  - g. melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
  - h. pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
  - i. melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.

Standar merupakan landasan berpijak secara normal dan parameter atau alat ukur untuk menentukan tingkat keberhasilan dalam memenuhi kebutuhan klien dan menjamin mutu asuhan yang diberikan.

Permenkes Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 pasal 12. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 c, berwenang untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana dan memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom (Kepmenkes,2010).

