

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori Medis**

##### **1. Keluarga Berencana**

###### **a. Pengertian Keluarga Berencana**

Bagian yang terpadu (integral) dalam program penggunaan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan social budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional ( Handayani Sri.2010;h.28).

###### **b. Tujuan Program Keluarga Berencana**

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori pembangunan menurut Alex Inkeles dan David Smith yang mengatakan bahwa pembangunan bukan sekedar perkara pemasok modal dan teknologi saja tapi juga membutuhkan sesuatu yang mampu mengembangkan sarana yang berorientasi pada masa sekarang dan masa depan, memiliki kesanggupan untuk mencanangkan, dan percaya bahwa

manusia dapat mengubah alam, bukan sebaliknya. (Sulistiyawati, 2012. H; )

c. Sasaran Keluarga Berencana (KB)

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan tidak langsung tergantung dari tujuan yang ingin dicapai.

1) Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

2) Sasaran tidak langsung adalah pelaksanaan dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani Sri.2010;h.29)

Guna mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan mengkategorikan tiga fase untuk mencapai sasaran yaitu :

1) Fase menunda perkawinan/ kesuburan

Fase menunda/ mencegah kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan.

Alasan menunda/ mencegah kehamilan:

a) Umur dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan.

b) Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda.

- c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pasangan muda masih tinggi frekuensi ber-senggamanya, sehingga akan mempunyai kegagalan tinggi.
- d) Penggunaan IUD-Mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra-indikasi terhadap Pil oral.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini peserta belum mempunyai anak.
- b) Efektifitas yang sangat tinggi, karena akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

## 2) Fase menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20-30/35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun.

Alasan menjarangkan kehamilan:

- a) Umur antara 20-30 merupakan usia yang terbaik untuk mengandung dan melahirkan.
- b) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.
- c) Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun disisi tidak/ kurang berbahaya karena yang

besangkutan berada pada usia mengandung dan melahirkan yang baik.

d) Di sini kegagalan kontrasepsi bukanlah kegagalan program.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Efektifitas cukup tinggi.
  - b) Reversibilitis cukup tinggi karena peserta masih mengharap punya anak lagi.
  - c) Dapat dipakai 2 smpai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan.
  - d) Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik untuk bayi sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.
- 3) Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan

Periode umur istri di atas 30 tahun, terutama diatas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.

Alasan mengakhiri kesuburan :

- a) Ibu-ibu dengan usia diatas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/ tidak punya anak lagi, karena alasan medis dan alasan lainnya.
- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.
- c) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu yang relatif tua dan mempunyai kemungkinan timbulnya akibat efek samping dan komplikasi. (Hartanto, 2004; h.30-32).

d. Macam-macam metode kontrasepsi

1) Metode kontrasepsi sederhana, terdiri dari 2 yaitu:

a) Metode kontrasepsi tanpa alat:

Metode amenorhea laktasi (MAL), coitus interruptus, metode kalender, metode lendir serviks (MOB), metode suhu basal badan, simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir serviks.

b) Metode kontrasepsi dengan alat:

Kondom, Diafragma, cup serviks, spermisid

2) Metode kontrasepsi modern, terdiri atas:

a) Metode kontrasepsi hormonal:

(1) Hormonal kombinasi mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik: (Pil dan suntikan atau injeksi).

(2) Hormonal hanya berisi progesteron saja: (Pil, suntik, implant).

b) Metode kontrasepsi dengan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

c) Metode kontrasepsi mantap, terdiri dari dua macam:

Metode operatif wanita (MOW) dan metode operatif pria (MOP)

d) Metode kontrasepsi darurat

2. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

a. Pengertian AKDR

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang terbaik untuk wanita (Proverawati, 2010; h. 53).

AKDR adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan dimasukan kedalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2010; h.140).

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukan kedalam rahim yang sangat efektif, refersibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi (Saifudin, 2006; MK-75)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa AKDR adalah suatu alat yang dimasukkan ke dalam rahim yang mempunyai lilitan tembaga atau mengandung hormon serta memiliki benang, yang dimasukan ke dalam rahim yang sangat efektif, refersibel dan berjangkan panjang serta dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.

#### b. Jenis-jenis AKDR

##### 1. AKDR Non-hormonal

Pada saat ini AKDR telah memasuki generasi ke-4, karena itu berpuluh-puluh macam AKDR telah dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutera dan logam sampai generasi plastic (poietilen) baik yang ditambah obat maupun tidak.

##### a) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi 2:

- 1) Bentuk terbuka (open device). Misalnya: Lippes Loop, CUT, Cu-7, Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T

2) Bentuk tertutup (closed device). Misalnya: Ota-Ring, Antigon, dan Graten Berg Ring

b) Menurut Tambahan atau Metal

1) Medicated IUD

Misalnya: Cu T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), Cu T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu T 380 A (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova T ( daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun).

Pada jenis Medicated IUD angka yang tertera dibelakang IUD menunjukkan luasnya kawat halus tembaga yang ditambahkan, misalnya Cu T 220 berarti tembaga adalah  $200\text{mm}^2$ . Cara insersi: *with drawal*

2) Un Medicated IUD

Misalnya: Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon.

Cara insersi Lippes Loop: *Push Out*

Lippes Loop dapat dibiarkan in-utero untuk selamanya sampai masa menopause, sepanjang tidak ada keluhan dan atau persoalan bagi akseptornya.

IUD yang banyak dipakai di Indonesia dewasa ini dari jenis Un Medicated yaitu Lippes Loop dan yang dari jenis Medicated Cu T, Cu-7, Multiload dan Nova-T.

1. IUD yang mengandung hormonal

a. Progestasert-T= Alza T

1) Panjang 36 m, lebar 32mm, 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) Tehnik insersi: Plunging (modified withdrawal)

b. LNG-20

- 1) Mengandung 46-60 mg Levonogestrel, dengan pelepasan 20 mcg per hari
- 2) Sedang diteliti di Finlandia
- 3) Angka kegagalan/ kehamilan sangat rendah: 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

c. Mekanisme kerja AKDR

1. Mekanisme kerja AKDR sampai saat ini belum diketahui secara pasti, ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang menimbulkan reaksi radang setempat, dengan serbukan leukosit yang dapat melarutkan blastosis atau sprema.
2. Sifat-sifat dari cairan uterus mengalami perubahan-perubahan pada pemakaian AKDR yang menyebabkan blastokista tidak dapat hidup dalam uterus.



3. Produksi lokal prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan sering adanya kontraksi uterus pada pemakaian AKDR yang dapat menghalangi nidasi.
4. AKDR yang mengeluarkan hormon akan mengentalkan lendir serviks sehingga menghalangi pergerakan sperma untuk dapat melewati cavum uteri.
5. Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopii
6. Sebagai metode biasa (yang dipasang sebelum hubungan seksual terjadi) AKDR mengubah transportasi tuba dalam rahim dan mempengaruhi sel telur dan sperma sehingga pembuahan tidak terjadi. Sebagai kontrasepsi darurat (dipasang setelah hubungan seksual terjadi) dalam beberapa kasus mungkin memiliki mekanisme yang telah dibuahi ke dalam dinding rahim.
7. Dari penelitian-penelitian terakhir, disangka bahwa IUD juga mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilitas).

Ini terbukti dari penelitian di Chili:

- a. Diambil ova dari tiap wanita pemakai IUD dan 20 wanita tanpa menggunakan kontrasepsi. Semua wanita telah melakukan senggama sekitar waktu ovulasi.
- b. Ternyata ova dari wanita akseptor IUD tidak ada yang menunjukkan tanda-tanda fertilitas maupun perkembangan embrionik normal, sedangkan setengah dari jumlah ova wanita yang tidak memakai kontrasepsi menunjukkan tanda-tanda fertilisasi dan perkembangan embrionik yang normal.

- c. Penelitian ini menunjukkan bahwa IUD antara lain bekerja dengan cara mencegah terjadinya fertilisasi.
8. Untuk IUD yang mengandung Cu:
- a. Antagonisme kationik yang spesifik terhadap Zn yang terdapat dalam enzim carbonik anhydrase yaitu salah satu enzim dan traktus genitalia wanita, dimana Cu menghambat reaksi carbonic anhydrase sehingga tidak memungkinkan terjadinya implantasi dan mungkin juga menghambat aktifitas alkali phosphatase.
  - b. Mengganggu pengambilan estrogen endogeneous oleh mucosa uterus.
  - c. Mengganggu jumlah DNA dalam sel endometrium.
  - d. Mengganggu metabolisme glikogen.
- Penambahan Ag pada IUD yang mengandung Cu mempunyai maksud untuk mengurangi fragmentasi dari Cu sehingga Cu lebih lama habisnya.
9. Untuk IUD yang mengandung hormon progesterone
- a. Gangguan proses pematangan poliferatif sekretoir, sehingga timbul penekanan terhadap endometrium dan terganggunya proses implantasi endometrium tetap berada dalam fase decidual/ progestatinal.
  - b. Lendir servick yang menjadi lenih kental/ tebal karena pengaruh progestin. (Handayani, Sri. 2010. H;139-143)

### c. Keunggulan AKDR

Agar berhasil, AKDR tidak banyak membutuhkan kepatuhan. Terlepas dari kunjungan awal untuk konseling dan pemasangan, tidak banyak yang dituntut dalam hal waktu atau usaha dari pihak wanita untuk mencapai efektivitas kontraseptif. AKDR merupakan metode kontrasepsi yang sama sekali tidak berkaitan dengan koitus, sehingga alat ini menarik bagi banyak pemakai. Semua AKDR yang mengandung tembaga yang dipasang pada wanita berusia lebih dari 40 tahun dapat terpasang sampai masa menopause tanpa menimbulkan kekhawatiran mengenai kelanjutan efektivitasnya.

#### 1. Biaya

AKDR modern bersifat efektif dan bekerja lama, sementara ADKR tembaga harganya sangat murah. Alat-alat ini menghasilkan kontrasepsi sampai 10 tahun sehingga sangat efektif dari segi biaya. Namun, LNG-IUS harganya mahal, hanya kurang sedikit dari £10 dan untuk GyneFix tanpa rangka harganya sekitar £20.

#### 2. Manfaat ginekologis

LNG-IUS memiliki manfaat tambahan selain kontrasepsi dan semakin sering digunakan untuk penatalaksanaan masalah-masalah ginekologis (Sturridge dan Guilebaud, 1997). Alat ini mengurangi secara nyata jumlah darah menstruasi dan dismenorea serta dapat bermanfaat dalam terapi menoragia (Anderson dan Rybo, 1990). Namun bercak darah yang

berulang sering mendaahului terjadinya oligoamenore, terutama selama 3 bulan pertama pemakaian.

### 3. Reversibilitas

AKDR umumnya sangat mudah dikeluarkan dan pemulihan kesuburan berlangsung cepat (angka konsepsi 78-88% setelah 12 bulan dan 92-97% pada 3 rahun setelah pengeluaran). Kesuburan cepata pulis setelah pengeluaran LNG-IUS.

### 4. Keganasan

Berbeda dengan metode hormon, pada AKDR tidak terdapat kekhawatiran mengenai peningkatan risiko penyakit keganasan.

#### d. Kekurangan AKDR

##### 1. Pola perdarahan menstruasi

Efek samping yang sering terjadi pada para pemakai AKDR tembaga adalah menstruasi yang lebih banyak dan lama. Lebih dari 10% pemakai AKDR melaporkan gangguan menstruasi. Pengeluaran atas alasan medis , terutama akibat peningkatan banyaknya darah menstruasi, nyeri, dan bercak merah antar-menstruasi, adalah sekitar 4% per tahun. Pada pemakaian GyneFix, walaupun perdarahan memang meningkat, namun angka pengeluaran karena nyeri dan perdarahan umunya rendah.

## 2. Infeksi

Angka PRP keseluruhan pada pemakai AKDR adalah sekitar 1,4 sampai 1,6 kasus per 1000 wanita selama tahun pemakaian, yaitu dua kali lipat dibandingkan dengan wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi. Risiko ini meningkat selama selama 20 hari pertama kali pemakaian (9,7 per 1000). Hal ini berkaitan dengan masuknya organisme infeksi ke dalam rongga rahim saat pemasangan AKDR, terutama apabila wanita mengidap infeksi yang tidak terdeteksi atau pemasangan tidak mengikuti prosedur aseptik yang benar. walaupun AKDR itu sendiri tidak menyebabkan infeksi panggul, namun perilaku seksual wanita pemakai dan pasangannya dapat meningkatkan risiko timbulnya infeksi menular seksual (IMS) dan dapat menyebabkan infeksi panggul (Farley et al, 1992). Kerusakan tuba yang diikuti oleh infertilitas merupakan konsekuensi serius dari infeksi panggul wanita.

## 3. Ekspulsi

AKDR dapat berpindah atau keluar dari rongga rahim secara spontan. Angka ekspulsi spontan untuk AKDR modern (termasuk LNG-IUS) berkisar dari 3-10 % pada tahun pertama pemakaian, bergantung pada usia dan paritas pemakai, penentuan waktu pemasangan dan tipe AKDR, serta keahlian petugas yang memasang alat tersebut. Angka ekspulsi di tahun kedua dan berikutnya tetap rendah untuk alat yang memiliki rangka. Pemasangan AKDR pasca plasenta dikaitkan dengan

ekspulsi yang jauh lebih besar. Indikasi awalnya yaitu bahwa Gynefix dikaitkan dengan angka ekspulsi yang kurang dari 1 % per tahun.

#### 4. Perforasi uterus

Merupakan kejadian yang jarang (kurang dari 1 dalam 1000 pemasangan) dan berkaitan dengan tipe AKDR, teknik pemasangan, dan ketrampilan petugas. Terdapat beberapa bukti yang menunjukkan bahwa risiko perforasi fundus lebih besar pada awal periode pasca partum sebelum uterus mengalami involusi sempurna. Dalam pemasangan AKDR pasca partum baik pada wanita yang menyusui maupun tidak, diperlukan perhatian khusus. (Glasier, 2006.h; 120-124)

#### e. Penatalaksanaan efek samping dan masalah

##### 1) Sinkop vasovagal (pusing)

Walaupun jarang terjadi, sinkop dapat terjadi selama atau sesaat setelah pemasangan AKDR. Diduga penyebabnya ialah nyeri berlebihan, terutama pada wanita yang cukup sering gugup, penuh ketakutan atau emosional pada saat AKDR dipasang. Manipulasi instrumen dan pemasangan uterus yang dilakukan dengan hati-hati diiringi pemasangan AKDR secara perlahan dapat mencegah terjadinya sinkop. Tindakan mendadak, tergesa-gesa, dan kasar meningkatkan kemungkinan sinkop.

Apabila sinkop merupakan hal yang jarang dialami, sedapat mungkin atur wanita pada posisi trendelenburg

(pindahkan bantal dari bawah kepalanya dan tempatkan dibawah panggul dan naikkan kedua kakinya), pastikan jalan napasnya terbuka, dan upayakan agar ia tetap hangat. Apabila diperlukan, berikan bau-bauan sedap (garam-garaman berbau). Apabila sinkop bertambah berat dan memerlukan tindakan darurat, berikan atropin intramuskular sebanyak 0,4 sampai 0,5 mg. Atropin berfungsi sebagai stimulan pernapasan dan sirkulasi.

- 2) Bercak darah segera setelah pemasangan dan pola menstruasi serta perdarahan selanjutnya.

Peringatkan klien bahwa ia akan mengeluarkan bercak darah segera setelah pemasangan AKDR dan berikan kepadanya pembalut perineum untuk melindungi pakaiannya. Bercak darah atau perdarahan serta haid yang lebih berat dari pada biasa umum terjadi selama bulan-bulan pertama, baik pada penggunaan AKDR tembaga maupun AKDR hormonal. Segera setelah pemasangan AKDR, seorang klien biasanya akan mengalami bercak darah dan perdarahan dengan jumlah berdeba-beda. Bercak darah ini dapat berlanjut hingga beberapa hari dan beberapa klien akan mengalami perdarahan menstruasi ringan selama siklus menstruasi pertama.

Wanita yang menggunakan Copper T 380A biasanya mengalami masa menstruasi dua hingga tiga kali lebih lama dan lebih berat dari pada masa menstruasi sebelum ia



menggunakan AKDR. Menstruasi yang berlangsung empat sampai lima hari umum terjadi. Klien dengan LNG-IUS umumnya mengalami ketidakteraturan menstruasi dan hari-hari pengeluaran bercak darah atau perdarahan ringan yang sering selama tiga sampai enam bulan pertama. Beberapa klien akan mengalami masa menstruasi yang lebih berat dari pada menstruasi normal mereka. Selanjutnya, hari-hari pengeluaran bercak darah dan perdarahan akan berkurang, biasanya menjadi satu hari perdarahan sejak 8 bulan kemudian, tetapi lama-kelamaan menjadi tidak teratur. Kurang lebih 20% klien akan mengalami amenorea

Semua klien, tanpa memperhatikan jenis AKDR yang mereka gunakan, harus mendapat konseling sebelum pemasangan AKDR tentang apa yang akan terjadi selama masa menstruasi pasca-pemasangan AKDR. Umumnya, setelah mengetahui apa yang akan terjadi, mereka mengurungkan niat menggunakan metode tersebut. Klien yang mengalami amenore selama menggunakan LNG-IUS perlu diyakinkan bahwa mereka tidak akan mengalami kehamilan. Setelah tes kehamilan negatif, seorang klien akan semakin yakin melanjutkan penggunaan AKDR, apalagi ketika mereka merasakan benang AKDR dan tidak mengalami tanda dan gejala kehamilan (yang telah anda ajarkan kepada mereka). Klien yang menggunakan Copper T 380A harus dipantau dengan ketat untuk memantau kadar hemoglobin/



hematokritnya, terutama bila sebelum pemasangan AKDR, kadar hematokrit mereka berada pada batas yang memungkinkan terjadinya anemia. Zat besi harus diberikan selama dua sampai tiga bulan pertama bila mereka mengalami perdarahan berat.

Klien yang mengalami perdarahan berat atau berkepanjangan, menoragia dan atau metroragia setelah masa awal penyesuaian uterus terhadap AKDR harus dievaluasi untuk mengantisipasi AKDR terlepas sebagian dan adanya keadaan patologis pada serviks dan uterus. Terlepasnya AKDR sebagian dapat dipastikan melalui langkah-langkah berikut selama pemeriksaan spekulum.

1. Perhatikan apakah benang AKDR lebih panjang dari pada yang diharapkan.
2. Perhatikan apakah AKDR keluar dari tulang serviks eksternal.
3. Apabila anda tidak dapat melihat AKDR pada tulang serviks eksternal, lakukan hal-hal berikut:
  - a. Pasang tenakulum pada serviks
  - b. Telusuri saluran serviks dengan sonde uterus untuk menemukan AKDR didalam saluran atau pada tulang serviks internal.

Apabila perdarahan yang terjadi bukan disebabkan AKDR terlepas sebagian, bidan dapat melanjutkan

tindakan dengan mengevaluasi klien untuk melihat adanya kondisi yang patologis pada serviks dan uterus.

Apabila AKDR terlepas sebagian, lepaskan AKDR tersebut kemudian gantikan dengan AKDR lain bila wanita tersebut belum hamil, tidak mengidap infeksi, dan tetap ingin menggunakan AKDR.

Pada keadaan ini, bila klien tidak diperbolehkan menggunakan hormon progesteron, maka ia kandidat terbaik untuk menggunakan LNG-IUS, yang adalah alat untuk mengatasi menoragia dan anemia juga sebagai kontrasepsi. Karena semua manipulasi dilakukan untuk melepas dan mengganti AKDR, maka wanita tersebut perlu mendapat antibiotik profilaktik: doksisisiklin 100 mg po setiap 12 jam selama tujuh hari. Apabila klien alergi terhadap tetrasiklin, gantilah obat tersebut dengan eritromisin 500 mg po QID selama tujuh hari.

### 3) Kram, nyeri punggung bawah, dismenorea

Wanita biasanya mengalami kram dengan jumlah yang berbeda-beda setelah pemasangan AKDR. Kram, yang berkisar dari kram ringan dan singkat pada multipara sampai kram berat dan berlangsung selama beberapa hari nulipara, terjadi bila uterus mengalami kontraksi dalam upayanya mengeluarkan AKDR. Seorang wanita harus diperingatkan tentang semua kemungkinan ini dan diberi nasihat untuk mengkonsumsi analgesik yang dijual bebas di pasaran guna

mengurangi nyeri. Spasmodik pemasangan AKDR mengakibatkan kram yang terus-menerus terasa nyeri, maka klien tersebut perlu diprogramkan untuk mendapat ibuprofen (Motrin, Advil) 400 mg po setiap 4 jam, sesuai keperluan.

Dismenorea selama satu sampai tiga bulan pertama setelah pemasangan AKDR adalah hal yang umum terjadi. Keadaan tersebut akan bertambah berat pada wanita yang sebelumnya sudah mengalami dismenorea. Apabila terdapat nyeri kram, bidan dapat memprogramkan analgesik untuk menguranginya serta tindakan untuk mengupayakan kenyamanan (seperti berbaring, berendam dalam air hangat di bak mandi, kompres panas pada bagian abdomen atau punggung). Penggunaan LNG-IUS dapat mengurangi dismenorea pada sepertiga pengguna alat kontrasepsi tersebut.

Apabila klien tetap mengalami nyeri hebat akibat kram uterus, maka perlu dilakukan pemeriksaan untuk menyingkirkan kemungkinan PID dan perforasi. Selain itu, bidan perlu mempertimbangkan kista ovarium bila klien terpasang LNG-IUS dan menderita nyeri hebat pada abdomen bawah. Semua kondisi ini cenderung hilang dengan sendirinya. Seorang wanita dapat mempertimbangkan nyeri kram berat yang tidak kunjung mereda tanpa sebab patologis cukup sebagai alasan meminta AKDR dilepas memilih metode kontrasepsi lain.

#### 4) Kehamilan

Seorang klien yang mengalami kehamilan, dengan AKDR masih terpasang perlu diinformasikan tentang risiko yang akan terjadi bila kehamilan dilanjutkan dengan AKDR tetap terpasang. Risiko tersebut antara lain infeksi intrauterus, sepsis, aborsi spontan, aborsi sepsis spontan, plasenta previa, dan persalinan prematur. Klien yang mengalami kehamilan dengan AKDR masih terpasang dalam tubuhnya harus dievaluasi untuk melihat apakah ada kehamilan ektopik mengingat insiden kehamilan pada kelompok klien ini sangat tinggi.

Apabila benang AKDR tidak terlihat pada tulang servik atau tidak teraba pada saluran serviks, maka perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi untuk memastikan apakah AKDR masih di dalam uterus, di luar uterus, atau hilang keseluruhan. Apabila AKDR hilang dari uterus, anda harus berasumsi bahwa AKDR telah lepas secara spontan atau anda dapat memberi perawatan pranatal atau merujuk untuk dilakukan aborsi mengacu pada keputusan klien untuk mempertahankan kehamilannya.

Apabila AKDR masih di dalam uterus, maka pilihan untuk melakukan aborsi terapeutik perlu didiskusikan bersama wanita tersebut atau sekaligus dengan pasangannya. Risikonya untuk mengalami aborsi sepsis spontan yang mengancam jiwa, yang biasa terjadi pada trimester dua, dengan vepat meningkat bila

AKDR masih berada di dalam uterus. Apabila klien memutuskan untuk menjalani aborsi terapeutik, maka bidan harus membantu klien mengatur jadwal pertemuan atau merujuknya ke seseorang yang dapat melakukan hal tersebut.

Apabila benang AKDR terlihat, maka AKDR harus dilepas tanpa mempertimbangkan apakah klien dan pasangannya bersedia mengakhiri kehamilan. AKDR tersebut harus dilepas karena angka kejadian aborsi spontan lebih rendah dari pada klien yang AKDR-nya telah dilepas dari pada yang AKDR-nya masih terpasang selama kehamilan dan karena risiko-risiko yang dijelaskan diatas akan berkurang bila AKDR dilepas. Kurang lebih 25% wanita mengalami aborsi spontan kurang lebih 50% pada klien yang masih terpasang AKDR.

Apabila seorang klien ingin mengakhiri kehamilannya, lepaskan AKDR dan kemudian rujuk klien untuk menjalani aborsi terapeutik. Melepaskan AKDR segera menghilangkan kemungkinan aborsi spontan septik secara temporer sebelum aborsi terapeutik dilakukan.

#### 5) Penyakit inflamasi pelvik (PID)

Pemikiran masyarakat umum tentang AKDR dan penyakit PID adalah bahwa PID biasanya berkaitan dengan masuknya organisme pada saat pemasangan AKDR dan tidak diakibatkan oleh AKDR itu sendiri, seperti yang sebelumnya diduga dan diperdebatkan. Sangatlah penting bagi bidan untuk mengikuti peraturan secara benar tentang kebersihan saat melakukan

pemeriksaan fisik; untuk mematuhi teknik steril dengan tepat dalam menjalani prosedur intrauterus yang digunakan untuk memasukan, memeriksa, dan melepas AKDR; untuk menganjurkan klien membersihkan perineum dan vagina secara higienis; untuk melakukan penapisan terhadap, mengenali, dan mengatasi penyakit menular seksual (terutama klamidia dan gonorrea) sebelum penyakit tersebut berkembang menjadi PID.

Apabila seorang klien memperlihatkan tanda dan gejala PID, berikan terapi antibiotik secepatnya dan kemudian lepas AKDR-nya. Beberapa dokter lebih menyukai menunggu beberapa hari sebelum melepas AKDR sampai kadar antibiotik yang terapeutik dalam darah dicapai kemudian AKDR baru dilepas. Ia harus diberi metode kontrasepsi alternatif. Klien harus mendapat informasi tentang tanda dan gejala yang menunjukkan kondisi yang memburuk, kebutuhan untuk mengkonsumsi obat sesuai yang diprogramkan, dan waktu serta caranya menghubungi anda.

Apabila seorang klien mempertimbangkan kemungkinan untuk menggunakan AKDR yang lain, maka anda perlu mangkaji riwayat apapun yang akan menempatkannya pada risiko terjangkit infeksi lain. Pemasangan AKDR lain tidak boleh dilakukan selama sedikitnya 3 bulan setelah keberhasilan terapi PID, bahkan pada keadaan yang paling ringan sekalipun.

Wanita tersebut harus dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi yang berbeda.

#### 6) Kehilangan benang AKDR

Orang yang pertama kali menyadari bahwa benang AKDR telah hilang biasanya adalah wanita yang menggunakannya. Biasanya ketika ia tidak dapat merasakan benang AKDR tersebut pada saat memeriksa AKDR-nya secara mandiri. Pada situasi tersebut, ada 3 kemungkinan alasan mengapa benang AKDR tidak terasa atau tidak terlihat pada saat pemeriksaan spekulum.

1. Benang AKDR terlalu pendek dan masuk seluruhnya ke dalam saluran serviks karena alat tersebut kembali ke posisi semula setelah ditarik ke bawah oleh tenakulum, dan kontraksi uterus yang mengakibatkan benang tertarik ke dalam saluran serviks.
2. Wanita tersebut hamil.
3. AKDR yang telah terpasang mengakibatkan perforasi uterus.
4. AKDR tersebut keluar secara spontan tanpa diketahui klien.

Saat melakukan perawatan bagi klien yang benangnya tidak terlihat, pertama anda harus yakin bahwa klien tidak sedang dalam keadaan hamil sebelum melanjutkan pencarian benang AKDR. Penentuan ini dirasakan pada riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan pelvik untuk mendeteksi tanda dan gejala kehamilan, serta suatu tes kehamilan.



Pengkajian riwayat kesehatan tambahan yang anda perlukan meliputi:

1. Kapan AKDR dipasang
2. Jenis AKDR yang dipasang
3. Riwayat AKDR terlepas secara spontan di masa yang lalu
4. Pola normal pemeriksaan benang AKDR yang dilakukan mandiri
5. Terakhir kali ia merasakan benang AKDR masih ada
6. Lama waktu antara terakhir kali ia merasakan benang AKDR dan pertama kali tidak dapat merasakan benang AKDR
7. Frekuensi melakukan koitus selama masa ini dan waktu selanjutnya
8. Penggunaan metode kontrasepsi lain sejak ia tidak dapat merasakan benang AKDR

Apabila tidak ada tanda dan gejala kehamilan, anda dapat melanjutkan pencarian AKDR. Posisikan spekulum dan masukkan tenakulum ke dalam serviks dengan menggunakan instrumen dan teknik steril. Telusuri saluran serviks untuk mencari benang AKDR dengan menggunakan forsep busa yang sempit atau klem kelly. Apabila anda menemukan benang AKDR, lepaskan AKDR kemudian gantilah AKDR (berhati-hatilah jika anda meninggalkan benang dalam keadaan panjang), dan berikan antibiotik profilaksis (seperti doksisisiklin 100 mg po setiap 12 jam selama 7 hari).



Apabila benang AKDR tidak dapat ditemukan, masukkan sonde uterus dan rasakan AKDR dengan sonde uterus tersebut. Apabila anda menemukan AKDR, tetapi tidak dapat menarik benang AKDR hingga terlihat sehingga dapat ditarik, maka gunakan forsep alligator untuk melepas AKDR. Gantilah AKDR bila klien menginginkannya bila tidak ada masalah lain dengan AKDR, dan bila tidak ada alasan untuk mencurigai suatu kontradiksi. (sekali lagi, berhati-hatilah ketika meninggalkan benang yang panjang saat penggantian AKDR). Berikan antibiotik profilaksis seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

Apabila anda tidak dapat merasakan AKDR dengan sonde uterus, lakukan pemeriksaan ultrasonografi. Apabila tidak ada AKDR, tanyakan kepada klien apakah menginginkan AKDR lain dan pasang AKDR tersebut sesuai keinginannya. Apabila AKDR dapat terlihat, tetapi tidak jelas apakah alat tersebut berada di dalam uterus, hubungi dokter konsultan anda untuk penjelasan lebih lanjut tentang metode mengidentifikasi lokasi AKDR. Apabila pemeriksaan sinar X dilakukan, beberapa cara harus digunakan untuk menentukan apakah AKDR, jika terlihat, masih berada dalam uterus atau di luar uterus dalam rongga abdomen. Hal ini dilakukan dengan salah satu dari beberapa cara dibawah ini.

1. AKDR penanda (sebuah AKDR dengan jenis atau bentuk berbeda) dimasukkan ke dalam rongga uterus dengan tujuan

mengenali apakah AKDR yang hilang berada di dalam uterus, di dalam rongga abdomen, atau telah terlepas keluar.

2. Sebuah sonde uterus atau kateter yang berisi pewarna radiopak dimasukkan ke dalam uterus.
3. Tercipta suatu histerogram (pengambilan film sinar X dilakukan segera setelah penyuntikan pewarna radiopak ke dalam uterus lewat tulang serviks). Prosedur ini dikontraindikasikan bila terdapat infeksi intra uterus atau PID.

Bidan perlu merujuk klien ke dokter konsultan untuk melepaskan AKDR yang sebagian atau seluruhnya berada di luar rongga uterus.

f. Efektifitas AKDR

1. Efektivitas dari IUD dinyatakan dalam angka kontinuitas (*continuation rate*) yaitu beberapa lama IUD tetap tinggal *in-utero* tanpa: ekspulsi spontan, terjadinya kehamilan, dan pengangkatan/ pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi.
2. Efektifitas dari bermacam-macam IUD tergantung pada:
  - a. IUD-nya : Ukuran, bentuk, mengandung Cu atau progesterone
  - b. Akseptor : Umur, paritas, frekuensi senggama
3. Dari faktor-faktor yang berhubungan dengan akseptor yaitu umur dan paritas, diketahui:
  - a. Makin tua usia, makin rendah angka kehamilan, ekspulsi dan pengangkatan/ pengeluaran IUD.

b. Makin muda usia, terutama pada nuligravida, makin tinggi angka ekspulsi dan pengangkatan/ pengeluaran IUD.

4. Dari uraian diatas, maka use-effectiveness dari IUD tergantung pada variabel administratif, pasien dan medis, termasuk kemudahan insersi, pengalaman pemasang, kemungkinan ekspulsi dari pihak akseptor, kemampuan akseptor untuk mengetahui terjadinya ekspulsi dan kemudahan akseptor untuk mendapatkan pertolongan medis. (Hartanto, 2004. H; 207)

g. Indikasi pemasangan AKDR

- 1) Usia reproduksi
- 2) Nulipara
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Perempuan yang menyusui yang ingin menggunakan kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- 6) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya tanda infeksi
- 7) Perempuan dengan risiko rendah dari PMS
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal
- 9) Tidak menyukai untuk mmengingat-ingat minum pil setiap hari
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama

(Handayani , 2010; h. 145).

h. Kontra indikasi pemasangan AKDR

1. Kehamilan
  - a. Dipastikan
  - b. Dicurigai

- c. Kemungkinan (misalnya, bila seorang wanita melakukan coitus tanpa menggunakan metode kontrasepsi yang valid sejak periode menstruasi normal yang terakhir).
2. Penyakit inflamasi pelvik (PID)
    - a. Riwayat PID kronis
    - b. Adanya PID akut atau subakut
    - c. Riwayat PID dalam tiga bulan terakhir, termasuk endometritis pasca-melahirkan atau aborsi terinfeksi.
  3. Karsinoma serviks atau uterus (diketahui atau dicurigai)
    - a. Papsmear yang tidak jelas, abnormal
    - b. Perdarahan uteri yang abnormal.
  4. Riwayat keberadaan penyakit katup jantung (kontraindikasi karena penderita penyakit ini rentan terhadap endokarditis bakterial). Prolaps katup mitral tidak tercakup disini.

Untuk penderita penyakit ini sebaiknya jangan menggunakan AKDR hormonal, karena hormon progestin dapat mempengaruhi lipid dan vasokonstriksi.
  5. Keberadaan miomata, malformasi kongenital, atau anomali perkembangan yang dapat mempengaruhi rongga uterus.
  6. Diketahui atau dicurigai alergi terhadap tembaga atau penyakit Wilson (penyakit genetik diturunkan yang mempengaruhi metabolisme tembaga sehingga mengakibatkan penumpukan tembaga diberbagai organ dalam tubuh)- kontraindikasi hanya untuk penggunaan AKDR dengan tembaga.

7. Ukuran uterus dengan alat periksa (sonde) berada diluar batas yang ditetapkan pada petunjuk terbaru tentang cara memasukan AKDR (sesuai pernyataan ini, uterus harus terekam pada kedalaman 6-9 cm pada Para Grad dan Mirena.
8. Risiko tinggi penyakit menular seksual (misalnya. Pasangan seksual yang berganti-ganti atau pasangan yang memiliki pasangan seksual yang berganti-ganti.
9. Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah kehamilan ektopik-merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal.  
Inflamasi atau infeksi di dalam tuba fallopi yang berhubungan dengan pemakaian IUD dapat mengganggu pergerakan dari sel telur yang telah dibuahi, sehingga kemungkinan kehamilan ektopik menjadi lebih besar. (Hartanto. 2004; h. 225)
10. Servisitits atau vaginitis akut (sampai diagnosis ditegakkan dan berhasil diobati), terutama bila disertai riwayat infeksi klamidia atau gonorea atau vaginosis bakterial pada saat ini atau yang kambuhan. Infeksi pelvik akibat penggunaan AKDR cenderung terjadi akibat organisme yang masuk ke dalam rongga uterus selama prosedur memasukan AKDR. Infeksi pelvik yang disebabkan oleh penyakit menular seksual tidak termasuk disini.
11. Peningkatan kerentanan terhadap infeksi (seperti pada terapi kortikosteroid kronis, diabetes, HIV/AIDS, leukimia, dan penyalahgunaan obat-obatan IV).

12. AKDR sudah ada di dalam rongga uterus dan belum dikeluarkan.
13. Penyakit hati akut, meliputi hepatitis virus aktif atau tumor hati (benigna atau maligna)-merupakan kontraindikasi hanya pada penggunaan AKDR hormonal.
14. Diketahui atau dicurigai terkena karsinoma payudara merupakan kontraindikasi hanya pada penggunaan AKDR hormonal.
15. Trombosis vena dalam/ embolisme paru yang terjadi baru-baru ini-merupakan kontraindikasi hanya pada penggunaan AKDR hormonal.
16. Sakit kepala migren dengan gejala neorologisfokal- merupakan kontraindikasi hanya pada penggunaan AKDR hormonal.

Bidan juga harus mengevaluasi secara seksama keberadaan dan komplikasi beberapa kondisi berikut kemudian memutuskan apakah ia harus melakukan pemasangan AKDR.

1. Riwayat penggunaan sebelumnya yang tidak berhasil atau ada masalah dengan penggunaan AKDR
  2. Riwayat respons vasovagal yang berat. (Varney, 2007. H; 450 )
- i. Waktu pemasangan AKDR
- a) Sewaktu haid sedang berlangsung

Pemasangan AKDR pada waktu ini dapat dilakukan pada hari-hari pertama atau pada hari-hari terakhir haid. Keuntungan pemasangan AKDR pada waktu ini antara lain ialah: 1) pemasangan lebih mudah oleh karena serviks pada

waktu itu agak terbuka dan lembek; 2) rasa nyeri tidak seberapa keras; 3) perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan; 4) kemungkinan pemasangan AKDR pada uterus yang sedang hamil tidak ada.

b) Sewaktu postpartum

Pemasangan AKDR setelah melahirkan dapat dilakukan:

(1) Secara dini (*immediate insertion*) yaitu AKDR dipasang pada wanita yang melahirkan sebelum dipulangkan dari rumah sakit;

(2) Secara langsung (*direct insertion*) yaitu AKDR yang dipasang dalam masa tiga bulan setelah partus atau abortus;

(3) Secara tidak langsung (*indirect inserton*) yaitu AKDR yang dipasang sesudah masa tiga bulan setelah partus atau abortus; atau pemasangan AKDR dilakukan pada saat yang tidak ada hubungan sama sekali dengan partus atau abortus. Bila pemasangan AKDR tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin, menurut beberapa sarjana, sebaiknya AKDR ditangguhkan sampai 6-8 minggu post partum oleh karena jika pemasangan AKDR dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar.



c) Sewaktu postabortum

Sebaiknya AKDR dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologis dan psikologi waktu itu adalah paling ideal. Tetapi *septic abortion* merupakan kontra indikasi.

d) Beberapa hari setelah haid terakhir

Dalam hal yang terakhir ini wanita yang bersangkutan dilarang untuk bersenggama sebelum AKDR dipasang. Sebelum pemasangan AKDR dilakukan, sebaiknya diperlihatkan kepada akseptor bentuk AKDR yang dipasang, dan bagaimana AKDR tersebut terletak dalam uterus setelah terpasang. Perlu dijelaskan kemungkinan terjadinya efek sampingan seperti perdarahan, rasa sakit, AKDR keluar sendiri. (Prawirohardjo, 2008. H; 561)

j. Prosedur pemasangan AKDR

Pemasangan AKDR bervariasi untuk rincian tertentu, disesuaikan dengan tipe AKDR dan alat untuk memasukannya. Anda harus mempelajari petunjuk pabrik pembuatannya tentang cara memasukan AKDR yang belum anda kenal. Namun, tanpa memperhatikan jenis AKDR yang digunakan, ada beberapa langkah yang harus diikuti untuk teknik memasukan KADR. Langkah-langkah tersebut adalah:

1. Dapatkan surat persetujuan yang telah ditandatangani oleh wanita yang bersangkutan.
2. Pastikan hal pap smear dan pemeriksaan diagnostik untuk mendeteksi klamidia dan gonorea yang dilakukan pada



kunjungan pertama sebelum AKDR dipasang (membahas; meninjau kembali persetujuan pemasangan AKDR; riwayat penapisan; pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium) bernilai negatif dan bahwa nilai hemoglobin dan hematokrit serta pemeriksaan lain dalam batas normal.

3. Pastikan bahwa wanita yang menginginkan pemasangan AKDR tidak sedang hamil melalui pemeriksaan fisik dan atau tes kehamilan.
4. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan (pemeriksaan pelvik, spekulum, tenakulum, dan pemasangan AKDR) kepada klien wanita.
5. Lakukan pemeriksaan bimanual. Jangan mempercayai temuan pemeriksaan bimanual yang dilakukan orang lain sebelum pemasangan AKDR. Temuan spesifik yang berkaitan dengan pemasangan AKDR yang digunakan untuk:
  - a. Menyingkirkan kemungkinan kehamilan
  - b. Menyingkirkan penyakit inflamasi pelvik
  - c. Menentukan posisi, ukuran, dan bentuk uterus
6. Masukkan spekulum dan sesuaikan untuk mendapatkan ruang pandang terluas sehingga memudahkan pemasangan AKDR.
7. Bersihkan serviks secara menyeluruh dengan cairan antiseptik, misalnya larutan providon-yodium (betadine) atau benzalkonium klorida (Zhephiran) untuk mengurangi resiko infeksi. Tanyakan kepada wanita apakah ia alergi terhadap

yodium sebelum cairan antiseptik yang mengandung yodium digunakan.

8. Masukkan tenakulum kedalam serviks.
  - a. Masukkan tenakulum gigi-satu ke dalam serviks anterior pada arah jam 10 dan jam 2, kurang lebih 1,5 sampai 2 cm.
  - b. Buatlah sudut tenakulum dari arah atas kebawah sehingga penekanan tenakulum tidak terlalu dangkal, sehingga tidak merobek serviks ketika tenakulum ditarik, atau terlalu dalam sehingga mengakibatkan obstruksi serviks.
  - c. Anda dapat lebih mudah memanipulasi tenakulum bila anda menggunakan kedua tangan anda, dengan satu tangan berfungsi mengontrol kedua sisi tenakulum.
  - d. Tutuplah tenakulum secara perlahan, selesaikan satu persatu. Beritahu klien wanita bahwa ia akan merasakan nyeri tajam singkat pada saat ini. Apabila ia mengalami nyeri, tunggulah sampai nyeri tersebut menghilang sebelum melanjutkan ke langkah b erikutnya yaitu membuka uterus.
  - e. Tenakulum juga dapat berada pada arah jam 8 dan jam empat bila tenakulum lebih mudah memasuki serviks posterior dari pada serviks anterior.
  - f. Tenakulum tersebut tidak boleh dilatakkan pada arah jam 3 atau jam 9. Karena pada area tersebut terdapat pembuluh darah utama yang menyuplai darah ke serviks dan dapat mengakibatkan perdarahan berlabihan.

9. Lihatlah uterus dengan menggunakan alat diagnostik untuk menentukan posisi uterus, menyingkirkan obstruksi saluran uterus, dan mengukur kedalaman rongga uterus.
- a. Beritahu klien waita bahwa ia dapat merasa kram ketika alat periksa uterus dapat melewati tulang servikal internal.
  - b. Peganglah sonde uterus diantara ibu jari dan dua jari pertama anda, seperti saat anda sedang memegang sebuah pensil atau garpu. Hal ini memungkinkan anda memiliki pengontrolan yang lebih sensitif dan halus.
  - c. Tariklah tenakulum dengan mantap dan kuat untuk meluruskan sumbu uterus.
  - d. Gunakan tekanan yang lembut, masukkan sonde uterus kedalam saluran serviks sampai anda merasakan tahanan dalam tulang internal. Pada saat ini, satu dari ketiga hal dibawah ini akan terjadi:
    - 1) Sonde uterus akan terselip jatuh kedalam tulang internal dan anda dapat merasakan tidak ada tahanan dalam tulang internal.
    - 2) Tulang internal akan memberi tahanan pada ujung sonde uterus, sehingga diperlakukan tekanan ringan yang manap ke arah tulang internal sehingga tulang tersebut dapat membuka dan sonde uterus dapat memasuki tulang internal. Berhati-hatilah supaya tidak memberi tekanan berlanihan sehingga saat tulang internal

membuka, sonde uterus tidak dapat masuk ke dalam dan tidak memasuki uterus.

- 3) Tulang internal akan menahan tekanan ringan pada ujung sonde uterus dan tidak akan membuka dengan cepat. (Kenyataannya tulang tersebut akan membuka tetapi sangat membutuhkan kesabaran). Situasi ini biasanya terjadi pada wanita yang sangat cemas dan fokus pada prosedur.

Posisi anda harus nyaman mungkin. Pada saat melanjutkan pemasangan dengan memberi tekanan yang mantap, tegas (tetapi bukan tekanan yang kuat) terhadap tulang internal, alihkan perhatian wanita dengan mengajakannya berbicara tentang topik yang tidak berkaitan dengan masalah perawatan kesehatan, AKDR atau yang lainnya. Cara ini akan memberi hasil yang sangat baik, bila klien tersebut yang aktif berbicara.

Buatlah ia membicarakan rutinitas hariannya dan tanyakan kepadanya tentang beberapa hal, misalnya tempat tinggalnya, pekerjaannya, tugas-tugasnya, dan anak-anaknya. Ketika ia mulai berbicara, dengan segera anda akan menemukan bahwa tulang internal klien wanita tersebut melemah dan terbuka sehingga sonde akan masuk lebih mudah ke dalam rongga uterus. Tindakan ini akan selesai dalam waktu beberapa detik sampai beberapa menit.

Anda kemungkinan harus mengulangi proses ini saat memasukkan AKDR pada alat bantu pasangannya melalui tulang internal pada waktu kemudian.

e. Biarkan sonde uterus menemukan jalannya sendiri dalam rongga uterus saat alat tersebut memasuki tulang internal. Jangan mencoba mendorongnya masuk ke dalam area yang anda duga merupakan posisi uterus. Gunakan sonde uterus untuk memvalidasi atau menolak hasil pemeriksaan bimanual yang telah anda lakukan.

f. Saat anda telah yakin dan dapat menentukan posisi uterus, dengan perlahan tekan sonde uterus sampai alat tersebut menemukan tahanan. Anda harus berada pada bagian atas fundus. Tepuk bagian tersebut. Hal ini akan mengakibatkan kram, lalu tanyakan apakah klien merasakan hal tersebut. Apabila klien tidak merasakannya berarti anda tidak berada di bagian atas fundus. Tariklah dengan kuat pada tenakulum untuk memperkuat kedua sisi uterus dan kemudian bawalah sonde uterus sampai alat tersebut menemukan tahanan. Pada saat ini anda baru berada pada bagian atas fundus.

g. Ukurlah kedalaman rongga uterus:

1) Saat ujung sonde uterus mencapai fundus, letakkan aplikator yang ujungnya dibungkus kappas steril dekat dengan sonde uterus, dengan ujung aplikator tersebut berada pada tulang serviks eksternal.

- 2) Lepaskanlah sonde uterus dan alat bantu dari uterus dan vagina pada saat yang sama.
  - 3) Ukurlah kedalaman rongga uterus dengan mengukur panjang sonde uterus dari tempat ujung aplikator menyentu sonde uterus sampai ujung sonde uterus.
- h. Apabila pemeriksaan dengan spekulum, pemeriksaan bimanual, dan pemeriksaan fisik berada pada batas normal, lanjutkan langkah selanjutnya.
10. Masukkan AKDR ke dalam alat bantu pasangannya. Tindakan ini merupakan prosedur steril. Langkah ini dilakukan sejenak sebelum pemasangan AKDR karena alat yang terbuat dari plastik ini akan kehilangan "ingatannya" (kemampuan mempertahankan bentuknya) sesaat alat tersebut tertanam dalam uterus. Semakin sedikit waktu AKDR berada di dalam alat bantu pasangannya, maka kehilangan ingatan yang terjadi akan semakin kecil sehingga AKDR dapat kembali ke bentuknya semula ketika sudah berada di dalam uterus.
  11. Masukkan AKDR ke dalam rongga uterus:
    - a. Beritahu klien bahwa klien dapat merasakan kram pada saat ini.
    - b. Mula-mula tariklah dengan perlahan dan mantap pada tenakulum untuk memperkuat kedua sisi uterus. Pertahankan tarikan ini sampai AKDR memasuki rongga uterus.

- c. Masukkan AKDR dalam alat bantu pemasangnya ke dalam tsalurna serviks dan ke dalam tulang unternal.
- d. Masukkan AKDR ke dalam rongga uterus dengan cara melepasnya dari alat bantu kemudian lakukan pemasangan AKDR dengan tepat. Pastikan prosedur yang telah dilakukan sesuai dengan AKDR yang digunakan. Beberapa alat AKDR menggunakan dorongan ke dalam rongga uterus, sedangkan alat AKDR lain hanya diletakkan di dalam fundus dan kemudian alat bantu ditarik keluar.

Pemasukan alat dari alat bantu pemasangan AKDR harus dilakukan perlahan-lahn untuk mengurangi kemungkinan sinkop vasovagal.

Tekanan berlebihan tidak diperlukan. Apabila tampaknya diperlukan tekanan berlebih, HENTIKAN dan evaluasi kembali. Jangan pernah mendorong paksa AKDR ke dalam rongga uterus. Tindakan ini berisiko, anda malah mendorongnya ke dalam dinding uterus.

12. Lepas alat bantu memasukan AKDR dan cocor bebek sesuai prosedur yang tepat untuk AKDR yang digunakan.
13. Apabila benang akan dipotong, maka potonglah tidak lebih pendek dari kurang lebih  $1\frac{1}{2}$  sampai 2 inci (3, 75 samapi 5 cm) dari tulang serviks eksternal. Tindakan ini akan menyisakan sedikit benang AKDR telah kembali ke bentuknya semula dan saat uterus berada pada posisinya semula (keduanya dapat menyebabkan beberapa benang tertarik ke



atas, masuk ke dalam uterus), masih ada sedikit benang yang terlihat dan dapat diraba. Apabila benang tersebut masih terlalu panjang pada kunjungan ulang yang pertama, benang tersebut dapat diperpendek pada saat itu.

14. Lepaskanlah tenakulum. Apabila terjadi perdarahan pada area pemasangan, bari tekanan dengan lidi kapas atau dengan kasa 4x4 pada cincin forsep sampai perdarahan berhenti. Beberapa klinisi tidak melakukan hal inikarena mereka yakin bahwa dengan pelepasan spekulum, dinding vagina akan memberi cukup tekanan untuk menghentikan perdarahan.
15. Lepaskan spekulum.
16. Bersihkan perineum klien.
17. Beri kesempatan bagi klien untuk beristirahat dan menyegarkan diri bila ia menginginkannya.
18. Beri pendidikan kesehatan kepada klien tentang cara memeriksa keadaan AKDR-nya.
19. Beri pembalut perineum setelah pemasangan AKDR dan biarkan lien mengenakan kembali pakaiannya.
20. Catatlah semua temuan yang didapat. Tulislah jenis AKDR yang dimasukan, apakah anda menemukan kesulitan pada saat pemasangan AKDR, kedalaman rongga uterus, posisi uterus, dan panjang benang.
21. Jawablah semua pertanyaan klien dan berikan petunjuk mengenai AKDR dan perawatan lanjutan. (Varney, 2007; h. 453-454)



### Prosedur melepas AKDR

Alasan yang umum diajukan terhadap tindakan melepaskan AKDR ialah keinginan klien untuk mengalami kehamilan, mengganti alat pengobatan, kram hebat yang tak kunjung sembuh, dan menstruasi yang lama dengan atau tanpa perdarahan antar menstruasi. Alasan lainnya meliputi AKDR lepas sebagian, PID, dan kehamilan dengan benang AKDR masih terlihat.

Setelah klien mendapat penjelasan tentang prosedur pelepasan AKDR dan melakukan pemeriksaan bimanual, bidan akan memasukan spekulum steril, kemudian membersihkan serviks, dan memasang tenakulum ke dalam serviks, seperti yang dijelaskan pada prosedur pemasangan AKDR, selanjutnya lakukan hal-hal berikut:

1. Lem forsep panjang atau alat pengait jarum pada benang AKDR
2. Tarik tenakulum dengan mantap dan kuat untuk meluruskan sumbu uterus
3. Gunakan tenaga yang mantap untuk menarik benang AKDR

Apabila benang AKDR tidak terlihat gunakan forsep aligator dan lanjutkan dengan langkah berikut:

1. Tarik dengan mantap dan kuat pada tenakulum untuk meluruskan sumbu uterus.
2. Masukkan forsep aligator ke dalam rongga uterus.

3. Ambil AKDR dengan forsep aligator.
4. Tariklah tenakulum dengan mantap dan kuat untuk meluruskan sumbu uterus.
5. Tariklah secara perlahan dan mantap dengan menggunakan forsep untuk melepaskan AKDR dari rongga uterus.

Apabila anda merasakan tahanan besar selama pelepasan AKDR, berhenti hubungi dokter anda sebelum anda merusak benang AKDR atau (bila banang tersebut tidak tersedia untuk mulai melepaskan AKDR) sebelum anda menghadapi situasi yang tidak dapat anda tangani sendiri (miss, AKDR tertanam di dalam uterus atau AKDR sebagian telah mengakibatkan perforasi pada uterus dan hal ini tidak terlihat pada pemeriksaan ultrasonografi). (Varney, 2007; h. 460).

## B. TINJAUAN ASUHAN KEBIDANAN

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam pelayanan yang diberikan kepada klien yang memiliki kebutuhan dan masalah kebidanan (kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, kesehatan reproduksi, dan pelayanan kesehatan masyarakat).

### 1. Teori manajemen Varney

Varney menjelaskan bahwa manajemen merupakan proses pemecahan masalah dengan pengorganisasian, pemikiran, dan

tindakan-tindakan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penilaian yang berpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen varnay terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah isempurnakan secara periodic. Proses dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk kerangka berfikir lengkap yang dapat dicegah menjadi langkah-langkah tertentu dan ini bias berubah sesuai dengan bagaimana keadaan pasien. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah 1 : pengumpulan data dasar

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- a. Identitas pasien
- b. Riwayat kesehatan
- c. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- d. Meninjau data laboratorium

Langkah 2 : Interpretasi Data

Mengidentifikasi diagnosa kebidanan dan masalah berdasarkan intepretasi yang benar atas data-data yang telah

dikumpulkan. Dalam langkah ini data-data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi diagnosa kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien, masalah berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan :

- a. Diagnose kebidanan
- b. Masalah

#### Langkah 3 : Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, hal n membutuhkan, antisipasi, pencegahan bila memungkinkan menunggu mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar terjadi.

#### Langkah 4 : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Langkah ini merupakan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien.

#### Langkah 5 : Perencanaan

Langkah-langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnose

yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah merujuk klien atau masalah lain.

#### Langkah 6 : Pelaksanaan

Langkah ini merupakan pelaksanaan asuhan penyuluhan kepada klien dan keluarga. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman. Pada saat bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani pasien yang mengalami komplikasi, maka bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhann klien.

#### Langkah 7 : Evaluasi

Langkah ini merupakan rencana terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mmengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, mengulang kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yan sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana.

## 2. Tinjauan asuhan kebidanan SOAP

Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP menurut Thomas, dokumentasi adalah catatan

tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan.

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah atau akan dilakukan pada pasien, dan respon pasien, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistemik dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen lainnya. Pendokumentasian manajemen kebidanan dengan menggunakan SOAP.

a. S (Data Subjektif)

Pengkajian data yang diperoleh dalam anamnesis, berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung/ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis, data akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. O (Data Objektif)

Data berasal dari asuhan observasi yang jujur dari pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostic lainnya. Catatan medic dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif, data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnostic.

c. A (Assesment)

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Analisis yang tepat akurat meliputi perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut varney langkah kedua, ketiga, dan keempat yang menyangkut kebutuhan tindakan segera harus segera diidentifikasi menurut kewenangan bidan (tindakan mandiri, kolaborasi, dan rujukan)

d. P (planning)

Perencanaan dibuat saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisa dan interpretai data yang bertujuan untuk mengusahakan teriptanya kondisi pasien seoptimal. P(planing) menurut Hellen Varnay masuk pada langkah kelima, keenam, dan ketujuh. Pelaksanaan asuhan dengan rencan yang telah disusun sesuai dgn keadaan dan dalam rangka mengatasi masaah pasien (Varney, 2007; h.27).



### 3. Tinjauan asuhan kebidanan dengan kontrasepsi dalam rahim

#### Langkah I: Pengkajian

##### a. Data subjektif

1) Identitas pasien : identitas ini diperlukan untuk memastikan bahwa yang diperiksa benar-benar pasien yang dimaksud, dan tidak keliru dengan pasien yang lain

##### a) Nama :

dikaji dengan jelas dan lengkap untuk mempermudah dalam memberikan tindakan. (Matondang, 2003; h. 5)

##### b) Umur :

Umur ditanyakan untuk mengetahui umur pengguna KB IUD, karena semakin tua usia pengguna IUD maka semakin rendah angka kehamilan, ekspulsi dan pengangkatan/ pengeluaran IUD. (Handayani, 2010; h. 143)

##### c) Jenis kelamin :

Jenis kelamin sangat diperlukan, selain untuk identitas juga untuk penilaian data pemeriksaan klinis, misalnya penyakit-penyakit seksual. (Matondang, 2003; h. 5)

Pengguna IUD dengan ppenyakit menular seksual adalah kontraindikasi penggunaan IUD. (Varney, 2007; h. 450)

##### d) Agama :

Pembenaran terhadap prinsip-prinsip pembatasan keluarga dan konsep dasar tentang keluarga berencana oleh semua agama. (Varney, 2007; h. 414)

e) Pendidikan :

Pendidikan ditanyakan untuk mengetahui tingkat pendidikan pasien, karena akan membantu dalam penyampaian konseling terhadap pasien. (Saifuddin, 2006; h. U-3)

f) Pekerjaan :

Calon pengguna IUD ditanyakan untuk mengetahui jenis pekerjaan apakah ringan, sedang, atau berat karena efek samping IUD adalah terjadinya ekspulsi, dan ekspulsi bisa terjadi akibat bekerja terlalu berat. (Saifuddin, 2006; h. MK-57)

g) Suku bangsa :

Semua tenaga kesehatan yang memberi pelayanan kepada wanita di klinik keluarga berencana atau tempat lain perlu memahami sikap mereka sendiri, serta sikap mereka terhadap jenis etnik (varney, 2007; h. 414)

h) Alamat :

Tempat tinggal merupakan informasi yang penting dipastikan. Karena apabila seorang wanita tidak memiliki tempat tinggal/ tinggal dipenginapan, maka hal ini dapat menghambat kemampuan wanita dalam mempertahankan personal hygiene.(Varney, 2007; h. 31)

Alamat juga sangat diperlukan untuk melakukan kunjungan ulang terhadap pasien. (Varney, 2007; h. 456)

2) Keluhan utama:

Keluhan ditanyakan untuk menapisikan kontraindikasi dalam pemasangan IUD seperti hamil dan perdarahan pervaginam.

(BKkbn, 2009; h. 97)

3) Riwayat haid:

a) Siklus :

Silkus haid perlu ditanyakan apakah siklus haid teratur atau tidak, karena hal ini berkaitan dengan efek samping penggunaan IUD yang pada penggunaan 3 bulan pertama kemungkinan siklus menstruasi akan berubah. (Saifuddin, 2006; h. MK-75)

b) Flour albus :

Dengan penggunaan KB yang mengandung estrogen lebih tinggi maka dapat menimbulkan flour albus yang lebih sering. (Hartanto, 2004; h. 124)

c) Dismenorhea :

Dimenorhea perlu ditanyakan karena dismenorhea merupakan kontraindikasi untuk insersi IUD. (Hartanto, 2004; h. 209)

d) Banyaknya :

Pertanyaan mengenai banyaknya perdarahan yang tidak normal banyak dijumpai, dan perlu ditanyakan apakah perdarahan yang dialami itu adalah perdarahan yang berlebihan atau hanya bercak (spotting) karena hal ini

merupakan kontraindikasi insersi IUD. (Hartanto, 2004; h. 209)

e) HPHT :

HPHT merupakan hal yang perlu ditanyakan, karena HPHT ditanyakan untuk mengetahui terjadinya amenorhea pada pasien. Amenorhea merupakan suatu tanda terjadinya kehamilan dan kehamilan merupakan kontraindikasi dalam penggunaan KB IUD. (Wiknjosastro, 2007; h. 133)

4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Mengkaji nifas yang lalu, masa nifas berkaitan dengan masa menyusui, penggunaan IUD salah satunya adalah ibu menyusui yang ingin menggunakan kontrasepsi dan tidak disarankan dengan penggunaan IUD yang hormonal. (Saifuddin, 2006; h. MK-76)

5) Riwayat kontrasepsi

Pertanyaan tentang riwayat pengalaman pasien sebelumnya menggunakan kontrasepsi akan membantu menilai keperluan penerimaan, mengetahui tentang efek samping yang terjadi dan kegagalan kontrasepsi. (Proverawati, dkk, 2010; h. 23)

6) Riwayat kesehatan

a) Riwayat penyakit dahulu dan sekarang: riwayat penyakit pasien perlu dikaji karena hal ini berkaitan dengan kontraindikasi penggunaan IUD diantaranya penyakit diabetes, HIV/AIDS, penyakit katup jantung dan penyakit hati. (Varney, 2007; h. 450-451)

b) Riwayat penyakit keluarga

Dikaji untuk mengetahui apakah keluarga memiliki riwayat penyakit seperti diabetes melitus karena kontraindikasi penggunaan IUD adalah adanya penyakit diabetes melitus. (Varney, 2007; h. 450)

c) Riwayat penyakit ginekologi

Pada penderita penyakit ginekologi seperti karsinoma serviks, PRP, vaginitis dan servisititis tidak diperkenankan menggunakan KB IUD. ((Varney, 2007; h. 450)

7) Pola kebutuhan sehari-hari

a) Pola nutrisi:

Pada pengguna IUD biasanya akan mengalami perdarahan yang lebih banyak pada saat menstruasi, hal ini akan menyebabkan terjadinya anemia, maka pengguna IUD perlu meningkatkan kebutuhan nutrisinya. (Saifuddin, 2006; h. MK-75)

b) Pola aktifitas:

Mengetahui pekerjaan wanita tersebut dan tanggung jawabnya di rumah. (Varney, 2007; h. 30)

c) Pola personal higiene:

Infeksi merupakan komplikasi yang serius yang berhubungan dengan penggunaan IUD, maka diharapkan agar pengguna IUD dapat mempertahankan personal higiene dengan baik. (Hartanto, 2004; h. 219)

d) Pola seksual:

Pola seksual perlu ditanyakan karena pada keuntungan penggunaan IUD sebenarnya tidak mempengaruhi hubungan seksual. (Saifuddin, 2006; h. MK-75)

8) Data psikososial dan kultural

a) Data psikososial

Apakah sudah ada persetujuan untuk menggunakan IUD atau belum, yang menyatakan bahwa calon akseptor IUD telah mengerti perihal sifat IUD dan dengan suami telah memutuskannya. (Hartanto, 2004; h. 297)

b) Data kultural

Kebudayaan adalah pola pikir dan keyakinan masyarakat tentang suatu hal berhubungan dengan kesehatan, salah satunya kontrasepsi. (Varney, 2006; h. 45)

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

1) Pada wanita yang memiliki tekanan darah tinggi boleh menggunakan AKDR. (Saifuddin, 2006; h. MK-77)

2) Kelainan pada denyut nadi mengarah pada penyakit jantung yang merupakan kontraindikasi penggunaan IUD. (Varney, 2007; h. 450)

b. Berat badan

AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan seperti ibu yang gemuk atau kurus. (Saifuddin, 2006; h. MK-76)

c. Kepala

Pemeriksaan pada bagian mata ditujukan untuk mengetahui adanya anemia atau tidak, karena anemia merupakan kontraindikasi insersi IUD. (Hartanto, 2004; h. 209)

d. Payudara:

Diketahui atau dicurigai terkena karsinoma payudara merupakan kontraindikasi hanya pada AKDR hormonal. (Varney, 2007; h. 451)

e. Abdomen:

Memeriksa apakah ada tanda-tanda kehamilan atau tidak, karena kehamilan merupakan kontraindikasi dari penggunaan IUD. (Varney, 2007; h. 450)

f. Ekstremitas

Pada klien dengan adanya rasa sakit dan kaki bengkak dimungkinkan ada indikasi penggumpalan darah. (Saifuddin, 2003; h. MK-56)

Dikaji apakah kakinya sangat bengkak dan mengandung cairan karena kemungkinan indikasi penyakit hati. (Saifuddin, 2003; h. MK-57)



g. Genetalia luar:

Untuk mengetahui apakah akseptor KB IUD memiliki penyakit vaginitis atau tidak yang merupakan salah satu dari kontraindikasi penggunaan IUD. (Varney, 2007; h. 451)

2) Pemeriksaan penunjang:

- a) Pemeriksaan PP test untuk mengetahui kemungkinan terjadi kehamilan atau tidak. (Varney, 2007; h. 451)
- b) Pemeriksaan Hb untuk mengetahui apakah akseptor KB IUD menderita anemia atau tidak. (Varney, 2007; h. 451)
- c) Pemeriksaan pap smear dilakukan untuk mengetahui adanya kanker serviks atau tidak. (Varney, 2007; h. 451)

Langkah II: Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan diinterpretasikan ditemukan masalah atau diagnosa spesifik, interpretasi data dasar dibagi menjadi:

Diagnosa Kebidanan:

Ny. P A .....umur... tahun dengan akseptor baru KB IUD

Data Subjektif:

- a. Pernyataan klien terhadap jumlah riwayat persalinannya
- b. Pernyataan klien terhadap riwayat kegugurannya
- c. Pernyataan klien tidak sedang hamil
- d. Pernyataan klien tentang haid terakhir
- e. Pernyataan klien tidak mengalami nyeri pinggang

#### Data Objektif:

Dilakukan pemeriksaan fisik (inspeksi dan palpasi) terhadap akseptor KB IUD untuk mengetahui kelainan-kelainan seperti benjolan payudara, kehamilan dll, yang merupakan keadaan yang tidak boleh menggunakan IUD dan dilakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan PP test untuk mengetahui terjadinya kehamilan, kanker serviks, anemia dll.

Langkah III: mengidentifikasi diagnosa kebidanan atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Diagnosa potensial adalah langkah untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial berdasarkan pada rangkaian masalah dan diagnosa tertentu.

##### a. Ekspulsi.

AKDR dapat berpindah atau keluar dari rongga rahim secara spontan. Hal ini dapat terjadi bergantung pada usia dan paritas pemakai, penentuan waktu pemasangan dan tipe AKDR, serta keahlian petugas yang memasang alat tersebut. (Glasier, 2006.h; 120-124)

##### b. Pola perdarahan menstruasi

Efek samping yang sering terjadi pada para pemakai AKDR tembaga adalah menstruasi yang lebih banyak dan lama. Hal ini terjadi akibat peningkatan banyaknya darah menstruasi, nyeri, dan bercak merah antar-menstruasi.(Glasier, 2006.h; 120-124)

#### Langkah IV: Antisipasi tindakan segera

##### a. Ekspulsi

Periksa apakah klien hamil. Bila tidak hamil dan AKDR masih ditempat, tidak ada tindakan yang perlu dilakukan. Bila tidak yakin AKDR masih berada di dalam rahim dan klien tidak hamil, maka klien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan rontgen atau USG. Bila tidak ditemukan, pasang kembali KADR sewaktu datang haid. Jika ditemukan kehamilan dan benang AKDR tidak kelihatan, lihat penanganan "amenorhea". (Saifuddin, 2006; h. MK-67)

##### b. Pola perdarahan mesntruasi

Jika ditemukan terutama pada 3-6 bulan pertama rujuk klien bila dianggap perlu. Namun bila tidak ditemukan kelainan patologi dan perdarahan masih terjadi, dapat diberikan ibuprofen 3x800mg untuk 1 minggu. (Saifuddin, 2006; h. MK-67)

#### Langkah V: Perencanaan

##### a. Berikan konseling tentang AKDR Cu T-380 A

- 1) Jelaskan pengertian AKDR
- 2) Jelaskan cara kerja AKDR
- 3) Jelaskan efektifitas AKDR
- 4) Jelaskan indikasi dan kontra indikasi AKDR
- 5) Jelaskan efek samping AKDR
- 6) Jelaskan waktu penggunaan AKDR

##### b. Menanyakan kembali apakah ibu mantap untuk dilakukan pemasangan AKDR.

- c. Lakukan informed consent
- d. Persiapan alat pemasangan AKDR
- e. Menganjurkan ibu mengosongkan kandung kemih
- f. Lakukan pemasangan AKDR Cu T-380 A
- g. Obserfasi keadaan umum akseptor
- h. Beritahu jadwal control AKDR dan waktu pelepasan
- i. Beri terapi oral
- j. Beri konseling pasca pemasangan AKDR Cu T-380 A

Langkah VI: Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisiensi dan aman. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dilakukan terhadap pasien.

1. Berikan konseling tentang AKDR Cu T-380 A
  - a. Jelaskan pengertian AKDR

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif. Reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.

- b. Jelaskan cara kerja AKDR
  - 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke dalam tuba falopi.
  - 2) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri.
  - 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit

masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

c. Jelaskan efektifitas AKDR

Efektifitas tipe ini sangat tinggi yaitu antara 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

d. Jelaskan indikasi dan kontra indikasi AKDR

- 1) Indikasi : usia reproduksi, keadaan nulipara, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, perempuan yang menyusui dan ingin menggunakan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya, setelah abortus dan tidak terlihat adanya tanda infeksi, perempuan dengan resiko rendah IMS, tidak menghendaki metode hormonal, tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari, dan tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.

- 2) Kontra indikasi : sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil), perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi), sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, serviksitis), tiga bulan terakhir mengalami infeksi pelvis atau infeksi pelvis yang rekuren, post-partum endometritis.

e. Jelaskan efek samping AKDR

- 1) Nyeri pada waktu pemasangan. Kalau nyeri sekali, dapat dilakukan anesthesia parservikal.
- 2) Kejang rahim, terutama pada bulan pertama. Hal ini dapat diatasi dengan memberikan spasmolitikum atau pemakaian AKDR yang lebih kecil ukurannya.
- 3) Nyeri pelvis. Pemberian spasmolitikum dapat mengurangi keluhan ini.
- 4) Pingsan dapat terjadi pada pasien dengan predisposisi untuk keadaan ini, dapat diberikan atropin sulfat sebelum pemasangan, untuk mengurangi frekuensi bradikardia dan reflek vasovagal.
- 5) Perdarahan diluar haid
- 6) Darah haid lebih banyak
- 7) Sekret vagina lebih banyak.

f. Jelaskan waktu pemasangan AKDR

- 2) Sewaktu haid sedang berlangsung

Pemasangan AKDR pada waktu ini dapat dilakukan pada hari-hari pertama atau pada hari-hari terakhir haid. Keuntungan pemasangan AKDR pada waktu ini antara lain ialah: 1) pemasangan lebih mudah oleh karena serviks pada waktu itu agak terbuka dan lembek; 2) rasa nyeri tidak seberapa keras; 3) perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan; 4) kemungkinan

pemasangan AKDR pad aterus yang sedang hamil tidak ada.

3) Sewaktu postpartum

Pemasangan AKDR setelah melahirkan dapat dilakukan:

a) Secara dini (*immediate insertion*) yaitu AKDR dipasang pada wanita yang melahirkan sebelum dipulangkan dari rumah sakit;

b) Secara langsung (*direct insertion*) yaitu AKDR yang dipasang dalam masa tiga bulan setelah partus atau abortus;

c) Secara tidak langsung (*indirect inserton*) yaitu AKDR yang dipasang sesudah masa tiga bulan setelah partus atau abortus. atau pemasangan AKDR dilakukan pada saat yang tidak ada hubungan sama sekali dengan partus atau abortus.

Bila pemasangan AKDR tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin, menurut beberapa sarjana, sebaiknya AKDR ditangguhkan sampai 6-8 minggu post partum oleh karena jika pemasangan AKDR dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar.



#### 4) Sewaktu postabortum

Sebaiknya AKDR dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologis dan psikologi waktu itu adalah paling ideal. Tetapi *septic abortion* merupakan kontra indikasi.

#### 5) Beberapa hari setelah haid terakhir

Dalam hal yang terakhir ini wanita yang bersangkutan dilarang untuk bersenggama sebelum AKDR dipasang. Sebelum pemasangan AKDR dilakukan, sebaiknya diperlihatkan kepada akseptor bentuk AKDR yang dipasang, dan bagaimana AKDR tersebut terletak dalam uterus setelah terpasang. Perlu dijelaskan kemungkinan terjadinya efek sampingan seperti perdarahan, rasa sakit, AKDR keluar sendiri.

2. Menanyakan kembali apakah ibu mantap melakukan pemasangan AKDR CuT-380 A
3. Melakukan informed consent sebelum pemasangan AKDR CuT 380 A dilaksanakan
4. Melakukan persiapan alat pemasangan AKDR
  - 1) Lampu
  - 2) Speculum dua katup
  - 3) Lidi kapas
  - 4) Larutan antiseptic
  - 5) Sarung tangan bersih

- 6) Wada sekali pakai untuk instrumen yang sudah dipakai dan sampah klinis
- 7) Baki/bengkok steril (wadah untuk instrumen pemasangan)
- 8) Forceps steri 10 inci untuk memegang spons
- 9) Sonde uterus lentur steril yang bersekala sentimeter
- 10) Forceps jaringan 12 inci atau tenakulum satu gigi dengan ujung tumpul yang steril
- 11) Gunting yang cukup panjang sehingga dapat memotong benang.

5. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil (BAK) dan membersihkan daerah kewanitaannya.

6. Lakukan pemasangan AKDR CuT 380A

1) Sepanjang prosedur, harus diterapkan teknik “jangan menyentuh” (*no touch technique*). Bagian dari sonde dan alat pemasangan yang sudah terisi yang masuk kedalam uterus jangan disentuh, bahkan dengan tangan yang sudah bersarung, kapanpun. Dengan demikian, pemakaian sarung tangan yang bersih (non-steril) sudah memadai.

2) Setelah pemeriksaan panggul bimanual, servik dipajankan dengan speculum sementara wanita berbaring dalam posisi litotomi modifikasi atau posisi lateral.

3) Serviks dibersihkan dengan antiseptik dan dipegang dengan forceps atraumatik 12 inci (forceps Allis panjang sering digunakan). Tarikan ringan untuk meluruskan kanals uteroservikalis membantu pemasangan AKDR di fundus.

- 4) Sonde uterus dimasukan dengan hati-hati untuk menentukan kedalaman dan arah rongga uterus serta arah dan kepatenan kanalis servikalis. Apabila dijumpai spasm/stenosis serviks, maka mungkin perlu dipertimbangkan pemberian antiseptik local dan dilatasi os serviks.
- 5) AKDR dimasukan kedalam alat pemasang sedemikian sehingga AKDR akan terletak rata dalam bidang tranvesal rongga uterus saat dilepaskan.
- 6) AKDR jangan berada didalam alat pemasang lebih dari beberapa menit karena alat ini akan kehilangan "elastisitasnya" dan bentuknya akan berubah.
- 7) Tabung alat pemasang secara hati-hati dimasukan melalui kanalis servikalis, AKDR dilepaskan sesuai instruksi spesifik untuk masing-masing alat, kemudian alat pemasang dikeluarkan.
- 8) Setelah pemasangan, dianjurkan untuk melakukan sonde kanalis ulang untuk menyingkirkan kemungkinan AKDR terletak rendah. AKDR harus ddiletakan difundus agar insidensi ekspulsi dan kehamlan rendah.
- 9) Benang AKDR harus dipotong dengan gunting panjang sampai sekutar 3 cm dari os eksternus.

#### 7. Obserfasi keadaan umum akseptor

Observasi 15 menit pasca pemasangan AKDR

Minta klien menunggu di klinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR. Untuk mengamati bila terjadi rasa sakit yang amat sangat pada perut, mual atau muntah sehingga mungkin AKDR perlu dicabut bila dengan analgesic ringan (aspirin atau buprofen) rasa sakit tersebut tidak hilang. Keadaan ini walau jarang, bias terjadi bila dipasang AKDR ber Kandungan tembaga dengan ukuran kecil dan pada perempuan yang sudah pernah melahirkan.

#### 8. Beritahu jadwal kontrol AKDR dan waktu pelepasan

Hal-hal yang perlu dilakukan pada saat kunjungan ulang akseptor AKDR :

##### a. Riwayat

1) Masa menstruasi (dibandingkan dengan menstruasi sebelum menggunakan AKDR)

a) Tanggal

b) Lamanya

c) Jumlah aliran

d) Nyeri

2) Di antara waktu menstruasi (dibanding dengan sebelum menggunakan AKDR)

a) Bercak darah atau perdarahan: lamanya, jumlah.

b) Kram: lamanya, tingkat keparahan.

c) Nyeri punggung: lokasi, lamanya, tingkat keparahan.

3) Pemeriksaan benang

a) Tanggal pemeriksaan benang yang terakhir

b) Benang dapat dirasakan oleh pasangan selama melakukan hubungan seksual

4) Kepuasan terhadap metode yang digunakan (baik pada wanita maupun pasangannya)

5) Tanda-tanda dugaan (*presumptive*) kehamilan jika ada indikasi

b. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan abdomen untuk mengetahui adanya nyeri tekan pada bagian bawah abdomen

2) Pemeriksaan untuk mengetahui adanya nyeri tekan akibat CVA, jika diindikasikan untuk diagnosis banding.

3) Tanda-tanda kemungkinan kehamilan, jika ada indikasi.

c. Pemeriksaan Pelvik

1) Pemeriksaan speculum

a) Benang terlihat

b) Panjang benang; pemotongan benang bila ada indikasi

c) Rabas vagina; catat karakteristik dan lakukan kultur dan apusan basah bila diindikasikan

2) Pemeriksaan bimanual

a) Nyeri ketika serviks atau uterus bergerak

b) Nyeri tekan pada uterus

- c) Pembesaran uterus
- d) Nyeri tekan pada daerah sekitar
- e) Tanda-tanda kemungkinan kehamilan bila diindikasikan

### 3) Pemeriksaan Pelvik

#### a) Pemeriksaan speculum

- (1) Benang terlihat
- (2) Panjang benang; pemotongan benang bila ada indikasi

#### b) Pemeriksaan bimanual

- (1) Nyeri ketika serviks atau uterus bergerak
- (2) Nyeri tekan pada uterus
- (3) Pembesaran uterus
- (4) Nyeri tekan pada daerah sekitar
- (5) Tanda-tanda kemungkinan kehamilan bila diindikasikan

Jadwal kunjungan ulang akseptor AKDR :

- a) 7 hari setelah pemasangan AKDR
- b) 4-6 minggu setelah pemasangan AKDR
- c) Jadwalkan untuk kembali 12 bulan.
- d) Ingatlah setiap kunjungan 8 tahun saat mengganti AKDR.

### 9. Beri terapi oral

Amoxilin 500mg (3x1) diminum setelah makan dan harus dihabiskan, Asam Mefenamat 500mg (3x1) diminum apabila merasa nyeri.

10. Memberikan konseling pasca pemasangan

- 1) Sering terjadi perasaan mulas dan adanya berca-bercak perdarahan setelah pemasangan.
- 2) Setelah pemasangan
  - a) Berikan kartu tanda peserta AKDR, berikut tanggal pemasangan dan jenis AKDR yang dipasang.
  - b) Akseptor harus control kembali : setelah haid pertama (4-6 minggu)
  - c) Jelaskan beberapa kemungkinan yang dapat terjadi antara lain resiko infeksi, dan kemungkinan efek samping.
- 3) Segera datang untuk pemeriksaan bila timbul rasa nyeri perut, perdarahan dan tidak dapat haid.
- 4) Hubungan seks dapat dilakukan bila telah tidak ada perdarahan parvaginam.

Langkah VII: Mengevaluasi adalah dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan.

1. Ibu mengerti dan dapat mengulang kembali tentang konseling pra pemasangan .
2. Ibu mantap melakukan pemasangan AKDR CuT-380 A
3. Ibu telah melakukan informed consent
4. Alat telah disediakan.
5. Ibu telah buang air kecil (BAK) dan membersihkan daerah kewanitaannya.
6. Ibu telah dipasang AKDR CuT-380A dengan teknik antiseptic.



7. Ibu telah menerima kartu kontrasepsi dan mengetahui jadwal control AKDR.
8. Ibu bersedia 15 menit tetap berada di tempat pemasangan untuk diobservasi keadaannya pasca pemasangan AKDR CuT-380A.
9. Ibu menerima terapi obat.
10. Ibu mengerti dan dapat mengulangi kembali tentang konseling pasca pemasangan AKDR CuT-380A.

#### Data Perkembangan

1. S : Merupakan data yang diperoleh dari wawancara terhadap klien yang meliputi riwayat kesehatan  
Dalam pengkajian data subjektif yang dikaji meliputi :
  - a. Waktu kunjungan ulang akseptor setelah melakukan pemasangan AKDR CuT-380T.
  - b. Keluhan-keluhan yang dialami akseptor pada saat melakukan kunjungan ulang pasca pemasangan AKDR CuT-380A yang berkaitan dengan efek samping pemasangan.
2. O : merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien
  - a. Dalam pengkajian data objektif meliputi keadaan umum dan tingkat kesadaran akseptor.
  - b. Pengkajian tanda-tanda vital
  - c. Pemeriksaa inspekulo untuk mengetahui keadaan benang AKDR CuT-380A dan serviks.

3. A : merupakan kesimpulan dari data subjektif dan objektif yang telah diperoleh dan kemudian dijadikan diagnosa.

Ny....., umur...tahun, P.....A....., Akseptor baru KB AKDR CuT-380A.

4. P : Merupakan rencana asuhan yang telah dibuat yang akan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan klien berdasarkan pemeriksaan diatas dan yang berhubungan dengan efek samping penggunaan AKDR CuT-380A.

### C. ASPEK HUKUM

Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/Per/2010 Tentang izin praktik bidan IBI dengan rahmat Tuhan Yang Maha Esa, menteri kesehatan Republik Indonesia menyelenggarakan Praktik.

#### Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

#### Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagai mana maksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk:

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom

Pasal 13

1. Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10, pasal 11, dan pasal 12, bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi:
  - b. Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit

