

*Lampiran 1 Pernyataan Kesiadaan Pembimbing*

**PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama dan gelar : Ita Yuliani, SST., M.Keb
2. NIP : 198207162013212025
3. Pangkat dan Golongan : X
4. Jabatan : Dosen
5. Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S2 Kebidanan
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
  - a. Rumah : Bibis Rt.14 Rw.04 Keret Kembang, Sidoarjo
  - b. Telepon/HP : 0812166166881
  - c. Alamat Kantor : Jl. Besar Ijen 77C Malang
  - d. Telepon Kantor : (0341) 566075

Dengan ini menyatakan (~~bersedia/tidak bersedia~~\*) menjadi pembimbing utama bagi mahasiswa :

Nama : Awanis Farhana Nissa'  
NIM : P17310223056  
Studi Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB IUD Pasca Persalinan di TPMB Mamik Yulaikah S.Tr,Keb Bululawang , Kabupaten Malang

\*)Coret yang tidak dipilih

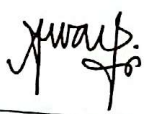





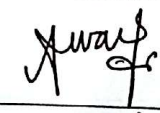
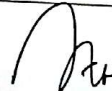
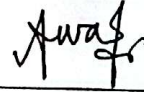
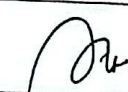


Malang, 05 Maret 2025











Ita Yuliani SST., M.Keb  
NIP. 198207162013212025

**KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Awanis Farhana Nissa'  
 NIM : P17310223056  
 Program Studi : D III Kebidanan Malang  
 Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB IUD Pasca Persalinan (Masa Interval Atau 4 Minggu Pasca Persalinan) di TPMB Mamik Yulaikah S.Tr,Keb Bululawang - Kabupaten Malang  
 Nama Pembimbing : Ita Yuliani S. ST., M.Keb

NO	TANGGAL BIMBINGAN	URAIAN BIMBINGAN	TTD	
			MAHASISWA	DOSEN
1.	26 / 02 / 2025	Pengajuan Judul "Asuhan Kebidanan pada ibu hamil dengan anemia ringan"		
2.	17 / 03 / 2025	1. Pengajuan Judul baru dikarenakan judul yang lama sama dengan mahasiswa lain dalam 1 pembimbing 2. Pengajuan judul baru "Asuhan Kebidanan pada Akseptor KB IUD pasca Persalinan"		
3.	10 / 04 / 2025	1. Revisi BAB 1 - Memahami introduksi masalah – konsep solusi 2. Revisi BAB 2 - Melengkapi tinjauan teori secara terperinci 3. Revisi BAB 3 - Disesuaikan dengan buku pedoman		
4.	19 / 04 / 2025	1. Revisi tata cara pengutipan yang benar 2. Merapikan daftar isi, dll		
5.	24 / 04 / 2025	ACC Ujian Proposal		
6.	16 / 06 / 2025	1. Revisi BAB 4 - Pada data fokus studi dibuat dengan 7 langkah varney dan SOAP		

7.	18 / 06 / 2025	1. Revisi BAB 4 Pada pembahasan jelaskan mulai dari K1-K3, dan berisi kasus, tinjauan teori dan analisis		
8.	20 / 06 / 2025	1. Revisi BAB 5 Pada kesimpulan tuliskan secara singkat, padat dan jelas, sesuaikan dengan data yang diperoleh		
9.	23 / 06 / 2025	1. Revisi penulisan untuk seminar hasil, disesuaikan dengan buku pedoman 2. Melengkapi semua lampiran		
10.	24 / 06 / 2025	ACC Ujian Seminar Hasil		

Mengetahui,

Ketua Program Studi Diploma III  
Kebidanan Malang



(Naimah, SKM., M.Kes)  
NIP. 19661231 198603 2 005

Pembimbing



(Ita Yuliani, S. ST., M.Keb)  
NIP. 198207162013212025

## Lampiran 3 Surat Pelaksanaan Penelitian



**Kementerian Kesehatan**  
Direktorat Jenderal  
Sumber Daya Manusia Kesehatan  
Politeknik Kesehatan Malang  
Jalan Besar Ijen 77C  
Malang, Jawa Timur 65112  
(0341) 566075  
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Malang, 11 Mei 2025

Nomor : PP.01.04/F.XIII.16/452/2025  
Hal : Permohonan Pelaksanaan Penelitian

***K e p a d a, Y t h :***

Bd. Mamik Yulaikah, S.Tr. Keb

Di,-

**TEMPAT**

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu syarat penyelesaian Pendidikan di Program Studi DIII Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan menempuh mata kuliah Laporan Tugas Akhir / LTA (3 sks). Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Pelaksanaan Penelitian mahasiswa kami :

N a m a : Awanis Farhana Nissa'  
N I M : P17310223055  
Program Studi : DIII Kebidanan Malang  
Semester : VI (Enam)  
Judul : Asuhan Kebidanan Akseptor KB IUD Pasca Persalinan (Masa Interval atau 4 Minggu Pasca Persalinan)

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes  
Malang,



RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes

**Tembusan:**

1. Sdr. Awanis Farhana Nissa'
2. Peringgal

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara





**PLAN OF ACTION**

NO	Rencana Kunjungan	Rencana	Tujuan	Alat dan media	Tempat
1.	Kunjungan 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan perkenalan dengan klien dan keluarga klien</li> <li>2. Berikan penjelasan sebelum persetujuan kepada ibu</li> <li>3. Lakukan konseling dan informed consent</li> <li>4. Melakukan kontrak waktu untuk melakukan pengkajian</li> <li>5. Melakukan pengkajian dan Melakukan pemeriksaan umum</li> <li>6. Edukasi metode kontrasepsi IUD</li> <li>7. Jadwalkan kunjungan ulang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk proses perkenalan kepada klien dan memudahkan nantinya dalam berkomunikasi</li> <li>2. Untuk memberikan pemahaman kepada klien sebelum ibu bersedia menjadi subjek penelitian</li> <li>3. Untuk mendapatkan persetujuan menjadi partisipan</li> <li>4. Untuk mempermudah dalam pelaksanaan pemberian asuhan</li> <li>5. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal termasuk riwayat kesehatan ibu dan keluarga</li> <li>6. Menambah pemahaman ibu mengenai IUD</li> <li>7. Untuk mengetahui keadaan ibu lebih lanjut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lembar PSP</li> <li>2. Lembar</li> <li>3. Informed consent</li> <li>4. Tensimeter</li> <li>5. Leaflet IUD</li> </ol>	Rumah Klien
2.	Kunjungan 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengisian lembar penapisan</li> <li>2. Lakukan pemeriksaan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Umum</li> <li>b. Fisik</li> <li>c. Inspekulo dan VT</li> </ol> </li> <li>3. Pemasangan IUD sesuai prosedur</li> <li>4. Berikan KIE pasca pemasangan IUD</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk memastikan ibu memenuhi kriteria sebagai akseptor KB IUD, termasuk riwayat kesehatan, status reproduksi, serta tanda-tanda kontraindikasi</li> <li>2. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal</li> <li>3. Memastikan pemasangan IUD aman dan tepat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lembar penapisan</li> <li>2. Set IUD, Handscoon &amp; APD, Klorin &amp; desinfektan, Spekulum steril,</li> <li>3. Kartu KB</li> </ol>	TPMB Mamik Yulaikah, S.Tr.Keb

		5. Jadwalkan kunjungan ulang	4. Untuk menambah pengetahuan ibu tentang bagaimana cara memeriksa benang dan kapan harus dilakukan, apa saja efek samping pemasangan, kapan waktu yang aman berhubungan setelah pemasangan, kapan waktu untuk kontrol 5. Untuk mengetahui keadaan ibu lebih lanjut		
3.	Kunjungan 3	1. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan sebelumnya 2. Anamnesa keluhan yang dialami ibu 3. Lakukan pemeriksaan : d. Umum e. Fisik 4. Berikan KIE mengenai keluhan ibu. 5. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan kontrol ulang 1 bulan setelah pemasangan atau jika ada keluhan sewaktu-waktu	1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya 2. Untuk mengetahui keluhan yang dialami ibu 3. Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan memastikan keadaan ibu 4. Memberikan reassurance (peneguhan) bahwa keluhan yang dirasakan sesekali dalam beberapa hari pertama adalah reaksi normal pasca pemasangan IUD 5. Memberikan pemantauan berkelanjutan bagi akseptor	1. Catatan perkembangan / Form evaluasi KB (SOAP)	TPMB Mamik Yulaikah, S.Tr.Keb

**PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Awanis Farhana Nissa'  
NIM : P17310223056  
Status : Mahasiswa Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  
Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB IUD Pasca Persalinan (Masa Interval Atau 4 Minggu Pasca Persalinan ) di TPMB Mamik Yulaikah S.Tr,Keb Bululawang , Kabupaten Malang

Bermaksud akan melakukan studi kasus pada ibu Akseptor KB IUD Pasca Persalinan sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu yakni kunjungan sebanyak 3 kali, dengan :

1. Melakukan wawancara meliputi biodata, keluhan ibu, riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kesehatan ibu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kontrasepsi, riwayat obstetrik yang lalu dan sekarang, riwayat TT, pola pemenuhan kebutuhan sehari hari dan keadaan psikososial, spiritual dan budaya.
2. Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, pemeriksaan fisik mulai dari kepala hingga kaki pada setiap kunjungan.
3. Konseling seputar masalah, keluhan, dan pendidikan kesehatan setiap kunjungan.

Manfaat dilakukannya asuhan kebidanan ini, ibu akan menerima pelayanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu, serta mengenali secara dini adanya komplikasi

yang mungkin terjadi mulai dari ibu menggunakan KB IUD. Selain mengenali juga memberikan penatalaksanaan segera sehingga tidak sampai terjadi komplikasi.

Sehubungan dengan hal tersebut penulis mengharapkan atas kesediaan ibu untuk menjadi subjek studi kasus dan berkenan memberikan jawaban atas pernyataan yang diberikan serta mengikuti pemeriksaan yang akan dilakukan. Informasi yang subjek berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Apabila subjek merasa kurang berkenan dengan perlakuan yang saya berikan atau tidak sesuai dengan harapan, subjek dapat mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa dikenakan sanksi apapun.

Ibu dapat menghubungi peneliti apabila terdapat hal-hal yang kurang jelas atau membutuhkan bantuan terkait dengan penelitian dan kondisi ibu melalui nomor HP 081357394021. Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kesediaan ibu saya ucapkan terimakasih.

Yang Membuat Pernyataan



Awanis Farhana Nissa'

NIM. P17310223056

**INFORMED CONCENT**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti tentang apa yang telah dilakukan oleh Awanis Farhana Nissa' Mahasiswa Diploma III Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang memberikan Asuhan Kebidanan pada ibu Akseptor KB IUD Pasca Persalinan (Masa Interval Atau 4 Minggu Pasca Persalinan) dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Saya yakin bahwa hasil studi kasus ini tidak menimbulkan kerugian pada saya dan keluarga. Dan saya telah mempertimbangkan dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

**Saksi**




(.....)

**Yang Memberikan Persetujuan**



(.....DIANIKHA AYU W.....)

**Dosen Pembimbing**



Ita Yuliani SST., M.Keb  
NIP. 198207162013212025

**Mahasiswa**



Awanis Farhana Nissa'  
NIM. P17310223056

Lampiran 7 Surat Pernyataan Menjadi Klien

**SURAT PERNYATAAN MENJADI KLIEN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DANIKA AYU NINGRUM  
Umur : 31 tahun  
Alamat : Sudinoro RT/RW: 08/02 Bululawang

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya bersedia/ ~~tidak bersedia~~ \*) menjadi klien pada Studi Kasus Asuhan Kebidanan pada ibu Akseptor KB IUD Pasca Persalinan (Masa Interval Atau 4 Minggu Pasca Persalinan) di TPMB Mamik Yulaikah, S.Tr.Keb, Bululawang yang dilakukan oleh Mahasiswa Semester VI D-III Kebidanan Malang, Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Atas dasar pemikiran bahwa Asuhan Kebidanan ini dilakukan untuk pengembangan ilmu kebidanan dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun maka saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam asuhan kebidanan tersebut.

Malang, 28 Mei 2025  
Yang membuat persetujuan

  
DANIKA AYU N

\*) Coret yang tidak perlu

## Lampiran 8 Lembar Pengkajian

### FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA AKSEPTOR KB

Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB AKDR

NO. REGISTER : .....  
TANGGAL/JAM : 28 Mei 2025 .....  
TEMPAT PENGKAJIAN : Rumah Pk. ....

#### DATA SUBYEKTIF

##### A. IDENTITAS

Nama Ibu : Ny. Dianita ..... Nama Suami : Tn. Mucobagah .....  
Umur : 31 tahun ..... Umur : 33 tahun .....  
Kebangsaan : Indonesia ..... Kebangsaan : Indonesia .....  
Agama : Islam ..... Agama : Islam .....  
Pendidikan : S-1 ..... Pendidikan : SMA .....  
Pekerjaan : Guru ..... Pekerjaan : Swasta .....  
Alamat : Sudimoro 02/01 .....

##### B. ANAMNESIS

- Kunjungan saat ini :
  - Kunjungan pertama
  - Kunjungan ulang
  - Keluhan .....
- Riwayat Perkawinan
  - Kawin ..... 1 ..... kali, kawin pertama umur ..... 24 ..... tahun, dengan suami sekarang ..... 8 ..... tahun
- Riwayat Menstruasi
  - Menarce umur ..... 15 ..... tahun, siklus ..... 28 ..... hari, (teratur) / tidak. Lamanya ..... 7 ..... hari, sifat darah : encer/beku, Bau, Dismenorhoe : Ya / (tidak) Banyaknya ..... 40 ..... Cc
  - HPHT tanggal : .....
- Jumlah Anak : ..... 2 .....
- Riwayat kontrasepsi yang di gunakan : ..... IUD .....

##### 5. Pemeriksaan ginekologis

- Genitalia eksternal :
  - Ulkus : Ya / (tidak)
  - Pembengkakan kelenjar bartholini : ya / (tidak)
  - Pembengkakan Kelenjar Skene : ya / (tidak)
- Genitalia Interna :
  - Servisitits : ya / (tidak)
  - Nyeri goyang portio : ya / (tidak)
  - Tumor pada adneksa : ya / (tidak)
  - Tumor pada kavum douglasi : ya / (tidak)

##### 6. Pemeriksaan penunjang

HCG : Positif (Negatif)

Pemeriksaan Penunjang lainnya :

#### ASSESSMENT

Diagnosa :

Ny. D P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> usia 31 tahun, calon akseptor KB IUD.

##### 6. Riwayat kesehatan

- Penyakit yang pernah/ sedang di derita ibu dan keluarga
    - Apakah pernah operasi besar : ya / (tidak)
    - Penyakit kuning : ya / (tidak)
    - Postpartum sampai dengan 6 minggu : ya / tidak
    - Sepsis pada masa nifas : ya / (tidak)
  - Post abortus : ya / (tidak) sepsis : ya / (tidak)
- ##### 7. Riwayat penyakit ginekologi
- Kanker Serviks : ya / (tidak)
  - Perdarahan pervaginam : ya / (tidak)
  - Menderita Radang Panggul : ya / (tidak)
  - PMS : ya / (tidak)
- ##### 8. Keadaan psikososial spiritual
- Pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi : bu. mengetahui jenis-jenis kontrasepsi
  - Pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi yang di pakai ibu : memahami cara kerja dan keuntungan IUD sebagai kontrasepsi jangka panjang
  - Dukungan suami/ keluarga : bu. mendapat dukungan penuh dari suami dan keluarga untuk menggunakan KB IUD.

#### DATA OBYEKTIF

##### A. Pemeriksaan

- Keadaan umum : Baik ..... kesadaran : Compostmentis
- Tanda Vital
  - Tekanan darah : 120/80 ..... Denyut Nadi : 88 /m Suhu tubuh : 36°C
  - Pernafasan : 22 /m
- Tinggi Badan : 161 Cm, Berat Badan : 95 Kg, LILA : 33 Cm
- Pemeriksaan Fisik

a. Kepala dan leher :	
Wajah :	tidak pucat, tidak ada oedema
Mata :	Konjungtiva merah muda dan sklera putih
Leher :	tidak ada pembesaran ketempurisan, limfe.
b. Dada :	
Payudara :	puting susu menonjol, tidak ada benjolan, ASI
c. Abdomen :	tidak teraba massa.
d. Ekstremitas :	tidak ada oedema dan Varises.
e. Genitalia :	tidak ada oedema, Varises, Infeksi

#### PLANNING

Tanggal 28 Mei 2025 ..... jam .....

- Menjelaskan tujuan kunjungan rumah dan pengajaran awal kepada ibu
- Mengumpulkan data dasar melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan umum
- Memberikan edukasi kepada ibu mengenai alat kontrasepsi IUD
- Menjelaskan prosedur pemeriksaan dan pemasangan IUD pada kunjungan berikutnya
- Menjelaskan hak dan kewajiban ibu sebagai calon subjek penelitian
- Meminta persetujuan (Informed Consent) secara tertulis dari ibu
- Menyusun dan menjadwalkan kunjungan selanjutnya untuk pemeriksaan dalam dan pemasangan IUD.

## Lampiran 9 Lembar Penapisan

### LEMBAR PENAPISAN AKSEPTOR KB IUD PASCA PERSALINAN PADA MASA INTERVAL

#### A. Identitas Klien

Nama : Ny. Dianika  
 Umur : 31 tahun  
 Paritas : 2  
 Alamat : Sudimoro 08/02  
 Tanggal kunjungan : 28 Mei 2025

#### 1. Status Kesehatan Umum

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda sedang hamil?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Apakah Anda memiliki perdarahan vagina yang belum diketahui penyebabnya?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Apakah Anda memiliki infeksi alat reproduksi (PID, servitis, dll)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Apakah Anda memiliki keputihan berbau, gatal, atau nyeri saat berkemih?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Apakah Anda pernah mengalami kanker serviks atau rahim?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Apakah Anda memiliki riwayat alergi terhadap tembaga atau bahan IUD?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Apakah Anda memiliki kelainan bentuk rahim (misalnya mioma atau septum)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

#### 2. Riwayat Reproduksi

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda sudah haid kembali setelah melahirkan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Apakah Anda menyusui eksklusif hingga 6 bulan pasca persalinan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah Anda sudah mendapatkan informasi mengenai KB IUD sebelumnya?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah Anda mengalami komplikasi saat persalinan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

#### 3. Pemeriksaan Fisik

Tekanan darah : 120 / 80 mmHg  
 Nadi : 88 kali/menit  
 Suhu : 36 °C  
 Pemeriksaan abdomen : tidak teraba massa  
 Pemeriksaan dalam (VT) : \_\_\_\_\_  
 Posisi serviks : Baik  
 Keadaan uterus : Baik  
 Keadaan vagina dan serviks : Baik

#### 4. Penilaian Kelayakan

Layak untuk IUD interval :   
 Perlu ditunda/rujukan :   
 Alasan : \_\_\_\_\_

#### 5. Informed Consent

Saya telah diberikan penjelasan mengenai KB IUD, manfaat, risiko, serta alternatif kontrasepsi lain. Saya bersedia untuk dipasang IUD.

Tanda tangan akseptor : [Signature]

Tanggal : \_\_\_\_\_

Tenaga kesehatan yang memeriksa,

Nama : Awanis Farhana

Tanda tangan : [Signature]

Lampiran 10 SOP Pemasangan IUD

<b>STANDAR PELAYANAN OPERASIONAL “ PEMASANGAN IUD PASCA PERSALINAN PADA MASA INTERVAL)”</b>		
<b>SOP</b>	No. Dokumen	
	No. Revisi	
	Tanggal terbit	
	Halaman	

1.	Pengertian	Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD) pada masa interval adalah pemasangan yang dilakukan minimal >4 minggu setelah persalinan pada wanita yang tidak sedang hamil dan telah dinyatakan layak menggunakan IUD.
2.	Tujuan	Memberikan panduan yang standar bagi tenaga kesehatan dalam melaksanakan pemasangan IUD secara aman, efektif, dan sesuai prosedur
3.	Kebijakan	Dilaksanakan oleh bidan atau dokter yang telah mendapatkan pelatihan pemasangan IUD, dengan menggunakan prinsip informed choice dan informed consent
4.	Referensi	
5.	Alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IUD (tersteril dalam kemasan)</li> <li>2. Spekulum steril</li> <li>3. Pinset uterus/tenakulum</li> <li>4. Sounding uterine (uterine sound)</li> <li>5. Sarung tangan steril</li> <li>6. Kasa steril, larutan antiseptik</li> <li>7. Lampu penerangan</li> <li>8. Gunting dan tempat limbah medis</li> </ol>
6.	Prosedur	<p><b>I. Persiapan Klien:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, manfaat, efek samping, dan risiko pemasangan IUD.</li> <li>2. Pastikan klien tidak sedang hamil (melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan tes kehamilan bila perlu).</li> <li>3. Minta klien mengosongkan kandung kemih</li> </ol> <p><b>II. Persiapan Pra – Inseri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Persiapan alat</li> <li>b) Keselamatan Kerja dengan prinsip PI, memperhatikan privasi dan keselamatan pasien</li> </ol>

- c) Persiapan Petugas memakai APD lengkap
- d) Siapkan Pasien

1. Petugas mencuci tangan secara standar, keringkan dengan handuk bersih dan kering dan mengenakan sepasang sarung tangan steril atau DTT
2. Petugas memastikan bahwa placenta telah lahir secara lengkap dan kala IV berlangsung dengan baik
3. Petugas menyusun instrument insersi AKDR dan perlengkapannya pada baki steril
4. Petugas menjaga AKDR tetap dalam kemasan steril dan ditempatkan pada tempat yang sesuai

### **III. Pelaksanaan Pemasangan IUD**

1. Posisikan klien dalam posisi litotomi di atas meja periksa
2. Inspeksi genitalia eksternal untuk melihat adanya kelainan
3. Pasang spekulum dan visualisasi serviks
4. Bersihkan serviks dan vagina dengan larutan atiseptik
5. Jepit serviks dengan tenakulum, tarik perlahan untuk meluruskan uterus
6. Lakukan uterine sounding untuk mengukur panjang dan arah kavum uteri
7. Masukkan IUD ke dalam uterus hingga kedalaman yang tepat
8. Lepaskan IUD didalam kavum uteri dan tarik keluar inserter perlahan
9. Potong benang IUD hingga panjang 3 cm dari ostium serviks
10. Lepaskan tenakulum dan spekulum dengan hati-hati
11. Petugas melakukan proses pencegahan infeksi seperti :
  - Mengeluarkan instrument yang telah digunakan
  - Merendam instrument kedalam klorin 0,5% dalam posisiterbuka dalam waktu 10 menit
  - Pastikan bahwa seluruh instrument

terendam di dalam klorin 0,5%

#### **IV. Prosedur Pasca Tindakan**

1. Petugas mencuci tangan secara standar dan mengeringkan tangan menggunakan handuk pribadi atau tissue
2. Petugas menyampaikan kepada klien bahwa AKDR sudah terpasang dengan baik dan petugas melakukan Tanya jawab dengan klien mengenai hal – hal berikut :
  - Tinjau efek samping AKDR
  - Tanggal kunjungan ulang untuk cek up AKDR/asuhanpasca natal/ asuhan neonatal
3. Tekankan bahwa ibu harus kembali kapan saja ia memiliki kekhawatiran atau mengalami keluhan – keluhan
  - Informasikan keluhan pasca pemasangan
  - Jelaskan bagaimana cara mengetahui terjadinya ekspulsi dan apa yang harus dilakukan jika hal itu terjadi
  - Yakinkan ibu bahwa AKDR tidak mempengaruhi ASI dan menyusui
  - Memastikan ibu memahami instruksi pasca – insersi
  - Memberikan instruksi pasca – insersi, jika memungkinkan
  - Memberikan kartu yang menunjukkan tipe AKDR dan tanggal insersi
4. Petugas mencatat informasi pada catatan atau rekam medic klien dan menambahkan kartu peserta KB dan rekam medis klien
5. Petugas mencatat laporan insersi dan kondisi klien pada buku register di ruang prosedur

Lampiran 11 Catatan Perkembangan

LEMBAR SOAP

Nama : Ny. Dianika  
 Alamat : sudimoro 08/02

TGL	SUBJEKTIF	OBJEKTIF	ASSESSMENT	PLAN
12/25/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hari Ke-7 setelah Pemasangan</li> <li>▶ Ibu Mengatakan Pada Hari Ke-5 Pasca pemasangan mengalami sedikit nyeri</li> </ul>	KU : Baik Kesadaran : composmentis TD : 120/80 mmHg N : 88 x/m S : 36°C RR : 22 x/m  Abdomen : tidak ada nyeri tekan  Genetalia : tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, benang IUD teraba.	Ny.D post pemasangan IUD hari Ke-8 dalam kondisi baik Keluhan ringan berupa nyeri perut Pada hari Ke-5, namun sudah membaik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) menjelaskan mengenai efek samping yang dirasakan</li> <li>2) menjelaskan kembali tanda bahaya</li> <li>3) menganjurkan ibu u/hip kontrol ulang</li> <li>4) melakukan dokumentasi</li> </ol>



*Lampiran 13 Dokumentasi*



### Sebelum Pemasangan Konsultasikan dengan Bidan Atau Dokter

- » Diskusikan kondisi kesehatan Anda
- » Pastikan tidak ada tanda-tanda infeksi
- » Tanyakan jenis IUD yang sesuai untuk Anda



### Apa Itu IUD ?

Intrauterine Device (IUD) adalah alat kontrasepsi berbentuk kecil seperti huruf T yang dimasukkan ke dalam rahim untuk mencegah kehamilan. IUD dapat digunakan dalam jangka panjang dan efektif hingga 10 tahun tergantung jenisnya.

#### Kapan IUD dapat dipasang?

- » Segera setelah persalinan (postpartum) dalam 10 menit setelah plasenta lahir
- » Pada masa nifas (6 minggu pertama setelah melahirkan), tergantung kondisi kesehatan ibu



### Memahami Pra-Pemasangan IUD



#### Syarat Pemasangan IUD pada Masa Interval

- » Telah melakukan pemeriksaan nifas oleh tenaga kesehatan
- » Tidak mengalami infeksi atau pendarahan berlebihan
- » Tidak ada kontraindikasi medis tertentu
- » Telah diberikan konseling dan menyetujui penggunaan IUD

#### Kontrol Setelah Pemasangan

- » Datang kembali untuk pemeriksaan dalam waktu 1 minggu setelah pemasangan
- » Segera ke fasilitas kesehatan jika mengalami :
  - Demam atau nyeri hebat
  - Perdarahan banyak
  - IUD terasa keluar

#### Efeksamping Pemasangan IUD pada Masa Interval

- » Terjadi pendarahan yang lebih banyak dari haid biasa.
- » Terdapat tanda-tanda infeksi, semisal keputihan, suhu badan meningkat, mengigil, dan lain sebagainya.
- » Sakit, misalnya diperut, pada saat melakukan senggama.

#### Keuntungan Pemasangan IUD pada Masa Interval

- » Praktis dan satu kali pemasangan
- » Efektif mencegah kehamilan hingga 99%
- » Tidak mengganggu produksi ASI
- » Dapat dilepas kapan saja jika ingin hamil kembali
- » Tidak ada efek samping hormonal

