

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga Berencana

Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang perkembangan penduduk dan keluarga berencana menerangkan bahwa, 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. Program KB memiliki tujuan untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas. Kebijakan KB dilaksanakan untuk membantu pasangan suami istri dalam mengambil keputusan dan mewujudkan hak reproduksi secara bertanggung jawab tentang:

1. usia ideal perkawinan;
2. usia ideal untuk melahirkan;
3. jumlah ideal anak;
4. jarak ideal kelahiran anak; dan
5. penyuluhan kesehatan reproduksi.

Handayani (2010) dalam Prijatni dan Rahayu (2016) mengemukakan bahwa sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas keluarga sejahtera.

B. Kontrasepsi

Upaya mewujudkan hak reproduksi sesuai amanat UU Nomor 52 Tahun 2009 tentang perkembangan penduduk dan keluarga berencana, khususnya mengenai usia ideal melahirkan, jumlah anak, dan jarak ideal kelahiran dilakukan dengan cara menggunakan alat kontrasepsi (Kemenkes, 2014).

1. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi memiliki arti menghindari/mencegah terjadinya pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma, sehingga tidak terjadinya kehamilan (BKKBN, 2015). Kontrasepsi adalah pencegahan kehamilan yang disadari pemakainya.

Berbagai faktor harus dipertimbangkan dalam memilih metode kontrasepsi, termasuk status kesehatan, efek samping potensial, konsekuensi kegagalan atau kehamilan yang tidak diinginkan, besar keluarga yang direncanakan, persetujuan pasangan, bahkan norma budaya lingkungan dan orang tua. Menurut Saifudin, dkk (2003) dalam Affandi, dkk (2014) tidak ada satupun metode kontrasepsi yang aman dan efektif bagi semua klien, karena masing-masing mempunyai kesesuaian dan kecocokan individual bagi setiap klien. Secara umum persyaratan kontrasepsi ideal adalah sebagai berikut:

- a. Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat bila digunakan.
- b. Berdaya guna, dalam arti bila digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah terjadinya kehamilan.

- c. Dapat diterima, bahkan tak hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat.
- d. Terjangkau harganya oleh masyarakat.
- e. Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali kesuburannya, kecuali untuk kontrasepsi mantap.

2. Jenis Kontrasepsi

Berdasarkan Peraturan Kepala BKKBN Nomor 24 Tahun 2017 tentang pelayanan keluarga berencana pasca persalinan dan pasca keguguran, jenis kontrasepsi dibagi menjadi dua kategori yaitu, berdasarkan jangka waktu pemakaian atau efektivitas dan berdasarkan komposisinya.

a. Jenis Kontrasepsi Berdasarkan Jangka Waktu Pemakaian

1) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

Metode kontrasepsi yang tergolong kontrasepsi jangka panjang adalah IUD, Implan, Medis Operasi Wanita (MOW), dan Medis Operasi Pria (MOP).

2) Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP)

Metode kontrasepsi yang tergolong kontrasepsi jangka pendek adalah pil, suntik, kondom, dan metode kontrasepsi lain yang tidak disebutkan dalam MKJP.

b. Jenis kontrasepsi berdasarkan komposisi

1) Metode kontrasepsi hormonal

Metode kontrasepsi yang termasuk ke dalam jenis hormonal adalah pil, implant, dan suntikan.

2) Metode kontrasepsi non hormonal

Metode kontrasepsi yang termasuk ke dalam jenis non hormonal adalah kondom, IUD, MOW, dan MOP.

C. Medis Operasi Wanita (MOW)

1. Pengertian

Kontrasepsi MOW adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Kemenkes, 2014). Perlu prosedur bedah untuk melakukan MOW sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2014).

Medis Operasi Wanita (MOW) dapat dilaksanakan segera setelah melahirkan, setelah abortus, dalam masa interval, bersamaan dengan operasi *caesar* (*section cesarea*) atau pada saat operasi besar lain yang membuka perut (Siswosudarmo, dkk, 2007).

2. Pendekatan Operasi

Pada prinsipnya, sterilisasi wanita dilakukan dengan membuat buntu (okulasi) tuba uterina. Pendekatannya dapat dilakukan dengan operasi baik operasi kecil (minilaparotomi) ataupun bersamaan dengan operasi *caesar* (*section cesarea*). Oklusi tuba dapat pula dilakukan secara laparoskopik (Siswosudarmo, dkk, 2007).

a. Minilaparotomi

Secara harfiah, minilaparotomi adalah operasi membuka rongga perut melalui irisan kecil yang tidak lebih dari 5 cm, tetapi secara teknis, istilah ini dipakai untuk operasi sterilisasi wanita dengan membuat irisan kecil melalui dinding perut. Minilaparotomi dapat dilakukan dalam masa interval dengan irisan *suprapubic*, baik vertikal maupun horizontal, tergantung keterampilan operator. Dari segi kosmetik, irisan horizontal lebih baik, tetapi risiko melukai kandung kencing lebih besar. Minilaparotomi akan mengalami kesulitan bila dikerjakan pada orang gemuk (berat badan > 75 kg) atau wanita yang pernah mengalami peradangan panggul yang hebat, pasca *section cesarea* atau operasi besar lain yang membuka dinding perut.

Minilaparotomi merupakan sebuah cara yang lebih tepat dibandingkan laparoscopi karena tekniknya yang sederhana, sehingga lebih mudah untuk melatih petugas. Minilaparostomi tidak membutuhkan peralatan canggih seperti laparoscopi, sehingga ia dapat dikerjakan di puskesmas yang mempunyai fasilitas kamar operasi, dan biaya pemeliharaan alat pun lebih murah.

b. Laparoscopi

Laparoscopi adalah melihat isi rongga perut dengan menggunakan lensa, sejenis teleskop. Laparoscopi bisa bersifat *diagnostic*, hanya sekedar melihat, tetapi bisa juga untuk sebuah tindakan. Yang kedua inilah yang dipakai dalam operasi sterilisasi wanita, yakni menutup tuba dengan bantuan laparoscopi.

Bagi yang sudah terlatih apalagi berpengalaman, keuntungan cara ini adalah ia dirasakan lebih mudah, lebih cepat, dan lebih aman. Laparoskopi bukan merupakan operasi terbuka, sehingga risiko infeksi lebih rendah asal semua syarat aseptis diperhatikan. Operasi ini juga dirasa kurang menakutkan untuk klien dan lebih cocok untuk klien ambulans (*out patient basis*).

Kerugiannya adalah bila terjadi perlukaan alat dalam (trauma pada usus), atau terjadi perdarahan, kadang-kadang memerlukan operasi terbuka. Laparoskopi tidak boleh dikerjakan pada wanita yang pernah mengalami operasi besar membuka perut (laparotomi) karena adanya perlengketan pada organ dalam menyebabkan usus mudah terluka terutama pada saat memasukan trocar. Demikian juga wanita yang menunjukkan riwayat PRP berat, merupakan kontraindikasi sterilisasi laparoskopik, karena identifikasi tuba sangat sulit dilakukan.

Laparoskopi membutuhkan alat yang canggih, mahal, dan pemeliharaannya lebih sulit. Melatih tenaga yang terampil menggunakan laparoskop juga relatif lebih sulit dibandingkan tenaga untuk minilaparotomi sehingga sampai sekarang laparoskopi hanya boleh dikerjakan oleh dokter yang sudah terlatih dan biasanya adalah ahli obstetrik dan ginekologi.

Pada dasarnya ada dua cara untuk menutup tuba secara laparoskopik, yaitu secara elektrik dan mekanis. Secara elektrik, satu segmen tuba sepanjang 3-4 cm di daerah isthmus, dijepit dengan penjepit yang beraliran listrik. Dengan cara ini segmen tuba yang terjepit akan mengalami koagulasi (*electrocoagulation*). Aliran listrik

bipolar lebih aman dibandingkan unipolar karena kemungkinan membakar organ lain lebih kecil. Koagulasi juga dapat dilakukan dengan menggunakan panas (*thermocoagulation*). Pada cara ini, ujung penjepit (*forceps*) dibuat panas dengan aliran listrik lemah yang berasal dari lilitan kawat halus yang berada di dalam lengan penjepit sehingga tidak ada arus yang menyentuh tubuh, tetapi tuba dibakar dengan panas yang dihasilkan oleh aliran listrik tersebut.

Secara mekanis tuba dibantu dengan memasang sebuah klip atau cincin yang terbuat dari karet silikon. Pemasangan cincin dan klip pada umumnya dilakukan secara laparoskopik tetapi juga dapat dilakukan pada saat minilaparotomi, kolopotomi ataupun kuldoskopi. Klip yang terkenal adalah klip Filshe (Inggris) dan Hulka Clemens (USA). Kedua klip ini tidak banyak dipakai di Indonesia, tetapi cincin tuba (*tubal ring*) atau cincin Falop (*Falope ring*) sangat banyak digunakan. Pemasangannya menggunakan laparoskop tusukan tunggal (*single puncture laparoscope*) yang disebut laparokator. Laparokator semacam ini dapat memuat dua cincin sehingga sekali masuk kedua tuba dapat dibantu secara bergantian. Dengan demikian waktu operasi lebih cepat dan risiko infeksi lebih kecil. Cara ini sangat cocok untuk *out patient service* karena selain dapat menjangkau banyak klien dalam waktu relatif singkat, juga tidak membutuhkan waktu pulih yang lama karena klien cukup diberi *sedative* dan analgesia ringan.

3. Fakta terkait MOW

Ada beberapa fakta mengenai MOW yang sering kali PUS tidak mengetahuinya dan mengakibatkan salah persepsi. Fakta terkait MOW yang harus diketahui adalah sebagai berikut (Affandi, 2014):

- a. MOW tidak menyebabkan pengguna menjadi lemah.
- b. Tidak menimbulkan nyeri pinggang, uterus, atau abdomen yang berkepanjangan.
- c. Bukan prosedur pengangkatan uterus (*histerektomi*).
- d. Tidak menyebabkan gangguan keseimbangan hormon.
- e. Tidak menyebabkan perubahan pola haid.
- f. Tidak menambah nafsu makan dan berat badan.
- g. Tidak menurunkan libido.
- h. Mengurangi risiko kehamilan ektopik.

4. Wanita yang Dapat Menjalani MOW (Affandi, 2014)

- a. Wanita dengan usia > 26 tahun.
- b. Paritas > 2.
- c. Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- d. Wanita yang pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan serius.
- e. Pasca persalinan.
- f. Pasca keguguran.
- g. Pahami dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

5. Manfaat MOW (Affandi, 2014)

a. Kontrasepsi

- 1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- 2) Tidak mempengaruhi proses menyusui.
- 3) Tidak bergantung pada faktor senggama.
- 4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius.
- 5) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal.
- 6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

b. Non Kontrasepsi

- 1) Berkurangnya kanker ovarium

6. Komplikasi dan Efek Samping (Siswosudarmo, dkk, 2007)

Komplikasi akibat sterilisasi dapat dibagi menjadi dua kategori yakni komplikasi akibat anastesi dan komplikasi akibat tindakan operasi. Komplikasi akibat anastesi antara lain adalah perasaan mual sampai muntah, pusing, pneumonia aspirasi, alergi sampai *shock* anafilaksis (terutama terhadap lidokain) dan pada keadaan yang sangat, dapat berakibat kematian.

Efek samping dan komplikasi akibat tindakan operasi oleh WHO dibagi ke dalam komplikasi minor dan komplikasi mayor. Komplikasi minor antara lain adalah rasa sakit pada tempat irisan, demam, perdarahan ringan, dan infeksi luka maupun PRP yang tidak memerlukan pemondokan. Komplikasi mayor adalah perdarahan banyak

membutuhkan operasi lebih jauh dan atau *transfuse*, perlukaan usus atau kandung kencing, infeksi panggul berat, sepsis, dan kematian.

Efek samping jangka panjang (*late side effect*) adalah penyesalan (*regret*) yang telah dibicarakan di depan. Pengobatannya sangat sukar, tetapi pencegahannya justru lebih mudah yakni dengan konseling yang sebaik-baiknya.

7. Waktu untuk melakukan MOW (Affandi, 2014)

- a. Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.
- b. Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)
- c. Pascapersalinan:
 - 1) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.
 - 2) Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pasca persalinan
- d. Pascakeguguran
 - 1) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoskopi).
 - 2) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap).

D. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi MOW Berdasarkan Pendekatan Teori Anderson

Anderson (1974) yang dikutip Notoadmojo (2012) menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pemilihan metode kontrasepsi sendiri merupakan salah satu fungsi di tempat pelayanan

kesehatan. Masyarakat dapat menggunakan kontrasepsi di puskesmas, rumah sakit dan ditempat pelayanan kesehatan lainnya. Di dalam model Anderson ini dijelaskan ketika setiap individu memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung tiga kategori utama diantaranya:

1. Karakteristik Predisposisi (*Prediposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Menurut Andersen dan Newman (2005) orang dengan karakteristik tertentu lebih cenderung menggunakan layanan kesehatan. Karakteristik tersebut termasuk variabel demografis, struktural sosial, dan keyakinan. Usia dan jenis kelamin, misalnya, di antara variabel demografis, terkait dengan kesehatan dan penyakit. Begitupun orang di kelompok usia yang berbeda memiliki berbagai jenis dan jumlah penyakit yang berbeda dan akibatnya pola perawatan medis yang berbeda. Karakteristik struktur sosial juga merefleksikan status dari individual dalam masyarakatnya yang diukur dengan karakteristik seperti pendidikan dan kedudukan kepala keluarga. Karakteristik ini menunjukkan gaya hidup setiap individu, dan menunjuk ke fisik serta lingkungan sosial individu serta pola perilaku yang terkait yang mungkin terkait dengan penggunaan layanan kesehatan. Selain itu manfaat-manfaat kesehatan seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit (Anderson, 1974) dalam Notoatmodjo, 2012). Faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi individu dalam menggunakan kontrasepsi adalah sebagai berikut:

a. Umur

Umur wanita usia subur berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi, khususnya Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). Periode umur wanita di atas 30 tahun sebaiknya mengakhiri kehamilan setelah mempunyai 2 orang anak, sehingga pilihan utama alat kontrasepsinya adalah kontrasepsi mantap misalnya MOW dan MOP, karena kontrasepsi ini dapat dipakai untuk jangka panjang dan tidak menambah kelainan yang sudah ada (Anggraeni, 2015).

Umur suami dan istri perlu diperhatikan meskipun tidak terdapat pegangan khusus. Pada tahun 70-an dan era 80-an PMKI (Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia) menganjurkan rumus 100, artinya umur ibu dikalikan jumlah anak setidaknya mendekati angka 100 atau lebih, meskipun begitu rumus ini sekarang sudah lebih longgar sehingga tidak jarang seorang ibu berumur 25 tahun dengan dua anak dapat diterima sebagai akseptor kontak (Siswosudarmo, dkk, 2007).

Perempuan berusia lebih dari 35 tahun memerlukan kontrasepsi yang aman dan efektif karena kelompok ini akan mengalami peningkatan morbiditas dan mortalitas jika mereka hamil. Penelitian terdahulu yang dilakukan Sufiati, dkk (2013), usia rata-rata akseptor KB MOW adalah 37,95 tahun. Umur wanita usia subur yang diperbolehkan menggunakan metode kontrasepsi MOW adalah wanita dengan usia lebih dari 26 tahun (Affandi, 2014).

b. Jumlah Anak

Jumlah anak adalah banyaknya anak yang dimiliki dalam satu keluarga. Wanita dan pria dengan paritas banyak menunjukkan

keinginan memiliki anak yang banyak pula. Pada wanita pernah menikah dan memiliki 1 anak, rata-rata jumlah anak idealnya adalah 2,4 orang, sedangkan pada wanita pernah menikah memiliki 6 anak atau lebih rata-rata jumlah anak idealnya adalah 4,1 orang. Pada pria menikah, rata-rata jumlah anak ideal berkisar dari 2,5 anak pada kelompok yang memiliki 1 anak sampai 4,7 anak pada kelompok yang memiliki 6 anak atau lebih (Kemenkes, 2013).

Penelitian terdahulu yang dilakukan Nurani (2016) menunjukkan bahwa kelompok ibu yang menggunakan MOW, lebih banyak dilakukan oleh ibu yang mempunyai anak lebih dari dua dibanding dengan ibu yang mempunyai anak kurang dari sama dengan dua. Penelitian tersebut memiliki nilai *Odd Ratio* (OR) sebesar 12,632, artinya bahwa ibu yang memiliki anak kurang dari sama dengan dua berisiko 12,632 kali tidak memilih alat kontrasepsi MOW dibanding Ibu yang memiliki anak lebih dari dua anak.

c. Tingkat Pendidikan

Menurut John Dewey dalam Saragih (2017) pendidikan adalah proses pembentukan kecakapan fundamental secara intelektual dan emosional seorang manusia. Pendidikan merupakan proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi tingkat pendidikan PUS, makin besar PUS menilai anaknya sebagai alasan penting untuk melakukan KB. Maka dari itu, pendidikan dari pasangan suami istri dapat mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi dan kelangsungan dalam penggunaannya.

Pendidikan perempuan mempunyai hubungan terbalik dengan umur hamil pertama. Perempuan dengan pendidikan rendah cenderung mulai hamil pada umur lebih muda. Sekitar 16% remaja yang tidak sekolah telah mulai mempunyai anak dibandingkan dengan 1% remaja berpendidikan SMA atau lebih. Tingkat pendidikan pada umumnya berkorelasi positif dengan tingkat ekonomi, yang kemudian ditemukan berhubungan dengan usia nikah (Kemenkes, 2013). Menurut Moetingsih (2010) dalam Darmawati (2011) semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi persentase Pasangan Usia Subur yang menggunakan alat kontrasepsi atau ber-KB. Hasil ini menegaskan peran penting pendidikan sebagai salah satu agen perubahan perilaku, termasuk perilaku dari “banyak anak, banyak rejeki” ke “sedikit anak, tetapi berkualitas dengan cara ber-KB”.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Arifin (2014) dan Nuraini (2016) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan metode kontrasepsi MOW di Kabupaten Tasikmalaya didapatkan kesimpulan bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemilihan metode kontrasepsi MOW.

d. Tingkat Pengetahuan

Notoatmodjo (2012) mendefinisikan pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif ini juga merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk kegiatan seseorang (*over behavior*). Penginderaan sendiri terjadi melalui semua sistem pancaindera manusia, yaitu indera

penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Menurut Notoatmodjo, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari indera penglihatan dan indera pendengaran.

Berdasarkan hasil penelitian Akmal pada tahun 2014, diketahui bahwa pengetahuan mengenai kontrasepsi modern, baik jenis maupun tempat layanan KB yang diketahui, keduanya mempunyai hubungan positif yang signifikan (masing-masing $p < 0.05$ dan $p < 0.000$) terhadap perilaku penggunaan kontrasepsi.

e. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2012).

Tingkatan sikap terdiri dari: (a) Menerima (*receiving*): menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek). (b) Menanggapi (*responding*): menanggapi diartikan bahwa memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi. (c) Menghargai (*valuing*): menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus. Membahasnya dengan orang lain dan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon. (d) Bertanggung jawab (*responsible*): sikap, yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. (Notoatmodo, 2012).

2. Karakteristik Pendukung (*enabling characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. (Anderson, 1974) dalam Notoatmodjo, 2012). Penggunaan pelayanan kesehatan dapat diukur oleh sumber daya keluarga seperti pendapatan, tingkat cakupan asuransi kesehatan, atau sumber pembayaran pihak ketiga lainnya, apakah individu memiliki sumber perawatan biasa, sifat dari sumber perawatan yang teratur, dan aksesibilitas sumber. Di samping itu, karakteristik tertentu yang memungkinkan seperti dukungan sosial juga dapat mempengaruhi penggunaan layanan. Salah satu karakteristik tersebut adalah jumlah fasilitas kesehatan dan personil dalam masyarakat. Jika sumber daya yang cukup banyak dan dapat digunakan, maka cenderung akan digunakan lebih sering oleh penduduk (Andersen dan Newman, 2005). Faktor pendukung yang dapat mempengaruhi individu dalam menggunakan kontrasepsi adalah sebagai berikut:

a. Dukungan Suami

Dukungan adalah sokongan/penunjang/bantuan. Dalam hal ini sokongan atau dukungan/bantuan suami sebagai pasangan hidup dari akseptor dalam menentukan keputusan pilihan terhadap tindakan yang akan dilakukan yaitu jenis pemilihan kontrasepsi yang digunakan. Metode kontrasepsi tidak dapat dipakai istri tanpa kerjasama suami dan saling percaya. Keadaan ideal bahwa pasangan suami istri

harus bersama memilih metode kontrasepsi yang terbaik, saling kerjasama dalam pemakaian, membiayai pengeluaran kontrasepsi, dan memerhatikan tanda bahaya pemakaian.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mahmudah (2015), akseptor yang tidak mendapat dukungan dari suami memiliki peluang untuk memilih metode kontrasepsi non-MKJP sebesar 1,546 kali lebih besar dibandingkan dengan akseptor yang mendapat dukungan dari suami. Tindakan medis pada kontrasepsi mantap harus atas persetujuan kedua belah pihak (suami dan istri), karena mengingat tindakan medis tersebut memiliki pengaruh cukup besar terhadap lembaga perkawinan itu sendiri (Affandi, 2014).

b. Faktor Ekonomi

Ekonomi sangat berpengaruh terhadap pemilihan jenis kontrasepsi. Hal ini disebabkan karena untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi yang diperlukan, peserta harus menyediakan dana yang diperlukan (Saragih, 2017) Disamping karena harus menyediakan dana untuk mendapatkan pelayanan, pasangan suami istri juga harus mempertimbangkan beban ekonomi keluarga.

Di negara berkembang seperti Indonesia terdapat indikasi ekonomi dalam menggunakan metode kontrasepsi MOW. Artinya pasangan suami istri menginginkan sterilisasi karena merasa beban ekonomi keluarga menjadi terlalu berat dengan bertambahnya anak dalam keluarga tersebut. Penelitian Affandi pada tahun 1990 menunjukkan bahwa 40% wanita yang melakukan sterilisasi adalah karena alasan ekonomi.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Nuraini (2016) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan metode kontrasepsi MOW didapatkan kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara pendapatan dengan pemilihan metode kontrasepsi MOW. Adapun ekonomi dapat diukur dari seberapa besar penghasilan atau pendapatan keluarga. Sementara itu Upah Minimum Kabupaten (UMK) untuk wilayah Kabupaten Kuningan sendiri adalah sebesar Rp. 1.800.000 (Agus, 2109).

c. Peran Petugas

Menurut Rosita (2013) yang dikutip Forcepta (2017), dukungan petugas merupakan faktor pendukung untuk merubah perilaku seseorang melalui proses pendidikan kesehatan atau penyuluhan yang diberikan oleh petugas. Memberikan informasi selengkap mungkin mengenai konsekuensi pilihannya, baik ditinjau dari segi medis maupun hal-hal non medis agar tidak menyesal di kemudian hari. Membantu akseptor memutuskan pilihannya atas metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan khusus pribadi dan keluarga. Membantu akseptor dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi barunya, terutama bila ia mengalami berbagai permasalahan.

Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi PUS dalam menggunakan metode kontrasepsi MOW adalah faktor peran petugas (Forcepta, 2017). Penelitian yang dilakukan Setiasih, dkk (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan petugas pelayanan KB terhadap penggunaan metode kontrasepsi non hormonal. Wanita PUS yang memiliki dukungan petugas pelayanan

KB di wilayahnya baik, mempunyai kemungkinan memilih MKJP non hormonal sebesar 1,035 kali dibandingkan dengan responden yang mempunyai dukungan petugas pelayanan KB yang kurang.

3. Karakteristik Kebutuhan (*need characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan *enabling* itu ada. Kebutuhan (*need*) dibagi dalam dua kategori yaitu *perceived need* dan *evaluated need* (Anderson, 1974) dalam Notoatmodjo, 2012). *Perceived need* yang dimaksud adalah tingkat penyakit yang dirasakan. Tingkat penyakit merupakan penyebab paling mendesak dari penggunaan layanan kesehatan. Tingkat penyakit yang dirasakan termasuk jumlah hari cacat yang dialami individu yang menyebabkan individu tidak mampu melakukan apa yang biasanya dia kerjakan (Andersen dan Newman, 2005). Tingkat penyakit dalam penelitian ini adalah kondisi kesehatan ibu yang dapat meningkatkan risiko kehamilan jika ibu tersebut hamil kembali, sehingga ibu harus lebih memilih metode kontrasepsi yang lebih aman dan efektif agar tidak hamil kembali. *Evaluated need* adalah penyakit yang dialami individu dan tingkat keparahan penyakit yang diukur secara klinis (Andersen dan Newman, 2005). Faktor kebutuhan yang dapat mempengaruhi individu dalam menggunakan kontrasepsi adalah sebagai berikut:

a. Indikasi medis

Indikasi medis merupakan keadaan seseorang yang disertai dengan penyakit/riwayat kesehatan tertentu yang dapat mempengaruhi ibu jika hamil kembali. Ada beberapa indikasi medis yang perlu diperhatikan dalam menggunakan MOW, diantaranya: (Forcepta, 2017)

1) Indikasi medis umum

Indikasi medis umum adalah adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi, gangguan fisik yang dialami seperti tuberculosis pulmonum, penyakit jantung, dan sebagainya; gangguan psikis yang dialami yaitu seperti skizofrenia (psikosis), sering menderita psikosa nifas, dan lain-lain.

2) Indikasi medis obstetrik

Indikasi medis obstetrik yaitu toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea yang berulang, histerektomi obstetrik.

3) Indikasi medis ginekologik

Indikasi medis ginekologik pada waktu melakukan operasi ginekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi.

Ada beberapa keadaan medis tertentu yang dapat meningkatkan risiko jika terjadi kehamilan, maka dari itu perlu dipilih metode kontrasepsi yang lebih efektif. Berikut adalah kondisi medis yang akan meningkatkan risiko jika terjadi kehamilan (Affandi, 2014):

- 1) Hipertensi (tekanan > 160/100/mmHg)
- 2) Diabetes; insulin dependen; dengan nefropati/neuropati/retinopati atau penyakit vascular lain atau > 20 tahun telah menderita diabetes.
- 3) Penyakit jantung iskemik
- 4) Stroke
- 5) Penyakit jantung katup dengan hipertensi
- 6) Karsinoma payudara
- 7) Karsinoma endometrium atau ovarium
- 8) Infeksi Menular Seksual
- 9) HIV/AIDS
- 10) Sirosis hati
- 11) Hepatoma
- 12) Penyakit trofoblas ganas
- 13) Penyakit Sel Sieckel (sel bulan sabit)
- 14) Skistosomiasis dengan fibrosis hati
- 15) Tuberculosis

Sejalan dengan Iswandiari (2017) yang menyatakan bahwa beberapa penyakit dapat meningkatkan risiko kehamilan, penyakit tersebut diantaranya:

- 1) Gangguan darah.

Jika Ibu hamil memiliki kelainan darah, seperti penyakit sel sabit atau thalassemia, kehamilan justru bisa memperburuk kondisi. Gangguan darah juga bisa meningkatkan risiko bayi selama

kehamilan atau pun setelah melahirkan untuk mengalami hal yang sama dengan ibu.

2) Penyakit ginjal kronis

Pada umumnya kehamilan itu sendiri bisa memberi tekanan besar pada ginjal. Namun kondisi ini bisa meningkatkan risiko keguguran karena menyebabkan tekanan darah tinggi dan preeklampsia, sehingga kemungkinan untuk melahirkan bayi lebih awal semakin besar.

3) Depresi

Depresi yang tidak diobati atau beberapa obat yang digunakan untuk mengobati depresi memiliki risiko pada kesehatan dan keselamatan bayi.

4) Tekanan darah tinggi

Hipertensi yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan janin tumbuh lambat dan meningkatkan risiko untuk melahirkan prematur. Komplikasi lain yang terkait dengan tekanan darah tinggi adalah preeklampsia dan abrupsi plasenta, suatu kondisi serius di mana plasenta terpisah sebagian dari rahim sebelum bayi lahir.

5) HIV atau AIDS

Jika seorang Ibu hamil memiliki HIV atau AIDS, maka bayi kemungkinan besar bisa terinfeksi sebelum kelahiran, saat persalinan, atau saat menyusui. Namun, pengobatan bisa mengurangi risiko ini.

6) Lupus

Lupus dan penyakit autoimun lainnya dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur, preeklampsia, dan bayi berat lahir sangat rendah. Kehamilan juga bisa memperparah kondisi ini.

7) Kegemukan

Memiliki indeks massa tubuh berlebihan sebelum kehamilan membuat risiko lebih besar untuk terkena diabetes gestasional, diabetes tipe 2, dan tekanan darah tinggi selama kehamilan. Saat melahirkan, mungkin hanya bisa menjalani persalinan *caesar*.

8) Penyakit tiroid

Gangguan tiroid baik hipotiroidisme maupun hipertiroidisme dapat meningkatkan masalah keguguran, preeklampsia, berat badan lahir rendah, dan melahirkan prematur.

9) Diabetes

Diabetes yang tidak dikendalikan dapat meningkatkan risiko cacat lahir, tekanan darah tinggi, melahirkan bayi prematur, dan bayi juga berisiko lahir dengan berat berlebih (makrosomia). Hal ini juga bisa meningkatkan risiko masalah pernapasan, kadar glukosa rendah, dan ikterus.

Menurut beberapa penelitian, kontrasepsi khususnya kontrasepsi hormonal dapat meningkatkan tekanan darah. Haroon dan Naveed dalam Susanti dan Satriyanto (2018) menemukan peningkatan tekanan darah pada pengguna kontrasepsi hormonal baik oral maupun injeksi. Penelitian yang dilakukan oleh Suryani dan Wulandari (2018) memiliki kesimpulan kejadian hipertensi dalam

kehamilan banyak dialami oleh akseptor yang menggunakan kontrasepsi hormonal khususnya KB suntik, sehingga untuk PUS disarankan lebih menggunakan kontrasepsi non-hormonal. Penelitian yang dilakukan oleh Sabila, M dan Maisya, IB (2017) terkait perilaku wanita dalam penggunaan kontrasepsi sterilisasi wanita di Pamulang didapat kesimpulan bahwa faktor penggunaan kontrasepsi sterilisasi wanita adalah karena indikasi medis.

b. Riwayat Penggunaan metode kontrasepsi sebelumnya

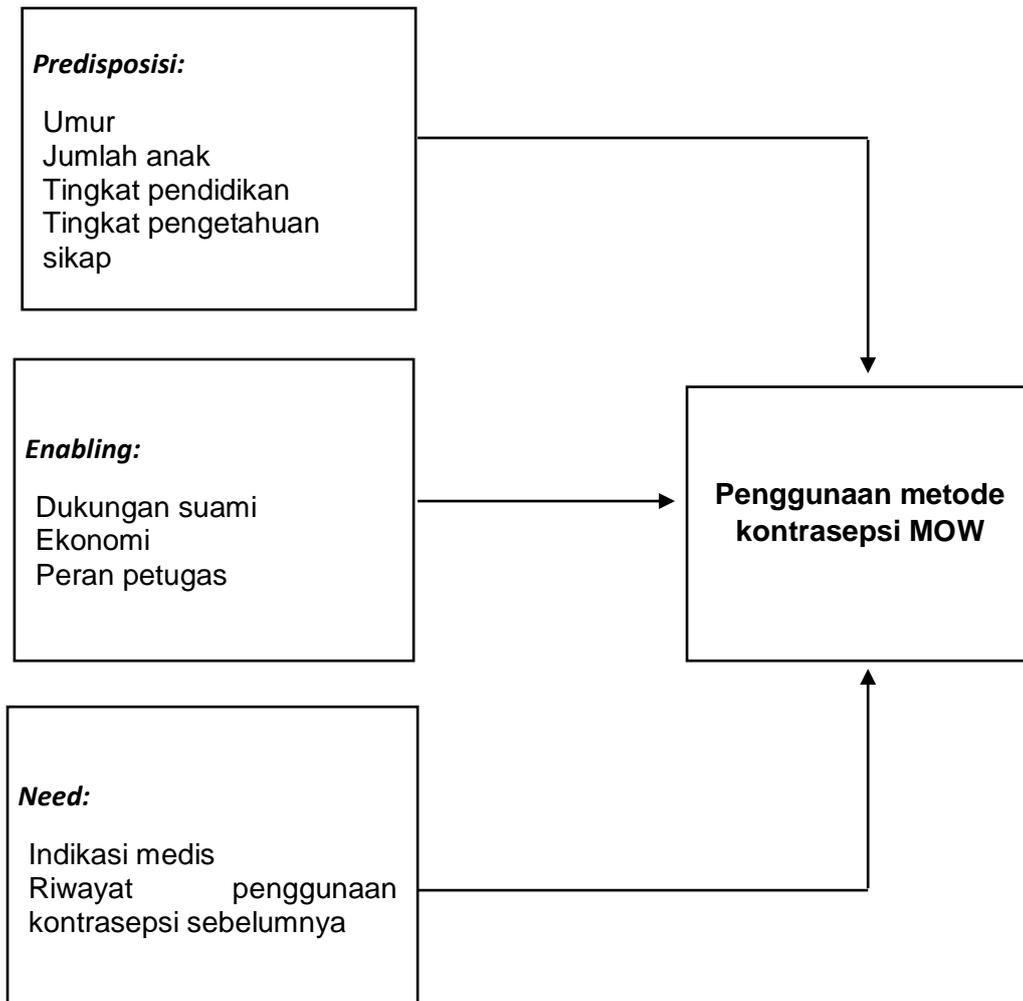
Pengalaman merupakan guru yang baik, yang menjadi sumber pengetahuan. Pengalaman diartikan juga sebagai memori episodik, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa-peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai referensi otobiografi. Ada dua macam pengalaman yaitu pengalaman primer dan pengalaman sekunder. Pengalaman primer adalah pengalaman langsung akan persentuhan inderawi dengan benda-benda konkret di luar manusia dan akan peristiwa yang disaksikan sendiri. Sementara pengalaman sekunder adalah pengalaman tidak langsung atau pengalaman reflektif mengenai pengalaman primer (Notoatmojo, 2007).

Riwayat pemakaian metode kontrasepsi sebelumnya oleh wanita adalah salah satu faktor yang berperan penting dalam pemilihan metode kontrasepsi yang akan diputuskan selanjutnya, hal ini terkait dengan pengalaman primer. Sementara pengalaman yang dialami orang lain dalam pemakaian metode kontrasepsi dapat

dijadikan pengalaman sekunder yang dapat mempengaruhi seseorang akseptor KB dalam menentukan metode kontrasepsi. (Saragih, 2017)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Indahwati, L., dkk (2017) terkait pemilihan metode kontrasepsi didapat kesimpulan bahwa ibu yang belum pernah menggunakan KB, lebih banyak menggunakan non metode kontrasepsi jangka panjang sedangkan ibu yang sebelumnya pernah menggunakan KB lebih banyak menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang.

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka teori

Sumber : modifikasi Andersen, R dan Newman, JF (2005); Bradly, dkk (2002); Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2012: 235).