

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Program Keluarga Berencana

Gerakan Keluarga Berencana di Indonesia telah menjadi contoh bagaimana negara dengan penduduk terbesar keempat didunia dapat mengendalikan dan menerima gerakan keluarga berencana sebagai salah satu bentuk pembangunan keluarga yang lebih dapat dikendalikan untuk mencapai kesejahteraan (Manuaba, 1999).

World Health Organisation (WHO) pada tahun 1970, mendefinisikan keluarga berencana sebagai tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami dan istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Berdasarkan UU no. 10 tahun 1992, Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kehamilan, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera.

Pengertian keluarga berfungsi sosial, yang dimaksud bahwa keluarga yang kaya tidak pada tempatnya mempunyai anak yang banyak karena kemampuannya, tetapi selalu berorientasi pada sila kelima Pancasila keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan keadilan sosial dan melalui gerakan keluarga berencana Indonesia ingin mengurangi kemiskinan dengan berbagai usaha, sosial-politik dan bantuan ekonomi sehingga masyarakat makin dapat menikmati arti keadilan sosial dengan meningkatkan keluarga sejahtera (Manuaba, 1999).

Di awal pelaksanaan program Keluarga Berencana yaitu antara tahun 1971 hingga tahun 1980, rata-rata pertumbuhan penduduk di Indonesia setiap tahun sebesar 2,3%. Antara tahun 1980 hingga tahun 1990 telah turun menjadi 2,0%. Hasil Sensus Penduduk Indonesia tahun 2000 memperlihatkan angka pertumbuhan penduduk pada kurun waktu 1990 hingga 2000 telah berkurang hingga menjadi 1,4% (UNPFA&BKKBN, 2002).

2.1.1 Manfaat Keluarga Berencana

Program keluarga berencana yang secara luas memberikan pelayanan terhadap semua wanita usia subur lebih mungkin menurunkan jumlah kematian ibu, terutama jika program tersebut berhasil menurunkan tingkat kesuburan. Mengingat demikian banyaknya kematian ibu yang diakibatkan oleh kesuburan yang tidak terkendali, program keluarga berencana mempunyai peranan besar dalam menyelamatkan kehidupan.

Saat ini, program keluarga berencana baru mencapai sebagian dari potensinya. Menurut *World Fertility Survey* (WHS) sekitar 300 juta pasangan yang menyatakan tidak ingin mempunyai anak lagi, pada praktiknya tidak menggunakan kontrasepsi apapun. Keluarga berencana berpotensi menyelamatkan kehidupan wanita dengan cara memungkinkan wanita untuk merencanakan kehamilan sedemikian rupa sehingga dapat menghindari terjadinya kehamilan pada umur tertentu atau jumlah persalinan yang membawa bahaya tambahan, dan dengan cara menurunkan tingkat kesuburan secara umum, yaitu dengan mengurangi jumlah kehamilan absolut dalam populasi (Royston, 1994).

2.1.2 Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi mempunyai 2 tujuan yaitu: pemberian dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan keluarga berencana (KB) yaitu dihayatinya Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) dan menurunkan angka kelahiran yang bermakna.

Guna mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan mengkategorikan tiga fase untuk mencapai sasaran yaitu: fase menunda perkawinan/kesuburan, fase menjarangkan kehamilan, fase menghentikan/

mengakhiri kesuburan/kehamilan. Maksud kebijaksanaan tersebut untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

a. Fase menunda/mencegah kehamilan

Fase menunda kehamilan bagi pasangan usia subur (PUS) dengan usia istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya. Alasan menunda/mencegah kehamilan: umur dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan. Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda. Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena peserta muda masih tinggi frekuensi senggamanya, sehingga akan mempunyai kegagalan tinggi. Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil oral.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan: reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin sampai 100%, karena pada masa ini peserta belum punya anak. Efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

b. Fase menjarangkan kehamilan

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

Alasan menjarangkan kehamilan:

- Umur antara 20-30 tahun merupakan usia terbaik untuk mengandung dan melahirkan.
- Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.
- Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun disini tidak/kurang berbahaya karena yang bersangkutan berada pada usia mengandung dan melahirkan yang baik.
- Disini kegagalan kontrasepsi adalah kegagalan program

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- Efektifitas tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi.
- Dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan.
- Tidak menghambat ASI, karena ASI adalah makanan terbaik untuk bayi sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

c. Fase menghentikan/mengakhiri kesuburan/kehamilan

Periode umur istri diatas 30 tahun terutama diatas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 anak.

Alasan mengakhiri kesuburan:

- Ibu-ibu dengan usia diatas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi, karena alasan medis dan alasan lainnya.
- Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.
- Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai kemungkinan timbulnya akibat sampingan dan komplikasi.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- Efektifitasnya sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko bagi ibu dan anak, disamping itu akseptor tersebut memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
- Dapat dipakai untuk jangka panjang
- Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada masa tua kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat, oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan tersebut. (Hartanto, 1996)

2.2 Kontrasepsi IUD (*Intra Uterine Device*)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) yang juga dikenal dengan nama *Intra Uterine Device* (IUD) merupakan metode kontrasepsi efektif dengan keunggulan khusus bahwa sekali ditempatkan tidak diperlukan motivasi dan usaha untuk kelanjutan kontrasepsi, efektif dengan potensi jangka panjang dan sangat cocok untuk ibu menyusui (Rukmini, 2008).

2.2.1 Jenis-Jenis IUD

IUD dibagi menjadi beberapa golongan berdasarkan jenisnya antara lain (Hartanto, 1996):

1. *Un-Medicated Devices*

Terdiri dari dua jenis IUD yaitu *Inert Devices dan First Generation Devices*. Misalnya saja:

- a. Grafenberg ring
- b. Marguiles Coil
- c. *Lippes Loop*: Diperkenalkan pada awal 1960-an dan dianggap sebagai IUD standard, terbuat dari polyethylene (suatu plastik inert secara biologik) ditambah barium sulfat. Cara insersi *push-out* (didorong). Lippes Loop dapat dibiarkan *in-utero* untuk selama-lamanya sampai menopause, sepanjang tidak ada keluhan dan/atau persoalan bagi akseptornya.
- d. Staf-T-Coil
- e. *Delta-Loop: Modified Lippes Loop D*: penambahan benang *chromic catgut* pada lengan atas, terutama untuk insersi *post-partum*.

2. *Medicated Devices*

Terdiri dari *Bio Active Devices dan Second Generation Devices*. Penggolongan *medicated devices* dibedakan lagi menjadi dua jenis yaitu:

a. Mengandung Logam

1. AKDR-Cu Generasi Pertama (*First Generation Copper Devices*) :

- CuT-200 = Tatum-T: Panjang 3,6 mm, lebar 32 mm, mengandung 200 mm^2 Cu (luas permukaan Cu-nya). Daya kerja tiga tahun. Cara insersi *withdrawl* (ditarik).
- CuT-200B : seperti CuT-200, tetapi ujung bagian bawah batang IUD berbentuk bola.
- CuT-200Ag : seperti CuT-200, tetapi mengandung inti Ag di dalam tembaganya.
- Cu-7 = Gravigard: Panjang 36 mm, lebar 26 mm, mengandung 200 mm^2 luas permukaan Cu, mempunyai tabung inserter diameter paling kecil dibandingkan dengan IUD dan lain-lainnya sehingga dapat

dianjurkan untuk *nulligravid*. Daya kerja 3 tahun. Cara insersi *withdrawl* dapat pula *push-out*.

- MLCu-250: 220 mm^2 luas permukaan kawat Cu. Benang ekor 2 lembar, berwarna hitam atau tidak berwarna. Daya kerja 3 tahun. Cara insersi *withdrawl*.

2. AKDR-Cu Generasi Kedua (*Second Generation Copper Devices*):

- CuT-380A = ParaGard: Panjang 36 mm, lebar 32 mm, 314 mm^2 kawat Cu pada batang vertikal, 2 selubung Cu seluas masing-masing 33 mm^2 pada masing-masing lengan horizontal. Daya kerja 8 tahun. cara insersi *withdrawl*.
- CuT-380Ag : seperti CuT-380A, hanya dengan tambahan inti Ag didalam kawat Cu-nya. Daya kerja 5 tahun.
- CuT-220C : Panjang 36 mm, lebar 32 mm, 220 mm^2 Cu di dalam tujuh selubung, 2 pada lengan dan 5 pada batang vertikalnya. Daya kerja tiga tahun. Cara kerja *withdrawl*.
- Nova-T = Novagard (mengandung Ag): Panjang 32 mm, lebar 32 mm, 200 mm^2 luas permukaan Cu dengan inti Ag di dalam kawat Cu-nya. Daya kerja 5 tahun. Cara insersi *withdrawal*.
- Delta-T = Modivied CuT-220C: penambahan benang *chromic catgut* pada lengan atas, terutama untuk *insersi post-partum*.
- MLCu-375. Dua versi modifikasi dari ML Cu-375 yaitu:
 - ML Mark II: berbeda dengan ML Cu IUD lainnya yang dimasukkan dengan kedua lengannya di luar tabung inserter, maka ML Mark II dimasukkan seluruhnya melalui tabung inserter. Lengan ML Mark II lebih pendek dan lebih fleksibel.
 - ML Cu-375 SL: batang vertikalnya lebih pendek. Dimasukkan untuk wanita dengan uterus yang pendek maupun dengan uterus ukuran rata-rata. Digunakan di Finlandia.

b. Mengandung Hormon

Terdiri dari *Progesterone* atau *Levonogestrel*. Misalnya:

1. *Progestasert* = Alza-T: Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor waran hitam. Mengandung 38 mg progesterone, dan barium

sulfat, melepaskan 65 mcg progesterone per hari. Tabung inserter-nya berbentuk lengkung, meniru lekuk lengkung cavum uteri). Daya kerja 18 bulan. Teknik insersi *plugging (modified withdrawal)*.

2. LNG-20 = mengandung *Levonorgestrel*.

- Mengandung 46-60 mg Levonorgestrel, dengan pelepasan 20mcg/hari.
- Angka kegagalan atau kehamilan sangat rendah yaitu <0,5 per 100 wanita per tahun.
- Penghentian pemakaian oleh karena persoalan-persoalan perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenore atau perdarahan haid yang sangat sedikit.

Walaupun di masa lampau IUD dibuat dalam berbagai bentuk dan dari bahan yang berbeda-beda, saat ini IUD yang digunakan terdiri dari 3 tipe yaitu:

1. Inert terbuat dari plastik (Lippes Loop) atau baja antikarat (*the Chinese Ring*)
2. Mengandung tembaga seperti TCu 380-A, TCu 200C, Multiload (MLCu 250 dan 375) dan Nova T
3. Mengandung hormon steroid seperti progestasert dan levonova yang mengandung progestin (Rukmini, 2008).

2.2.2 Mekanisme Kerja IUD

Mekanisme kerja yang pasti dari IUD belum diketahui. Ada beberapa mekanisme kerja IUD yang telah diajukan (Hartanto, 1996):

1. Timbulnya reaksi radang lokal yang non-spesifik di dalam cavum uteri sehingga implanstasi sel telur yang telah dibuahi terganggu.
Di samping itu, dengan munculnya leukosit PMN, *makrofag*, *foreign body giant cells*, sel mononuclear dan sel plasma yang dapat menyebabkan lysis dari spermatozoa/ovum dan *blastocyst*.
2. Produksi lokal prostraglandin yang tinggi yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
3. Gangguan/terlepasnya *blastocyst* yang telah berimplantasi di dalam endometrium.
4. Pergerakan ovum yang bertambah cepat didalam tuba fallopi.

5. *Immobilisasi* spermatozoa saat melewati cavum uteri.
6. Dari penelitian-penelitian terakhir, disangka bahwa IUD juga mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilisasi).
7. Untuk IUD yang mengandung Cu:
 - a. *Antagonisme kationic* yang spesifik terhadap Zn yang terdapat dalam *enzim carbonic anhydrase* yaitu salah satu enzim dalam traktus genitalia wanita, dimana Cu menghambat reaksi *carbonic anhydrase* sehingga tidak memungkinkan terjadinya implantasi, dan mungkin juga menghambat aktivitas alkali *phosphatase*.
 - b. Mengganggu pengambilan *estrogen endogenus* oleh mucosa uterus.
 - c. Mengganggu jumlah DNA dalam sel endometrium.
 - d. Mengganggu metabolisme glikogen.

Penambahan Ag pada IUD yang mengandung Cu mempunyai maksud untuk mengurangi fragmentasi dari Cu sehingga Cu lebih lama habisnya.
8. Untuk IUD yang mengandung hormone *progesterone*:
 - a. Gangguan proses pematangan proliferative-sekretor sehingga timbul penekanan terhadap endometrium dan terganggunya proses implantasi (endometrium tetap berada dalam fase *decidual/progestational*).
 - b. Lendir cerviks menjadi lebih kental/tebal karena pengaruh progestin.

Dari uraian di atas, maka IUD tampaknya tidak:

 1. Mencegah ovulasi
 2. Mengganggu corpus luteum.

2.2.3 Keuntungan IUD

- a. Keuntungan Cu IUD:
 1. Ekspulsi lebih jarang, baik pada insersi interval, post-partum maupun post-abortion.
 2. Kehilangan darah haid lebih sedikit.
 3. Dapat lebih di tolerir oleh wanita yang belum punya anak atau wanita dengan paritas rendah.
 4. Ukuran tabung inserter lebih kecil.

- b. Keuntungan IUD yang mengandung hormon:

Mengurangi volume darah haid (dapat sampai dibawah tingkat pra-insersi).

2.2.4 Kerugian IUD

- a. Kerugian Cu IUD: Perlu diganti setelah beberapa tahun dan lebih mahal.
- b. Kerugian IUD yang mengandung hormon:
 1. Jauh lebih mahal daripada Cu IUD.
 2. Harus diganti setelah 18 bulan.
 3. Lebih sering menimbulkan perdarahan mid-siklus dan perdarahan bercak/spotting.

2.2.5 Efektifitas IUD

Menurut Hartanto (1996) efektifitas IUD dibagi menjadi 4 kriteria yaitu:

1. Efektifitas IUD dinyatakan dalam angka kontinuitas (*continuation rate*) yaitu berapa lama IUD tetap tinggal *in-utero* tanpa:
 - a. Ekspulsi spontan
 - b. Terjadinya kehamilan
 - c. Pengangkatan atau pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi.
2. Efektifitas dari bermacam-macam IUD tergantung pada:

<ol style="list-style-type: none"> a. IUD-nya: <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran • Bentuk • Mengandung Cu atau Progesterone 	<ol style="list-style-type: none"> b. Akseptor <ul style="list-style-type: none"> • Umur • Paritas • Frekuensi senggama
--	--
3. Dari faktor-faktor yang berhubungan dengan akseptor yaitu umur dan paritas:
 - a. Makin tua usia, makin rendah angka kehamilan, ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD.
 - b. Makin muda usia, terutama pada nulligravid, makin tinggi ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD.

4. Dari uraian di atas, maka *use-effectiveness* dari IUD tergantung pada variabel administratif, pasien dan medis, termasuk kemudahan bahan insersi, pengalaman pemasangan, kemungkinan ekspulsi dari fihak akseptor, kemampuan akseptor untuk mengetahui terjadinya ekspulsi dan kemudahan akseptor untuk mendapatkan pertolongan medis.

2.2.6 Efek Samping dan Komplikasi IUD

2.2.6.1 Efek Samping Dan Komplikasi Saat Insersi IUD

1. Rasa sakit/nyeri
2. Muntah, keringat dingin dan *syncope* (pingsan)
3. Perforasi Uterus
4. Di kemudian hari, persangkaan adanya perforasi:
 - Benang ekor IUD tidak teraba dan tidak terlihat, dan akseptor tidak pernah merasa IUD-nya keluar per-vaginam.
 - Perdarahan post-insersi.
 - Kehamilan.

2.2.6.2 Efek Samping Dan Komplikasi IUD di Kemudian Hari

1. Rasa sakit dan Perdarahan

Merupakan alasan medis utama dari penghentian pemakaian IUD, yaitu kira-kira 4-15% dalam 1 tahun. Tetapi menurut penelitian-penelitian, rasa sakit dan perdarahan akan berkurang dengan semakin lamanya pemakaian IUD.

2. *Embedding* dan *Displacement*

IUD tertanam dalam-dalam di endometrium atau myometrium. Penanggulangannya IUD harus dikeluarkan.

3. Infeksi

Merupakan komplikasi yang paling serius yang berhubungan dengan penggunaan IUD. Akseptor IUD mempunyai risiko 2x lebih besar untuk mendapatkan PID dibandingkan dengan non-akseptor KB. Risiko timbulnya PID terutama dalam bulan-bulan pertama setelah insersi IUD (empat bulan pertama). Lamanya pemakaian IUD berisiko meningkat

dengan makin lamanya pemakaian IUD. Pada pemakaian 5 tahun atau lebih, risiko meningkat 5x, apalagi bila ditambah dengan partner seksual yang banyak.

4. Kehamilan *Intra-Uterine*

Tanpa memandang usia dan paritas, angka kehamilan pada IUD inert makin menurun dengan lamanya pemakaian.

5. Kehamilan ektopik

IUD tidak menimbulkan/menambah risiko kehamilan ektopik, tetapi karena IUD mengurangi kemungkinan implantasi *intra-uterine*, maka kehamilan yang terjadi akan lebih cenderung ke arah kehamilan ektopik.

4. Ekspulsi

Insidens tertinggi dari ekspulsi adalah dalam 3 bulan pertama setelah insersi, dan paling sering terjadi selama haid, terutama periode pertama. Kejadian ekspulsi lebih tinggi pada IUD ukuran kecil. Kejadian ekspulsi berkurang dengan meningkatnya usia akseptor, pada wanita usia muda dan nullipara ekspulsi lebih sering terjadi. Satu hal yang penting untuk diketahui dan dilaksanakan oleh akseptor IUD yaitu memeriksa sendiri benang ekor IUD, untuk mengetahui apakah IUD-nya masih tetap berada di dalam uterus.

2.2.7 Angka Kegagalan IUD

Menurut Hartanto (1996) belum ada IUD yang 100% efektif. Berikut beberapa angka kegagalan IUD:

1. IUD pada umumnya mempunyai 1-3 kehamilan per 100 wanita per tahun.
2. Lippes Loop dan First Generation Cu IUD: dua kehamilan per 100 wanita/tahun.
3. *Second Generation* Cu IUD: <1 kehamilan per 100 wanita per tahun dan 1,4 kehamilan per 100 wanita setelah 6 tahun pemakaian.

2.2.8 Persyaratan Pemakaian

Menurut Saifuddin (2006) ada beberapa persyaratan dalam pemakaian kontrasepsi IUD. Persyaratan tersebut antara lain:

1. Akseptor yang dapat menggunakan kontrasepsi IUD adalah:
 - Usia reproduktif
 - Keadaan nulipara
 - Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
 - Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
 - Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
 - Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
 - Risiko rendah dari IMS
 - Tidak menghendaki metode hormonal
 - Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
 - Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari sanggama
2. IUD dapat digunakan pada Ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya:
 - Perokok
 - Pascakeguguran bila tidak terlihat adanya infeksi
 - Sedang memakai antibiotika atau antikejang
 - Gemuk ataupun yang kurus
 - Sedang menyusui
3. Akseptor yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi IUD adalah:
 - Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
 - Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai saat dievaluasi)
 - Sedang menderita infeksi genital (vaginitis, servisititis)
 - Tiga bulan terakhir mengalami abortus septik
 - Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi cavum uteri
 - Penyakit trofoblas yang ganas
 - Diketahui menderita TBC pelvik
 - Kanker alat genital
 - Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

2.3 Kontrasepsi Non-IUD

2.3.1 Pil

Kontrasepsi Pil efektif dan reversibel. Harus diminum setiap hari. Biasanya pada bulan-bulan pertama efek samping mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan akan segera hilang. Untuk efek samping yang serius jarang terjadi. Dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum. Dapat mulai diminum setiap hari bila yakin sedang tidak hamil. Tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

a. Jenis

- Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b. Cara Kerja

- Menekan ovulasi
- Mencegah implantasi
- Lender serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma
- Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

c. Manfaat

- Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).
- Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- Tidak mengganggu hubungan seksual

- Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid.
 - Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
 - Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause
 - Mudah dihentikan setiap saat
 - Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
 - Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium dan kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorhea dan akne.
- d. Keterbatasan
- Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
 - Mual, terutama pada 3 bulan pertama.
- e. Persyaratan Pemakaian
- Akseptor yang dapat menggunakan kontrasepsi pil adalah:
 - Gemuk atau kurus
 - Setelah melahirkan dan tidak menyusui
 - Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut
 - Pasca keguguran
 - Anemia dan nyeri karena haid berlebihan
 - Siklus haid teratur
 - Riwayat kehamilan ektopik
 - Kelainan payudara jinak
 - Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf.
 - Penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometrosis atau tumor ovarium jinak.

- Akseptor yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi pil adalah:
 - Hamil atau dicurigai hamil
 - Menyusui eksklusif
 - Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
 - Penyakit hati akut (hepatitis)
 - Perokok dengan usia > 35 tahun
 - Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg
 - Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun
 - Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
 - Migrain dan gejala neurologic fokal (epilepsi/riwayat epilepsi)
 - Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari (Saifuddin, 2006).

2.3.2 Suntik

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi I. M sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi I. M sebulan sekali.

- a. Cara Kerja
 - Menekan ovulasi
 - Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
 - Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
 - Menghambat transformasi gamet oleh tuba
- b. Efektivitas : Sangat efektif (0,1-0,4 per kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama pemakaian.
- c. Keuntungan
 - Risiko terhadap kesehatan kecil
 - Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
 - Jangka panjang
 - Efek samping sangat kecil
 - Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

- Mengurangi jumlah perdarahan
- Mengurangi nyeri saat haid
- Mencegah anemia
- Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium
- Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
- Mencegah kehamilan ektopik
- Melindungi klien dari jenis-jenis penyakit radang panggul
- Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan perimenopause

d. Kerugian

- Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/*spotting*, atau perdarahan sela sampai 10 hari
- Mual, sakit kepala dan nyeri payudara ringan
- Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan
- Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi dan TBC
- Dapat terjadi efek samping serius seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru dan otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati
- Penambahan berat badan
- Tidak melindungi dari IMS dan HIV
- Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian

e. Persyaratan Pemakaian

- Akseptor yang boleh menggunakan kontrasepsi suntik adalah:
 - Menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan
 - Pascapersalinan dan tidak menyusui
 - Anemia
 - Nyeri haid hebat
 - Riwayat kehamilan ektopik
 - Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- Akseptor yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntuk adalah:
 - Hamil atau diduga hamil
 - Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan
 - Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

- Penyakit hati akut (virus hepatitis) dan keganasan kanker payudara
- Usia >35 tahun yang merokok
- Riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah tinggi
- Riwayat kencing manis diatas 20 tahun
- Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine.

2.3.3 Implant

Kontrasepsi implant efektif dalam jangka waktu 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Indoplant atau Implanon. Dapat dipakai oleh semua Ibu dalam usia reproduksi dan terasa nyaman. Pemasangan dan pencabutan implant perlu pelatihan. Kesuburan segera kembali setelah implant dicabut. Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorrhea. Aman dipakai pada masa laktasi (Saifuddin, 2003).

a. Jenis

- Norplant: terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,44 mm, yang diisi dengan 36mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- Implanon: terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
- Jadena dan Indoplant. Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

b. Cara Kerja

- Lendir serviks menjadi kental
- Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit menjadi implantasi.
- Mengurangi transportasi sperma.
- Menekan ovulasi.

c. Efektivitas: Sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

d. Keuntungan

- Daya guna tinggi
- Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun
- Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- Bebas dari pengaruh estrogen
- Tidak mengganggu kegiatan senggama
- Tidak mengganggu ASI
- Klien hanya perlu kembali ke klinik jika ada keluhan
- Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan
- Mengurangi nyeri haid
- Mengurangi jumlah darah haid
- Mengurangi/memperbaiki anemia
- Melindungi angka kejadian kelainan jinak payudara
- Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul
- Menurunkan angka kejadian endometrosis.

e. Keterbatasan

Pada kebanyakan klien menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak, hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenore.

f. Persyaratan Pemakaian

- Akseptor yang dapat menggunakan kontrasepsi Implant adalah:
 - Ingin pencegahan kehamilan jangka panjang
 - Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
 - Pascapersalinan dan tidak menyusui
 - Pascakeguguran
 - Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi
 - Riwayat kehamilan ektopik
 - Tekanan darah <180/110mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit (*sickle cell*)
 - Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen

- Sering lupa menggunakan pil
- Akseptor yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi Implant adalah:
 - Hamil atau diduga hamil
 - Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - Riwayat kanker payudara
 - Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
 - Miom uterus dan kanker payudara
 - Gangguan toleransi glukosa

2.3.4 Kondom

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Kondom akan efektif jika dipakai baik dan benar. Dapat pula dipakai bersama kontrasepsi lain untuk mencegah kehamilan (Saifuddin, 2003).

a. Cara Kerja

- Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sel sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil)

b. Efektivitas: Kondom cukup efektif bila dipasang secara benar pada tiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

c. Manfaat

- Efektif bila digunakan secara benar.
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Tidak mempunyai pengaruh sistematik
- Murah dan dapat dibeli secara umum

- Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
 - Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda
 - Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
 - Mencegah ejakulasi dini
 - Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
 - Saling berinteraksi sesama pasangan
 - Mencegah imuno infertilitas.
- d. Keterbatasan
- Efektifitas tidak terlalu tinggi
 - Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
 - Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung).
 - Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
 - Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
 - Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum.
 - Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

2.3.5 Vasektomi (MOP) dan Tubektomi (MOW)

Metode kontrasepsi yang efektif dan permanen, tindak pembedahan yang aman dan sederhana, tidak ada efek samping, efektif setelah 20 kali ejakulasi atau tiga bulan (untuk vasektomi), konseling dan *informed consent* mutlak diperlukan.

- a. Cara Kerja
- Vasektomi: vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan okulasi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi
 - Tubektomi: dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
- b. Efektivitas: sangat efektif (0,5 kelahiran per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).

c. Manfaat

- Tidak bergantung pada faktor senggama
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Baik bagi klien apabila kehamilan akan jadi risiko kesehatan yang serius
- Pembedahan sederhana dapat dilakukan dengan anastesi lokal
- Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- Berkurangnya risiko kanker ovarium

d. Keterbatasan

- Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini
- Klien dapat menyesal dikemudian hari
- Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan
- Dilakukan oleh dokter yang terlatih
- Tidak melindungi dari IMS dan HIV/AIDS

e. Persyaratan Pemakaian

- Akseptor yang dapat menjalani Vasektomi dan Tubektomi adalah:
 - Usia >26 tahun
 - Paritas >2
 - Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
 - Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan serius
 - Pascakeguguran
 - Pascakeguguran
 - Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini
- Akseptor yang tidak dapat menjalani Vasektomi dan Tubektomi adalah:
 - Hamil
 - Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan
 - Infeksi sistemik atau pelvik akut
 - Tidak boleh menjalani proses pembedahan
 - Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas dimasa depan
 - Belum memberikan persetujuan tertulis

2.4 Riwayat Penggunaan IUD

Hasil Mini Survei tahun 2005 menunjukkan bahwa prevalensi peserta KB di Indonesia sebesar 66,2%. Alat atau cara KB yang dominan dipakai adalah suntikan (34%) dan pil (17%). Sedangkan yang lainnya ialah *Intra Uterine Devices* (IUD) 7%, implant atau susuk KB 4%, (MOW) 2,6%, (MOP) 0,3% dan kondom 0,6%. Angka prevalensi peserta KB tertinggi dicapai oleh propinsi Bali (77%), Bengkulu (76%), DIY (75%), Jambi (74 %), Sulut (72%). Sedangkan angka prevalensi rendah ditempati oleh propinsi Papua (44%), NTT (47%) dan Maluku Utara (48%) (Iswarati, 2008).

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2007, pengguna kontrasepsi IUD di Indonesia sebesar 7,73%. Untuk daerah seperti Jakarta, jumlah pengguna IUD sebesar 10,04%, sedangkan di Jawa Barat sebesar 7,97%. Provinsi yang paling banyak menggunakan IUD adalah provinsi Bali (36,13%), lalu Yogyakarta (22,14%). Sedangkan provinsi yang paling sedikit menggunakan IUD adalah Kalimantan Tengah (1,27%) (Profil Kesehatan Indonesia, 2007).

Pada penelitian Hull dan Henderson (1975) ditemukan bahwa umur pengguna IUD antara 15 sampai 52 tahun. Pada umumnya adalah umur 20-40 tahun dan yang terbanyak pada umur 25-30 tahun. IUD banyak digunakan pada kelompok akseptor tua yang telat hamil dan berisiko jika menggunakan pil KB. Seorang akseptor yang menggunakan IUD pada umur 15 tahun, alasannya adalah karena ia baru saja melahirkan dan terlalu muda ketika menikah. Akhirnya ia dan ibunya memutuskan untuk menggunakan IUD jenis Lippes Loop.

Dalam penelitiannya, Ceylan (2009) menemukan bahwa di Diyarbakir, Turki, peningkatan pengguna kontrasepsi IUD adalah setelah dilakukan aborsi. Diketahui bahwa 124 (52,3%) wanita menggunakan IUD pada 1 tahun pertama setelah aborsi. Padahal sebelum aborsi, angka pengguna IUD adalah 0%.

Menurut McMahan (2004) dan kawan-kawan, di Canada lebih banyak memanfaatkan pil KB dan kondom. Sedangkan steril, diafgrama, IUD dan metode lain mengalami kemunduran pemanfaatan sejak tahun 1984. Mungkin hal ini dikarenakan media lebih fokus untuk membicarakan masalah pil KB dan kondom.

Eijk (2008) menemukan fakta di Kenya bahwa 127 wanita (19%) menggunakan metode untuk mencegah kehamilan sebelum memasuki periode kehamilan. Kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah suntik (66 orang), pil (53 orang), metode tradisional (10 orang), tidak menggunakan alat/cara KB (10 orang), IUD (4 orang), kondom (3 orang) dan metode lain (1 orang).

Berdasarkan laporan bulanan pelayanan KB Puskesmas Jati Warna tahun 2008, dapat diketahui bahwa metode KB yang paling banyak digunakan adalah suntik (5973 orang) dan pil (2291 orang). Sedangkan kontrasepsi yang lain yaitu IUD (1478 orang), Implant (272 orang), MOW (197 orang), Kondom (102 orang) dan MOP (98 orang) (Laporan bulanan pelayanan KB, 2008).

2.5 Umur Akseptor

Umur akseptor adalah variabel yang mempunyai pengaruh cukup penting terhadap pemakaian kontrasepsi. Umur secara alamiah akan membatasi masa subur seorang wanita (15-49 tahun) (WHO).

Berdasarkan penelitian Syamsiah (2002) diperoleh bahwa sebagian besar responden yang memakai kontrasepsi (65,7%) berumur 20-35 tahun. Hasil analisis hubungan antara umur responden dengan pemakaian kontrasepsi IUD dan Non-IUD diperoleh bahwa responden berumur >35 tahun (68,6%) memakai IUD lebih besar dibandingkan dengan non-IUD (31,4%). Dengan demikian dapat diketahui bahwa ada hubungan antara umur dan pemilihan kontrasepsi, responden yang berumur >35 tahun berpeluang 3,23 kali dibandingkan dengan responden yang berumur 20-35 tahun, hal ini mungkin disebabkan responden yang berumur >35 menggunakan kontrasepsi dengan tujuan mengakhiri kesuburan, karena mereka sudah mempunyai anak sesuai dengan yang diinginkan keluarga, sehingga tidak ingin menambah anak lagi.

Hal serupa juga terdapat pada penelitian BKKBN (2000), semakin tua umur wanita, semakin besar proporsi wanita yang menggunakan alat kontrasepsi IUD. Sedangkan pola sebaliknya dijumpai pada wanita yang belum pernah memakai IUD.

2.6 Jumlah Anak Hidup

Salah satu faktor yang menentukan keikutsertaan pasangan suami istri dalam gerakan Keluarga Berencana adalah banyaknya anak yang dimilikinya. Diharapkan pada pasangan yang memiliki jumlah anak lebih banyak, kemungkinan untuk memulai kontrasepsi lebih besar dibandingkan daripada pasangan yang mempunyai anak lebih sedikit.

BKKBN (1983) menerangkan bahwa yang dimaksud keluarga kecil adalah keluarga yang jumlah anaknya paling banyak dua orang. Sedangkan keluarga besar adalah suatu keluarga dengan lebih dari dua orang anak.

Hasil penelitian Zanzibar (2003) didapatkan bahwa persentase yang mempunyai anak hidup memakai kontrasepsi 1-2 orang atau paritas tinggi 53,1% dibandingkan dengan paritas rendah. Sementara yang mempunyai anak lebih dari 3 (paritas tinggi) lebih banyak memakai IUD (52,1%) karena ibu yang mempunyai paritas tinggi umumnya >30 tahun (45,1%) dan tidak ingin menambag anak lagi, sehingga ia memakai IUD untuk menghentikan kehamilannya karena IUD merupakan kontrasepsi yang tinggi efektifitasnya.

Demikian pula pada penelitian Syamsiah (2002), persentase pengguna kontrasepsi yang mempunyai jumlah anak >2 atau paritas tinggi lebih banyak (52%), dibandingkan dengan paritas rendah (48%). Pada paritas rendah lebih banyak menggunakan non-IUD (63,3%), dikarenakan takut efek samping (88%) dan merasa malu (68%) untuk memakai IUD. Sementara yang mempunyai anak lebih dari 2 (paritas tinggi) lebih banyak memakai IUD (62,3%), karena responden yang mempunyai paritas tinggi, umumnya >35 tahun (47%) dan tidak ingin menambah anak lagi, sehingga ia memilih IUD untuk menghentikan kehamilannya karena IUD merupakan alat kontrasepsi yang tinggi efektifitasnya. Responden yang paritasnya tinggi berpeluang 2,84 kali untuk memakai IUD dibanding dengan paritas rendah.

2.7 Pendidikan Akseptor

Pengaruh pendidikan wanita terhadap kesuburan telah banyak diteliti. Perumusan kebijakan, dalam usahanya sendiri mencari pemecahan yang cepat atas masalah penduduk, segera berpegang pada penelitian yang menunjukkan kecenderungan bahwa wanita yang berpendidikan memiliki anak lebih sedikit dibandingkan dengan wanita tidak berpendidikan. Semakin banyak peluang bagi wanita untuk mendapatkan pendidikan semakin pula rasa optimis orang bahwa keluarga berencana akan diterima (Eckholm dan Newland, 1984).

Pendidikan meningkatkan akses pelayanan, yaitu dengan meningkatkan akses wanita terhadap informasi, meningkatkan harga diri wanita dan meningkatkan kemampuan mereka dalam menyerap konsep-konsep kesehatan yang baru dan interaksi yang seimbang antara penyedia dan klien (Thaddeus dan Maine, 1990 dalam Koblinsky, 1997).

Data rumah tangga dari suatu penelitian di India memperlihatkan bahwa jika wanita dalam suatu keluarga semakin muda dan terdidik, maka akan semakin terbuka dan pentang menyerah untuk meningkatkan ketepatan dan mutu pelayanan kesehatan (Harding, 2001 dalam Koblinsky, 1997).

Tingkat pendidikan mempunyai pengaruh positif terhadap tingkat pemakaian IUD. Berdasarkan penelitian Zanzibar (2003), hubungan antara pendidikan responden pengguna IUD diperoleh bahwa responden pendidikan tamat SLTA keatas, 2,69 cenderung memakai IUD dibanding pendidikan tamat SD ke bawah. Sedangkan responden pendidikan SLTP 2,04 kali mempunyai kecenderungan memakai IUD dibandingkan pendidikan tamat SD ke bawah. Hal ini diasumsikan bahwa responden pendidikan tamat SLTP dan SLTA ke atas sudah menyadari manfaat dari memakai alat kontrasepsi untuk mengatur kehamilan.

2.8 Pengalaman Seputar KB dan IUD

Menurut Azwar (1988), pengalaman merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap. Apa yang kita alami akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan

objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atautkah sikap negatif akan tergantung pada berbagai faktor lain.

Akan tetapi Middlebrook (1974) mengatakan bahwa tidak adanya pengalaman sama sekali dengan sesuatu objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Pengalaman didapat tidak hanya dari proses pembelajaran formal (Rakhmat, 1992). Pengalaman seseorang juga melalui rangkaian peristiwa yang pernah dialami.

Pengalaman biasanya terbentuk dari pendidikan dan budaya. Baik pendidikan formal maupun pendidikan non-formal. Pengalaman dapat dipengaruhi kecermatan kita dalam memberikan sebuah persepsi terhadap sesuatu (Dale. G. Lather). Pengalaman tidak selalu diperoleh dari proses belajar formal. Pengalaman dapat bertambah juga melalui rangkaian peristiwa yang dihadapi.

2.9 Pekerjaan Akseptor

Ketika Cina melaksanakan program keluarga berencana tahun 1950-an, para pemimpinnya tanpa henti menegaskan bahwa negara itu tidak mempunyai masalah penduduk. Sebabnya keluarga berencana dijalankan ialah untuk memungkinkan wanita bekerja dan dengan demikian turut menyumbangkan tenaga untuk membangun negara. Diharapkan kalau wanita bekerja angka kelahiran akan turun dan dengan demikian akan meringankan usaha pencapaian kemakmuran. Umumnya kalau angka kelahiran di suatu negara rendah, persentase wanita bekerja tinggi, tetapi kaitan ini tidak selalu sempurna. Tetapi bahwa hubungan ini ada, ini sudah terbukti, sehingga kita merasa optimis mengenai kemungkinan melambatnya pertumbuhan penduduk, melihat makin besarnya tingkat bekerja kaum wanita. (Eckholm dan Newland, 1984).

Dalam menentukan kapan menggunakan kontrasepsi, wanita juga mempertimbangkan penghasilan mereka. Penggunaan kontrasepsi yang efektif mengurangi ketidakpastian tentang kapan wanita melahirkan anak, dan memberi kesempatan untuk memanfaatkan waktu dan tenaga pada peran ekonomi dalam rumah tangga. Selain itu juga memberikan kesempatan pada wanita untuk melanjutkan pendidikan dan memperoleh pekerjaan dan oleh karenanya potensial untuk meningkatkan produktivitas ekonomi dan status sosial mereka (Birdsall dan Chester, 1987 *dalam* Koblinsky, 1997).

Demikian pula menurut BKKBN (1999) bahwa status bekerja istri berpengaruh pada pemakaian kontrasepsi. Hasil penelitian Hadi (2001) didapatkan bahwa istri yang bekerja lebih besar (25,5%) memakai IUD di banding istri yang tidak bekerja, dimana hanya 10,7% yang memakai IUD. Hasil analisis didapatkan hubungan yang bermakna antara status pekerjaan akseptor dengan penggunaan kontrasepsi IUD. Hal ini kemungkinan adanya kesadaran pada ibu-ibu peserta KB yang bekerja untuk memakai alat kontrasepsi yang efektif dan berjangka panjang didalam mengatur kehamilannya.

Zanzibar (2003) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa status pekerjaan berkaitan dengan pemakaian IUD. Ibu yang bekerja mempunyai kecenderungan memakai IUD sebesar 71,1%, sedangkan ibu yang tidak bekerja mempunyai kecenderungan memakai IUD lebih rendah yaitu sebanyak 46,1%. Dengan demikian secara persentase ibu yang bekerja lebih banyak menggunakan IUD dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Ibu yang bekerja mempunyai kecenderungan memakai IUD 2,88 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja.

2.10 Dukungan Suami

Keputusan mencari pelayanan kesehatan merupakan hasil jaringan interaksi yang kompleks. Menemukan proses pengambilan keputusan dan pola komunikasi yang relevan bukanlah masalah yang sederhana. Keputusan mencari pelayanan kesehatan dapat dibuat oleh wanita itu sendiri, atau oleh suaminya, tokoh masyarakat desa, dan/atau anggota keluarga atau masyarakat lainnya (Koblinsky, 1997).

Pada beberapa kasus, pedoman hukum, peraturan, dan klinik, mensyaratkan wanita mendapatkan persetujuan suami sebelum memperoleh pelayanan keluarga berencana. Berbagai budaya mendukung kepercayaan bahwa pria mempunyai hak dari fertilitas istri mereka (Cook dan Maine, 1987 dalam Koblinsky, 1997). Persepsi masyarakat dan kesehatan mengenai hukum berpengaruh kuat terhadap penyediaan pelayanan meskipun hukum berlawanan dengan praktik umum. Di Papua New Guinea, wanita tidak dapat membeli kontrasepsi tanpa persetujuan suami. Di Turki, hukum mensyaratkan persetujuan pasangan bila ingin

melaksanakan kontrasepsi bedah, dan persetujuan suami diperlukan bila istri menginginkan aborsi. Di Nigeria sudah lazim apabila wanita tidak dapat menerima kontrasepsi tanpa izin suami.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa suami mempunyai pengaruh yang kuat dalam penerimaan kontrasepsi oleh istri dan keterbatasan metode menimbulkan hambatan bagi wanita untuk berkontrasepsi. Penghapusan ijin pasangan, serta penghapusan persepsi masyarakat dan penyedia pelayanan mengenai hukum yang nyata atau tidak nyata, potensial untuk meningkatkan wanita yang mencari pelayanan. Di Ethiopia, Asosiasi Bimbingan Keluarga mensyaratkan suami untuk menandatangani formulir persetujuan agar istri dapat memperoleh kontrasepsi (Koblinsky, 1997).

Lebih rinci lagi pada hasil penelitian Syamsiah (2002), menunjukkan adanya hubungan antara dukungan suami dengan pemilihan IUD. Responden yang mendapat dukungan suami, mempunyai peluang memilih IUD 41 kali dibandingkan responden yang tidak mendapat dukungan suami. Dukungan suami merupakan faktor yang paling dominan dalam memilih alat kontrasepsi.

2.11 Pekerjaan Suami

Suami yang bekerja mempunyai kemampuan lebih dalam bidang ekonomi sehingga mempunyai kesempatan yang relatif lebih besar dalam menunjang istri untuk memakai alat KB. Pada umumnya masyarakat Indonesia, pendapatan yang mereka terima kebanyakan adalah hasil dari kepala rumah tangga atau suami. Bila suatu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak hanya menggantungkan hidup kepada seorang saja, maka sudah pasti pendapatan yang diperolehnya tidak bisa mencukupi untuk keperluan hidup seluruh keluarganya (BKKBN, 1982).

Pada penelitian Zanzibar (2003), hubungan pekerjaan suami memperlihatkan presentasi proporsi pemakaian IUD lebih besar pada responden yang mempunyai suami bekerja sebanyak 65,9% dibanding responden yang suaminya tidak bekerja sebanyak 36%. Responden yang mempunyai suami bekerja cenderung 3,425 kali memakai IUD dibanding responden yang mempunyai suami tidak bekerja.

2.12 Tempat Pelayanan

Tempat pelayanan kontrasepsi dalam upaya untuk menunjang kegiatan operasional. Program Keluarga Berencana Nasional dapat di golongkan menurut status pengelolanya:

1. Klinik Keluarga Berencana Sektor Pemerintah

Klinik yang dikelola dan diselenggarakan pihak pemerintah seperti Klinik KB, Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, Puskesmas, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Sakit Umum Pemerintah.

2. Klinik Keluarga Berencana Sektor Swasta

Klinik yang dikelola dan diselenggarakan oleh pihak swasta antara lain Dokter, Bidan, Rumah Sakit Bersalin dan Rumah Sakit Swasta, dan Apotek.

3. Non Klinik Keluarga Berencana

Klinik yang dikelola dan diselenggarakan oleh pihak pemerintah dan bekerja sama dengan masyarakat setempat seperti Polindes, Posyandu, Pos KB, dukun dan sebagainya.

Berdasarkan penelitian BKKBN (2000), Puskesmas merupakan tempat pencabutan IUD terbanyak yang digunakan oleh wanita pernah pakai IUD, yaitu 56,7%, dan tempat berikutnya adalah bidan praktik swasta serta dokter swasta, masing-masing sebesar 18,6% dan 3,8%. Demikian pula dengan tempat pelayanan terakhir pelayanan IUD. Puskesmas merupakan tempat pelayanan terakhir yang dipakai oleh wanita peserta IUD (45,5%) dan wanita pernah pakai IUD (54,5%). Urutan berikutnya adalah bidan praktik swasta (27,2% dan 17,2%).

2.13 Jarak Ke Tempat Pelayanan

Jarak membatasi kemampuan dan kemauan wanita untuk mencari pelayanan, terutama jika sarana transportasi yang tersedia terbatas, komunikasi sulit dan didaerah tersebut tidak terdapat rumah sakit (Leslie dan Gupta, 1989 dalam Koblinsky, 1997). Salah satu kesulitan yang ditemukan oleh ibu yang akan menggunakan kontrasepsi adalah harus melakukan perjalanan ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan banyak menemukan kesulitan (Royston, 1994).

Menurut berbagai hasil penelitian, jarak ke fasilitas kesehatan yang jauh (diperburuk dengan jalan dan jaringan transportasi yang tidak memadai) merupakan kendala yang utama. (Koblinsky, 1997).

2.14 Biaya Pelayanan

Biaya adalah sejumlah pengorbanan yang dikeluarkan untuk menghasilkan komoditi tertentu dan menggunakan komoditi tersebut. Pengertian biaya mencakup semua jenis pengorbanan yang dapat berbentuk uang, barang, waktu dan kesempatan yang hilang termasuk kenyamanan/kesenangan terganggu (Ikhwan, 2006).

Pengguna kontrasepsi memerlukan sejumlah biaya untuk memperoleh dan menggunakan kontrasepsi, selain biaya alat kontrasepsi. Harga moneter mungkin bukan merupakan faktor terpenting bagi wanita (Lewis dalam Koblinsky 1997). Biaya non moneter yang harus mereka pertimbangkan meliputi jarak ke tempat penyediaan kontrasepsi, kehilangan waktu dan biaya transportasi akibat tidak berhasil mendapatkan metode atau pelayanan serta biaya penyediaan kembali, termasuk faktor-faktor yang serupa dengan yang diatas. Pelayanan yang bermutu rendah, seperti waktu menunggu yang lama, kurangnya privasi, atau interaksi dengan penyedia yang kurang memuaskan, menambah besarnya kerugian finansial (Koblinsky, 1997).

Berdasarkan penelitian Ikhwan (2006), biaya yang dikeluarkan akseptor untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi di puskesmas mencakup biaya registrasi, alkon (alat kontrasepsi), jasa medis, obat, transportasi dan makan. Biaya alkon, jasa medis dan obat tidak dihitung secara terpisah karena biaya biaya retribusi pemasangan alkon yang dikenakan pada akseptor sudah termasuk didalamnya biaya alkon, jasa medis dan obat. Besarnya retribusi pemasangan alkon yang dikeluarkan akseptor sesuai dengan tarif retribusi yang berlaku yaitu Peraturan Daerah Kabupaten Sintang tanggal 31 Juli 2000, besarnya retribusi untuk pemasangan IUD Rp30.000,- sudah termasuk jasa sarana, jasa pelayanan, alkon dan obat. Biaya transportasi dihitung berdasarkan biaya yang dikeluarkan untuk menggunakan alat transportasi pulang pergi dari rumah ke puskesmas.

Namun pada penelitian BKKBN (2000) didapatkan fakta yang berbeda. Sebagian besar wanita usia PUS mengatakan tidak membayar pelayanan IUD, yaitu 53,8% pada wanita peserta IUD dan 65,1% pada wanita pernah pakai IUD.

2.15 Ketersediaan Alat

Pelayanan kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan KB belum sepenuhnya terintegrasi dengan pelayanan komponen yang lain dari kesehatan reproduksi. Di waktu yang akan datang, setelah integrasi ini dilaksanakan dengan baik, pemenuhan hak konsumen ini dapat menjadi ukuran bagi provider untuk meningkatkan pelayanan kontrasepsi pada khususnya, dan pelayanan kesehatan reproduksi pada umumnya.

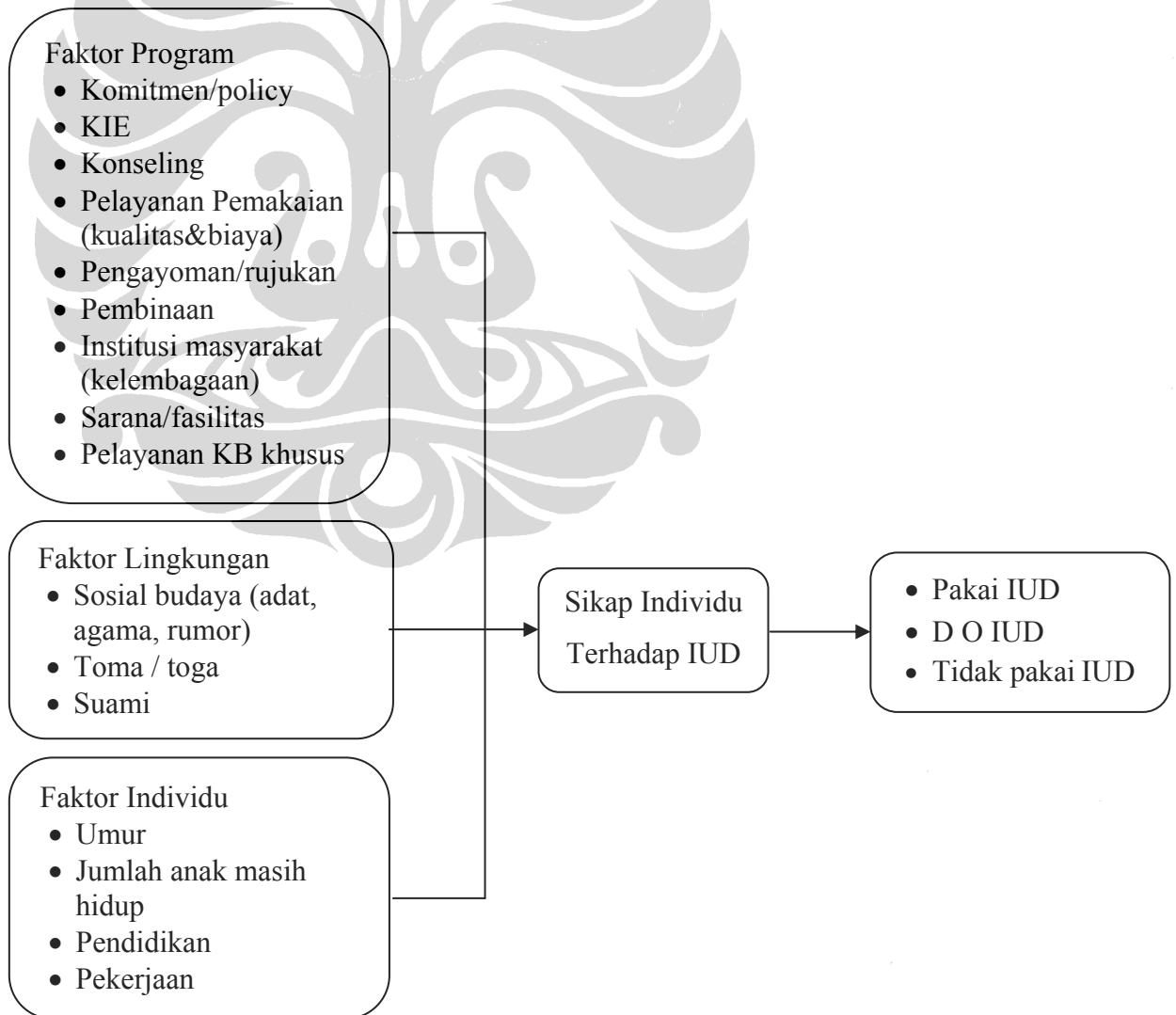
Ada 2 alasan utama wanita tidak memanfaatkan pelayanan kontrasepsi. Pertama, pelayanan yang tidak cukup tersedia sehingga ada sejumlah orang yang tidak mendapatkan kesempatan untuk menggunakan kontrasepsi modern. Kedua, pelayanan yang tidak sesuai dengan keinginan masyarakat (Royston, 1994).

BAB 3
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP,
DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Teori

Berdasarkan hasil penelitian di Provinsi Jawa Timur, Bali, Sumatera Barat dan Bengkulu yang dilakukan oleh Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan dan KB-BKKBN pada tahun 2000, maka kerangka teori yang dihasilkan ditunjukkan melalui bagan berikut:

Bagan 3.1 Kerangka Teori



Sumber: BKKBN (2000)

Menurut Lawrence W Green (1980) ada 3 faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang yaitu:

1. *Predisposing Factors* (faktor penentu)

Meliputi pengalaman, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi seseorang yang menjadi dasar motivasi individu atau kelompok untuk bertindak. Umur akseptor, jumlah anak hidup, pendidikan akseptor pengalaman seputar KB dan IUD dapat dimasukkan ke dalam faktor penentu seseorang menggunakan kontrasepsi IUD.

2. *Enabling Factors* (faktor pemungkin)

Meliputi keterampilan dan sumber daya yang diperlukan untuk menunjang perilaku kesehatan. Sumber daya tersebut meliputi tersedianya fasilitas kesehatan, petugas, terjangkau biaya serta tersedianya sarana dan prasarana. Tempat pelayanan, biaya pelayanan dan persepsi ketersediaan alat dapat dimasukkan ke dalam faktor pemungkin seseorang menggunakan kontrasepsi IUD.

3. *Reinforcing Factors* (faktor penguat)

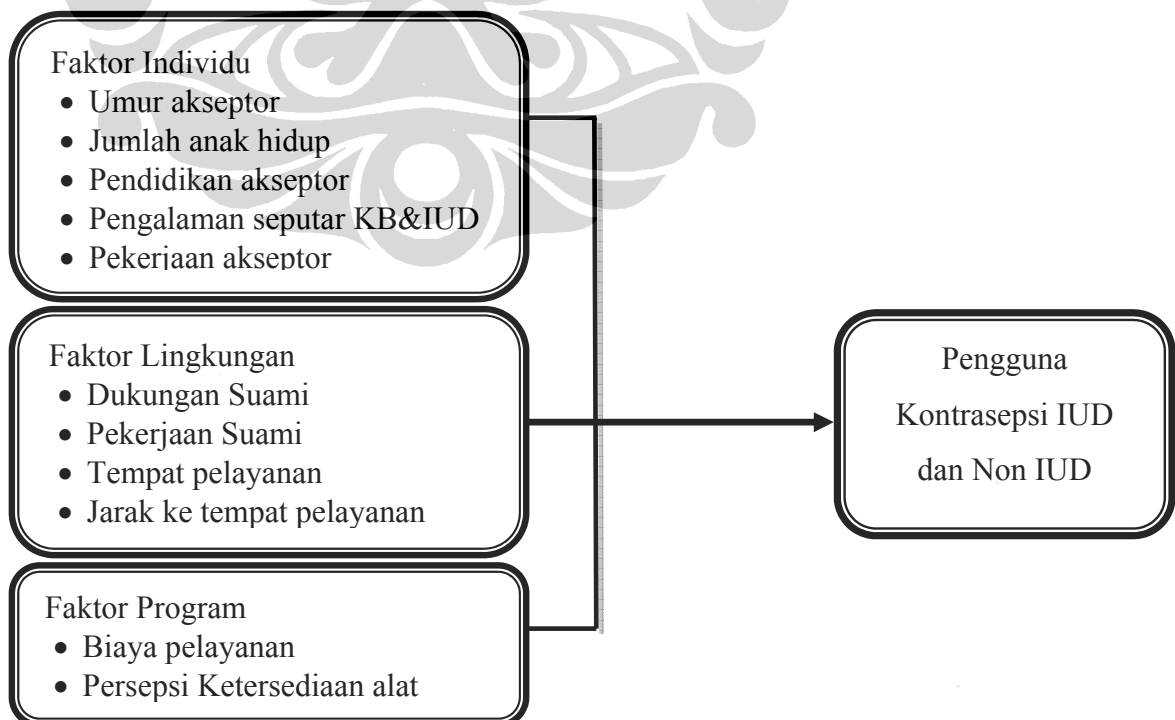
Meliputi sikap dan perilaku keluarga, kelompok teman sebaya (*peer group*), orang tua, petugas kesehatan tokoh masyarakat dan lain-lain yang mendukung atau menghambat terjadinya perilaku. Dukungan dan pekerjaan suami dapat dimasukkan ke dalam faktor penguat seseorang dalam menggunakan kontrasepsi IUD.

3.2 Kerangka Konsep

Konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal khusus. Oleh karena konsep merupakan abstraksi, maka konsep tidak langsung dapat diamati atau diukur. Konsep hanya dapat diamati atau diukur melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan nama variabel. Jadi variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep. Variabel adalah sesuatu yang bervariasi. Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2002).

Kerangka konsep yang dirancang merupakan gabungan dari penelitian BKKBN (2000) dengan teori Green yang disesuaikan dengan tujuan penelitian yaitu ingin diketahuinya perbandingan karakteristik akseptor, lingkungan dan program antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Variabel yang dipilih berdasarkan penelitian hasil penelitian sebelumnya yang mempunyai karakteristik hubungan dengan penggunaan kontrasepsi IUD.

Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



3.3 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen						
1.	Penggunaan Kontrasepsi IUD	Responden yang sedang menggunakan kontrasepsi IUD saat penelitian.	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: tertera di jenis kuisisioner Non-IUD: no. 10	1. Ya 2. Tidak	Ordinal
Variabel Independen						
Karakteristik Akseptor						
2.	Umur akseptor	Umur akseptor dihitung sejak tanggal, bulan, tahun lahir sampai dengan ulang tahun terakhir pada saat wawancara.	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 2 Non-IUD: no. 2	Umur responden dalam tahun dikategorikan 1. >35 tahun = tua 2. 20-35 tahun = sedang (BKKBN)	Ordinal
3.	Jumlah anak yang masih hidup	Jumlah anak kandung yang dimiliki akseptor pada saat penelitian yang masih dalam keadaan hidup. Dikategorikan: a. 1-2 orang b. Lebih dari 2	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 8 Non-IUD: no. 8	1. > 2 anak = banyak 2. ≤ 2 anak = sedikit (BKKBN, 1983)	Ordinal
4.	Pendidikan akseptor	Ijazah terakhir yang diperoleh akseptor. Dikategorikan: a. Tidak tamat SD b. Tamat SD/ sederajat c. Tamat SMP/ sederajat d. Tamat SMA/ sederajat	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 5 Non-IUD: no. 5	Pendidikan responden dikategorikan: 1. Tamat SLTA/ sederajat, Tamat PT = tinggi 2. Tidak tamat SD,	Ordinal

		e. Perguruan Tinggi			Tamat SD/ sederajat, Tamat SLTP/ sederajat = rendah	
5.	Tingkat Pengalaman seputar KB&IUD	Kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan mengenai pengalaman kontrasepsi IUD.	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 29-38 Non-IUD: no. 27-38	1. Cukup jika \geq rata-rata kelompok 2. Kurang, jika $<$ rata-rata kelompok (Notoatmodjo, 2003)	Ordinal
6.	Pekerjaan akseptor	Mata pencaharian akseptor di luar rumah. Dikategorikan: a. Ibu Rumah Tangga b. Tidak punya pekerjaan tetap c. Buruh/Tani d. Dagang/wiraswasta e. Karyawan Swasta f. PNS	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 6 Non-IUD: no. 6	Pekerjaan responden dikategorikan: 1. Tidak punya pekerjaan tetap, buruh/tani, dagang/wiraswasta, Karyawan Swasta, PNS = bekerja 2. Ibu rumah tangga = tidak bekerja	Ordinal
Lingkungan						
7.	Dukungan suami	Anjuran dan persetujuan dari suami akseptor untuk memakai IUD	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 12 Non-IUD: no. 13	1. Mendukung 2. Tidak mendukung	Ordinal
8.	Pekerjaan suami	Mata pencaharian suami sehari-hari. Dikategorikan: a. Tidak bekerja	Melakukan wawancara terhadap	Kuisisioner IUD: no. 9 Non-IUD: no. 9	Pekerjaan suami responden dikategorikan: 1. Karyawan Swasta,	Ordinal

		b. Tidak punya pekerjaan tetap c. Buruh/Tani d. Dagang/wiraswasta e. Karyawan Swasta f. PNS	akseptor		PNS = formal 2. Tidak punya pekerjaan tetap, buruh/tani, dagang/wiraswasta = non formal 3. Tidak Bekerja (BKKBN, 1999)	
9.	Tempat Pelayanan	Tempat saat akseptor melakukan pemasangan atau pencopotan IUD.	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 21 Non-IUD: no. 20	1. Rumah Sakit 2. Puskesmas 3. Bidan Swasta	Ordinal
10.	Jarak ke tempat pelayanan	Jarak dari rumah akseptor ke tempat pelayanan IUD.	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 25 Non-IUD: no. 23	1. ≥ 1 Km = jauh 2. <1 Km = dekat	Ordinal
Program						
11.	Biaya Pelayanan	Biaya yang dikeluarkan untuk menggunakan pelayanan kontrasepsi IUD yang terdiri atas biaya alat kontrasepsi, registrasi, jasa medis dan obat.	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 27-28 Non-IUD: no. 25-26	1. \geq Rp50.000,. = tinggi 2. $<$ Rp50.000,. = rendah	Ordinal
12.	Persepsi ketersediaan alat	Persepsi akseptor tentang kecukupan jumlah alat kontrasepsi IUD.	Melakukan wawancara terhadap akseptor	Kuisisioner IUD: no. 23 Non-IUD: no. 22	1. Banyak 2. Cukup 3. Kurang 4. Tidak tahu	Ordinal

3.4 Hipotesis

1. Ada perbedaan antara umur akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.
2. Ada perbedaan antara jumlah anak hidup akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.
3. Ada perbedaan antara pendidikan akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.
4. Ada perbedaan antara pengalaman akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009?
5. Ada perbedaan antara pekerjaan akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.
6. Ada perbedaan antara dukungan suami akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.
7. Ada perbedaan antara pekerjaan suami akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.
8. Ada perbedaan antara tempat pelayanan akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.
9. Ada perbedaan antara jarak ke tempat pelayanan akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.

10. Ada perbedaan antara biaya pelayanan akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.
11. Ada perbedaan antara persepsi ketersediaan alat akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD di wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati, Bekasi Tahun 2009.

