

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Paska Plasenta

1. Pengertian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan pilihan kontrasepsi paskasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. AKDR dapat dipasang segera setelah bersalin ataupun dalam jangka waktu tertentu (Kemenkes, 2013).

Alat kontrasepsi dalam rahim paska plasenta adalah insersi AKDR yang dilakukan dalam 10 menit setelah melahirkan plasenta. Waktu pemasangan yang ideal, dengan angka ekspulsi yang rendah yaitu 9,5%-12,5% (Kemenkes, 2013).

Kemenkes (2013) membagi waktu pemasangan AKDR yaitu :

- a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim segera paskasalin (*immediate paskapartum*) adalah insersi AKDR yang dilakukan setelah 10 menit hingga 48 jam paskasalin, pemasangan ini masih aman dengan angka ekspulsi 25-37%.
- b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim paskasalin tertunda (*late paskapartum*) adalah pemasangan AKDR setelah 48 jam sampai 4 minggu paskasalin, pemasangan waktu ini risiko perforasi dan ekspulsi meningkat, rentang waktu ini tidak dianjurkan untuk insersi AKDR.
- c. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim interval – paskasalin lanjutan (*ektended paskapartum*) adalah insersi AKDR yang dilakukan setelah 4 minggu paskasalin, ini merupakan waktu yang aman, dengan angka ekspulsi 3-13%.

Meskipun angka ekspulsi pada pemasangan AKDR segera paskasalin lebih tinggi dibandingkan teknik pemasangan masa interval, angka ekspulsi ini dapat

diminimalisasi bila pemasangan dilakukan dalam waktu 10 menit setelah melahirkan plasenta, AKDR ditempatkan cukup tinggi pada fundus uteri dan pemasangan dilakukan oleh tenaga terlatih khusus (Kemenkes, 2013).

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) juga dapat dipasang setelah persalinan dengan seksio sesarea. Angka ekspulsi pada pemasangan setelah seksio sesarea kurang lebih sama dengan pada pemasangan interval (Kemenkes, 2013).

2. Jenis-Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dibagi menjadi dua jenis yaitu berdasarkan bentuk dan penambahan obat atau metal. Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi bentuk terbuka (*open device*) misalnya *Lippes Loop*, *Cu-T*, *Cu-7*, *Margulies*, *Spring Coil*, *Multiload*, *Nova-T*, dan lainnya. Bentuk tertutup (*closed device*) yaitu *Ota ring*, *Antigon*, *Grafenberg ring*, *Hall stone ring*, dan lain-lain. Menurut tambahan obat atau metal dibagi menjadi *medicated* AKDR, misalnya *Cu-T-200*, *220*, *300*, *380A*; *Cu-7*, *Nova-T*, *ML-Cu 250*, *375*, *Progestasert*, dan lain-lain. Dan *unmedicated* AKDR, misalnya *Lippes Loop*, *Margulies*, *Saf-T Coil*, *Antigon*, dan lain-lain. Jenis AKDR *unmedicated* yang banyak dipakai di Indonesia saat ini adalah *Lippes Loop*, dan yang jenis *medicated* *Cu-T*, *Cu-7*, *Multiload*, dan *Nova-T* (Sofian, 2012).

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim *Cu T-380A* adalah jenis AKDR yang beredar di Indonesia. AKDR jenis ini memiliki bentuk yang kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu) (Affandi, 2011)

3. Mekanisme Kerja Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim paska plasenta merupakan metode yang aman, efektif, dan nyaman bagi sebagian besar perempuan. Metode ini merupakan kesempatan yang baik untuk mengontrol fertilitas paska persalinan. AKDR yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti AKDR yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan AKDR paska persalinan, umumnya digunakan jenis AKDR yang mempunyai lilitan tembaga yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur (Nisa, 2011).

4. Keuntungan dan Kelemahan Pemasangan AKDR Paska plasenta

Keuntungan pemasangan AKDR paska plasenta dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang, sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-mengingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, tidak ada efek samping hormonal, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (satu satu atau lebih setelah haid terakhir), tidak ada interaksi dengan obat-obat, mencegah kehamilan ektopik (Kemenkes, 2014).

Keuntungan AKDR paska persalinan adalah langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan, efektif, dan aman untuk wanita yang positif menderita HIV, kesuburan dapat kembali lebih cepat setelah pelepasan, bebas dari efek samping sistemik, tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual dan tidak ada nyeri pada pemasangan (Shukla, 2012).

Beberapa risiko dan hal-hal yang harus diwaspadai saat pemasangan AKDR paskasalin yaitu dapat terjadi robekan dinding rahim, ada kemungkinan kegagalan pemasangan, kemungkinan mengalami nyeri setelah melahirkan hingga beberapa hari kemudian, dan kemungkinan terjadi infeksi setelah pemasangan AKDR, pasien harus kembali jika ada demam, bau anyir/amis dari cairan vagina dan sakit perut terus menerus.

5. Efek samping dan komplikasi pemasangan AKDR paska plasenta

Efek samping dan komplikasi pemasangan AKDR paska plasenta yaitu perubahan siklus haid (umumnya pada tiga bulan pertama dan akan berkurang setelah tiga bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, saat haid lebih sakit, merasakan sakit dan kejang selama tiga sampai lima hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia dan perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar) (Kemenkes, 2014).

6. Indikasi dan kontra pemasangan AKDR *paska plasenta*

Inseri AKDR diindikasikan untuk wanita paska persalinan pervaginam atau paska persalinan seksio sesarea dengan usia reproduksi dan paritas berapapun, paska keguguran (non infeksi), masa menyusui (laktasi), riwayat hamil ektopik, tidak memiliki riwayat keputihan purulen yang mengarah kepada IMS (gonore, klaimidia dan servitis purulen) (Rusmini, dkk., 2017).

Kontra indikasi pemasangan AKDR paska plasenta yaitu menderita anemia, penderita kanker atau infeksi traktus genitalis, memiliki kavum uterus yang tidak normal, menderita TBC *pelvic*, kanker serviks dan menderita HIV/AIDS, ketuban

pecah sebelum waktunya, infeksi intrapartum, perdarahan paska partum (Rusmini, dkk., 2017).

7. Teknik Pemasangan AKDR Paska plasenta

Teknik pemasangan AKDR paska plasenta ada dua cara yaitu pertama adalah dijepit dengan menggunakan dua jari dan dimasukkan ke dalam rongga uterus melalui serviks yang masih terbuka sehingga seluruh tangan bisa masuk. AKDR diletakkan tinggi menyentuh fundus uteri. Cara kedua dengan menggunakan klem cincin (*ring forceps*) dimana AKDR dipegang pada pertemuan antara kedua lengan horizontal dengan lengan vertikal dan diinsersikan jauh ke dalam fundus uteri (Rusmini, dkk., 2017).

8. Faktor – faktor yang mempengaruhi pemilihan AKDR paska plasenta

Ibrahim dkk (2019) faktor yang berhubungan dengan pemilihan AKDR di Puskesmas Doloduo Kabupaten Bolang Mongondow yaitu usia wanita, pendidikan dan paritas.

Penelitian Saiful dan Utami (2019) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan ibu bersalin untuk pemasangan AKDR paska plasenta memperoleh kesimpulan (1) tidak ada hubungan Usia dengan kesediaan ibu bersalin untuk pemasangan AKDR Paska Plasenta di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Aji Kota Batam, (2) Tidak ada hubungan paritas dengan kesediaan ibu bersalin untuk pemasangan AKDR Paska Plasenta di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Aji Kota Batam, (3) Ada hubungan Pengetahuan dengan kesediaan ibu bersalin untuk pemasangan AKDR Paska Plasenta di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Aji Kota Batam. (4) Ada hubungan Dukungan Suami dengan kesediaan ibu bersalin untuk

pemasangan AKDR Paska Plasenta di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Aji Kota Batam.

B. Paritas

1. Pengertian Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran bayi yang mampu bertahan hidup yang dipunyai oleh seorang perempuan. Paritas dicapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram. Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup maupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya (Nurhayati dan Indrawan, 2019).

2. Klasifikasi Paritas

Paritas bisa diklasifikasikan menjadi (Nurhayati dan Indrawan, 2019):

- a. Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup didunia luar.
- b. Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali.
- c. Grandemultipara yaitu perempuan yang telah melahirkan lima orang anak atau lebih

Pasangan suami istri yang telah mempunyai anak kurang dari tiga orang dalam kebijakan pembangunan keluarga sejahtera, dianjurkan untuk mengikuti cara-cara pencegahan kehamilan dengan mengikuti program KB yaitu dengan maksud menjarangkan kehamilannya sedangkan yang telah mempunyai anak lebih dari tiga orang dengan umur di atas 30 tahun, dianjurkan untuk mengakhiri kehamilannya dengan metode yang efektif dengan efek samping yang ringan (BKKBN, 2014).

Jumlah anak ini selalu diasumsikan dengan penggunaan alat kontrasepsi. Banyaknya anak merupakan salah satu faktor pasangan suami istri tersebut memilih menggunakan alat kontrasepsi. Secara teoritis, akseptor yang mempunyai jumlah anak >2 orang (multipara) dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi AKDR (Saifuddin dkk, 2011).

Hasil yang berbeda pada penelitian Saiful dan Utami (2019) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan Paritas dengan kesediaan ibu bersalin untuk pemasangan AKDR Paska Plasenta di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Aji Kota Batam.

C. Hubungan Paritas Dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

Mujiastuti (2016) menyimpulkan ada hubungan antara paritas dengan penggunaan AKDR *paska plasenta* di RSUD Wates Kulon Progo tahun 2016 dengan hasil uji statistik (H_0 ditolak, H_a diterima), *p value* sebesar $0,002 < 0,05$. Keeratan hubungan antara paritas dengan penggunaan AKDR *paska plasenta* berdasarkan dengan uji koefisien kontingensi didapatkan hasil bahwa $C = 0,189$ sehingga dapat disimpulkan keeratan hubungannya adalah sangat rendah.

Ibrahim dkk (2017) di Puskesmas Doloduo Kabupaten Bolaang Mongondow memperoleh data primipara menggunakan AKDR lebih rendah (0%) dibandingkan dengan grande multi para yakni (55,6%). Hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square* pada variabel paritas dengan penggunaan kontrasepsi AKDR diperoleh nilai *p value* 0,003 ($p < 0,05$). Kesimpulannya bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan penggunaan AKDR.

Jurisman dan Kurniati (2016) tentang hubungan karakteristik ibu dengan pemilihan kontrasepsi di Puskesmas Padang Pasir menyimpulkan tidak ada

hubungan yang bermakna antara umur dengan pemilihan kontrasepsi, tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anak dengan pemilihan kontrasepsi dan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pemilihan kontrasepsi. Paritas dengan pemilihan alat kontrasepsi dalam rahim di Puskesmas Danurejan I Kota Yogyakarta mempunyai hubungan yang bermakna (Fanciska, 2017).