

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga Berencana dan Pelayanan Kontrasepsi

1. Pengertian keluarga berencana dan pelayanan kontrasepsi

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Pengaturan kehamilan dilakukan dengan menggunakan cara, alat, dan obat kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi adalah pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan – tindakan lain yang berkaitan kontrasepsi kepada calon dan peserta Keluarga Berencana yang dilakukan dalam fasilitas pelayanan KB. Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggung jawabkan dari segi agama, norma budaya, etika, serta segi kesehatan (Kemenkes RI, 2014).

Pelayanan KB yang berkualitas dan merata memiliki kedudukan yang strategis, yaitu sebagai bagian dari upaya komprehensif yang terdiri dari upaya kesehatan promotif dan preventif perorangan. Implementasi pendekatan *life cycle/siklus hidup* dan prinsip *continuum of care* merupakan salah satu bagian dari pelayanan KB dalam upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak (KIA). Jenis dan sasaran yang dituju dari pelayanan KB diberikan sesuai dengan kebutuhan melalui konseling dan pelayanan dengan tujuan merencanakan dan menjarangkan atau membatasi kehamilan, yaitu bagi remaja, ibu hamil, ibu nifas, wanita usia subur (WUS) yang tidak sedang hamil. Suami dan istri memiliki kedudukan, hak, dan kewajiban yang sama dalam melaksanakan KB (Kemenkes RI, 2013).

Wanita usia subur (WUS) adalah wanita yang berusia antara 15 sampai 49 yang belum menikah, menikah dan sudah pernah menikah/janda dan wanita pada usia ini memiliki potensi untuk mempunyai keturunan (BKKBN, 2012). Pemilihan kontrasepsi pada WUS dibagi menjadi 3 fase. Fase menunda kehamilan yaitu pada usia kurang dari 20 tahun. Fase menjarangkan kehamilan yaitu pada usia antara 20 sampai 35 tahun. Fase tidak hamil lagi yaitu pada WUS dengan usia lebih dari 35 tahun (BKKBN, 2012). Kategori yang memenuhi syarat untuk akseptor kontrasepsi menurut *medical eligibility criteria for contraceptive use* (MEC) (2015) :

- a. Suatu kondisi yang mana tidak ada larangan untuk penggunaan metode kontrasepsi. Artinya metode tersebut dapat digunakan pada setiap keadaan.
- b. Suatu kondisi dimana keuntungan dari penggunaan metode ini secara umum lebih besar daripada teori atau risiko yang telah terbukti. Artinya secara umum metode tersebut dapat digunakan.
- c. Suatu kondisi dimana teori atau risiko yang telah terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode tersebut. Artinya penggunaan metode tersebut biasanya tidak direkomendasikan kecuali tidak ada metode lain yang tersedia atau dapat diterima klien.
- d. Suatu kondisi yang menunjukkan resiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi ini digunakan. Artinya, metode tersebut tidak dapat digunakan.

2. Jenis – jenis kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi diberikan dengan menggunakan metode kontrasepsi baik hormonal maupun non hormonal. Menurut jangka waktu pemakaiannya

kontrasepsi dibagi menjadi Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non-MKJP) (Kemenkes RI, 2014). Jenis – jenis kontrasepsi menurut Affandi dan Albar (2011):

a. Kontrasepsi non-hormonal, terdiri dari:

- 1) Kontrasepsi tanpa menggunakan alat/obat yaitu senggama terputus dan pantang berkala.
- 2) Kontrasepsi sederhana untuk laki – laki adalah kondom.
- 3) Kontrasepsi sederhana untuk perempuan yaitu pessarium dan kontrasepsi dengan obat – obat spermitisida

b. Kontrasepsi hormonal, terdiri dari:

- 1) Metode hormonal kombinasi (estrogen dan progesteron) yaitu pil kombinasi dan suntik kombinasi (cyclofem)
- 2) Metode hormonal progesteron saja yaitu pil progestin (minipil), implan, suntikan progestin (Depo Medroksiprogesterone Asetat/DMPA).

c. Kontrasepsi mantap terdiri dari tubektomi dan vasektomi.

3. Suntik progestin

a. Jenis suntik progestin

Metode kontrasepsi suntik merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan (Kemenkes RI, 2016). Salah satu metode suntik yang menjadi pilihan adalah metode suntik DMPA. Metode kontrasepsi progestin dengan menggunakan progestin, yaitu bahan tiruan dari progesteron tersedia dalam 2 jenis kemasan, yakni:

- 1) Depo medroksiprogesteron asetat mengandung 150 mg DMPA, diberikan setiap 3 bulan dengan suntikan intramuskular di bokong;

2) Depo noretisteron enantat mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular (Kemenkes RI, 2014)

b. Waktu memulai untuk suntik progestin yaitu:

1) Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid

2) Pada ibu yang tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat asal dipastikan ibu tidak hamil, namun selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual

3) Pada ibu menyusui: setelah 6 minggu pasca persalinan, sementara pada ibu tidak menyusui dapat menggunakan segera setelah persalinan (Kemenkes RI, 2014).

c. Cara kerja suntik progestin yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin, 2011).

d. Mekanisme kerja hormon progesteron

Sistem neuroendokrin untuk fungsi reproduksi memiliki sistem bertingkat yaitu *central nervous system* (CNS) yang lebih tinggi dipengaruhi oleh stimuli internal dan eksternal. Sistem ini berefek positif atau negatif terhadap sekresi *gonadotropin-releasing hormone* (GnRH) dari hipotalamus menuju ke sirkulasi portal hipofisis. Sekresi hormon ini akan menstimulasi kelenjar hipofisis anterior untuk menyekresi *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH) (Anwar, 2011).

Pengaruh hormon FSH dan LH yaitu pada tingkat ovarium untuk memacu perkembangan folikular dan ovulasi pada perempuan. Progesteron terutama

diproduksi di ovarium oleh sel luteal dan oleh sel granulosa dalam jumlah sedikit pada saat sebelum terjadinya lonjakan LH. Hormon ini penting untuk menginduksi perubahan sekretoris pada endometrium dan memelihara kehamilan (Anwar, 2011). Bila progesteron terlalu lama memengaruhi endometrium akan terjadi degenerasi endometrium sehingga tidak cocok menerima nidasi. Pada serviks, pengaruh progesteron mengurangi getah serviks, molekul besar menjadi tebal, sehingga porsio dan serviks menjadi sangat sempit dan getah serviks menjadi ketat (Saifuddin, 2011).

Rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Hal ini terjadi karena kadar *Folikel Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing hormone* (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Kondisi hipoestrogenik yang juga terjadi merupakan faktor signifikan menyebabkan dispareunia (Walker dan Shawky, 2013). Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar – kelenjar yang tidak aktif. Pemakaian jangka lama DMPA menyebabkan endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA berakhir (Veisi dan Zangeneh, 2013).

e. Keuntungan

Keuntungan dari suntik progestin diantaranya adalah sangat efektif, tidak menekan produksi ASI, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause. Suntik progestin memiliki efektivitas yang tinggi, dengan

kehamilan 0,3 kehamilan per 100 perempuan/tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur dan sesuai jadwal yang telah ditentukan (BKKBN, 2012).

f. Keterbatasan dan efek samping

Keterbatasan pada metode ini adalah klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, lambat kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan. Efek samping DMPA yaitu berat badan meningkat, nyeri tulang, vagina kering, penurunan mood, spotting, amenore (BKKBN, 2012).

g. Peringatan pemakaian

Peringatan lain yang perlu diperhatikan yaitu:

- 1) Setiap terlambat haid harus dipikirkan adanya kemungkinan kehamilan.
- 2) Nyeri abdomen bawah yang berat kemungkinan gejala kehamilan ektopik terganggu.
- 3) Timbulnya abses atau perdarahan tempat injeksi.
- 4) Sakit kepala migrain, sakit kepala berulang yang berat, atau kaburnya penglihatan.
- 5) Perdarahan berat yang 2 kali lebih panjang dari masa haid atau 2 kali lebih banyak dalam satu periode masa haid.

B. Gangguan Fungsi Seksual Wanita

1. Pengertian gangguan fungsi seksual

a. Definisi gangguan fungsi seksual

Gangguan fungsi seksual disebut sebagai disfungsi seksual merujuk pada masalah yang terjadi selama siklus respons seksual yang menghambat seseorang untuk merasakan kepuasan dari aktivitas seksualnya (Chen *et al*, 2013). Istilah disfungsi seksual menunjukkan adanya gangguan pada salah satu atau lebih aspek fungsi seksual (Pangkahila, 2007). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V* menjabarkan disfungsi seksual sebagai gangguan hasrat seksual atau di dalam siklus tanggapan seksual yang menyebabkan tekanan dan kesulitan hubungan antar manusia.

b. Siklus respon seksual (Master dan Johnson, 1966 dalam Rahmawati, 2011):

1) Fase bangkitnya gairah (*Excitement*)

Fase ini merupakan fase pertama dari siklus respon seksual yang ditandai dengan bangkitnya gairah untuk melakukan aktivitas seksual (peningkatan libido) dan fantasi seksual. Perubahan yang terjadi pada fase ini ditandai dengan perubahan fisiologi seksual, yakni adanya lubrikasi pada vagina selama 10-30 detik, genetalia eksterna membesar, 1/3 bagian bawah vagina menyempit, 2/3 bagian atas vagina memanjang dan vagina membesar. Ukuran klitoris meningkat dan menjadi sensitif. Respon sistemik pada fase ini yaitu peningkatan denyut jantung, respirasi dan tekanan darah.

2) Fase Plateau

Fase kedua terjadi ketika seseorang mencapai gairah tingkat tinggi untuk waktu sementara waktu. Skala 1 sampai 10 dengan skala 10 untuk orgasme, maka fase plateau akan berada pada skala 8. Perempuan mengalami pembengkakan pada areola payudara dan bagian dalam vagina. Otot – otot yang mendukung terjadinya

kontraksi rahim yang menyebabkan rahim terangkat dan hal ini akan membuka area belakang vagina.

3) Fase orgasme

Orgasme adalah keadaan ketika tubuh penuh dengan respon sistemik yang mencakup perubahan dalam aliran darah, ketegangan otot, dan otak. Fase ini disebut puncak tertinggi dari kenikmatan seksual, ditandai dengan vasokongesti dan diikuti dengan pelepasan involunteri dan tegangan seksual serta kontraksi ritmik otot – otot perineal, uterus, 1/3 vagina bawah, disertai peningkatan denyut jantung, respirasi dan tekanan darah.

4) Fase resolusi

Pada fase ini perempuan mengalami relaksasi seluruh tubuh dan perasaan nyaman. Tanda yang terjadi yaitu kembalinya fungsi tubuh ke keadaan *pre excitement*, aliran darah dari genital kembali ke sirkulasi umum.

2. Etiologi disfungsi seksual

Etiologi disfungsi seksual pada wanita bersifat multifaktoral yaitu faktor biologis, psikoseksual, dan kontekstual. Faktor biologis umumnya meliputi masalah – masalah organik, kondisi neurologis, penyakit metabolik, dan gangguan afektif. Faktor psikoseksual meliputi faktor emosional, afektif, dan psikologis. Faktor kontekstual meliputi hal – hal yang bersifat kekinian seperti masalah kesehatan dan fungsi seksual pasangan (Graziottin, Serafini, dan Palacios, 2009).

Berbagai faktor dapat mempengaruhi terjadinya gangguan pada fungsi seksual wanita. Hal tersebut dikarenakan fungsi seksual wanita sebagai suatu interaksi kompleks dari faktor neurovascular dan endokrin (Fourcroy, 2003). Patofisiologi dari keinginan/gairah seksual yang rendah merupakan hal yang

kompleks dan seharusnya dipertimbangkan dalam konteks pendekatan biopsikososial (Kingsberg dan Woodard, 2015).

Faktor biologis bisa berkontribusi secara langsung maupun tidak langsung, yang terdiri dari kondisi medis termasuk perawatan yang diterima (hipertensi dan diabetes mellitus), umur atau penuaan serta perubahan sistem neuroendokrin (perubahan tidak langsung dari penurunan estrogen) (Kingsberg dan Woodard, 2015).

Faktor psikologis yang berperan dalam penurunan hasrat seksual yaitu kondisi psikiatris seperti depresi dan kecemasan. Faktor sosial yang berpengaruh terhadap hasrat seksual juga seharusnya dipertimbangkan. Kebudayaan, sosial, nilai agama dan moral bisa berpengaruh secara negatif pada hasrat seksual terutama perempuan yang dibesarkan pada budaya dan agama yang bersifat membatasi (Kingsberg dan Woodard, 2015).

Faktor hubungan dengan pasangan juga mempengaruhi penurunan hasrat seksual seperti konflik, atau disfungsi seksual pada pasangan, tekanan finansial, karir, serta tanggung jawab keluarga (Kingsberg dan Woodard, 2015). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara disfungsi seksual pada wanita dengan variabel umur, tingkat pendidikan, hubungan pertalian darah dan penggunaan obat – obatan (Jafarzadeh Esfehni *et al*, 2016).

3. Macam – macam disfungsi seksual

Klasifikasi disfungsi seksual menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V* (2013) dari *American Psychiatric Association*, yakni :

a. *Female sexual interest/arousal disorder* (gangguan ketertarikan seksual/gairah seksual wanita)

Gangguan ketertarikan seksual merupakan kondisi yang didefinisikan sebagai tidak adanya fantasi seksual dan hasrat untuk melakukan aktivitas seksual. Gangguan ini ditandai dengan keengganan dan menghindari semua atau hampir semua yang berkaitan dengan kontak seksual bersama pasangan. Gangguan gairah seksual didefinisikan terjadi terus menerus atau berulang dan sebagian atau kegagalan untuk mencapai atau mempertahankan lubrikasi sampai fase akhir (APA, 2013). Pada dasarnya gangguan ini disebabkan oleh faktor fisik dan psikis, antara lain adalah kejemuhan, perasaan bersalah, stress yang berkepanjangan, dan pengalaman seksual yang tidak menyenangkan (Pangkahila, 2007).

b. *Female orgasmic disorder* (gangguan orgasme pada wanita)

Gangguan ini berupa berulangnya keterlambatan dalam orgasme atau tidak adanya orgasme. Gangguan ini merupakan keluhan seksual yang umum terjadi pada perempuan (APA, 2013). Terhambatnya atau tidak tercapainya orgasme yang bersifat persisten atau berulang setelah memasuki rangsangan (*excitement phase*) selama melakukan aktivitas seksual. Hambatan ini disebabkan oleh penyebab fisik dan psikis. Penyebab fisik yaitu penyakit sistem saraf pusat seperti *multiple sclerosis*, *parkinson* dan *lumbar sympathectomy*, sedangkan penyebab psikis adalah kecemasan (Pangkahila, 2007).

c. *Genito-pelvic pain/penetration disorder* (gangguan nyeri)

Gangguan ini meliputi vaginismus yaitu kondisi spasme pada otot vagina, berulang atau terus menerus yang mengganggu penetrasi pada vagina. Dispareunia

adalah istilah umum untuk sakit/nyeri saat berhubungan seksual karena gangguan keluarnya cairan lubrikasi dan ketika hal ini terjadi terus menerus atau berulang, diklasifikasikan sebagai suatu gangguan (APA, 2013). Salah satu penyebab dyspareunia ini adalah infeksi pada kelamin (Pangkahila, 2007).

4. Kategori disfungsi seksual

Kategori disfungsi seksual dapat diukur berdasarkan kuesioner *Female Sexual Function Index* (FSFI) oleh Rosen *et al* (2000) untuk mengukur perubahan fungsi seksual terhadap aktivitas seksual pada wanita dalam 4 minggu terakhir. Kuesioner ini telah disusun berdasarkan kondisi dan situasi setempat sehingga kategori gangguan fungsi seksual disesuaikan atas klasifikasi *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V* (2013) dari *American Psychiatric Association*. yang terdiri dari gangguan ketertarikan seksual/gairah seksual wanita; gangguan orgasme pada wanita; dan gangguan nyeri. Gangguan ketertarikan seksual/gairah seksual terdiri atas domain hasrat seksual/*desire* dan gairah seksual/*arousal*. Gangguan orgasme pada wanita terdiri dari domain orgasme/*orgasm* dan kepuasan seksual/*satisfaction*. Gangguan nyeri terdiri dari domain nyeri/*pain* dan lubrikasi/*lubrication*.

Pengelompokkan kategori gangguan fungsi seksual dilakukan berdasarkan perhitungan jawaban responden. Setiap jawaban dari masing – masing pertanyaan dikalikan sesuai domain lalu dijumlahkan pada tiap domain, setelah itu dihitung secara keseluruhan.

C. Penelitian tentang Hubungan Suntik DMPA dengan Gangguan Fungsi Seksual Wanita

Penelitian yang telah dilakukan sebelumnya tentang hubungan pemakaian DMPA dengan gangguan fungsi seksual wanita diperoleh hasil yang masih beragam. Kontrasepsi bisa mempengaruhi fungsi seksual, terutama kontrasepsi hormonal yang secara langsung dapat mempengaruhi faktor – faktor seperti libido dan orgasme. Metode kontrasepsi hanya progesteron bekerja dengan menekan fungsi ovarium dan menurunkan produksi estradiol endogen yang mempengaruhi fungsi seksual dengan berkontribusi pada kekeringan vagina terutama pada wanita perimenopause (Higgins dan Davis, 2014).

Hasil penelitian Hartantik (2017) didapatkan bahwa ada hubungan antara lama pemakaian kontrasepsi DMPA dengan kejadian disfungsi seksual. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa pada penggunaan jangka panjang DMPA terjadi perubahan atrofi pada endometrium dan mukosa vagina. Atrofi mukosa vagina dan vagina kering bisa menyebabkan nyeri seksual/dyspareunia (Saptatangkul, *et al.*, 2016). Pengaruh DMPA dalam jangka panjang terutama pada pemakaian lebih dari 3 tahun berhubungan dengan gangguan fungsi seksual. Penurunan atau masalah fungsi seksual pada akseptor KB hormonal meningkat seiring dengan durasi penggunaan kontrasepsi hormonal. Penurunan fungsi seksual setelah 6 bulan pertama pemakaian sebesar 53,60%, satu tahun 70,80%, 2 tahun 73,90%, dan lebih dari 3 tahun sebesar 77,80% (Hasan, *et.al.*, 2014).

Kontrasepsi suntik DMPA lebih berpengaruh terhadap kejadian disfungsi seksual pada akseptor dibandingkan dengan penggunaan kontrasepsi lainnya. Pada penelitian didapatkan bahwa umur akseptor merupakan faktor yang paling mempengaruhi kejadian disfungsi seksual. Hal ini menunjukkan bahwa faktor

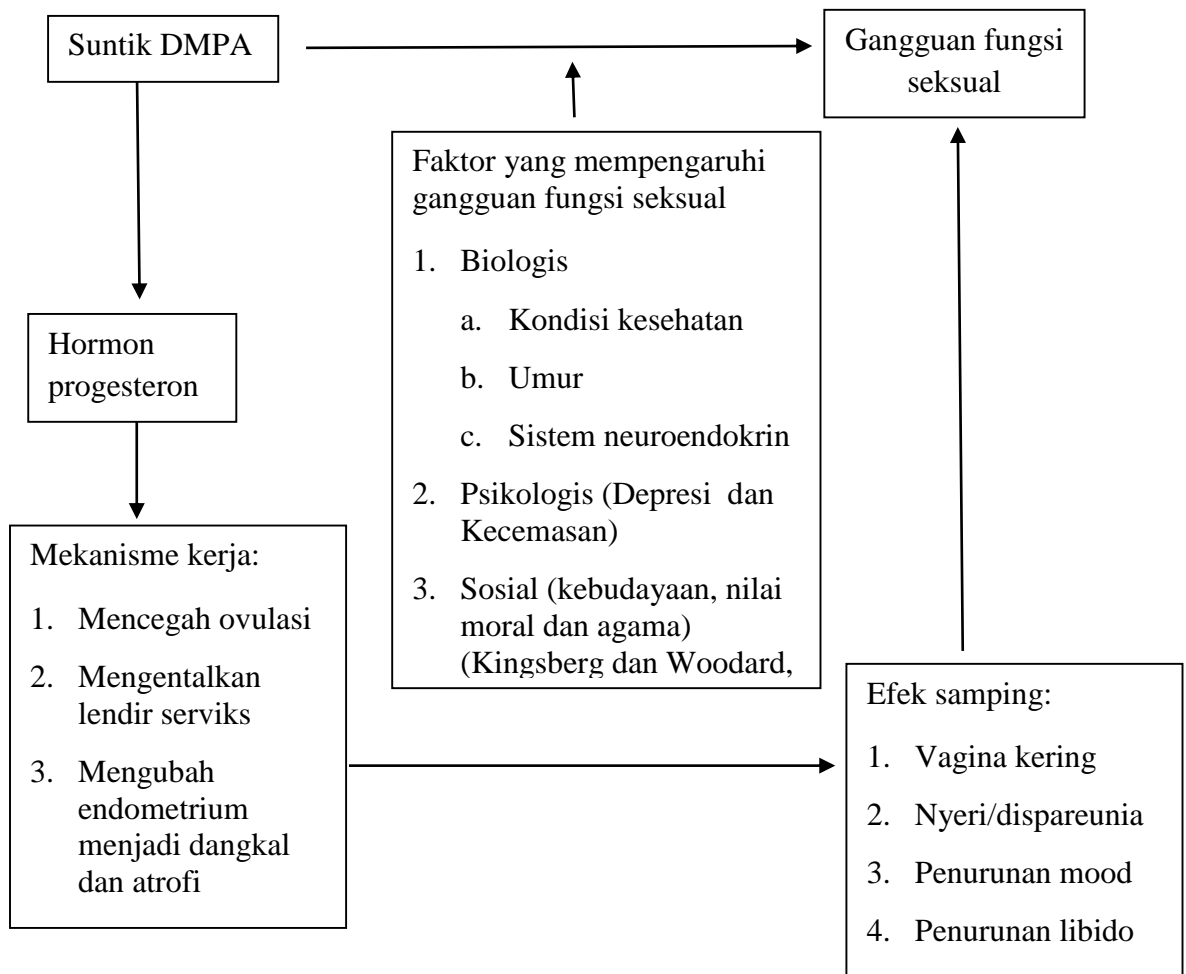
penggunaan kontrasepsi suntik DMPA sebagai faktor independen tidak dapat berdiri sendiri dalam mempengaruhi kejadian disfungsi seksual. Apabila terjadi interaksi secara bersama–sama maka dapat meningkatkan risiko disfungsi seksual pada akseptor KB (Ningsi, dkk., 2012).

Berdasarkan hasil penelitian yang dipaparkan sebelumnya diketahui bahwa ada hubungan antara lama pemakaian DMPA dengan kejadian disfungsi seksual. Namun pada beberapa penelitian lain hubungan suntik DMPA dengan kejadian disfungsi seksual belum didapatkan secara pasti. Ott, *et al* (2011) berdasarkan penelitiannya tidak menemukan hubungan antara penggunaan kontrasepsi hormonal dan gairah/keinginan seksual. Kemungkinan yang terjadi adalah efek hormon lebih sedikit mempengaruhi keinginan seksual dibandingkan faktor perilaku seperti kualitas hubungan dengan pasangan. Penelitian serupa didapatkan bahwa hubungan suntik DMPA dengan berkurangnya gairah/hasrat seksual jika dibandingkan dengan IUD cooper belum dapat dipastikan. Berkurangnya keinginan/minat seksual pada akseptor implan dan DMPA kemungkinan berhubungan dengan komposisi hormon pada metode ini (Boozalis, *et al.*, 2017). Walaupun kebanyakan perempuan kemungkinan tidak akan terpengaruh terhadap efek samping kontrasepsi, namun kemungkinan konsekuensi pada masalah seksual semestinya dipertimbangkan dengan pasien selama diskusi pilihan kontrasepsi (Kingsberg dan Woodard, 2015).

D. Kerangka Teori

Suntik DMPA yang mengandung hanya hormon progesteron berhubungan dengan gangguan fungsi seksual terutama pada pemakaian jangka panjang.

Mekanisme kerja dari suntik DMPA sebagai alat kontrasepsi yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks dan mengubah endometrium menjadi dangkal dan atrofi sehingga tidak layak sebagai tempat implantasi. Mekanisme tersebut pada beberapa wanita dirasakan sebagai keluhan yang berhubungan dengan efek samping KB berupa vagina kering, nyeri saat berhubungan, penurunan mood dan penurunan libido. Masalah yang dirasakan ini merupakan gangguan kesehatan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup terkait dengan hubungan suami istri. Gangguan yang terjadi pada salah satu atau keseluruhan selama siklus respon seksual ini disebut disfungsi seksual. Hasil penelitian sebelumnya terhadap hubungan lama suntik DMPA dengan disfungsi seksual masih beragam. Faktor – faktor lain yang berpengaruh pada disfungsi seksual yaitu faktor biologis (kondisi kesehatan, umur, system neuroendokrin), faktor psikologis (depresi dan kecemasan) serta faktor sosial (kebudayaan, nilai moral dan agama).



Gambar 1. Kerangka Teori
Hubungan antara lama suntik depo medroksiprogesteron asetat dengan gangguan fungsi seksual pada wanita usia subur.