KARAKTERISTIK PESERTA KONTRASEPSI IUD YANG MENGALAMI KEJADIAN MENOMETRORAGIA DI PUSKESMAS KENTEN PALEMBANG PERIODE JANUARI 2011 - JUNI 2014

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:
RISMA KURNIASIH
NIM: 702011019

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2015

HALAMAN PENGESAHAN

KARAKTERISTIK PESERTA KONTRASEPSI IUD YANG MENGALAMI KEJADIAN MENOMETRORAGIA DI PUSKESMAS KENTEN PALEMBANG PERIODE JANUARI 2011 - JUNI 2014

Dipersiapkan dan disusun oleh

Risma Kurniasih

NIM: 702011019

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 26 Januari 2015

Menyetujui :

dr. Masayu Yenny Indriani, Sp.OG.
Pembimbing Pertama

dr. Ratika Febriani
Pembimbing Kedua

Dekan
Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang

dr. H. Ali Muchtar, M.Sc.
NBM/NIDN: 060347091062484/0020084707

PERNYATAAN

Dengan ini saya menerangkan bahwa:

1. Karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang,

Yang Membuat Pernyataan

METERAI TEMPEL

A2D86ADF179728480

6000

ENAM RIBU RUPIAH

(Risma Kurniasih)

NIM. 702011019

HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

"..dan bahwasanya seorang manusia tiada memperoleh selain apa yang telah diusahakannya, dan bahwasanya usahanya itu kelak akan diperlihatkan (kepadanya). Kemudian akan diberi balasan kepadanya dengan balasan yang paling sempurna, dan bahwasanya kepada Tuhanmulah kesudahan (segala sesuatu).." (Q.S. An-Najm [53]: 39-42)

"..Maka nikmat Tuhan kamu yang manakah yang kamu dustakan?.."
(Q.S. Ar-Rahman [55])

بِسْـــــــمِ اللهِالرَّحْمَنِ الرَّحِيم

Atas rahmat dan izin-Mu ya Allah, kupersembahkan karya sederhana ini..

Untuk yang terkasih, sekarang dan selamanya, kedua orangtua ku,
papa Riansono, S.E. dan mama Maroyah, Am.Keb.
yang selalu mendoakan serta memberikan yang terbaik, yang selalu bersabar menghadapi tingkahku yang kadang kurang berkenan, yang selalu mengingatkanku untuk selalu bersikap lebih dewasa. Terima kasih untuk dukungan moril dan materiil yang telah papa dan mama berikan. Karya ini mungkin tidak sebanding dengan perjuangan papa dan mama selama ini, namun semoga dapat memberikan kebanggaan dan kebahagiaan bagi papa dan mama.

Untuk kedua adikku tersayang, M. Bagas Sultani dan Naura Annisa Ramadhani. Semoga karya ini dapat menjadi motivasi bagi bagas dan nisa untuk selalu menuntut ilmu dengan baik dan membanggakan papa dan mama.

Untuk dosen pembimbing yang terbaik, dr. Msy. Yenny Indriani, Sp.OG. dan dr. Ratika Febriani, terima kasih telah meluangkan waktu dan pikiran dalam membimbing dan membantu proses pembuatan karya ini.
Serta terima kasih kepada Prof. dr. H. Syakroni Daud Rusydi, Sp.OG(K). yang juga sebelumnya telah membimbing pembuatan proposal karya ini.

Untuk teman terbaikku, Dwi Rahmawati, Meidiani, Intan, Rizki Afria, Renty, Mutiara, Monika, Fabiola, Yolanda, Eldhi, Andreas, Andy, dan yang lainnya yang tidak dapat disebutkan satu per satu, terima kasih untuk kebersamaan selama ini. Semoga pertemanan kita tidak akan berhenti sampai di sini.

Untuk semua teman sejawat FK UMP, terutama angkatan 2011, yang telah berjuang bersama menempuh pendidikan selama tiga setengah tahun perkuliahan dan insya Allah masih akan berlanjut di tahap selanjutnya.
Ingatlah selalu kenangan kita saat masih berada di dalam ruang kuliah yang sama. Semoga kesuksesan dapat kita raih bersama di masa depan.

Love always, RK.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, JANUARI 2015
RISMA KURNIASIH

Karakteristik Peserta Kontrasepsi IUD Yang Mengalami Kejadian Menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011-Juni 2014
xi + 49 halaman + 13 tabel

ABSTRAK

IUD adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim, terbuat dari plastik halus dan fleksibel (polietilin). Efek samping umum yang sering terjadi pada penggunaan IUD salah satunya adalah menometroragia yang dapat menyebabkan anemia defisiensi besi, sehingga 15 persen wanita diangkat IUD tembaganya karena hal tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan rancangan cross sectional. Sampel penelitian ini adalah semua peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang periode Januari 2011-Juni 2014. Data yang digunakan adalah data sekunder berupa rekam medik. Pada penelitian ini diperoleh 109 kasus menometroragia. Kejadian menometroragia terbanyak pada usia $\geq$ 30 tahun (51,4%), berprofesi sebagai ibu rumah tangga (44,0%), riwayat paritas P2-P4 (70.6%), menggunakan IUD tembaga (98,2%), dan lama penggunaan IUD 0-3 bulan (56,9%).

Referensi: 28 (1994 - 2014)
Kata Kunci: Kontrasepsi, IUD, Menometroragia, Karakteristik Ibu

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

ESSAY, JANUARI 2015
RISMA KURNIASIH

The Characteristics of IUD Acceptor Who Experienced Menometrorrhagia At Puskesmas Kenten Palembang During January 2011 – June 2014 Periode.
xi + 49 pages + 13 tables

ABSTRACT

IUD is a contraceptional device that is inserted into the uterus, made of soft and flexible plastic (polyethylene). One of the common side effects in IUD use is menometrorrhagia which can cause iron deficiency anemia, 15 percents of women got their copper IUD off because of that. This research aims to investigate the characteristics of IUD acceptor who experienced menometrorrhagia at Puskesmas Kenten Palembang. This research use descriptive research method with cross sectional design. Samples were taken from all IUD acceptor who experienced Menometrorrhagia at Puskesmas Kenten Palembang during January 2011-June 2014. The data that has been used in this research is secondary data from medical records. In this research there are 109 cases of menometrorrhagia. The highest incidence of menometrorrhagia is at the age of $\geq$ 30 years old (51.4%), work as housewives (44.0%), P2-P4 parity history (70.6%), using a copper IUD (98,2%), and using IUD for 0-3 months (56.9%).

References: 28 (1994 - 2014)
Key Words: Contraception, IUD, Menometrorrhagia, Characteristics

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini. Salawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita, nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan para pengikutnya sampai akhir zaman.

Dalam hal menyelesaikan penelitian ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan saran. Serta mengalami suka-duka dan beberapa kendala dalam melakukan penelitian.

Peneliti menyadari bahwa hasil penelitian ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan diri di masa mendatang.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga hasil penelitian bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin Ya Rabbal'alamin

Palembang, Januari 2015

Risma Kurniasih.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PENGESAHAN i
HALAMAN PERNYATAAN ii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO iii
ABSTRAK iv
ABSTRACT v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL ix
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR LAMPIRAN xi
BAB I. PENDAHULUAN
1.1. Latar Belakang 1
1.2. Rumusan Masalah 3
1.3. Tujuan Penelitian 3
1.4. Manfaat Penelitian 4
1.5. Keaslian Penelitian 5

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA
2.1. Landasan Teori 6
2.1.1. IUD/AKDR 6
A. Definisi IUD/AKDR 6
B. Jenis IUD/AKDR 6
C. Cara Kerja IUD/AKDR 7
D. Keuntungan 8
E. Kerugian dan Efek Samping 9
F. Indikasi 10
G. Kontraindikasi 12
H. Cara Insersi 14
I. Cara Pencabutan 20
2.1.2. Menstruasi 22
A. Fisiologi Menstruasi 22
B. Siklus Menstruasi 27
C. Menometroragia 28
2.1.3. Pengaruh Pemakaian IUD/AKDR Terhadap Menometroragia 30
2.2. Kerangka Teori 34

BAB III. METODE PENELITIAN
3.1. Jenis Penelitian 35
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian 35
3.3. Populasi dan Sampel 35
3.3.1. Populasi 35
3.3.2. Sampel dan Besar Sampel 35
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi 35

3.4. Variabel Penelitian 36
3.5. Definisi Operasional 36
3.6. Cara Pengumpulan Data 37
3.7. Metode Teknis Analisis Data 37
3.7.1. Data Primer 37
3.7.2. Data Sekunder 37
3.7.3. Cara Pengolahan dan Analisis Data 37
3.8. Alur Penelitian 39

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN
4.1. Gambaran Puskesmas Kenten Palembang 40
4.1.1. Wilayah dan Geografi 40
4.1.2. Data Demografi 40
4.2. Hasil Penelitian dan Pembahasan 40
4.2.1. Usia Ibu 41
4.2.2. Pekerjaan Ibu 42
4.2.3. Riwayat Paritas 43
4.2.4. Jenis IUD Yang Digunakan 44
4.2.5. Lama Penggunaan IUD 46
4.3. Keterbatasan Penelitian 47

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN
5.1. Kesimpulan 48
5.2. Saran 49

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN
BIODATA RINGKAS ATAU RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian 4
Tabel 2.1 Indikasi Penggunaan AKDR 10
Tabel 2.2 Kontraindikasi Penggunaan AKDR 12
Tabel 2.3 Langkah-langkah Pemasangan AKDR Copper T 380A 16
Tabel 2.4 Langkah-langkah Pencabutan AKDR Copper T 380A 20
Tabel 2.5 Pola Perdarahan Uterus 29
Tabel 2.6 Perbandingan IUD 32
Tabel 3.1 Definisi Operasional 36
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi dan Presentase Usia Ibu 41
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi dan Presentase Pekerjaan Ibu 42
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi dan Presentase Riwayat Paritas 43
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi dan Presentase Jenis IUD 45
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi dan Presentase Lama Penggunaan IUD 46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Durasi Siklus Menstruasi 27
Gambar 2.2 Kerangka Teori 34
Gambar 3.1 Diagram Alur Penelitian 39

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Izin Penelitian 50
2. Lembar Rekam Medik Akseptor KB IUD di Poliklinik KIA 53
3. Data Peserta Kontrasepsi IUD Yang Menometroragia 57
4. Analisis Data dengan Aplikasi SPSS 61
5. Kartu Bimbingan Proposal dan Skripsi 63

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia menghadapi masalah dengan jumlah dan kualitas sumber daya manusia dengan kelahiran 5.000.000 per tahun. Untuk dapat mengangkat derajat kehidupan bangsa telah dilaksanakan secara bersamaan pembangunan ekonomi dan keluarga berencana yang merupakan sisi masing-masing mata uang. Bila gerakan keluarga berencana tidak dilakukan bersamaan dengan pembangunan ekonomi, dikhawatirkan hasil pembangunan tidak akan berarti (Manuaba, 1998).

Keluarga sebagai unit terkecil kehidupan bangsa diharapkan menerima norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada "catur warga" atau *zero population growth* (pertumbuhan seimbang). Gerakan keluarga berencana nasional Indonesia telah berumur panjang (sejak 1970) dan masyarakat dunia menganggap Indonesia telah berhasil menurunkan angka kelahiran dengan bermakna. Masyarakat dapat menerima hampir semua metode teknis keluarga berencana yang dicanangkan oleh pemerintah (Manuaba, 1998).

Metode KB yang dapat digunakan yaitu metode sederhana berupa kondom, spermiside, koitus interuptus (senggama terputus), dan pantang berkala. Yang kedua metode efektif hormonal berupa pil KB (*Progesterone only pill*, pil KB kombinasi, dan pil KB sekuensial), suntikan KB (Depoprovera setiap 3 bulan, Norigest setiap 10 minggu, dan Cycloferm setiap bulan), susuk KB (setiap 5 tahun Nonplant dan setiap 3 tahun implanon), dan metode efektif mekanis berupa Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) (Copper T, Medusa, Seven Copper), serta metode KB darurat (Manuaba, 1998).

Faktor yang mempengaruhi pemilihan kontrasepsi adalah efektivitas, keamanan, frekuensi pemakaian, efek samping, serta kemauan dan kemampuan untuk melakukan kontrasepsi secara teratur dan benar.

Selain hal tersebut, pertimbangan kontrasepsi juga didasarkan atas biaya serta peran dari agama dan kultur budaya mengenai kontrasepsi tersebut, faktor lainnya adalah frekuensi melakukan hubungan seksual (Sulistyawati, 2011).

Berdasarkan survey, jumlah peserta KB aktif di Kota Palembang tahun 2012 sebanyak 231.561 orang, antara lain IUD (*Intra Uterine Device*) 20.473 orang, MOW (Metode Operasi Wanita) 15.526 orang, implant 30.312 orang, suntik 85.667 orang, pil 59.433 orang, MOP (Metode Operasi Pria) 1.159 orang, dan kondom 18.991 orang (BKKBN, 2012).

IUD adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim, terbuat dari plastik halus dan fleksibel (polietilin) (BKKBN, 2011).

IUD merupakan pilihan kontrasepsi reversibel yang efektif, aman, dan nyaman bagi banyak wanita. Alat ini merupakan metode kontrasepsi reversibel yang paling sering digunakan di seluruh dunia dengan pemakai saat ini mencapai sekitar 100 juta wanita, sebagian besar berada di Cina. Generasi terbaru IUD memiliki efektivitas lebih dari 99% dalam mencegah kehamilan pada pemakaian 1 tahun atau lebih (Kishen, 2002).

IUD adalah metode paling populer kedua di seluruh dunia, terutama disebabkan oleh kepopuleran metode ini di Cina, dengan sepertiga dari pasangan yang ikut keluarga berencana menggunakan metode ini. Negara-negara lain yang banyak mengandalkan pemakaian IUD antara lain adalah Kolombia, Kuba, Indonesia, Taiwan, dan Tunisia, di antara negara-negara yang sedang berkembang dan Cekoslavia, Denmark, Finlandia, Norwegia, dan Swedia di antara negara-negara industri (Ellertson, 2002).

Efek samping yang umum terjadi adalah perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan saat haid lebih sakit (Saifuddin dkk., 2003).

Jumlah perdarahan menstruasi umumnya bertambah dengan penggunaan IUD tembaga. Karena dapat menyebabkan anemia defisiensi besi, maka diberikan suplementasi besi, dan konsentrasi hemoglobin atau hematokrit diperiksa setiap tahun. Menoragia dapat menjadi masalah, dan 15 persen wanita diangkat IUD tembaganya karena hal tersebut (Chunningham, 2009).

Tingkat efek samping yang dilaporkan baik untuk IUD tembaga dan IUD hormonal paling tinggi pada 2 tahun pertama penggunaan dan di antara wanita berusia di bawah 25 tahun (Sivin I dan Stern J, 1994).

Bertitik tolak dari hal-hal tersebut di atas, penulis ingin mengetahui karakteristik peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011 – Juni 2014.

1.2 Rumusan Masalah

Karakteristik peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011 – Juni 2014.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui karakteristik peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011 – Juni 2014.

1.3.1 Tujuan Khusus

1. Mendapatkan data peserta KB IUD yang mengalami kejadian menometroragia.
2. Mengetahui distribusi usia peserta KB IUD yang mengalami kejadian menometroragia.

3. Mengetahui distribusi pekerjaan peserta KB IUD yang mengalami kejadian menometroragia.
4. Mengetahui distribusi paritas peserta KB IUD yang mengalami kejadian menometroragia.
5. Mengetahui distribusi jenis IUD yang digunakan oleh peserta KB IUD yang mengalami kejadian menometroragia.
6. Mengetahui distribusi lama penggunaan IUD oleh peserta KB IUD yang mengalami kejadian menometroragia.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

a. Bagi Peneliti

Peneliti mendapatkan pengetahuan dan pengalaman penelitian di masyarakat serta sebagai sarana bagi peneliti untuk mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama masa perkuliahan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan dan pembanding terhadap penelitian yang dilakukan oleh peneliti selanjutnya dan dapat dijadikan referensi serta menambah kepustakaan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Puskesmas Kenten

Sebagai acuan bagi pengembangan konsep pelayanan keluarga berencana di wilayah kerja Puskesmas Kenten Palembang.

b. Bagi Masyarakat

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam memilih alat kontrasepi, sehingga alat kontrasepsi dapat berhasil secara maksimal.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Fajar Ariyani	Hubungan Lama Pemakaian Kontrasepsi AKDR Dengan Kejadian Menometroragia Pada Akseptor KB AKDR di Kecamatan Klego Kabupaten Boyolali	Penelitian observasi analitik dengan Pendekatan cross sectional.	Ada hubungan lama pemakaian kontrasepsi akdr dengan kejadian Menometroragi pada akseptor kb akdr di kecamatan klego kabupaten boyolali (akseptor kontrasepsi akdr yang menggunakan lebih dari 3 bulan lebih berisiko Mengalami menometroragi lebih besar dibandingkan akseptor yang menggunakan kurang dari 3 bulan).

Sumber: Ariyani, 2011.

Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini adalah judul, lokasi, waktu, subjek penelitian dan variabel penelitian sedangkan persamaannya adalah membahas mengenai kejadian menometroragia pada akseptor KB IUD.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 IUD (*Intra Uterine Device*) atau AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

A. Definisi IUD/AKDR

Intra Uterine Device (IUD) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim, terbuat dari plastik halus dan fleksibel (polietilin) (BKKBN, 2011).

Intra Uterine Device (IUD) adalah alat dari plastik atau logam yang dimasukkan ke dalam uterus untuk mencegah kehamilan (Dorland, 2008).

B. Jenis IUD/AKDR

Dua AKDR yang aktif secara kimiawi yang saat ini disetujui penggunaannya di Amerika Serikat mencakup: (Chunningham, 2009)

- Alat pelepas progestine (*Mirena*, Bayer HealthCare, Pharmaceuticals, Wayne, NJ). Alat ini melepaskan levonorgestrel ke dalam uterus dengan angka yang relatif konstan yaitu 20 µg/hari, yang menurunkan efek sistemik. Alat tersebut mempunyai bingkai radiopak berbentuk T, yang batangnya dibungkus dengan reservoir silinder, terdiri dari campuran polydimethylsiloxane-levonorgestrel. Terdapat dua buah benang coklat yang menjuntai dan dilekatkan ke batang.
- AKDR T 380A (ParaGard, Duramed Pharmaceuticals, Pomona, NY). Alat ini adalah sebuah polyethylene dan barium sulfat, bingkai berbentuk T dengan tembaga.

Secara spesifik, kawat tembaga halus sebesar 314 mm^2 yang membungkus batang, dan masing-masing lengan mempunyai gelang-gelang tembaga sebesar 33 mm^2, jadi totalnya 380 mm^2 tembaga. Dua benang terulur dari dasar batang. Benang tersebut semula berwarna biru, sekarang berwarna putih.

Walaupun di masa lampau AKDR dibuat dalam berbagai bentuk dan dari bahan yang berbeda-beda, dewasa ini AKDR yang tersedia di seluruh dunia hanya 3 tipe saja: (Saifuddin dkk., 1996)

- Inert; dibuat dari plastic (*Lippes Loop*) atau baja antikarat (*The Chinese Ring*)
- Mengandung tembaga; termasuk di sini TCu 380A, TCu 200C, Multiload (MLCu 250 dan 375), dan Nova T.
- Mengandung hormone steroid seperti Progestasert yang mengandung progesterone dan Lenovova yang mengandung levonorgestrel.

World Health Organization (WHO) tidak menganjurkan pemasangan AKDR inert, karena AKDR yang mengandung tembaga atau melepaskan hormon jauh lebih efektif. Tipe ini tidak lagi diproduksi walaupun sebagian wanita mungkin masih memilikinya di dalam tubuh mereka (Kishen, 2002).

C. Cara Kerja IUD/AKDR

Sampai sekarang mekanisme kerja AKDR belum diketahui dengan pasti. Kini pendapat yang terbanyak ialah bahwa AKDR dalam kavum uteri menimbulkan reaksi peradangan endometrium yang disertai dengan serbukan

leukosit yang dapat menghancurkan blastokista atau sperma. Pada pemeriksaan cairan uterus pada pemakai AKDR sering kali dijumpai pula sel-sel makrofag (fagosit) yang mengandung spermatozoa (Albar, 1999).

Di dalam uterus, tercetus respons inflamasi endometrial lokal yang hebat, terutama oleh alat yang mengandung tembaga. Komponen seluler dan humoral inflamasi ini terlihat pada jaringan endometrium dan cairan yang terdapat pada rongga uterus dan tuba uterina. Ini menyebabkan menurunnya viabilitas sperma dan sel telur. Jika fertilisasi terjadi pada keadaan yang tidak mungkin tersebut, maka terjadi proses inflamasi yang sama yang ditujukan terhadap blastokista, dan endometrium diubah menjadi tempat yang tidak mendukung untuk terjadinya implantasi. Dengan AKDR tembaga, kadar tembaga meningkatkan mucus akseptornya dan menurunkan motilitas serta viabilitas sperma (Chunningham, 2009).

Dengan LNG-IUS, sebagai tambahan terhadap reaksi inflamasi, pelepasan progestin pada akseptor jangka panjang menyebabkan atrofi glandular dan desidualisasi stroma. Dan lagi, progestin menyebabkan mukus serviks yang kental dan sedikit sehingga mengganggu motilitas sperma. LNG-IUS juga dapat melepaskan progestin yang cukup untuk menghambat ovulasi secara tidak konsisten (Chunningham, 2009).

D. Keuntungan

Adapun beberapa keuntungan lain dari penggunaan AKDR, yaitu: (Saifuddin dkk., 1996)

- Sangat efektif. Angka kehamilan pada tahun pertama 0,3 – 1,0 per 100 wanita per tahun.
- Efektif dengan proteksi jangka panjang (sampai 8 tahun atau lebih) untuk Copper T 380A.

- Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat.
- Pemeriksaan ulang diperlukan hanya sekali dalam satu tahun.
- Murah.
- Cocok untuk ibu-ibu menyusui.
- Tidak bergantung pada usia dengan syarat wanita itu mempunyai risiko rendah untuk menderita penyakit infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual.

E. Kerugian dan Efek Samping

Alat AKDR bukanlah alat kontrasepsi yang sempurna, sehingga masih terdapat beberapa kerugian sebagai berikut (Manuaba, 1998):

1. Masih terjadi kehamilan dengan AKDR in situ.
2. Terdapat perdarahan: spotting dan menometroragia.
3. Leokorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah.
4. Dapat terjadi infeksi.
5. Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik.
6. Tali AKDR dapat menimpulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual.

Efek samping yang umum terjadi adalah perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, serta merasa lebih sakit saat haid (Saifuddin dkk., 2003).

Komplikasi lainnya juga merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat sewaktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab

anemia, dan perforasi dinding uterus (namun sangat jarang apabila pemasangannya benar) (Saifuddin dkk., 2003).

F. Indikasi

AKDR adalah metoda kontrasepsi yang cocok untuk wanita yang (Saifuddin dkk., 1996):

Tabel 2.1 Indikasi Penggunaan AKDR

SITUASI	RASIONAL
Menyukai metoda kontrasepsi yang hasilnya sangat efektif, berjangka panjang, tetapi belum ingin menerima metode permanen pada saat ini.	Di negara-negara di mana sterilisasi sukarela tidak legal atau tersedia, maka AKDR yang insert (misalnya Lippes Loop) dapat terus digunakan sampai waktu tidak terbatas; dan AKDR tembaga (misalnya CuT 380A) dapat sampai 8 tahun.
Menyukai metoda kontrasepsi yang tidak memerlukan pekerjaan setiap hari atau sebelum melakukan hubungan seksual (termasuk di sini wanita yang mengalami kesulitan memakai metode *barrier* atau menelan pil setiap hari).	Setelah AKDR dipasang, maka yang diperlukan adalah pemeriksaan sebulan sekali oleh klien untuk mengetahui keberadaan benang AKDR dan kontrol rutin sesuai dengan protokol yang berlaku di klinik setempat.
Telah mempunyai anak satu atau lebih.	AKDR paling baik ditoleransi oleh wanita yang telah melahirkan anak, mungkin karena kavum uterinya sedikit

	lebih besar dan dapat menerima AKDR lebih baik.
Sedang menyusui dan ingin memakai kontrasepsi.	Menyusui tidak dipengaruhi oleh adanya AKDR di dalam uterus (AKDR dapat dipakai segera setelah melahirkan selama 48 jam pertama postpartum dan sesudah 4-6 minggu). Sebagai tambahan, jika klien secara penuh menyusui bayinya, maka pemasangan AKDR dapat ditunda 6 bulan dengan syarat: - Wanita tersebut tetap amenorea (tidak ada perdarahan vagina), dan - Wanita tersebut tidak memberikan makanan tambahan pada bayinya.
Menyukai tidak memakai metode kontrasepsi hormonal seperti pil kontrasepsi kombinasi atau wanita itu tergolong perokok berat (lebih dari 15 batang rokok sehari), berumur di atas 35 tahun.	AKDR tembaga tidak mempengaruhi sistem kardiovaskular, pembekuan darah, atau organ-organ lain di luar alat reproduksi.
Telah menunjukkan hasil baik pada pemakaian AKDR terdahulu.	AKDR cenderung ditoleransi dengan baik pada wanita-wanita yang telah pernah

	memakai AKDR di masa lampau.
Mempunyai risiko rendah mendapat Penyakit Menular Seksual (PMS).	AKDR tidak melindungi wanita terhadap infeksi hepatitis B, AIDS, atau ITG, misalnya gonorea dan klamidia, yang akan menyebabkan PRP dan dapat menyebabkan infertilitas.

Sumber: Buku Acuan Nasional Pelayanan Keluarga Berencana (Saifuddin, 1996)

G. Kontra Indikasi

Perhatian khusus sebaiknya diambil sebelum memasang AKDR pada wanita yang (Saifuddin dkk., 1996):

Tabel 2.2. Kontraindikasi Penggunaan AKDR

KONDISI	RASIONAL
Mungkin sedang hamil (berdasarkan riwayat, gejala-gejala, tanda-tanda).	Jika wanita itu hamil sewaktu pemasangan AKDR, maka risikonya untuk mendapat abortus spontan (keguguran), semakin bertambah begitu juga infeksi pada uterus.
Menderita PRP, baik infeksi baru maupun berulang (atau pasca abortus/partus, endometritis dalam waktu 3 bulan terakhir).	Riwayat atau kemungkinan PRP yang tidak mempunyai asosiasi dengan kehamilan atau abortus dapat diperkirakan bahwa wanita itu mempunyai risiko terhadap PMS.

Dengan keputihan dari kanalis servikalis, gonorea, atau klamidia.	Penyakit Menular Seksual (PMS) (kecuali kandidiasis dan vaginosis bacterial) dapat meningkatkan risiko wanita untuk mendapat PRP dan infertilitas.
Baru mengalami pendarahan pervaginam yang tidak terdiagnosis (pendarahan tidak teratur dalam waktu 3 bulan terakhir, terjadi di anatara periode haid ataupun sesudah senggama).	Karena AKDR dapat menyebabkan terjadinya spotting atau pendarahan antara dua periode menstruasi, masalah seperti kehamilan normal atau ektopik atau servisitis mungkin terabaikan/terlewatkan. Kejadian yang jarang, ialah adanya kanker saluran genital (endometrium) pada wanita berusia di bawah 35 tahun.
Mempunyai risiko tinggi ITG dan PMS lainnya.	AKDR tidak melindungi klien terhadap ITG dan PMS lainnya seperti Hepatitis B dan AIDS.

Sumber: Buku Acuan Nasional Pelayanan Keluarga Berencana (Saifuddin, 1996).

Sebagai tambahan, ParaGard T 380A® (karena kandungan tembaganya) tidak boleh dipasang jika terdapat satu atau lebih kondisi berikut (Chunningham, 2009):

- Penyakit Wilson.
- Alergi tembaga.

Penyakit Wilson disebabkan oleh akumulasi dan keracunan tembaga. Tembaga adalah unsur penting dan diperlukan dalam jumlah tertentu dalam diet. Diet normal mengandung tembaga kurang lebih 1.0 mg/hari. Bagaimanapun, kita semua mendapatkan sedikit lebih banyak tembaga dari yang seharusnya kita perlukan (kira-kira 0.25 mg/hari), dan kelebihan itu harus dibuang. Pada orang normal, hepar menyekresi kelebihan tembaga ke dalam limpa yang lalu dikeluarkan melalui tinja. Pada pasien penyakit Wilson, terdapat keabnormalan yang didapatkan secara genetic pada jalur ekskresi tembaga dalam hepar yang mengganggu penderita dalam pembuangan kelebihan tembaga dari dalam tubuhnya (Brewer, 2001).

Sebagai tambahan, pemasangan Mirena® dikontraindikasikan jika terdapat satu atau lebih kondisi berikut (Chunningham, 2009):

- Hipersensitivitas terhadap komponen apapun dari produk ini.
- Karsinoma payudara yang dicurigai atau diketahui.
- Penyakit hati akut atau tumor hati.

H. Cara Insersi

Waktu Pemasangan. Walaupun AKDR dapat dipasang setiap waktu selama siklus haid, namun terdapat keuntungan-keuntungan tertentu pada pemasangan AKDR sewaktu haid atau pada hari-hari haid terakhir, yaitu (Saifuddin dkk., 1996):

- Kecil sekali kemungkinan wanita itu sedang hamil.
- Perdarahan dan kramp kurang dirasakan pada saat ini dan oleh karena itu kurang menyebabkan kecemasan.

Pemasangan AKDR juga dapat dilakukan yaitu (Saifuddin dkk., 1996):

- Setiap waktu selama siklus haid jika dapat dipastikan bahwa wanita itu tidak hamil.
- Sesudah melahirkan (postpartum): segera setelah melahirkan, dalam waktu 48 jam pertama pasca-melahirkan, ataupun 6-8 minggu ataupun lebih sesudah melahirkan (pemasangan sesudah satu minggu atau sebelum lewat 6 minggu melahirkan, sebaiknya dihindarkan karena besarnya kemungkinan perforasi uterus komplit atau parsial sewaktu pemasangan AKDR).
- Segera sesudah induksi haid atau abortus spontan atau abortus buatan trimester pertama, dengan syarat tidak terdapat bukti-bukti adanya infeksi (misalnya, demam tidak ada, nyeri tekan di uterus tidak ada dan tidak adanya keputihan ataupun cairan serviks yang purulen dan berbau busuk).

Siapkan peralatan dan instrument yang diperlukan sebelum melakukan tindakan, agar dapat menghemat waktu. Bila alat-alat berada dalam paket yang telah disterilisasi maupun diDTT, jangan membuka paket sebelum pemeriksaan panggul selesai dan keputusan akhir untuk pemasangan dilakukan (Saifuddin dkk., 2003).

Peralatan dan instrument yang dianjurkan untuk pemasangan, yaitu (Saifuddin dkk., 2003):

- *Bivalve speculum* (kecil, sedang, atau besar).
- Tenakulum.
- Sonde uterus.
- Forsep/korentang.

- Gunting.
- Mangkuk untuk larutan antiseptik.
- Sarung tangan (yang telah diDTT atau disterilisasi atau sarung tangan periksa yang baru).
- Cairan antiseptik (mis.: povidon iodin) untuk membersihkan serviks.
- Kain kasa atau kapas.
- Sumber cahaya yang cukup untuk menerangi serviks (lampu senter sudah cukup), dan
- Copper T 380A IUD yang masih belum rusak dan terbuka.

Berikut langkah-langkah pemasangan AKDR Copper T 380A (Saifuddin dkk., 2003):

Tabel 2.3. Langkah-langkah Pemasangan AKDR Copper T 380A

	Langkah
Langkah 1	- Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan. - Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasakan sedikit sakit pada beberapa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah-langkah tersebut. - Pastikan klien telah mengosongkan kandung kemihnya.
Langkah 2	- Periksa genitalia eksterna. - Lakukan pemeriksaan spekulum. - Lakukan pemeriksaan panggul.

Langkah 3	- Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila tersedia dan ada indikasi.
Langkah 4	- Masukkan lengan AKDR Copper T 380A di dalam kemasan sterilnya.
Langkah 5	- Masukkan spekulum, dan usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik. - Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks.
Langkah 6	- Masukkan sonde uterus.
Langkah 7	Pasang AKDR Copper T 380A - Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri. Hati-hati memasukkan tabung inserter sampai leher biru menyentuh fundus atau sampai terasa ada tahanan. - Lepas lengan AKDR dengan menggunakan teknik menarik (*withdrawal technique*). Tarik keluar pendorong. - Setelah lengan AKDR lepas, dorong secara perlahan-lahan tabung inserter ke dalam kavum uteri sampai leher biru menyentuh serviks. - Tarik keluar sebagian tabung inserter, potong benang AKDR kira-kira 3-4 cm panjangnya. - Cara lain, tarik keluar seluruh tabung inserter, jepit benang AKDR dengan menggunakan forsep kira-kira 3-4 cm dari serviks dan potong benang AKDR pada tempat tersebut.

Langkah 8	- Buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan. - Bersihkan permukaan yang terkontaminasi.
Langkah 9	- Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai.
Langkah 10	- Ajarkan pada klien bagaimana memeriksa benang AKDR (dengan menggunakan model bila tersedia). 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 analgetik ringan (aspirin atau ibuprofen) rasa sakit tersebut tidak hilang.

Sumber: Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (Saifuddin dkk., 2003)

Untuk mengurangi risiko infeksi pascapemasangan yang dapat terjadi pada klien, petugas klinik harus berupaya untuk menjaga lingkungan yang bebas dari infeksi dengan cara sebagai berikut (Saifuddin dkk., 2003):

a. Tidak melakukan pemasangan bagi klien dengan riwayat kesehatan maupun hasil pemeriksaan fisiknya menunjukkan adanya IMS.
b. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah tindakan. Dengan cara:
   - Basahi tangan dengan air.

- Gunakan sabun secukupnya untuk membersihkan seluruh permukaan tangan.
- Gosok telapak tangan.
- Gosokkan telapak tangan kanan di atas punggung tangan kiri dan sela-sela jarinya, lakukan bergantian.
- Gosokkan kedua telapak tangan dengan jari bertautan.
- Gosok bagian belakang jari dengan posisi jari bertautan, lakukan pada tangan yang belawanan.
- Genggam ibu jari kiri dengan telapak tangan kanan dan gosok secara berputar, lakukan bergantian.
- Gosok secara berputar, ke atas dan ke bawah ujung-ujung jari/kuku pada telapak tangan kanan, lakukan bergantian.
- Bilas dengan air.
- Keringkan dengan handuk sekali pakai.
- Gunakan handuk untuk mematikan keran air.
- Tunggu 40-60 detik sampai tangan kering dan bersih (WHO, 2006).

c. Bila perlu, minta kilen untuk membersihkan daerah genitalnya sebelum melakukan pemeriksaan panggul.

d. Gunakan instrument dan pakai sepasang sarung tangan yang telah diDTT (atau disterilisasi), atau dapat menggunakan sarung tangan periksa sekali pakai (*disposable*).

e. Setelah memasukkan spekulum dan memeriksa serviks, usapkan larutan antiseptik beberapa kali secara merata pada serviks dan vagina sebelum memulai tindakan.

f. Masukkan AKDR dalam kemasan sterilnya.

g. Gunakan teknik "tanpa sentuh" pada saat pemasangan AKDR untuk mengurangi kontaminasi kavum uteri.
h. Buang bahan-bahan terkontaminasi (kain kasa, kapas, sarung tangan sekali pakai (*disposable*)) dengan benar.
i. Segera lakukan dekontaminasi peralatan dan bahan-bahan pakai daur ulang dalam larutan klorin 0,5% setelah digunakan.

I. Cara Pencabutan

Pencabutan AKDR adalah suatu tindakan rutin yang biasa tanpa komplikasi dan tidak menimbulkan rasa nyeri jika dikerjakan oleh dokter dengan hati-hati dan cermat. Untuk pencabutan AKDR secara rutin, khususnya jika direncanakan untuk diganti dengan AKDR baru, maka akan lebih mudah jika AKDR tersebut dicabut sewaktu klien sedang haid (Saifuddin dkk., 1996).

Instrumen dan perlengkapan yang diperlukan untuk mencabut AKDR sama seperti untuk memasang AKDR. Semua instrument harus diDTT atau steril (Saifuddin dkk., 1996).

Berikut langkah-langkah pencabutan AKDR Copper T 380A (Saifuddin dkk., 2003):

Tabel 2.4 Langkah-langkah Pencabutan AKDR Copper T 380A

	Langkah
Langkah 1	- Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan.
Langkah 2	- Memasukkan speculum untuk melihat serviks dan benang.
Langkah 3	- Mengusap serviks dan vagina dengan larutan antiseptik 2-3 kali.

Langkah 4	-	Mengatakan pada klien bahwa sekarang akan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik napas panjang. Memberi tahu mungkin timbul rasa sakit tapi itu normal.
	-	Pencabutan normal. Jepit benang di dekat serviks dengan menggunakan klem lurus atau lengkung yang sudah didisinfeksi tinkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat. AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, tarik dengan kekuatan tetap dan cabut AKDR dengan pelan-pelan. Bila benang putus saat ditarik tetapi ujung AKDR masih dapat dilihat maka jepit ujung AKDR tersebut dan tarik keluar.
	-	Pencabutan sulit. Bila benang AKDR tidak tampak, periksa pada kanalis servikalis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung. Bila tidak ditemukan pada kanalis servikalis, masukkan klem atau alat pencabut AKDR ke dalam kavum uteri untuk menjepit benang atau AKDR itu sendiri. Bila sebagian AKDR sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalis, putar klem pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit.
Langkah 5	-	Pasang AKDR yang baru bila klien menginginkan dan kondisinya memungkinkan.

Sumber: Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (Saifuddin dkk., 2003)

Walaupun jarang dikaitkan dengan infeksi panggul, pencabutan AKDR harus dilaksanakan dengan hati-hati. Untuk mengurangi risiko pada petugas kesehatan selama pencabutan, tindakan pencegahan infeksi berikut perlu dilakukan (Saifuddin dkk., 2003):

- Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah tindakan.
- Bila perlu, minta klien untuk membersihkan daerah genitalnya sebelum melakukan pemeriksaan panggul.
- Gunakan instrument dan pakai sepasang sarung tangan yang telah diDTT (atau disterilisasi). Atau dapat menggunakan sarung tangan periksa sekali pakai (*disposable*).
- Usapkan larutan antiseptik beberapa kali secara merata pada serviks dan vagina sebelum memulai tindakan.
- Segera lakukan dekontaminasi peralatan dan bahan-bahan pakai ulang dalam larutan klorin 0,5% setelah digunakan.

2.1.2 Menstruasi

A. Fisiologi Menstruasi

Produksi berulang dari estrogen dan progesterone oleh ovarium mempunyai kaitan dengan siklus endometrium pada lapisan uterus yang bekerja melalui tahapan berikut ini: (1) proliferasi endometrium uterus; (2) perubahan sekretoris pada endometrium; dan (3) dekuamasi endometrium, yang dikenal sebagai menstruasi (Guyton dan Hall, 2006).

Hormon-hormon siklus haid adalah FSH (*Follicle Stimulating Hormone*) dikeluarkan oleh hipofise lobus depan, estrogen dihasilkan oleh ovarium, LH (*Luteinizing Hormone*)

dihasilkan hipofise, dan progesteron dikeluarkan oleh indung telur (Mochtar, 1998).

- Fase Proliferasi (Fase Estrogen)

  Pada permulaan setiap siklus seksual bulanan, sebagian besar endometrium telah berdeskuamasi akibat menstruasi. Sesudah menstruasi, hanya selapis tipis stroma endometrium yang tertinggal, dan sel-sel epitel yang tertinggal adalah yang terletak di bagian lebih dalam dari kelenjar yang tersisa serta pada kripta endometrium. Di bawah pengaruh estrogen, yang disekresi dalam jumlah lebih banyak oleh ovarium selama bagian pertama siklus ovarium, sel-sel stroma dan sel epitel berproliferasi dengan cepat. Permukaan endometrium akan mengalami epitelisasi kembali dalam waktu 4 sampai 7 hari sesudah terjadinya menstruasi (Guyton dan Hall, 2006).

  Kemudian, selama satu setengah minggu berikutnya—yaitu, sebelum terjadi ovulasi—ketebalan endometrium sangat meningkat karena jumlah sel stroma bertambah banyak dan karena pertumbuhan kelenjar endometrium serta pembuluh darah baru yang progresif ke dalam endometrium. Pada saat ovulasi, endometrium mempunyai ketebalan 3 sampai 5 milimeter (Guyton dan Hall, 2006).

  Kelenjar endometrium, khususnya dari daerah serviks, akan menyekresi mukus yang encer mirip benang. Benang mukus akan tersusun di sepanjang kanalis servikalis, membentuk saluran yang membantu mengarahkan sperma ke arah yang tepat dari vagina menuju ke dalam uterus (Guyton dan Hall, 2006).

- Fase Sekretorik (Fase Progestasional)

Selama sebagian besar separuh akhir siklus bulanan, setelah ovulasi terjadi, progesteron dan estrogen bersama-sama disekresi dalam jumlah yang besar oleh korpus luteum. Estrogen menyebabkan sedikit proliferasi sel tambahan pada endometrium selama fase siklus ini, sedangkan progesteron menyebabkan pembengkakan yang nyata dan perkembangan sekretorik dari endometrium. Kelenjar makin berkelok-kelok; kelebihan substansi sekresinya bertumpuk di dalam sel epitel kelenjar. Selain itu, sitoplasma dari sel stroma bertambah banyak, simpanan lipid dan glikogen sangat meningkat dalam stroma, dan suplai darah ke dalam endometrium lebih lanjut akan meningkat sebanding dengan perkembangan aktivitas sekresi, dengan pembuluh darah yang menjadi sangat berkelok-kelok. Pada puncak fase sekretorik, sekitar 1 minggu setelah ovulasi, ketebalan endometrium sudah menjadi 5 sampai 6 milimeter (Guyton dan Hall, 2006).

Maksud keseluruhan dari semua perubahan endometrium ini adalah untuk menghasilkan endometrium yang sangat sekretorik, yang mengandung sejumlah besar cadangan nutrient yang membentuk kondisi yang cocok untuk implantasi ovum yang sudah dibuahi selama separuh akhir siklus bulanan. Dari saat sebuah ovum yang sudah dibuahi memasuki kavum uteri dari tuba falopii (yang terjadi 3 sampai 4 hari setelah ovulasi) sampai waktu ovum berimplantasi (7 sampai 9 hari setelah ovulasi), sekret uterus menyediakan makanan bagi pembelahan awal ovum. Kemudian, sekali ovum berimplantasi di dalam

endometrium, sel-sel trofoblas pada permukaan blastokis yang berimplantasi mulai mencerna endometrium dan mengabsorbsi substansi yang disimpan endometrium, jadi menyediakan jumlah persediaan nutrisi yang semakin besar untuk embrio yang berimplantasi (Guyton dan Hall, 2006).

- Menstruasi

Jika ovum tidak dibuahi, kira-kira 2 hari sebelum akhir siklus bulanan, korpus luteum di ovarium tiba-tiba berinvolusi, dan hormon-hormon ovarium (estrogen dan progesteron) menurun dengan tajam sampai kadar sekresi yang rendah. Terjadilah menstruasi (Guyton dan Hall, 2006).

Menstruasi disebabkan oleh berkurangnya estrogen dan progeteron, terutama progesteron, pada akhir siklus ovarium bulanan. Efek pertama adalah penurunan rangsangan terhadap sel-sel endometrium oleh kedua hormon ini, yang diikuti dengan cepat oleh involusi endometrium sendiri menjadi kira-kira 65 persen dari ketebalan semula. Kemudian, selama 24 jam sebelum terjadinya menstruasi, pembuluh darah yang berkelok-kelok, yang mengarah ke lapisan mukosa endometrium, akan menjadi vasospastik, mungkin disebabkan oleh efek involusi, seperti pelepasan bahan vasokonstriktor—mungkin salah satu tipe vasokonstriktor prostaglandin yang terdapat dalam jumlah sangat banyak pada saat ini (Guyton dan Hall, 2006).

Vasospasme, penurunan zat nutrisi endometrium, dan hilangnya rangsangan hormonal

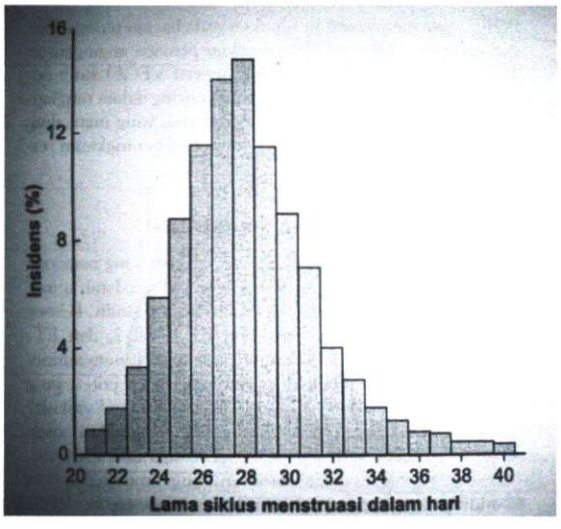
menyebabkan dimulainya proses nekrosis pada endometrium, khususnya dari pembuluh darah. Sebagai akibatnya, darah akan merembes ke lapisan vaskular endometrium, dan daerah perdarahan akan bertambah besar dengan cepat dalam waktu 24 sampai 36 jam. Perlahan-lahan, lapiran nekrotik bagian luar dari endometrium terlepas dari uterus pada daerah perdarahan tersebut, sampai kira-kira 48 jam setelah terjadinya menstruasi, semua lapisan superficial endometrium sudah berdeskuamasi. Massa jaringan deskuamasi dan darah di dalam kavum uteri, ditambah efek kontraksi dari prostaglandin atau zat-zat lain di dalam lapisan yang terdeskuamasi, seluruhnya bersama-sama akan merangsang kontraksi uterus yang menyebabkan dikeluarkannya isi uterus (Guyton dan Hall, 2006).

Selama menstruasi normal, kira-kira 40 ml darah dan tambahan 35 ml cairan serosa dikeluarkan. Cairan menstruasi ini normalmya tidak membentuk bekuan, karena fibrinolisin dilepaskan bersama dengan bahan nekrotik endometrium. Bila terjadi perdarahan yang berlebihan dari permukaan uterus, jumlah fibrinolisin mungkin tidak cukup untuk mencegah pembekuan. Adanya bekuan darah selama menstruasi sering merupakan bukti klinis adanya kelainan patologi dari uterus (Guyton dan Hall, 2006).

Dalam waktu 4 sampai 7 hari sesudah dimulainya menstruasi, pengeluaran darah akan berhenti, karena pada saat ini endometrium sudah mengalami epitelisasi kembali (Guyton dan Hall, 2006).

B. Siklus Menstruasi

Interval dasar antarmenstruasi diperkirakan sekitar 28 hari, tetapi terdapat variasi yang nyata antarperempuan, yang juga merupakan panjang siklus pada perempuan tersebut. Perbedaan yang nyata dalam interval antarsiklus menstruasi tidak selalu menunjukkan infertilitas. Arey (1993) menganalisis 12 penelitian yang meneliti sekitar 20.000 catatan kalender menstruasi dari 1500 perempuan. Ia menyimpulkan bahwa tidak terdapat bukti adanya keteraturan sempurna menstruasi. Di antara rata-rata perempuan dewasa, sepertiga dari semua siklus memiliki panjang yang menyimpang lebih dari 2 hari dari rerata semua panjang siklus. Pada analisisnya terhadap 5322 siklus dari 485 perempuan normal, ia memperkirakan interval rerata sepanjang 28,4 hari. Panjang siklus rerata pada gadis pubertas adalah 33,9 hari. Halman (1942) meneliti 2460 siklus pada 150 perempuan, dan hasil penelitiannya berupa kurva distribusi untuk panjang siklus diperlihatkan pada tabel di bawah ini (Chunningham, 2009):



Gambar 2.1 Durasi Siklus Menstruasi (Didasarkan pada data distribusi milik Arey, 1939 dan Haman 1942)

Sumber: Obstetri Williams (Chunningham, 2009)

C. Menometroragia

Perdarahan uterus abnormal biasanya digambarkan dalam hal durasi, kuantitas, dan interval antara episode perdarahan. Menoragia mengacu pada perdarahan yang berlangsung selama > 7 hari atau > 80 ml dalam jumlah. Menometroragia adalah perdarahan berat, berkepanjangan yang terjadi pada jarak waktu tidak teratur. Polimenore terjadi secara berkala tapi pendek < 21 hari (Slap, 2008).

Menoragia ditandai dengan perdarahan yang terjadi di antara periode menstruasi teratur. Perdarahan ini biasanya kurang dari atau sama dengan volum menstruasi normal. Penyebab utama termasuk lesi serviks (polip, eversi, dan keganasan) dan polip endometrium dan keganasan. Menometroragia adalah perdarahan pada jarak waktu tidak teratur yang berlebihan atau memanjang. Penyebab biasanya termasuk fibroid uterus, adenomiosis, polip endometrium, hiperplasia, dan kanker. Penyakit tiroid dapat mengakibatkan peningkatan atau penurunan aliran atau tidak ada perubahan dalam aliran menstruasi (Callahan and Caughey, 2008).

Perdarahan di luar haid disebut juga metroragia. Perdarahan ini dapat disebabkan oleh keadaan yang bersifat hormonal dan kelainan anatomis. Pada kelainan hormonal terjadi gangguan poros hipotalamus-hipofise, ovarium (indung telur), dan rangsangan estrogen dan progesteron dengan bentuk perdarahan yang terjadi di luar menstruasi, bentuknya bercak dan terus menerus, dan perdarahan menstruasi berkepanjangan. Pengobatan terhadap kelainan ini pada remaja (gadis) dengan pengaturan secara hormonal sedangkan untuk wanita menikah atau mempunyai anak dengan memeriksa alat kelamin dan bila perlu dilakukan kuretase dan pemeriksaan patologi untuk memastikannya. Untuk menegakkan kepastian dan mengurangi

keluhan, sebaiknya dilakukan konsultasi ke dokter ahli. Bentuk gambaran klinis gangguan hormonal dengan perdarahan yaitu perdarahan rahim menyimpang, menometroragia (perdarahan banyak dan berkelanjutan dengan menstruasi), atau metroragia (perdarahan di luar menstruasi) (Manuaba, 2009).

Pada kelainan anatomis terjadi perdarahan karena adanya gangguan pada alat-alat kelamin di antaranya pada mulut rahim (keganasan, perlukaan, atau polip). Pada badan rahim (mioma uteri/tumor rahim, polip pada lapisan dalam rahim, keguguran atau penyakit trofoblast, keganasan). Sedangkan pada saluran telur kelainan dapat berupa kehamilan tuba (di luar kandungan), radang saluran telur, atau tumor tuba sampai keganasan tuba (Manuaba, 2009).

Tabel 2.5 Pola Perdarahan Uterus

Pola Perdarahan	Definisi	Waktu Siklus	Jumlah Aliran
Normal Menstruasi	Perdarahan teratur, rata-rata 28 hari (jarak, 21-35), berlangsung 3-5 hari, rata-rata perdarahan 30-50 mL/siklus.	Teratur.	Normal.
Menoragia (Hipermenore)	Aliran menstruasi banyak (>80 mL/siklus) atau memanjang (> 7 hari) pada jarak waktu teratur.	Teratur.	Banyak.
Metroragia (Perdarahan antar menstruasi)	Perdarahan antara menstruasi normal, biasanya lebih ringan dari pada perdarah menstruasi normal.	Tidak teratur.	Normal-ringan.

Menometroragia	Perdarahan berlebihan atau memanjang pada jarak waktu tidak teratur.	Tidak teratur.	Banyak.

Sumber: Blueprints Obstetrics and Gynecology (Callahan dan Caughey, 2008).

2.1.3 Pengaruh Pemakaian IUD/AKDR Terhadap Menometroragia

Peningkatan perdarahan menstruasi, sering disertai nyeri, merupakan masalah paling umum yang berkaitan dengan pemakaian IUD. Sekitar 15% wanita pemakai IUD meminta alat ini dikeluarkan dalam satu tahun setelah pemasangan karena masalah-masalah yang berkaitan dengan perdarahan (Kishen, 2002).

Tingkat efek samping yang dilaporkan baik untuk IUD tembaga dan IUD hormonal paling tinggi terjadi pada 2 tahun pertama penggunaan dan di antara wanita berusia di bawah 25 tahun (Sivin I dan Stern J, 1994).

Efek samping yang umum terjadi adalah perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan saat haid lebih sakit (Saifuddin dkk., 2003).

Selama beberapa bulan pertama dapat terjadi bercak darah atau perdarahan antarmenstruasi, tetapi hal ini berkurang seiring dengan waktu. Bercak darah pra- dan pascamenstruasi yang berlangsung 2 sampai 3 hari juga sering terjadi (Kishen, 2002).

Kelompok Kerja Ahli berpendapat bahwa menstruasi abnormal (dapat berupa perdarahan bercak/ringan atau perdarahan berat disertai siklus menstruasi memanjang) sering terjadi pada 3-6 bulan pertama penggunaan IUD (Wilopo, 2008).

Bentuk gejala/keluhan yaitu perdarahan haid yang lebih lama atau lebih banyak dari biasa (menoragia), perdarahan di luar

haid (metroragia), dan perdarahan yang berupa tetesan (*spotting*) (Sulistyawati, 2011).

Penyebab gejala/keluhan yaitu diperkirakan karena kerja enzim yang terkonsentrasi di jaringan selaput lendir rahim (endometrium). Enzim ini bersifat fibrinolitik (menghancurkan fibrin). Serta karena faktor mekanik, yaitu perlukaan selaput lendir rahim karena kontrasepsi disebabkan karena adanya ketidakserasian antara besarnya IUD dan rongga rahim (Sulistyawati, 2011).

Dugaan: insersi IUD menyebabkan meningginya konsentrasi plasminogen aktivators (enzim yang memecah protein dan mengaktivir dissolusi dari bekuan-bekuan darah) dalam endometrium, dan enzim-enzim ini menyebabkan bertambahnya aktivitas fibrinolitik serta menghalangi pembekuan darah. Akibatnya timbul perdarahan yang lebih banyak (Hartanto, 2004).

Perdarahan inter-menstrual disangka disebabkan oleh kerusakan-kerusakan mekanis pada endometrium, yang akan menyembuh sendiri dengan waktu (Hartanto, 2004).

Walaupun terdapat variabilitas individual yang sangat besar, semua IUD yang mengandung tembaga meningkatkan jumlah dan/atau lama perdarahan menstruasi (Kishen, 2002).

Jumlah perdarahan menstruasi umumnya bertambah dengan penggunaan IUD tembaga. Karena dapat menyebabkan anemia defisiensi besi, maka diberikan suplementasi besi, dan konsentrasi hemoglobin atau hematokrit diperiksa setiap tahun. Menoragia dapat menjadi masalah, dan 15 persen wanita diangkat IUD tembaganya karena hal tersebut. OAINS (Obat Anti Inflamasi Non Steroid) menurunkan perdarahan dan dianggap sebagai terapi lini pertama untuk hal ini (Chunningham, 2009).

Sebaliknya, LNG-IUS (*Levonorgestrel-releasing Intra Uterine System*) dihubungkan dengan amenorea progresif, yang

dilaporkan oleh sepertiga pengguna setelah 2 tahun dan oleh 60 persen pengguna setelah 12 tahun (Chunningham, 2009).

IUD yang melepaskan hormon mengurangi jumlah darah menstruasi sampai ke tingkat yang lebih sedikit daripada tingkat sebelum pemasangan, walaupun perlu ditekankan kepada pemakai bahwa terjadinya hal ini mungkin memerlukan waktu 3 sampai 6 bulan (Kishen, 2002).

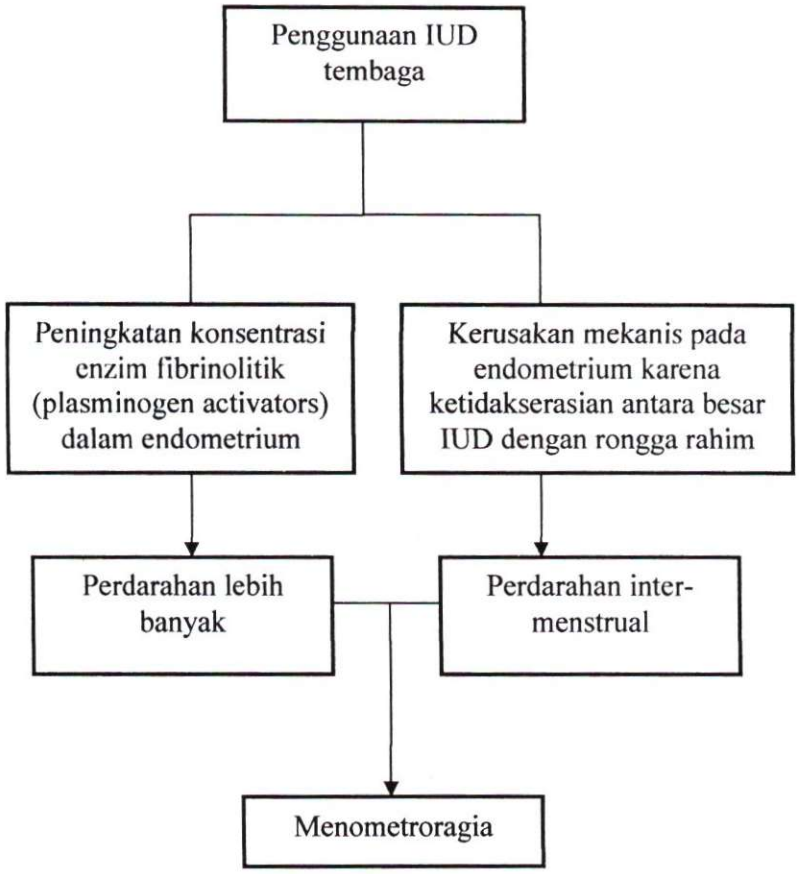
Tabel 2.6 Perbandingan IUD

Karakteristik	IUD Tembaga	IUD Levonorgestrel
Efektivitas	Hampir sama. Keduanya termasuk dalam metode yang paling efektif.	
Lama penggunaan	Disetujui untuk 10 tahun.	Disetujui untuk 5 tahun.
Pola perdarahan	Perdarahan bulanan lebih lama dan lebih berat, perdarahan tidak teratur, dan lebih kram atau nyeri selama perdarahan bulanan.	Perdarahan lebih teratur dan bercak pada beberapa bulan pertama. Setelah satu tahun biasanya tidak ada perdarahan bulanan. Menyebabkan perdarahan kurang dari IUD tembaga dari waktu ke waktu.
Anemia	Dapat berkontribusi pada anemia defisiensi besi jika pada wanita kadar besi darah sudah rendah sebelum	Dapat membantu mencegah anemia defisiensi besi.

	insersi.	
Alasan utama penghentian	Peningkatan perdarahan dan nyeri.	Tidak ada perdarahan bulanan dan efek samping hormonal.
Keuntungan nonkontrasepsi	Dapat membantu perlindung terhadap kanker endometrial.	Penanganan efektir pada perdarahan bulanan yang lama dan berat (alternatif untuk histerektomi). Dapat juga membantu mengobati nyeri perdarahan bulanan. Dapat digunakan sebagai progestin pada terapi penggantian hormon.

Sumber: Family Planning; A Global Handbook For Providers (WHO, 2011).

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Ari Sulistyawati, 2013., Hanafi Hartanto, 2004., Siswanto Agus Wilopo, 2008.

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan rancangan *cross sectional* dengan mengambil data melalui rekam medik.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Kenten Palembang. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2014 – Januari 2014.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi diambil dari data rekam medik peserta kontrasepsi IUD dengan keluhan menometroragia di Poliklinik KIA di Puskesmas Kenten Palembang periode Januari 2011 – Juni 2014.

3.3.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah semua peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang periode Januari 2011 – Juni 2014. Penentuan besar sampel dilakukan secara teknik *total sampling* yaitu semua populasi dijadikan sampel.

3.3.3 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

Kriteria inklusi dan eksklusi pada sampel, antara lain:

A. Kriteria Inklusi

- Peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang.

B. Kriteria Eksklusi

- Peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian selain menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang.
- Data rekam medik yang tidak lengkap.

3.4 Variabel Penelitian

Variabel pada penelitian ini adalah karakteristik peserta kontrasepsi IUD yang mengalami menometroragia, yaitu:

- Usia Ibu
- Pekerjaan Ibu
- Paritas Ibu
- Jenis IUD yang digunakan
- Lama penggunaan IUD

3.5 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Usia	Usia biologis ibu yang tercantum dalam rekam medik.	Rekam medik	Analisis rekam medik	Nominal	- < 20 tahun - 20-29 tahun - ≥ 30 tahun
Paritas	Jumlah persalinan yang pernah di alami ibu	Rekam medik	Analisis rekam medik	Nominal	- P1 - P2-P4 - >P4
Jenis IUD	Jenis IUD yang digunakan oleh ibu	Rekam medik	Analisis rekam medik	Nominal	- IUD tembaga - IUD hormonal
Lama Penggunaan IUD	Jarak waktu penggunaan IUD oleh ibu	Rekam medik	Analisis rekam medik	Nominal	- 0-3 bulan - 3-6 bulan - >6 bulan

Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan ibu untuk menghasilkan uang	Rekam medik	Analisis rekam medik	Nominal	- Ibu Rumah Tangga - Pegawai Negeri - Pegawai Swasta - Wiraswasta

Keterangan : IUD = *Intra Uterine Device*

3.6 Cara Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan adalah data sekunder yang tercatat pada rekam medik di Puskesmas Kenten Palembang periode Januari 2011 – Juni 2014 dan dicatat sesuai dengan variabel yang diteliti.

3.7 Metode Teknis Analisis Data

3.7.1 Data Primer

Pada penelitian ini tidak menggunakan data primer karena hanya melihat data sekunder berupa rekam medik.

3.7.2 Data Sekunder

Data yang diambil dari data rekam medik Puskesmas Kenten Palembang.

3.7.3 Cara Pengolahan dan Analisis Data

1. *Editing*

   Melakukan pengecekan terhadap data peserta kontrasepsi yang mengalami menometroragia dari rekam medik, apakah data sudah lengkap, bila terdapat kesalahan atau kekurangan maka dilakukan pengecekan ulang.

2. *Coding*

   Data yang telah dikumpulkan kemudian diubah kedalam bentuk angka atau bilangan (kode).

3. *Tabulating*

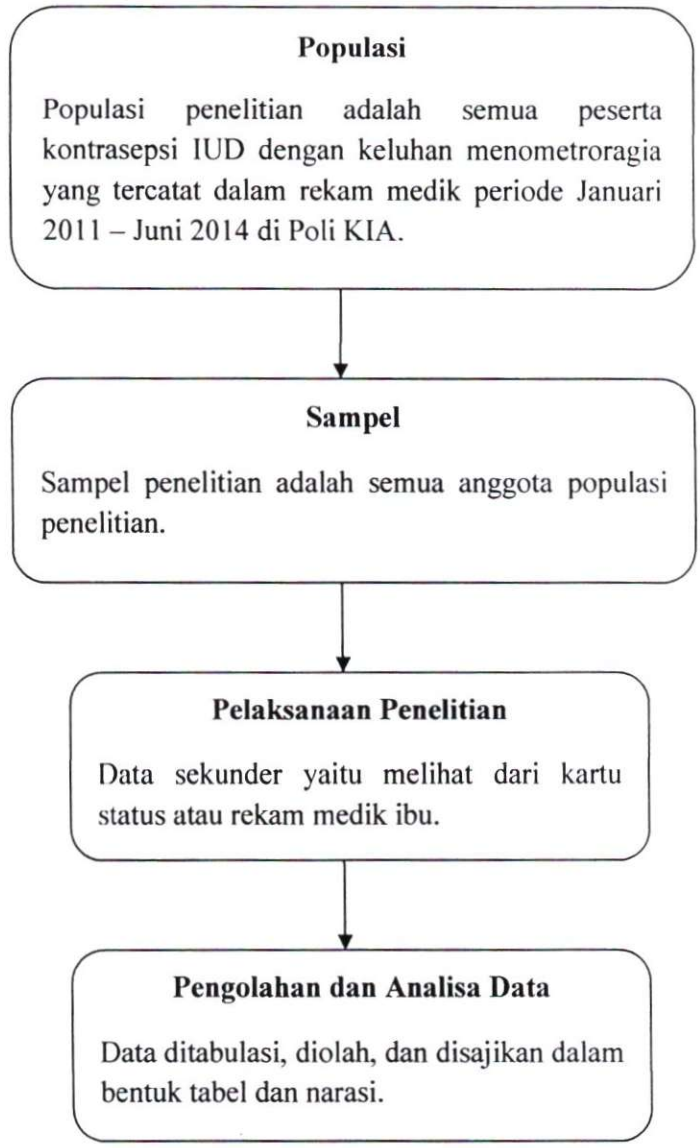
   Melakukan proses pemasukan data yang telah diberi kode kedalam bentuk tabel distribusi dan frekuensi dengan menggunakan software SPSS.

4. *Cleaning*

   Kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *tabulating* apakah ada kesalahan atau tidak. Pemeriksaan semua data ke komputer yang telah dimasukkan ke dalam komputer guna menghindari terjadinya kesalahan dalam pemasukkan data.

Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat yaitu untuk melihat distribusi frekuensi dari setiap variabel guna menggambarkan distribusi dan proporsi berbagai variabel yang diteliti. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1. Diagram Alur Penelitian

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

FAKULTAS KEDOKTERAN

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Puskesmas Kenten Palembang

4.1.1. Wilayah dan Geografi

Puskesmas Kenten Palembang adalah salah satu puskesmas yang berada di Kecamatan Ilir Timur II Kota Palembang, memiliki wilayah kerja di dua kelurahan yaitu Kelurahan 8 Ilir dan Kelurahan Kuto Batu, dengan luas wilayah kerja 39,79 km meliputi dataran tinggi, rendah, dan rawa-rawa.

Perbatasan Puskesmas Kenten dengan wilayah sekitarnya, yaitu:

1. Sebelah utara berbatasan dengan Puskesmas Sukamaju
2. Sebelah selatan berbatasan dengan Puskesmas Sungai Musi
3. Sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Duku, 5 Ilir, Lawang Kidul
4. Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan 20 Ilir, 9 Ilir, 10 Ilir, dan 11 Ilir

4.1.2. Data Demografi

Jumlah penduduk dalam wilayah kerja Puskesmas Kenten Palembang pada tahun 2011 adalah 39.325 jiwa. Yang terdiri dari laki-laki sebanyak 19.577 jiwa dan perempuan sebanyak 19.748 jiwa. Jumlah bayi (0-1 tahun) sebanyak 884 jiwa dan jumlah balita (1-5 tahun) sebanyak 4059 jiwa.

Jumlah peserta aktif KB yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Kenten Palembang pada tahun 2012-2013 adalah sebanyak 9.880 orang, antara lain IUD (*Intra Uterine Device*) 433 orang, MOW (Metode Operasi Wanita) 165 orang, implant 409 orang, suntik 3926 orang, pil 4121 orang, MOP (Metode Operasi Pria) 8 orang, dan kondom 818 orang.

4.2 Hasil Penelitian dan Pembahasan

Subjek penelitian sebanyak 109 orang peserta KB IUD yang mengalami kejadian menometroragia dari 302 peserta KB IUD yang diambil dari pencatatan rekam medik di Poli Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011-Juni 2014. Sehingga angka kejadian menometroragia pada peserta KB IUD pada Januari 2011-Juni 2014 yaitu sebesar 36,09% dan didapatkan gambaran hasil penelitian berdasarkan variabel penelitian sebagai berikut.

4.2.1. Usia Ibu

Tabel berikut menunjukkan distribusi kejadian menometroragia pada peserta KB IUD di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011-Juni 2014 berdasarkan usia ibu.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi dan Presentase Usia Ibu

Usia Ibu	Frekuensi	Persentase
< 20 tahun	1	0.9
20-29 tahun	52	47.7
≥ 30 tahun	56	51.4
Total	109	100.0

Kejadian menometroragia yang terjadi pada peserta KB IUD yang berusia < 20 tahun sebanyak 1 orang (0.9%), usia 20-29 tahun sebanyak 52 orang (47.7%) dan usia ≥ 30 tahun sebanyak 56 orang (51.4%).

Dari tabel di atas terlihat kejadian menometroragia paling banyak terjadi pada peserta KB IUD yang berusia ≥ 30 tahun dibandingkan pada kelompok usia 20-29 tahun dan usia < 20 tahun.

Hal ini berbeda dengan penelitian yang ada sebelumnya yang menyatakan bahwa, tingkat efek samping yang dilaporkan

baik untuk IUD tembaga dan IUD hormonal paling tinggi terjadi pada wanita berusia di bawah 25 tahun (Sivin I dan Stern J, 1994).

Adanya perbedaan antara kedua penelitian ini kemungkinan disebabkan karena perbedaan populasi, sampel, dan jenis penelitian. Sehingga hasil penelitian yang didapat berbeda.

World Health Organizations (WHO) baru-baru ini melaporkan bahwa 18 juta wanita golongan usia 30-55 tahun merasa bahwa perdarahan dalam menstruasinya berlebihan. Menurut penelitian Janssen dkk., perdarahan menstruasi meningkat secara signifikan seiring bertambahnya usia (Gottapu dan Golagabathula, 2014).

Menurut Manuaba (1998), makin tua umur ibu maka akan terjadi kemunduran yang progresif dari endometrium. Kemungkinan hal ini ikut mempengaruhi mengapa menometroragia paling banyak terjadi pada ibu dengan usia $\geq$ 30 tahun.

4.2.2 Pekerjaan Ibu

Tabel berikut menunjukkan distribusi kejadian menometroragia pada peserta KB IUD di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011-Juni 2014 berdasarkan pekerjaan ibu.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi dan Presentase Pekerjaan Ibu

Pekerjaan Ibu	Frekuensi	Persentase
Ibu Rumah Tangga	48	44.0
PNS	11	10.1
Pegawai Swasta	38	34.9
Wiraswasta	12	11.0
Total	109	100.0

Kejadian menometroragia yang terjadi pada peserta KB IUD yang pekerjaannya ibu rumah tangga sebanyak 48 orang (44.0%), PNS 11 orang (10.1%), pegawai swasta 38 orang (34.9%), dan wiraswasta 12 orang (11.0%).

Dari tabel di atas terlihat kejadian menometroragia paling banyak terjadi pada peserta KB IUD yang pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga dibandingkan dengan pegawai swasta, wiraswasta, dan PNS.

Menurut Gottapu dan Golagabathula (2014), para wanita yang bekerja tidak terlalu mudah mengeluh mengenai permasalahan mereka karena jadwal yang sibuk, kecuali bila telah berkaitan dengan rasa nyeri. Menstruasi lama dan berlebihan yang disertai nyeri akan lebih mempengaruhi banyak wanita dibandingkan dengan yang tanpa nyeri. Kemungkinan hal inilah yang menyebabkan ibu rumah tangga lebih banyak tercatat datang berobat ke puskesmas untuk masalah ini.

4.2.3. Riwayat Paritas

Tabel berikut menunjukkan distribusi kejadian menometroragia pada peserta KB IUD di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011-Juni 2014 berdasarkan riwayat paritas ibu.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi dan Presentase Riwayat Paritas

Riwayat Paritas	Frekuensi	Presentase
P1	25	22.9
P2-P4	77	70.6
> P4	7	6.4
Total	109	100.0

Kejadian menometroragia yang terjadi pada peserta KB IUD dengan riwayat paritas P1 sebanyak 25 orang (22.9%), P2-P4 77 orang (70.6%), dan >P4 7 orang (6.4%).

Dari tabel di atas terlihat kejadian menometroragia paling banyak terjadi pada peserta KB IUD dengan riwayat paritas antara P2-P4 dibandingkan dengan yang riwayat paritasnya P1 dan >P4.

Hal ini berbeda dengan penelitian sebelumnya oleh Edi Sumbodo pada tahun 1994 yang menyatakan bahwa peserta KB IUD tembaga dengan paritas rendah (< 2 orang anak) efek samping perdarahannya lebih tinggi dibanding dengan peserta KB IUD yang paritasnya lebih tinggi (≥ 2 orang anak).

Adanya perbedaan antara kedua penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh adanya perbedaan populasi, sampel, dan jenis penelitian. Penelitian sebelumnya adalah penelitian analitik yang dipengaruhi pula oleh umur ibu dan lama pemakaian, sehingga hasil penelitian yang didapat berbeda.

Menurut Mochtar (1998), pada setiap kehamilan terjadi perubahan serabut otot menjadi jaringan ikat pada uterus. Kemungkinan hal ini akan berpengaruh pada kemampuan kontraksi uterus untuk menekan pembuluh darah setelah terlepasnya lapisan nekrotik endometrium pada saat menstruasi.

Pada penelitian oleh Hayani (2008), pemakaian kontrasepsi juga sejalan dengan bertambahnya jumlah anak, dan sebagian besar akseptor IUD memiliki jumlah anak > 2 orang. Kemungkinan hal ini lah yang menyebabkan kejadian menometroragia pada ibu dengan riwayat paritas P2-P4 tercatat lebih banyak.

4.2.4. Jenis IUD Yang Digunakan

Tabel berikut menunjukkan distribusi kejadian menometroragia pada peserta KB IUD di Puskesmas Kenten

Palembang Periode Januari 2011-Juni 2014 berdasarkan jenis IUD yang digunakan.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi dan Presentase Jenis IUD

Jenis IUD	Frekuensi	Persentase
IUD Tembaga	108	99.1
IUD Hormonal	1	0.9
Total	109	100.0

Kejadian menometroragia yang terjadi pada peserta KB IUD yang menggunakan IUD jenis tembaga sebanyak 108 orang (99.1%) dan yang menggunakan IUD jenis hormonal sebanyak 1 orang (0.9%).

Dari tabel di atas terlihat kejadian menometroragia paling banyak terjadi pada peserta KB IUD yang menggunakan IUD jenis tembaga dibandingkan dengan yang menggunakan IUD jenis hormonal. Dalam hal ini, IUD tembaga yang digunakan adalah Cooper T dan IUD hormonal yang digunakan adalah Mirena.

Hal ini sesuai dengan teori sebelumnya yang menyatakan bahwa walaupun terdapat variabilitas individual yang sangat besar, semua IUD yang mengandung tembaga meningkatkan jumlah dan/atau lama perdarahan menstruasi (Kishen, 2002).

Demikian pula dengan teori lainnya yang menyatakan bahwa jumlah perdarahan menstruasi umumnya bertambah dengan penggunaan IUD tembaga. (Chunningham, 2009).

Diduga, insersi IUD menyebabkan meningginya konsentrasi plasminogen aktivators (enzim yang memecah protein dan mengaktivir dissolusi dari bekuan-bekuan darah) dalam endometrium, dan enzim-enzim ini menyebabkan bertambahnya aktivitas fibrinolitik serta menghalangi pembekuan darah. Akibatnya timbul perdarahan yang lebih banyak (Hartanto, 2004).

4.2.5. Lama Penggunaan IUD

Tabel berikut menunjukkan distribusi kejadian menometroragia pada peserta KB IUD di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011-Juni 2014 berdasarkan lama penggunaan IUD.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi dan Presentase Lama Penggunaan IUD

Lama Penggunaan	Frekuensi	Persentase
0-3 bulan	62	56.9
3-6 bulan	37	33.9
> 6 bulan	10	9.2
Total	109	100.0

Kejadian menometroragia yang terjadi pada peserta KB IUD dengan lama penggunaan 0-3 bulan sebanyak 62 orang (56.9%), 3-6 bulan sebanyak 37 orang (33.9%), dan >6 bulan sebanyak 10 orang (9.2%).

Dari tabel di atas terlihat kejadian menometroragia paling banyak terjadi pada peserta KB IUD dengan lama penggunaan 0-3 bulan dibandingkan dengan yang lama penggunaannya 3-6 bulan, dan > 6 bulan.

Hal ini sesuai dengan teori sebelumnya yang menyatakan bahwa efek samping penggunaan KB IUD umumnya terjadi pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan (Saifuddin dkk., 2003).

Namun berbeda dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Fajar Ariyani yang menyatakan bahwa akseptor kontrasepsi IUD yang menggunakan > 3 bulan lebih berisiko mengalami menometroragi lebih besar dibandingkan akseptor yang menggunakan < 3 bulan.

Adanya perbedaan dalam dua penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh adanya perbedaan jumlah sampel dan jenis penelitian. Penelitian sebelumnya adalah penelitian observasi analitik yang menggunakan purposive sampling, sehingga hasil penelitian yang didapat berbeda.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian, peneliti mendapatkan beberapa kesulitan. Di antaranya yaitu:

1. Penulisan data rekam medik yang kurang rapi dan ada beberapa kesalahan dalam penulisannya.
2. Penelitian sebelumnya yang masih sedikit sehingga hanya beberapa variabel yang dapat dibandingkan.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Subyek penelitian sebanyak 109 peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia dari 302 peserta kontrasepsi IUD diambil dari pencatatan rekam medik di Poliklinik KIA Puskesmas Kenten Palembang periode Januari 2011-Juni 2014. Sehingga angka kejadian menometroragia pada peserta KB IUD pada Januari 2011-Juni 2014 sebesar 36,09%.
2. Gambaran karakteristik (distribusi frekuensi) peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang periode Januari 2011-Juni 2014:
    a. Berdasarkan usia ibu, yang terbanyak adalah pada kelompok usia ≥ 30 tahun yaitu sebesar 51,4%.
    b. Berdasarkan pekerjaan ibu, yang terbanyak adalah pada peserta kontrasepsi IUD yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga yaitu sebesar 44.0%.
    c. Berdasarkan riwayat paritas, yang terbanyak adalah pada peserta kontrasepsi IUD dengan riwayat paritas P2-P4 yaitu sebesar 70.6%.
    d. Berdasarkan jenis IUD yang digunakan, yang terbanyak adalah pada peserta kontrasepsi IUD yang menggunakan IUD tembaga yaitu sebesar 99.1%.
    e. Berdasarkan lama penggunaan IUD, yang terbanyak adalah pada peserta kontrasepsi IUD dengan lama penggunaan 0-3 bulan yaitu sebesar 56.9%.

5.2 Saran

Saran-saran yang dapat diberikan penulis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk peneliti lain agar dapat melanjutkan dan mengembangkan penelitian ini untuk membahas secara rinci mengenai hubungan masing-masing variabel karakteristik dengan kejadian menometroragia pada peserta kontrasepsi IUD.
2. Untuk Pihak Puskesmas Kenten Palembang agar dapat menjadikan penelitian ini sebagai acuan bagi pengembangan konsep pelayanan keluarga berencana di wilayah kerja Puskesmas Kenten Palembang.
3. Untuk praktisi medis agar dapat menjadikan penelitian ini sebagai salah satu acuan untuk bahan konseling pemilihan alat kontrasepsi terutama bagi calon peserta kontrasepsi IUD.
4. Untuk pihak Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang agar dapat memanfaatkan hasil penelitian ini dengan sebaik-baiknya, baik sebagai sumber pembelajaran maupun untuk menambah kepustakaan.

DAFTAR PUSTAKA

Albar, E. 1999. Kontrasepsi. Dalam: Wiknjosastro, H. (Editor). Ilmu Kandungan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta, Indonesia. Hal. 556-562.

Ariyani, F. 2011. Hubungan Lama Pemakaian Kontrasepsi AKDR Dengan Kejadian Menometroragi Pada Akseptor KB AKDR di Kecamatan Klego Kabupaten Boyolali. Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta (tidak dipublikasikan). Hal. xiii.

BKKBN. 2011. Kamus Istilah Kependudukan dan Keluarga Berencana. Direktorat Teknologi Informasi dan Komunikasi BKKBN, Jakarta. Hal. 8.

BKKBN. 2012. Statistik Data Kependudukan (Sumatera Selatan). BKKBN, Sumatera Selatan.

Brewer, G.J. 2001. Wilson's Disease: A Clinician's Guide to Recognition, Diagnosis, and Management. Kluwer Academic Publisher. USA. Hal. 5.

Callahan, T.L. dan Caughey A.B. 2008. Blueprints Obstetrics and Gynecology. LWW. Philadelphia, PA. Hal. 296.

Chunningham, G. 2009. Williams Obstetrics, 23rd Edition. Terjemahan Oleh: Pendit, B.U dkk. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 45-46, 715-718.

Dorland, W.A. N. 2012. Dorland's Pocket Medical Dictionary, 28th Edition. Terjemahan Oleh: Mahode, A.A. dkk. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 306.

Ellertson, C. 2002. Pilihan Kontrasepsi. Dalam: Glassier, A dan Gebbie, A. (Editor). Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 1-33.

Guyton, A.C dan Hall, J.E. 2006. Textbook Of Medical Physiology, 11th Edition. Terhemahan Oleh: Irawati dkk. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 1072-1073.

Gottapu, K dan S, Golagabathula. 2014. A Study of Demographic Profile and Evaluation of Menorrhagia. Indian Journal of Applied Research. 4(1): 430-434.

Hartanto, H. 2004. Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta, Indonesia. Hal. 218-219.

Hayani. 2008. Hubungan Antara Faktor Predisposisi dengan Rendahnya Minat Akseptor KB untuk Menggunakan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) di Wilayah Kerja Payakabung Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2008. Palembang: STIKES Abdi Nusa. Hal. 6.

Hestiantoro, A dan B, Wiweko. 2007. Panduan Tata Laksana Perdarahan Uterus Disfungsional. HIFERI-POGI. Bandung, Indonesia. Hal. 2.

Kishen, M. 2002. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim. Dalam: Glassier, A dan Gebbie, A. (Editor). Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 116-139.

Manuaba, E.B.G. 1998. Ilmu Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 436, 455.

Manuaba, E.B.G. 2009. Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 57.

Mochtar, R. 1998. Fisiologi Alat-alat Kandungan. Dalam: Lutan, D. (Editor). Sinopsis Obstetri: "Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi". EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 15.

Saifuddin, AB., Djajadilaga., Affandi, B dan Bimo. 1996. Buku Acuan Nasional Pelayanan Keluarga Berencana. NRC POGI-YBSP. Jakarta, Indonesia. Hal. 1-7.

Saifuddin, AB., Affandi, B dan Lu, E.R. 2003. Buku Panduan Praktis Pelayanan Konstrasepsi. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta, Indonesia. Hal. 72-73, 88-93, 98-99.

Simanjuntak, P. 1999. Gangguan Haid dan Siklusnya. Dalam: Wiknjosastro, H. (Editor). Ilmu Kandungan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta, Indonesia. Hal. 204-205.

Sivin, I., dan Stern, J. 1994. Health During Prolonged Use of Levonorgestrel 20 Micrograms/d and The Copper TCu 380Ag Intrauterine Contraceptive Devices: A Multicenter Study. 61(1), (*http://europepmc.org/abstract/MED/8293847, diakses 24 Agustus 2014*).

Slap, G.B. 2008. Adolescent Medicine: The Requisites in Pediatrics. Mosby. Missouri, United States. Hal. 153.

Sulistyawati, A. 2011. Pelayanan Keluarga Berencana. Salemba Medika. Jakarta, Indonesia. Hal. 13.

Sumbodo, Edi. 1994. Hubungan Paritas Ibu Pemakai Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Jenis Multiload Cu 250 dengan Efek Samping Perdarahan di Rumah Sakit Umum Daerah Kotamadya Yogyakarta 1 Januari – 31 Desember 1993. Skripsi, Yogyakarta (tidak dipublikasikan). Hal. xi.

WHO. Family Planning: A Global Handbook For Providers. 2011. Washington, DC. Hal. 362.

WHO. World Aliance For Patient Safety Version 1. 2006. Washington, DC.

Wilopo, S.A. 2008. Rekomendasi Praktek Terpilih Untuk Penggunaan Kontrasepsi. Minat Utama Kesehatan Ibu dan Anak—Kesehatan Reproduksi FK UGM. Yogyakarta, Indonesia. Hal. 120.

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KOTA PALEMBANG

JL. LUNJUK JAYA NOMOR 3 – DEMANG LEBAR DAUN PALEMBANG
TELPON (0711) 368726
Email : badankesbang@yahoo.co.id

Palembang, 31 Oktober 2014

Nomor : 070 / 1570 / BAN.KBP / 2014
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data / Penelitian

Kepada Yth.
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang
2. Pimpinan Puskesmas Kenten Palembang

di -
Palembang

Memperhatikan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Univesitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 2002 / I-13 / FK-UMP / X / 2014 Tanggal 24 Oktober 2014 perihal tersebut diatas, dengan ini diberitahukan kepada saudara bahwa :

No.	Nama	NIM	Judul Penelitian
1.	Risma Kurniasih	702011019	Karakteristik peserta kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011 - Juni 2014

Untuk melakukan Pengambilan Data secara langsung.
Lama Pengambilan Data : 31 Oktober 2014 s.d 31 Desember 2014

Dengan Catatan :

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian/survey/riset agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku didaerah setempat.
4. Apabila izin penelitian/ survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian/survey/riset diwajibkan memberikan laporan tertulis kepada Walikota Palembang melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi dan untuk dibantu seperlunya.

a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN
POLITIK KOTA PALEMBANG
KABID PENANGANAN STRATEGIS

CITRA MARTIKALINI, SSTP.,M.Si
PENATA TINGKAT I
NIP. 198103101999122001

Tembusan :
1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. Mahasiswa Ybs.

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
DINAS KESEHATAN
JL. Merdeka No.72 Palembang 30151 Sumatera Selatan
Telp/Fax. (0711) 350651, 350523
E-mail: dinkes_palembang@yahoo.co.id, Website: wwwww.dinkes.palembang.go.id

Palembang, 28 Oktober 2014

Nomor : 800/1788/ PSDM. Diklat /Kes/2014.
Perihal : Izin Penelitian dan Pengambilan Data

Kepada Yth,
Pimpinan Puskesmas
Kenten
di,-
Palembang

Sehubungan dengan Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan perlindungan Masyarakat Kota Palembang Nomor : 070 / 1944 / BAN / KPB / 2014. Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini pada prinsipnya kami menyetujui dan memberikan izin untuk Penelitian dan Pengambilan Data di Bidang / Puskesmas Saudara atas nama Mahasiswa :

No	Nama Mahasiswa	NIM	Judul Penelitian
1	Risma Kurniasih	70 2011 019	Karakteristik Peserta Kontrasepsi IUD yang mengalami kejadian Menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011 - Juni 2014
2.			
3.			

Atas Kerjasamanya diucapkan terima kasih,

KEPALA DINAS KESEHATAN

Dr. ANTON SUWINDRO, M.Kes
PEMBINA TK I
NIP. 195705271986121001

Tembusan :

1. Kabid PMK
2. Arsip

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS KENTEN
Jl. MP. Mangku Negara No. 1 Kec. IT II
. 0711- 822455 Palembang

Palembang, 08 Januari 2015

Nomor : 800 / 011 / TU / PKM.K/ I /2014
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Selesai Penelitian dan Pengambilan data

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadyah Palembang
di-
Palembang

Yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : dr. Hj. Agustini
NIP : 19560824 198603 2001
Jabatan : Pimpinan Puskesmas Kenten Palembang

Berdasarkan Surat Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang Nomor : 800/ 488 / PSDM . Diklat / Kes/2014 tanggal 28 Oktober 2014 Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Izin Pengambilan Data. Maka dengan ini menjelaskan Bahwa :

Nama : Risma Kurniasih
Nim : 70.2011.019
Mahasiswa : Universitas Muhammadyah Palembang
Materi Magang : Karakteristik Peserta Kontrasepsi IUD yang Mengalami Kejadian Menometroragia Di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011 – Juni 2014

Telah selesai melaksanakan penelitian dan pengambilan data.
Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pimpinan Puskesmas Kenten
Kota Palembang

DINAS KESEHATAN PUSKESMAS KENTEN

dr. Hj. Agustini
Nip. 19560824 198603 2 001

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KONTRASEPSI

Nomor Kode Tindakan [ ][ ]

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama KKB/RS/DPS/BPS *) : .....

Nomor Kode Klinik KB : [ ][ ] : [ ][ ] [ ][ ][ ]

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu (Sesuai dengan K/IV/KB) : [ ][ ][ ][ ] [ ][ ]

Kode Keluarga Indonesia (KKI) : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : .....

U m u r : ..... Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan ..... RT ..... RW ..... Kel/Desa .....
Kecamatan..... Kabupaten/Kota.....
Provinsi..... Kode Pos .....

Setelah mendapat penjelasan dan MENGERTI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa :

[ ] IUD [ ] IMPLANT [ ] MOW [ ] MOP **)

PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : .....

U m u r : ..... Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan ..... RT ..... RW ..... Kel/Desa .....
Kecamatan..... Kabupaten/Kota.....
Provinsi..... Kode Pos .....

Selaku SUAMI/ISTERI *) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut.

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

....., 20...

Yang memberi pelayanan konseling Dokter/Bidan/Perawat *)	Klien	Suami/Isteri Klien *)
(.....)	(.....)	(.....)

Keterangan : *) coret yang tidak perlu
**) beri tanda [✓]

Lembar untuk Kabupaten/Kota

Nomor Kode Tindakan [ ][ ]

Nomor Kode Klinik

[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ]

Nomor Klien

[ ][ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ]

Kode Keluarga Indonesia (KKI)

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Umur

[ ][ ]

Diisi Oleh Petugas

Tindakan	Jenis Metode	No.Kode
Overative	Wanita (Tuba)	01
	Pria (Vasa)	02
Pemasangan	Implant 1 batang	03
	Implant 2 batang	04
	Implant 6 batang	05
	IUD Cu	06
	IUD Lain-lain	07

Tindakan	Jenis Metode	No.Kode
Renakalisasi	Wanita (Tuba)	08
	Pria (Vasa)	09
Pencabutan	Implant 1 batang	10
	Implant 2 batang	11
	Implant 6 batang	12
	IUD Cu	13
	IUD Lain-lain	14

Tindakan	Jenis Metode	No.Kode
Pencabutan dan Pemasangan	Implant 1 batang	15
	Implant 2 batang	16
	Implant 6 batang	17
	IUD Cu	18
	IUD Lain-lain	19

- Isilah kode ke dalam kotak pada pojok kanan atas sesuai tindakan yang akan diberikan
- Lembar ini setelah dirobek agar dikirim setiap bulan bersama dengan F/II/KB ke Instansi yang mengelola program KB pada tingkat Kab/Kota

sobek disini

CHECK LIST UNTUK PROVIDER

No	Pertanyaan yang dijawab sendiri oleh Provider	Ya	Tidak
1.	Untuk alat kontrasepsi IUD/Implant/MOW/MOP *) Apakah telah dijelaskan tentang : a. Cara kerja b. Kontraindikasi c. Effek samping, Komplikasi dan Kegagalan d. Keuntungan dan Kerugian Pemakaian		
2.	Untuk tindakan follow-up apakah telah dijelaskan tentang : a. Jadual/waktu kunjungan ulang b. Tempat pelayanan		
3.	Untuk Sterilisasi (MOW/MOP) Apakah sudah dijelaskan mengenai : a. Persyaratan MOW/MOP b. Persyaratan Rekanalisasi c. Keberhasilan Rekanalisasi		
4.	Bagi calon peserta IUD/Implant *) apakah sudah dijelaskan kapan jadual pencabutan IUD/Implant nya		
5.	Untuk klien yang akan dicabut IUD/Implant *) apakah sudah dijelaskan tentang resiko Pencabutannya ?		
6.	Bagi peserta IUD/Implant yang akan menjalani pencabutan, Apalah sudah ditanyakan kapan tanggal pencabutan yang seharusnya ? Kalau Ya, kapan ? ☐☐ Tanggal ☐☐ Bulan ☐☐☐☐ Tahun		
7.	Pencabutan ini termasuk dalam kategori ? (isi kotak jawaban dengan nomor jawaban sebelah kanan yang sesuai) 1. Pencabutan dini 2. Pencabutan pada waktunya 3. Pencabutan terlambat	☐	

CATATAN TINDAKAN DAN PERNYATAAN

Catatan seluruh tindakan yang dilakukan :

A. Metode : .....

.....

B. Keberhasilan tindakan (apakah ditemukan adanya efek samping, komplikasi dan penyakit lainnya) :

Pernyataan :

Dengan ini saya menyatakan bahwa tindakan medik yang dilakukan, telah memenuhi standar mutu pelayanan yang ditetapkan.

Tanggal, bulan dan tahun diberikan tindakan :

tanggal ☐☐ bulan ☐☐ tahun ☐☐☐☐

Yang Melaksanakan Tindakan,

Dokter/Bidan, *)

(.....)

*) coret yang tidak perlu

K/IV/KB/11

I. Nomor Kode Klinik KB ☐☐ Provinsi ☐☐ Kab/Kota ☐☐☐ Klinik

II. Nomor Seri Kartu : ☐☐☐☐ Nomor urut ☐☐ Tahun

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB :

IV. Tgl/Bln/Thn Lahir/Umur Istri ☐☐ ☐☐ ☐☐ / ☐☐

V. Nama Suami/Istri :

VI. Pendidikan Suami dan Istri ☐ Suami ☐ Istri
1. Tidak Tamat SD 2. Tamat SD 3. Tamat SLTP
4. Tamat SLTA 5. Tamat PT

VII. Alamat Peserta KB :

VIII. Pekerjaan Suami dan Istri ☐ Suami ☐ Istri
1. Pegawai Pemerintah 4. Nelayan
2. Pegawai Swasta 5. Tidak bekerja
3. Petani 6. Lain-lain . . . . . .

IX. Tahapan KS :

X. Jumlah anak hidup ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

XI. Umur anak terkecil Tahun ☐☐ Bulan ☐☐

XII. Status Peserta KB ☐
1. Baru Pertama kali
2. Pernah pakai alat KB berhenti sesudah bersalin/keguguran

XIII. Cara KB terakhir ☐
1. IUD 2. MOW 3. MOP
4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan
7. Pil

XIV. **Penapisan (Skrining) untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB.**

Petunjuk : Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia.

Penapisan (Skrining) hanya boleh dilakukan oleh pelaksana yang telah dilatih dalam pelayanan kontrasepsi.

Anamnese

1. **Haid terakhir tanggal :** ☐☐ Tanggal ☐☐ Bulan ☐☐ Tahun

2. **Hamil/Diduga Hamil** : 1) **Ya** 2) **Tidak** ☐

3. **Jumlah GPA :**
Gravida (Kehamilan) ☐☐ Partus (Persalinan) ☐☐ Abortus (Keguguran) ☐☐

4. **Menyusui :** 1) Ya 2) Tidak ☐

5. **Riwayat Penyakit Sebelumnya :**

	Tidak	Ya
a. Sakit kuning	☐	☐
b. Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui sebabnya	☐	☐
c. Keputihan yang lama	☐	☐
d. Tumor - Payudara - Rahim - Indung telur	☐	☐

- Bila semua jawaban **TIDAK**, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD dan MOW).
- Bila salah satu jawaban **YA**, rujuk ke dokter.

Pemeriksaan

6. **Keadaan Umum** : 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang ☐

7. **Berat Badan** : ☐☐ Kg

8. **Tekanan Darah** : _____

9. **Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam :**

	Tidak	Ya
a. Tanda - tanda radang	☐	☐
b. Tumor/keganasan ginekologi	☐	☐

10. **Posisi Rahim :** 1. Retrofleksi 2. Anteflekai

Bila semua jawaban **TIDAK**, pemasangan IUD atau tindakan MOW dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA, rujuk ke dokter.

11. **Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW)**

	Tidak	Ya
a. Tanda-tanda diabetes	☐	☐
b. Kelainan pembekuan darah	☐	☐
c. Radang orchitis/epididymitis	☐	☐
d. Tumor/keganasan ginekologi	☐	☐

Bila semua jawaban **TIDAK**, dapat dilakukan Vasektomi. Bila salah satu jawabannya YA, maka rujuklah ke Klinik/RS yang lengkap.

12. **Alat kontrasepsi yang boleh dipergunakan:** IUD | MOW | MOP | Kondom | Implant | Suntikan | Pil *)

XV. **Metode dan Jenis Alat kontrasepsi yang dipilih :** ☐
1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom
5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

XVI. **Tanggal dilayani** **) ..... ☐☐ Tanggal ☐☐ Bulan ☐☐ Tahun

XVII. **Tanggal dipesan kembali** ☐☐ Tanggal ☐☐ Bulan ☐☐ Tahun

XVIII. **Tanggal dicabut** (khusus Implant/IUD) ☐☐ Tanggal ☐☐ Bulan ☐☐ Tahun

XIX **Penanggungjawab Pelayanan KB Dokter/Bidan/Perawat Kesehatan**

(.....)

NIP. .....

KETERANGAN :
*) Coret yang tidak perlu / yang tidak boleh diberikan.
) Ditulis **gratis untuk pelayanan tidak bayar

KUNJUNGAN ULANG

Tanggal Datang	Haid Terakhir Tanggal	Berat Badan	Tekanan Darah	AKIBAT PENGGUNAAN KONTRASEPSI		PEMERIKSAAN DAN TINDAKAN	Tanggal Dipesan Kembali
				Komplikasi Berat	Kegagalan		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Komplikasi yang perlu dicatat :
Ekspulsi/migrasi kapsul, pembengkakan, infeksi/abses, hematoma,
pendarahan yang perlu perawatan, translokasi, perforasi, melukai organ lain, granuloma sperma.

Kegagalan :
Terjadinya kehamilan pada PUS yang sedang memakai alat kontrasepsi.

....., ...

Pimpinan Klinik KB

(.....)

NIP. .....

Data Peserta IUD yang Menometroragia.sav

	Usia	Pekerjaan	Paritas	JenisIUD	LamaPeng...
1	2	3	2	1	1
2	3	4	1	1	2
3	3	3	2	1	1
4	3	3	2	1	1
5	2	4	2	1	3
6	2	1	1	1	2
7	3	1	2	1	3
8	2	1	1	1	2
9	3	1	2	1	1
10	2	1	1	1	2
11	2	1	1	1	3
12	2	3	1	1	3
13	3	3	2	1	3
14	2	1	2	1	3
15	3	1	2	1	2
16	2	3	2	1	1
17	3	1	2	1	1
18	2	2	1	1	1
19	2	1	1	1	1
20	3	2	2	1	2
21	1	1	1	1	1
22	2	1	2	1	2
23	3	1	2	1	1
24	3	1	1	1	3
25	3	1	2	1	2
26	3	1	2	1	2
27	3	1	2	1	2
28	2	1	2	1	1
29	3	3	2	1	2
30	3	2	2	1	2
31	2	1	1	1	1
32	3	2	2	1	1
33	3	1	2	1	2
34	3	1	2	1	3
35	2	3	2	1	2

Data Peserta IUD yang Menometroragia.sav

	Usia	Pekerjaan	Paritas	JenisIUD	LamaPeng...
36	3	3	2	1	1
37	2	4	1	1	1
38	3	3	2	1	1
39	2	3	2	1	1
40	2	1	2	1	1
41	2	3	2	1	1
42	2	3	2	1	1
43	2	3	2	1	1
44	3	1	1	1	2
45	3	4	2	1	2
46	3	1	3	1	2
47	3	1	2	1	2
48	3	1	2	1	2
49	2	1	2	1	2
50	3	1	2	1	2
51	3	1	2	1	2
52	3	1	3	1	2
53	2	3	1	1	1
54	3	2	2	1	2
55	3	1	2	1	2
56	2	1	2	1	2
57	3	1	3	1	1
58	3	1	2	1	2
59	2	2	2	1	2
60	3	2	2	1	1
61	3	1	2	1	1
62	2	4	2	1	1
63	2	1	1	1	1
64	2	3	1	1	1
65	2	2	2	1	1
66	2	3	1	1	1
67	2	1	2	1	1
68	3	3	2	1	1
69	2	1	1	1	1
70	3	1	3	1	1

Data Peserta IUD yang Menometroragia.sav

	Usia	Pekerjaan	Paritas	JenisIUD	LamaPeng...
71	2	1	1	1	1
72	2	1	2	1	1
73	2	1	1	1	2
74	2	3	2	1	2
75	2	3	1	1	1
76	3	3	3	1	1
77	3	3	2	1	1
78	2	3	1	1	1
79	2	3	2	1	1
80	3	3	2	1	1
81	2	1	2	1	1
82	2	1	1	1	1
83	2	3	1	1	2
84	3	3	2	1	1
85	2	1	2	1	1
86	3	1	2	1	1
87	3	1	2	1	1
88	2	4	2	1	1
89	2	4	2	1	1
90	2	1	2	1	3
91	2	4	2	1	2
92	2	4	2	1	2
93	2	4	2	1	3
94	3	4	2	1	2
95	3	4	2	1	2
96	3	3	2	1	1
97	2	3	2	1	1
98	3	3	3	1	2
99	3	3	2	1	1
100	2	2	3	1	1
101	3	2	2	1	1
102	3	3	2	1	1
103	3	3	2	1	1
104	3	3	2	1	1
105	3	2	2	2	1

Data Peserta IUD yang Menometroragia.sav

	Usia	Pekerjaan	Paritas	JenisIUD	LamaPeng...
106	2	3	1	1	1
107	3	3	2	1	2
108	3	3	2	1	1
109	3	3	2	1	1

Statistics

		Usia	Pekerjaan	Paritas	JenisIUD	Lama Penggunaan IUD
N	Valid	109	109	109	109	109
	Missing	0	0	0	0	0

requency Table

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 20 tahun	1	.9	.9	.9
	20-29 tahun	52	47.7	47.7	48.6
	>= 30 tahun	56	51.4	51.4	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	48	44.0	44.0	44.0
	PNS	11	10.1	10.1	54.1
	Swasta	38	34.9	34.9	89.0
	Wiraswasta	12	11.0	11.0	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	P1	25	22.9	22.9	22.9
	P2-P4	77	70.6	70.6	93.6
	> P4	7	6.4	6.4	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

JenisIUD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tembaga	108	99.1	99.1	99.1
	hormonal	1	.9	.9	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

LamaPenggunaanIUD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-3 bulan	62	56.9	56.9	56.9
	3-6 bulan	37	33.9	33.9	90.8
	> 6 bulan	10	9.2	9.2	100.0
	Total	109	100.0	100.0	

بسم الله الرحمن الرحيم

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN PROPOSAL PENELITIAN

NAMA MAHASISWA : Risma Kurniasih	PEMBIMBING I : Prof. dr. H. Syakroni Daud R, Sp.OG(K)
NIM : 702011019	PEMBIMBING II : dr. Rotika

JUDUL PROPOSAL :

Karakteristik Peserta Kontrasepsi IUD yang Mengalami Kejadian Menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011 - Juni 2014.

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING I	PARAF PEMBIMBING II	KETERANGAN
1.	21 - 7 - 14	Pengajuan judul			
2.	18 - 8 - 14	Bab I			
3.	25 - 8 - 14	Bab II			
4.	1 - 9 - 14	Bab II			
5.	2 - 9 - 14	Bab III			
6.	3 - 9 - 14	Bab III			
7.	8 - 9 - 14	Acc proposal			
8.	23 - 7 - 14	Pengajuan judul			
9.	25 - 8 - 14	Perbaikan judul			
10.	27 - 8 - 14	Perbaikan judul			
11.	9 - 9 - 14	Acc proposal			
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada tanggal : 12 / 1 / 2015
a.n. Dekan
Ketua UPK,

dr. Yesi Astri, M. Kes.

بسم الله الرحمن الرحيم

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Risma Kurniasih	PEMBIMBING I : dr. Msy. Yenny I., Sp.O6.
NIM : 702011019	PEMBIMBING II : dr. Ratika Febriani

JUDUL SKRIPSI :

Karakteristik Peserta Kontrasepsi IUD yang Mengalami Kejadian Menometroragia di Puskesmas Kenten Palembang Periode Januari 2011 – Juni 2014.

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING I	PARAF PEMBIMBING II	KETERANGAN
1.					
2.	27/12/2014	Bab IV & V		Rf	
3.	9/1/2015	Bab IV			
4.	9/1/2015	Bab V			
5.	8/1/2015	Abstrak		Rf	
6.	7/1/2015	ACC (ttd)			
7.	9/1/2015	Abstrak		Rf	
8.	12/1/2015	ACC (ttd)		Rf.	
9.	12/1/2015	Perbaikan			
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada tanggal : 12/1/2015
a.n. Dekan
Ketua UPK

dr. Yesi Astri, M. Kes.

BIODATA

Nama	: Risma Kurniasih
Tempat, Tanggal Lahir	: Palembang, 5 Juni 1995
Alamat	: Jl. Persatuan No. 543 RT. 07 RW. 01 Kelurahan Sialang Kecamatan Sako Palembang 30163
Telp/Hp	: 0711817593/081802161503
Email	: rismakurniasih_2011@yahoo.com
Agama	: Islam
Nama Orang Tua	
Ayah	: Riansono, S.E.
Ibu	: Hj. Maroyah, Am.Keb.
Jumlah Saudara	: 2
Anak Ke	: 1
Riwayat Pendidikan	: Taman Kanak-Kanak Al-Husna Palembang (2000) SD Negeri 147 Palembang (2005) SMP Negeri 9 Palembang (2008) SMA Negeri 6 Palembang (2011)

Palembang, 14 Januari 2015

(Risma Kurniasih)