

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga Berencana (KB)

2.1.1 Definisi dan TujuanKB

Keluarga Berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan dengan pemasangan kontrasepsi metode hormonal atau non hormonal.⁹

Upaya ini dapat bersifat sementara ataupun permanen, meskipun masing-masing jenis kontrasepsi memiliki tingkat efektifitas yang berbeda dan hampir sama.¹⁰

2.1.2 Kontrasepsi

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti melawan atau mencegah dan konsepsi yang artinya pertemuan antara sel telur dan sel sperma yang dapat berakibat terjadinya kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah pertemuan antara sel telur dengan sperma agar tidak terjadi kehamilan.¹¹

Tabel 2. Macam Metode Kontrasepsi¹²

Hormonal	Non Hormonal
1. Progestin: pil, injeksi dan implan	1. Metode Amenore Laktasi (MAL)
2. Kombinasi: pil dan injeksi	2. Kondom
	3. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)
	4. Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi)

Berbagai macam metode kontrasepsi antara lain adalah sebagai berikut:

a. Pil

Bila lupa mengonsumsi satu pil saja dapat terjadi kegagalan dalam pemakaiannya.¹³

b. Suntikan

Dapat mencetuskan munculnya pusing, mual, bercak perdarahan, mengubah siklus menstruasi, penurunan atau penambahan berat badan yang menyolok, dan terlambat kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian.¹³

c. Implan

Mebutuhkan tindakan minor untuk insersi dan pencabutan, klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaiannya dan tidak mencegah infeksi menular seksual.¹²

d. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, efektif hanya sampai 6 bulan atau

kembalinya haid, tidak melindungi terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS).¹²

e. Kondom

Mengurangi sentuhan langsung, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan dan pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.¹²

f. Kontrasepsi Mantap

Kontrasepsi mantap terdiri dari 2 jenis, yaitu tubektomi dan vasektomi. Tubektomi merupakan metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita dengan cara mengikat dan memotong atau memasang cincin tuba falopii, sehingga ovum tidak dapat bertemu dengan sperma. Vasektomi yaitu prosedur klinik dengan cara mengoklusi *vasa deferentia* sehingga alurtransportasi sperma terhambat.¹²

g. IUD

Intrauterine Device (IUD) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang fleksibel dipasang dalam rahim. Kontrasepsi yang paling ideal untuk ibu pasca persalinan dan menyusui adalah kontrasepsi yang tidak menekan produksi ASI yakni Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/*Intrauterine Device* (IUD), suntikan KB 3 bulan, minipil dan kondom.¹⁴

Ibu perlu ikut KB setelah persalinan agar ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Kontrasepsi yang dapat digunakan pada pasca persalinan dan paling potensi untuk mencegah *missed opportunity* ber-KB adalah Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau *Intrauterine Device* (IUD) pasca persalinan pervaginam, yakni pemasangan dalam 10 menit pertama sampai 48 jam setelah plasenta lahir (atau sebelum penjahitan uterus/rahim pada pasca persalinan dan pasca keguguran di fasilitas kesehatan, dari ANC sampai dengan persalinan terus diberikan penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi, sehingga ibu setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu metode kontrasepsi.¹⁴

Jenis-jenis *Intrauterine Device* (IUD) yang telah direkomendasikan pemasangannya dan beredar di Indonesia ialah NOVA T (*Schering*). IUD yang banyak dipakai di Indonesia dewasa ini dari jenis *unmedicated*(tidak mengandung obat) adalah *Lippes Loop* dan dari jenis *medicated*(mengandung obat) adalah Cu-T 380 A, *Multiload 375* dan *Nova-T*.¹⁵

- *Lippes Loop*

IUD *Lippes Loop* terbuat dari bahan polietilen, berbentuk spiral, pada bagian tubuhnya mengandung barium sulfat yang menjadikannya *radio opaque* pada pemeriksaan dengan sinar-X.

IUD *Lippes Loop* bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol dan dipasang benang pada ekornya. *Lippes Loop* terdiri dari 4 jenis yang berbeda ukuran panjang bagian atasnya.

Tabel 3. Macam Tipe *Lippes Loop*¹⁶

Macam Loop	Panjang	Berat	Warna Benang
LL A	22,5 cm	290 mgr	Hitam
LL B	27,5 cm	526 mgr	Biru
LL C	30,0 cm	615 mgr	Kuning
LL D	30,0 cm	709 mgr	Putih

IUD jenis *Lippes Loops* mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan lain dari jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik.

- *Multiload 375*

IUD *Multiload 375* (ML 375) terbuat dari polipropilen dan mempunyai luas permukaan 250 mm² atau panjang 375 mm² kawat halus tembaga yang membalut batang vertikalnya untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran *multiload* yaitu standar, *small*, dan mini. Bagian lengannya didesain sedemikian rupa sehingga lebih fleksibel dan meminimalkan terjadinya ekspulsi.

- CuT-380 A

IUD CuT-380 A terbuat dari bahan polietilen berbentuk huruf T dengan tambahan bahan Barium Sulfat. Pada bagian tubuh yang

tegak, dibalut tembaga sebanyak 176 mg tembaga dan pada bagian tengahnya masing- masing mengandung 68,7 mg tembaga, dengan luas permukaan $380 \pm 23\text{m}^2$.

Ukuran bagian tegak 36 mm dan bagian melintang 32 mm, dengan diameter 3 mm. Pada bagian ujung bawah dikaitkan benang monofilamen polietilen sebagai kontrol dan untuk mengeluarkan IUD.

- Nova – T

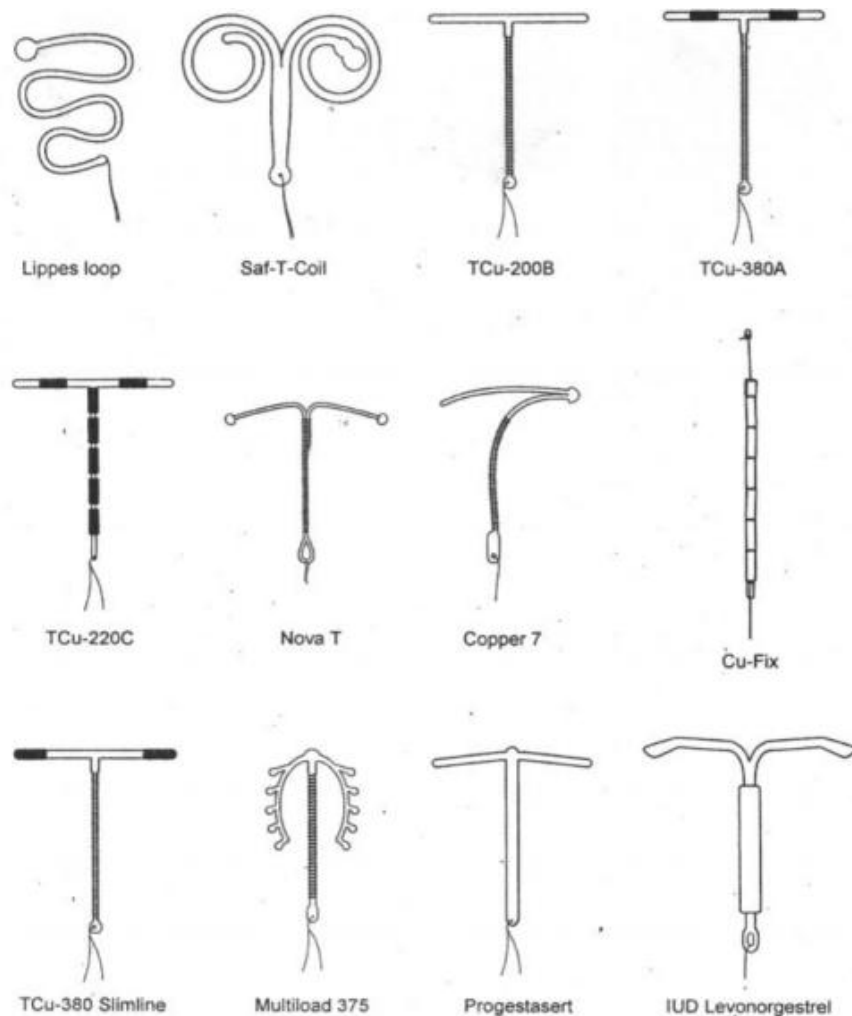
IUD Nova-T mempunyai 200 mm² kawat halus tembaga dengan bagian lengan fleksibel dan ujung tumpul sehingga tidak menimbulkan luka pada jaringan setempat pada saat dipasang.

- Cooper-7

IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm² fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Copper-T.

Jenis kontrasepsi IUD pasca persalinan pervaginam aman dengan menggunakan IUD CuT (copper T), sedangkan jenis *non copper* memerlukan penundaan sampai 6 minggu sehingga tidak cocok untuk pasca persalinan pervaginam.¹⁴ CuT-380A dan *Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Devices* (LNG-IUDs) yang terdiri dari 20 mcg dikeluarkan per 24 jam (mirena) dan dosis yang lebih kecil 14 mcg per 24 jam (*Skyla*). IUD

tembaga pertama kali dikembangkan tahun 1960 sampai pertengahan 1970 dan CuT-380A pertama kali disetujui oleh *United States Food and Drug Administration* (FDA) pada tahun 1984. Penggunaan CuT- 380A pertama kali adalah untuk 4 tahun saja, kemudian diperpanjang sampai 10 tahun pada tahun 1994.¹⁷



Gambar 1. Jenis- Jenis IUD

Pengembangan IUD progesterone dimulai pada tahun 1970an dan menghasilkan peraturan obat di Finlandia tahun 1990 dimana IUD dengan 52 mg LNG (*mirena*) yang melepaskan levonorgestrel berjumlah 20 mcg

perhari dapat efektif selama 5 tahun. US FDA baru menyetujui LNG 20 mcg yang efektif selama 5 tahun pada tahun 2000. Tahun 2014 FDA menyetujui IUD dengan 13,5 mg LNG-IUD dan ditahun 2015 52 mg LNG-IUDs (*liletta*). Yang mana *Skylla* dan *liletta* efektif selama 3 tahun.¹⁷

Angka kegagalan di tahun pertama untuk CuT-380A 0,6-0,8%, mirena 0,2%, dan *Skylla* 0,9%. Setelah penghentian pemakaian CuT-380A, pengguna akan kembali normal menjadi subur kembali dengan tingkat kehamilan 82% pada 1 tahun pertama setelah pelepasan dan 89% pada 2 tahun setelah pelepasan. Sedangkan untuk *Skylla* tingkat kehamilan setelah dilakukan pelepasan IUD adalah 77%. Meskipun dengan meningkatnya harga IUD, mereka merupakan salah satu bentuk kontrasepsi yang paling efektif untuk jangka panjang.¹⁸

Mekanisme kerja yang pasti dari kontrasepsi IUD belum diketahui. Ada beberapa mekanisme kerja kontrasepsi IUD yang telah diajukan :

- a. Timbulnya reaksi radang lokal yang non spesifik di dalam kavum uterisehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu. Di samping itu, dengan munculnya leukosit PMN, makrofag, *foreign body giant cells*, sel mononuklear dan sel plasma yang dapat mengakibatkan lisis dari spermatozoa atau ovum dan blastokista.
- b. Produksi lokal prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
- c. Gangguan atau terlepasnya blastokista yang telah berimplantasi di dalam endometrium.

- d. Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba falopii.
Immobilisasi spermatozoa saat melewati kavum uteri.¹⁵

IUD dapat dipasang dalam keadaan berikut:

- a. Sewaktu haid sedang berlangsung. Dilakukan pada hari-hari pertama atau pada hari-hari terakhir haid. Keuntungan IUD pada waktu ini antara lain ialah:

- Pemasangan lebih mudah karena serviks pada waktu itu agak terbuka dan lembek.
- Rasa nyeri tidak seberapa dirasakan.
- Perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan.
- Kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada.

Kerugian IUD pada waktu haid sedang berlangsung antara lain¹⁵:

- Infeksi dan ekspulsi lebih tinggi bila pemasangan dilakukan saat haid.
 - Dilatasi kanalis servikalis adalah sama pada saat haid maupun pada saat mid – siklus.
- b. Sewaktu pascasalin bila pemasangan IUD tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin, sebaiknya IUD ditangguhkan sampai 6 - 8 minggu 24 postpartum oleh karena jika pemasangan IUD dilakukan antara

minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar.

- c. Sewaktu post abortum sebaiknya IUD dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologi dan psikologi waktu tersebut adalah paling ideal. Tetapi, *septic abortion* merupakan kontraindikasi.
- d. Beberapa hari setelah haid terakhir. Dalam hal ini wanita yang bersangkutan dilarang untuk bersenggama sebelum IUD dipasang. Sebelum pemasangan IUD dilakukan, sebaiknya diperlihatkan kepada akseptor bentuk IUD yang dipasang, dan bagaimana IUD tersebut terletak dalam uterus setelah terpasang. Dijelaskan bahwa kemungkinan terjadinya efek samping seperti perdarahan, rasa sakit, IUD keluar sendiri.¹⁹

2.2 IUD Pasca persalinan pervaginam

2.2.1 Definisi Pasca persalinan pervaginam dan Instrumen IUD Pasca persalinan pervaginam

Pascasalin adalah waktu setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Pascasalin adalah salah satu waktu kritis ketika seorang wanita dan bayi yang baru dilahirkannya membutuhkan pelayanan kesehatan yang spesial dan terintegrasi karena angka kesakitan dan angka kematian selama periode ini cukup tinggi. Penelitian menunjukkan bahwa wanita yang sudah hamil kembali dalam rentang

waktu 24 bulan semenjak persalinan sebelumnya memiliki risiko untuk mengalami aborsi, bayi prematur, perdarahan pascasalin, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), kematian bayi dan bahkan kematian ibu sendiri.²⁰

Pascasalin adalah periode penyesuaian setelah kehamilan dan persalinan ketika perubahan anatomi dan fisiologis kehamilan hilang dan tubuh kembali ke keadaan normal seperti sebelum hamil. Fundus uteri tepat berada dibawah umbilikus setelah melahirkan plasenta. Rahim beratnya sekitar 1 kg dan ukurannya saat 20 minggu kehamilan berukuran sekitar 25 cm dan 30 cm dari leher uterus ke fundus. Selama 12 jam pertama pasca persalinan pervaginam, kontraksi uterus teratur, kuat dan terkoordinasi. Intensitas, frekuensi dan keteraturan kontraksi akan menurun setelah hari pertama pasca persalinan pervaginam. Hari berikutnya disebut sebagai involusi uterus, yaitu berkurangnya ukuran uterus secara bertahap.²¹

Secara garis besar terdapat tiga proses penting di masa nifas, yaitu sebagai berikut:

1) Pengecilan Uterus

Uterus dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Pada wanita yang tidak hamil, berat uterus sekitar 30 gram. Semakin lama usia kehamilan uterus makin membesar. Setelah bayi lahir umumnya berat uterus menjadi sekitar 1.000 gram dan dapat diraba kira-kira setinggi 2 jari di bawah umbilikus. Setelah 1

minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu kemudian beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah uterus akan kembali mengecil perlahan-lahan ke bentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40- 60 gram. Pada saat ini masa nifas dianggap sudah selesai namun sebenarnya uterus akan kembali ke posisinya yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan setelah masa nifas. Selama masa pemulihan 3 bulan ini bukan hanya uterus saja yang kembali normal tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

2) Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil, darah ibu relatif lebih encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Setelah melahirkan sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah mulai mengental, dimana kadar perbandingan sel darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-15 pasca persalinan.

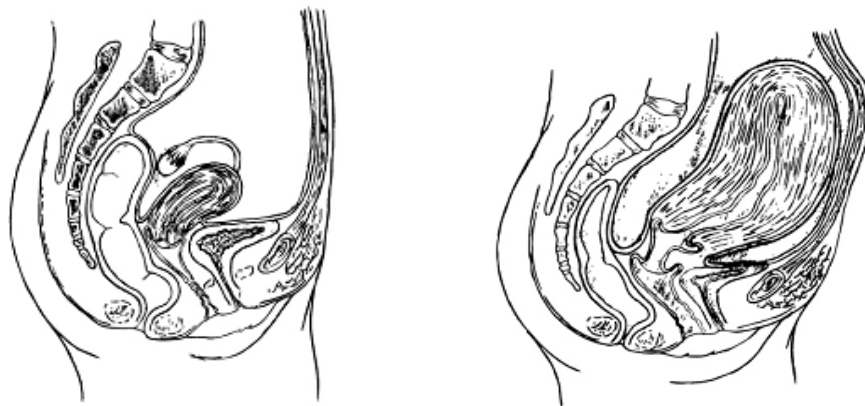
3) Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin, hormon yang memproduksi ASI. Setelah plasenta lepas hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan.²²

Pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam lebih banyak memberikan keuntungan bila dibanding IUD masa interval. Wanita yang menggunakan IUD pasca persalinan pervaginam melaporkan bahwa

mereka merasa lebih nyaman dan lebih sedikit efek samping yang ditimbulkan.²³ Pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam memiliki keuntungan diantaranya pasca persalinan adalah periode dimana pasien termotivasi untuk menggunakan kontrasepsi, rasa sakit lebih sedikit karena pada kondisi ini serviks masih berdilatasi dan masih terdapat efek dari analgetik persalinannya, dan digunakan untuk pasien-pasien yang ingin *follow-up* dalam waktu dekat. Tetapi pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam ini memiliki insidensi ekspulsi yang lebih tinggi dibandingkan pemasangan IUD masa interval.²⁴

Waktu pemasangan, metode dan keahlian petugas kesehatan adalah faktor penting dalam pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam. Waktu pemasangan nantinya akan berpengaruh terhadap kejadian ekspulsi. Idealnya pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam dilakukan dalam 10 menit pasca melahirkan plasenta atau sampai dengan 48 jam pasca melahirkan. Pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam tergolong aman dan efektif.²⁰



Gambar 2. Uterus Normal (kiri) dan Uterus Pasca Persalinan (kanan)

Sampai sekarang, penggunaan alat yang didesain khusus untuk pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam masih jarang digunakan. Tetapi terdapat 2 metode dalam pemasangannya, yaitu pemasangan secara manual dan pemasangan dengan alat bantu/ instrumen. Pemasangan manual adalah pemasangan dimana petugas kesehatan yang melakukan pemasangan membuka IUD dari bungkusnya dan meletakkannya di jari mereka sebelum dilakukan peletakan IUD ke fundus uteri. Sedangkan pemasangan dengan instrumen adalah pemasangan dimana petugas kesehatan yang melakukan pemasangan membuka IUD dari bungkusnya dan memegang IUD dengan forsep atau langsung dengan inserter khusus kemudian baru meletakkannya pada fundus uteri.²³

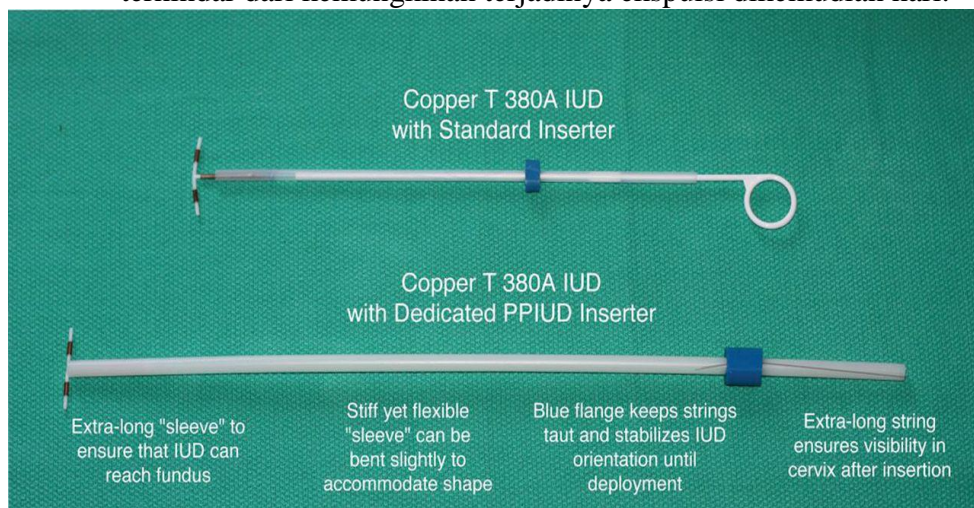
Masing- masing pendekatan ini mengharuskan IUD untuk dipasang berdasarkan teknik tertentu, memungkinkan terjadinya kontaminasi yang akan menjadi infeksi, dan kerusakan pada IUD. Selain itu, tali IUD yang mengandung tembaga tidak cukup panjang untuk terlihat setelah insersi yang dapat menyebabkan lokasi IUD tidak dapat dipastikan.

Metode manual mulai ditinggalkan karena alasan kenyamanan akseptor, resiko pajanan HIV pada petugas kesehatan, dan kesulitan penggunaan forsep karena membutuhkan pelatihan khusus. Agar pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam menguntungkan bagi akseptor dan petugas kesehatan, Population Services International (PSI), The Stanford Program for International Reproductive Education and Services (SPIRES), and Pregna

International Ltd merancang inserter IUD pasca persalinan pervaginam (gambar 3).

Inserter dengan desain khusus ini diklaim memiliki kelebihan sebagai berikut:²³

- 1) Tidak memerlukan alat khusus seperti forsep yang mana memerlukan keterampilan khusus.
- 2) Dapat menyesuaikan bentuk dari uterus pasca persalinan pervaginam karena terbuat dari silastik, bahan yang kaku tapi tetap fleksibel.
- 3) Tanpa banyak manipulasi tangan dan mengurangi kemungkinan kontaminasi serta infeksi.
- 4) Menghindari petugas kesehatan dari pajanan HIV .
- 5) Panjang sehingga mampu meraih fundus uteri dengan pasti sehingga terhindar dari kemungkinan terjadinya ekspulsi dikemudian hari.



Gambar 3. *Inserter* IUD Pasca persalinan pervaginam dengan desain

khusus²³

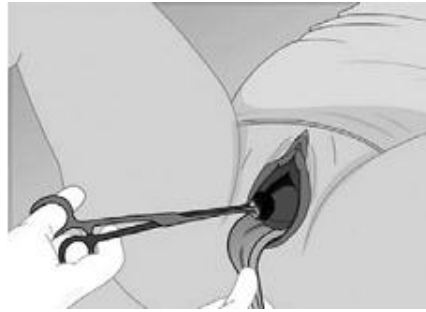
Belum ada pemberitaan terkait apakah *inserter* dengan desain khusus tersebut sudah digunakan di Indonesia atau belum. Sedangkan penggunaan *Long Kelly Forceps* masih dalam proses untuk menjadi alat yang akan digunakan pada program pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam secara nasional.

2.2.2. Inseri IUD Pasca Persalinan Pervaginam

Inseri dengan alat bantu/ instrumen dapat dilakukan secara *avue* atau *blind method*. *Avue* yakni menggunakan satu alat yaitu inserter khusus (NovaT-postpartum), inserter postpartum (*long inserter*) dengan diameter 0,5 cm dan panjang 25-30 cm atau menggunakan *ring forceps*.

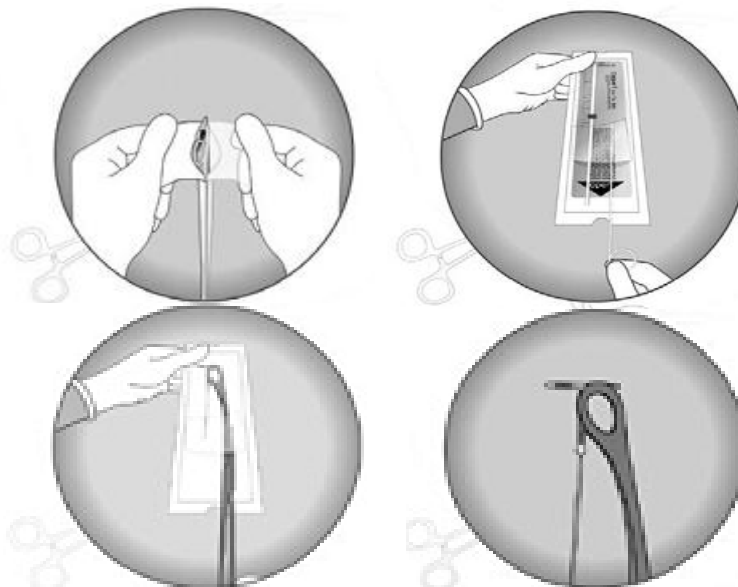
Beberapa langkah prosedural pemasangan IUD yaitu:

1. Semua kontraindikasi diidentifikasi dan jika tidak ada maka ibu hamil diberikan konseling dan dibuat izin tertulis.
2. Untuk menentukan posisi dan ukuran uterus dilakukan pemeriksaan pelvik bimanual terlebih dahulu. Semua abnormalitas dievaluasi karena dapat menjadi kontraindikasi pemasangan IUD.²⁵
3. Masukkan spekulum *Simms* secara perlahan-lahan dan lihat bagian serviks dengan menekan dinding posterior vagina.
4. Bersihkan serviks dan vagina dengan larutan antiseptik.
5. Pegang bibir serviks bagian atas dengan lembut menggunakan klem cincin (*ring forceps*). Spekulum dapat dilepas saat ini. Biarkan forsep lepas dari tangan sambil tetap menjaga forsep tetap melekat pada serviks.²⁶



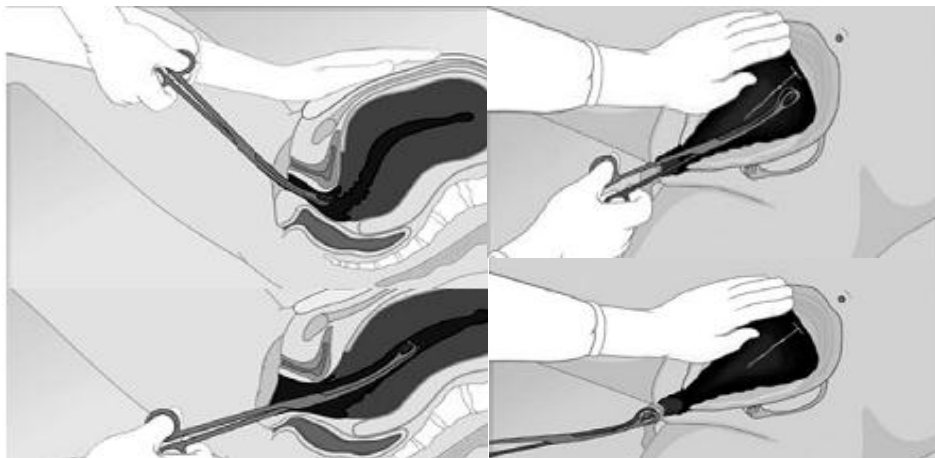
Gambar 4. Memasukkan Spekulum *Simms*, Melihat, dan Membersihkan Serviks serta Vagina

6. Buka kemasan steril IUD dari bagian bawah dengan menarik bungkus plastik ke belakang hingga kira-kira sepertiganya
7. Pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam dilakukan dengan menggunakan inserter yang panjang menyesuaikan ukuran uterus pada saat pasca persalinan pervaginam yaitu *Long Kelly Forceps*.
8. Gunakan forsep plasenta dengan tangan dominan untuk memegang IUD di dalam kemasan sterilnya.²⁶



Gambar 5. Membuka dan Mengeluarkan Kemasan IUD (atas)
Memegang IUD dengan Forsep (bawah)

9. Masukkan IUD lebih dalam dengan perlahan menuju titik ketika resistensi ringan terasa di bagian dinding belakang segmen bawah uterus.
10. Turunkan *ring forceps* dan lepaskan perlahan dari serviks kemudian simpan di atas bidang steril. Forsep diletakkan di atas bidang steril untuk berjaga-jaga seandainya diperlukan kembali.
11. Melalui dinding perut, tekan seluruh uterus ke arah superior. Manuver mengangkat uterus ini dilakukan untuk membuat sudut antara uterus dan vagina lebih datar sehingga alat dapat dengan mudah bergerak ke atas menuju fundus uteri.²⁶
12. Terus dorong forsep secara perlahan sampai fundus uteri tercapai, yaitu ketika akan merasakan adanya resistensi. Keuntungan tambahan dari penggunaan *Long Kelly Forceps* adalah cincin lebar di ujung distalnya membuat kemungkinan forsep melubangi fundus uteri menjadi sangat kecil. Sambil terus menstabilkan uterus, buka forsep, miringkan forsep sedikit menuju garis tengah untuk melepaskan IUD di fundus.



Gambar 6. Inseri IUD

13. Dengan menjaga forsep sedikit terbuka, keluarkan forsep dari rongga uterus dengan hati-hati agar tidak menggeser posisi IUD. Tahan tangan tidak dominan di posisinya untuk mempertahankan stabilisasi uterus. Jika forsep berada dalam kondisi tertutup dan/atau terjatoh benang IUD, forsep dapat dengan tidak sengaja menarik IUD ke bawah sehingga menjauh dari posisi fundus dan meningkatkan risiko IUD keluar dengan sendirinya.²⁶
14. Periksa serviks untuk melihat apakah ada bagian IUD atau benang IUD yang keluar dari serviks. Jika IUD atau benang IUD terlihat keluar dari serviks, maka lepas IUD.²⁶
15. Masukkan semua alat ke dalam larutan klorin 0,5%. Forsep harus dalam posisi “terbuka”. Dukung inisiasi perawatan pasca persalinan rutin. Ibu harus beristirahat di tempat prosedur dilakukan. Lakukan perawatan rutin untuk ibu dan bayi. Buang limbah ke wadah limbah yang sesuai. Rendam kedua tangan yang masih terbungkus sarung tangan. Lepaskan sarung tangan dengan membalik bagian dalam ke luar dan buang dengan benar. Mengikuti semua praktek pencegahan infeksi rutin dalam persalinan.²⁶
16. Akseptor harus mengecek 3-6 minggu setelah pemasangan IUD. Akseptor harus menghubungi dokter atau perawat jika memiliki masalah, pertanyaan, ingin melepas IUD, atau jika akseptor merasa dirinya berisiko mendapatkan infeksi menular seksual karena hal ini dapat menyebabkan infeksi panggul.²⁷

Inseri IUD menggunakan alat secara *blind method* dapat menggunakan hanya *ring forceps* ataupun menggunakan kombinasi inserter

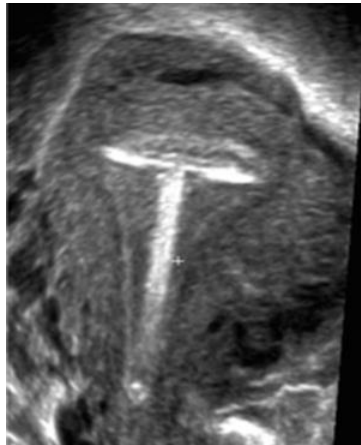
standar (*plunger and rods*/ tabung dan batang pendorong) dan *ring forceps* (teknik *push and push*). Cara ini lebih mengutamakan eksplorasi kavum uteri untuk mengeluarkan sisa kulit ketuban ataupun jendalan darah yang dapat mengganggu kontraksi uterus dan identifikasi *Fibro-muscular Junction* (FMJ)/ tepi batas korpus uteri dengan SBR menggunakan jari tengah dan telunjuk.

Kelebihan dari penggunaan teknik ini adalah:

- Dapat menempatkan IUD setinggi mungkin sampai dinding fundus uteri
- *Ring forceps* dapat digunakan untuk mengarahkan insersi pada bagian tengah fundus uteri.
- Dengan penggunaan *ring forceps* maka insersi dapat dilakukan pada uterus yang sudah dalam keadaan kontraksi sehingga dapat diinsersikan pada waktu lebih 10 menit setelah plasenta lahir.
- Penggunaan tabung inserter akan melindungi batang tengah dari jepitan *ring forceps*, mendorong IUD lebih dekat dengan fundus dan mempertahankan posisi IUD pada saat klem ovarium ditarik keluar. Sedangkan batang pendorong dapat untuk mempertahankan posisi IUD sewaktu tabung inserter ditarik keluar.

Tujuan menggunakan teknik ini adalah menurunkan tingkat ekspulsi dan ketidaknyamanan pada waktu insersi. Insersi dilakukan segera setelah plasenta lahir serta interval waktu insersi tidak terbatas (bisa lebih dari 10 menit setelah plasenta lahir).

Ultrasonografi adalah metode awal yang paling umum dari evaluasi karena efektivitas biaya, kurangnya radiasi pengion, dan lebih detail dalam melihat anatomi panggul. Batang IUD biasanya mudah diidentifikasi pada standar dua dimensi (2D) transvaginal ultrasonografi (TVUS) sebagai struktur *echogenic linear*.



Gambar 7. USG 3D IUD Tembaga Potongan Koronal²⁸

Lengan IUD tembaga sepenuhnya echogenic, sedangkan lengan IUD- LNG hanya echogenic di proksimal dan distal ujung, dengan karakteristik posterior sentral akustik membayangi gambar melintang. Tiga dimensi (3D) rekonstruksi semakin sering digunakan, terutama dalam tampilan koronal, yang memungkinkan untuk lebih berhati-hati dalam evaluasi posisi lengan.²⁸

2.3 Keberlangsungan IUD Pasca persalinan pervaginam

IUD pasca persalinan pervaginam banyak manfaatnya, namun kejadian *drop-out* IUD pasca persalinan pervaginam masih ditemukan. Keberlangsungan pemakaian IUD pasca persalinan pervaginam dapat dikaitkan dengan kejadian

ekspulsi, hamil dan keputusan pribadi akseptor. Ekspulsi terjadi dikarenakan ketidakberhasilan insersi IUD pasca persalinan pervaginam.

2.3.1 Ekspulsi IUD Pasca persalinan pervaginam

Ekspulsi IUD adalah IUD yang terlepas atau keluar dari rongga uterus. Akseptor IUD perlu mengetahui tanda-tanda lepasnya IUD/AKDR. Ekspulsi dapat terjadi sebagian, yaitu IUD sudah terletak dibagian bawah uterus atau sebagian sudah berada dalam kanalis servikalis atau sudah seluruhnya berada di luar uterus. Bila ujung IUD dapat teraba pada ostium uteri eksterna atau benangnya menjadi lebih panjang dari semula, maka dapat dianggap sebagai ekspulsi sebagian. Keadaan ini akan sangat mengurangi efektivitas sebagai alat kontrasepsi dan dapat meningkatkan risiko endometritis.²⁹ Gejala ekspulsi antara lain kram, pengeluaran per vagina, *spotting* atau perdarahan, dan dispareni.³⁰

Ekspulsi disebabkan karena pemasangan dilakukan pada saat kondisi uterus masih besar, IUD dapat terdorong keluar sejalan dengan proses pemulihan ukuran uterus ke bentuk semula. Angka kejadian ekspulsi ini diperkirakan 11%. Ini artinya, dari 100 orang yang menggunakan IUD post plasenta terdapat 11 orang yang mengalami ekspulsi.³⁰

Ada beberapa faktor yang kurang mendukung penggunaan metode kontrasepsi IUD ini, antara lain yaitu ketakutan akan keluarnya (ekspulsi) material IUD dari uterus/jalan lahir. Hal ini biasanya terjadi pada waktu haid, disebabkan ukuran IUD yang terlalu kecil. Ekspulsi ini juga

dipengaruhi oleh jenis bahan yang dipakai. Makin elastis sifatnya makin besar kemungkinan terjadinya ekspulsi. Sedangkan jika permukaan IUD yang bersentuhan dengan uterus (*cavum uteri*) cukup besar, kemungkinan terjadinya ekspulsi kecil. Ketakutan juga dapat terjadi akibat pengalaman individual orang lain yang mengalami nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan IUD. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.³⁰

Pada penelitian di China yang membandingkan teknik insersi IUD CuT-380A yaitu dengan alat (*ring forceps*) dan tangan, didapatkan angka ekspulsi yang lebih tinggi pada teknik insersi dengan tangan (13,3%) dibandingkan yang menggunakan alat (12,7%) pada penelitian selama 6 bulan, namun tidak didapatkan perbedaan yang bermakna secara statistik.^{31,32}

Penelitian lain mengenai insersi IUD CuT-380A pada persalinan pervaginam yang membandingkan efek samping pada insersi pascaplasenta (postpartum pervaginam) dan interval, didapatkan hasil angka ekspulsi yang tinggi pada insersi IUD postpartum pervaginam/ 48 jam postpartum (14%) dan paling rendah pada insersi interval (3,6%).³³

Keterampilan petugas dalam insersi IUD pascaplasenta sangat berpengaruh pada angka ekspulsi. Penelitian di Afrika tentang program pelatihan dan pengalaman insersi IUD oleh bidan didapatkan penurunan angka ekspulsi pada bidan yang mendapatkan pelatihan dan pengalaman lebih

banyak.³⁴ Ekspulsi paling sering terjadi pada tiga bulan pertama pemakaian terutama 8 minggu pascainsersi.³⁵

2.3.2 Malposisi IUD Pasca persalinan pervaginam

Penempatan IUD yang tepat adalah di bagian fundus korpus uteri dengan lengan teregang penuh mengarah ke kornu uteri. Bagian vertikal dari tubuh T harus sejajar atau sesuai sumbu dari uterus. IUD dikatakan mengalami malposisi jika ada bagiannya tertanam dalam miometrium atau pada kanalis endoserviks, apabila terputat, atau jika terletak jauh dari fundus segmen bawah uterus (SBR). Sekitar 10% dari IUD mengalami malposisi, tetapi tidak semua IUD malposisi memerlukan pengangkatan. Diharapkan, dengan mengecilnya uterus pada saat proses involusi, IUD dapat menyesuaikan posisinya mendekati fundus uteri.

Data mengenai efektivitas IUD yang mengalami malposisi asimtomatik masih terbatas. Secara teoritis, perubahan kecil pada posisi tidak akan memengaruhi efek kontrasepsi dari progestin atau tembaga yang dilepaskan. Data dari uji coba secara acak dari IUD *Levonorgestrel* menunjukkan tidak ada perbedaan dalam tingkat kehamilan antara IUD yang terletak di endoserviks dan fundus. Sebuah laporan kasus ditemukan terjadinya infertilitas sekunder yang resisten terapi pada pasien dengan IUD *Levonorgestrel* intraabdominal yang tidak terdeteksi dan pasien tersebut hamil secara spontan dalam siklus pertama setelah pengangkatan.³⁶

Malposisi lebih sering terjadi pada insersi yang sulit, seperti pada perempuan dengan distorsi kavum uteri, adenomiosis atau obesitas. Dalam kasus ini, insersi oleh dokter yang berpengalaman dan panduan USG dapat mengurangi risiko terjadinya malposisi.³⁶

2.3.3 Perforasi IUD Pasca Persalinan Pervaginam

Ukuran uterus yang besar saat postpartum dapat berkontribusi terjadinya kesalahan penempatan IUD. Hal tersebut memunculkan kekhawatiran kemungkinan terjadinya perforasi saat involusi uterus berlangsung. *Family Health International* (FHI) melaporkan bahwa risiko perforasi pada satu bulan insersi pascaplasenta tidak lebih besar dari insersi interval, sekitar 1 per 2000 insersi.

Penelitian retrospektif pada tujuh kasus yang didiagnosis dan diterapi sebagai mislokasi antara tahun 1997-2004. Kesimpulannya, mereka merekomendasikan bahwa insersi IUD harus hati-hati karena berpotensi menimbulkan risiko terjadinya perforasi uterus dengan atau tanpa gejala. Perforasi dari uterus oleh IUD merupakan komplikasi yang serius dan dapat terjadi saat atau setelah insersi. Perforasi dapat dicegah dengan teknik insersi yang cermat.³⁷

2.3.4 *Follow-Up* IUD Pasca Persalinan Pervaginam

Dengan melakukan *follow-up*, keberlangsungan akseptor IUD pasca persalinan pervaginam dapat diketahui. Belum diketahui apakah *follow-up*

disetiap fasilitas kesehatan yang melayani IUD pasca persalinan pervaginam sudah dilakukan dengan baik atau belum.

Cara paling mudah yang dapat dilakukan untuk melakukan *follow-up* adalah dengan menelepon akseptor. Adapun panduan untuk melakukan telepon lanjutan kepada akseptor IUD pasca persalinan pervaginam adalah dengan menggunakan buku register data KBPP (Keluarga Berencana Pasca Persalinan). Lalu telepon ibu yang telah menerima KBPP melalui nomor telepon yang tercantum dalam register. Diperlukan juga register untuk melengkapi informasi mengenai keluhan yang mungkin diungkapkan oleh akseptor. Petugas kesehatan mencoba untuk menelepon akseptor di pagi hari saat ia masih memiliki waktu untuk berbicara dengan petugas kesehatan.²⁶

Petugas kesehatan mengawali dengan memperkenalkan diri dan minta berbicara langsung dengan akseptor. Kemudian katakan bahwa tujuan menelepon adalah untuk tindak lanjut setelah pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam. Tanyakanlah bagaimana perasaan ibu, apakah ada tanda-tanda bahwa IUD keluar dari tempatnya, apakah ada tanda-tanda infeksi, apakah akseptor tidak dapat menyentuh benang, apakah akseptor memiliki masalah dengan IUD. Jika akseptor menjawab “ya” terhadap salah satu pertanyaan tersebut, minta ia untuk datang ke fasilitas kesehatan dan bertemu dengan bidan di bagian kebidanan/ obstetri dan ginekologi (berikan nama petugas kesehatan yang menguasai IUD pasca persalinan pervaginam kepada ibu) untuk dilakukan manajemen kehilangan benang (gambar 8). Tuliskan informasi yang diberikan ibu kepada di buku register data KBPP.²⁶



Gambar 8. Protokol Manajemen Kehilangan Benang²⁶

Menurut beberapa penelitian, evaluasi setelah insersi IUD CuT-380A pascaplasenta dapat dilakukan 4 hari setelah insersi atau dilakukan sebelum pasien dipulangkan dari rumah sakit, saat 42 hari atau masa nifas selesai, 3 bulan dan 6 bulan setelah insersi.³⁸

2.4 Faktor Keberlangsungan IUD Pasca Persalinan Pervaginam

2.4.1 Faktor Akseptor

Merupakan hak akseptor untuk melanjutkan atau mengakhiri penggunaan IUD pasca persalinan pervaginam, namun keduanya tetap mempengaruhi upaya pemerintah dalam mensukseskan program KB. Akan

lebih baik apabila pemerintah mampu meningkatkan faktor- faktor yang memperkuat akseptor untuk tetap lanjut menggunakan IUD.

2.4.1.1 Faktor Akseptor Lanjut Menggunakan IUD Pasca

Persalinan Pervaginam

Keberlanjutan pemakaian mendapatkan dampak positif yang dirasakan oleh akseptor, antara lain:³⁰

- a. Efektivitas sama dengan steril. Biaya yang dikeluarkan jauh lebih murah dibandingkan steril (tubektomi), meski keduanya memiliki efektivitas yang sama.
- b. Pemasangannya relatif tidak sakit, sebab pemasangan dilakukan tidak lama setelah plasenta lahir. Kondisi akseptor yang melihat anaknya baru lahir saat itu pun tentu senang sehingga rasa sakit akibat pemasangan IUD ini cenderung diabaikan.
- c. Darah yang keluar akibat pemasangan IUD tersamar dengan lokia (darah pasca melahirkan).
- d. Motivasi KB masih tinggi. Penundaan pemasangan IUD akan menurunkan motivasi.³⁹
- e. Tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil ber-KB.
- f. Tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar air susu ibu (ASI) bagi akseptor yang menyusui.

2.4.1.2 Faktor Akseptor Tidak Lanjut Menggunakan IUD Pasca Persalinan Pervaginam

Faktor pemakaian akseptor tidak lanjut dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain:⁴⁰

- a. Psikis akseptor IUD yang stress dapat menyebabkan ekspulsi.
- b. Beban pekerjaan akseptor IUD yang berat.
- c. Ketidaknyamanan akibat pemasangan antara lain kram, pengeluaran per vaginadan *dyspareunia*. Terjadi *menorrhagia* (33,33%), nyeri perut (15,38%), *spotting*(12,82%), keputihan (10,3%), kehamilan (2,56%), *dyspareunia*(7,69%), *amenorrhea*(2,56%), ekspulsi (2,56%), benang hilang (2,56%), PID (2,56%), gangguan siklus (2,56%) dan *dismenorrhea*(5,12%).³⁰
- d. Takut akan adanya perforasi maupun translokasi IUD.

2.4.2 Faktor Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi petugas kesehatan, sarana pra-sarana, metode dan teknik, serta kebijakan yang diberlakukan oleh penyedia kesehatan, dalam hal ini adalah pemerintah.

2.4.2.1 Faktor yang Tidak Menyebabkan Ekspulsi

Berikut faktor pelayanan kesehatan yang tidak menyebabkan kejadian *drop-out* atau ekspulsi:

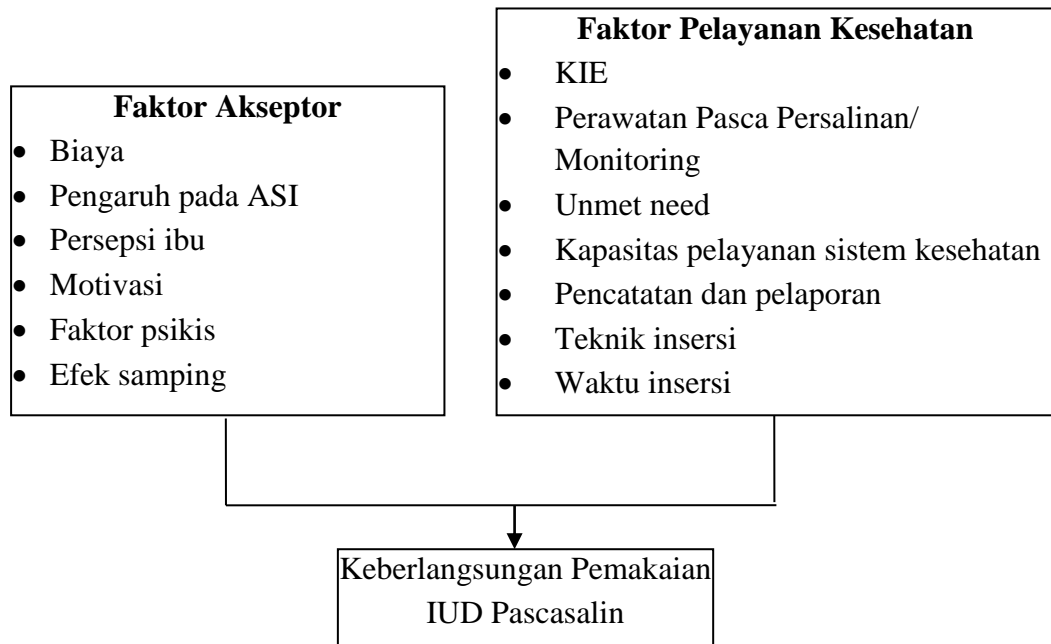
- a. Kualitas informasi dan konseling mengenai KB menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) yang baik saat *Antenatal Care* (ANC) di fasilitas kesehatan pertama masing-masing akseptor.
- b. Rendahnya angka *unmet-need*, yaitu kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi sering dikaitkan dengan dua hal, yaitu *supply* dan *demand*. Dalam hal ini penyedia layanan berupaya menyediakan dan mendistribusikan alat kontrasepsi yang dibutuhkan dan diinginkan masyarakat.⁴¹
- c. Meningkatnya kapasitas pelayanan KB pasca persalinan pervaginam bagi petugas kesehatan.
- d. Sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB yang baik.
- e. Adanya dukungan kebijakan/peraturan Kemenkes khususnya tentang Kewenangan melakukan tindakan medis bagi Bidan, sehingga baik untuk pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam maupun *follow-up* kehilangan benang juga diharapkan dapat dilakukan oleh bidan.
- f. Berlakunya perbaikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan, memudahkan apabila kehamilan beresiko dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.

2.4.2.2 Faktor yang Menyebabkan Ekspulsi

Faktor pemakaian akseptor tidak lanjut dipengaruhi oleh tidak berhasilnya insersi IUD. Keberhasilan insersi IUD ditentukan oleh beberapa faktor, antara lain:⁴⁰

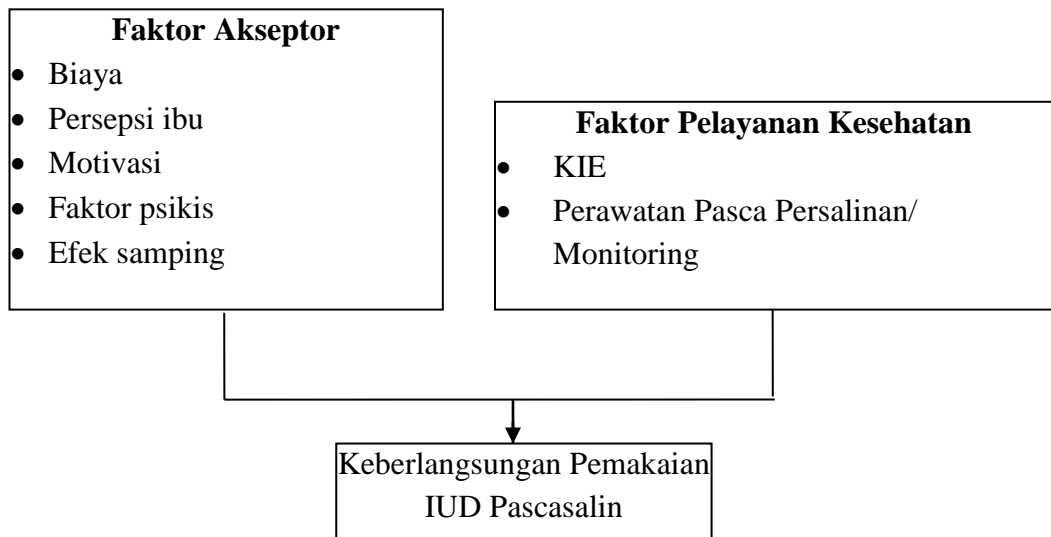
- a. Teknik insersi yang tidak baik, atau tidak dilakukan oleh petugas yang ahli dapat menyebabkan ekspulsi, kerja kontraseptif tidak efektif dan perforasi uterus.
- b. Waktu yang tepat untuk insersi juga sangat mempengaruhi keberhasilan IUD. Pemasangan IUD pasca persalinan pervaginam dan segera pasca persalinan pervaginam direkomendasikan karena saat masa ini serviks masih terbuka dan lunak sehingga memudahkan pemasangan IUD dan kurang nyeri bila dibandingkan pemasangan setelah 48 jam pasca persalinan. Insersi IUD postplasental memiliki angka ekspulsi rata-rata 13-16%, dan dapat hingga 9-12,5% jika dipasang oleh petugas kesehatan yang terlatih. Angka ekspulsi ini lebih rendah bila dibandingkan dengan waktu pemasangan pada masa segera pascapersalinan (*immediate postpartum*), yaitu 28-37%.²¹
- c. Ukuran IUD juga mempengaruhi terjadinya ekspulsi, semakin kecil ukurannya semakin besar kemungkinan terjadinya ekspulsi. Selain itu jenis bahan yang dipakai dapat berpengaruh, semakin elastis semakin besar kemungkinan ekspulsinya.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 9. Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 10. Kerangka Konsep