

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang Masalah**

Masalah kependudukan yang melanda dunia dewasa ini disebabkan antara lain oleh pertumbuhan penduduk yang tinggi, penyebaran penduduk yang tidak merata, penduduk usia muda yang besar, kualitas sumberdaya manusia yang masih relatif rendah dan angka kesakitan yang cukup tinggi.

Indonesia sebagai salah satu negara sedang berkembang dengan jumlah penduduk yang besar, juga mengalami masalah kependudukan. Menurut (George cit. Anonim, 1994) walaupun jumlah penduduk yang besar ini merupakan potensi sumber daya manusia yang sangat berarti namun tanpa adanya kebijaksanaan yang komprehensif yang berperan sebagai mekanisme kontrol untuk mengatur tingkat pertumbuhan penduduk, kenaikan pesat karena faktor-faktor sosiologis, ekologis, ekonomis, dan politik justru akan menghambat proses pembangunan kependudukan yang baik.

Untuk mengatasi salah satu masalah kependudukan tersebut, sejak PELITA I pemerintah telah melakukan usaha mendasar melalui program keluarga berencana, yang berkembang menjadi gerakan keluarga berencana nasional.

Gerakan keluarga berencana nasional diupayakan makin membudaya dan mandiri melalui penyelenggaraan penyuluhan keluarga berencana, peningkatan kualitas dan kemudahan pelayanan dengan tetap memperhatikan kesehatan peserta keluarga berencana dan tidak bertentangan dengan nilai-nilai agama, moral, etik

sosial budaya masyarakat sehingga norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera dapat dihayati dan dilaksanakan oleh semua kalangan masyarakat dengan penuh kesadaran dan tanggung jawab.

Dalam melaksanakan keluarga berencana, dibutuhkan perencanaan keluarga sehat yang rasional sehingga perlu ketepatan untuk memilih jenis kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan dan pertimbangan tentang daya guna kontrasepsi. Ketepatan memilih jenis kontrasepsi akan memberikan dampak peningkatan mutu pemakaiannya dan diharapkan penurunan laju pertumbuhan penduduk akan berjalan lebih cepat.

Penggunaan kontrasepsi yang rasional berdasarkan ilmu kesehatan harus sesuai ciri-ciri setiap fase perencanaan keluarga yaitu :

1. Fase menunda kesuburan atau kehamilan, digunakan oleh pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan kedua-duanya memiliki kesuburan yang normal, namun tidak menghendaki kehamilan. Kontrasepsi yang digunakan harus mempunyai reversibilitas dan efektifitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100 %.
2. Fase mengatur kesuburan atau menjarangkan kehamilan, digunakan oleh pasangan usia subur yang telah mempunyai anak dan menginginkan anak lagi. Kontrasepsi yang diperlukan harus mempunyai reversibilitas dan efektifitas cukup tinggi, dapat dipakai tiga sampai empat tahun atau sesuai dengan jarak kehamilan yang direncanakan dan tidak menghambat produksi air susu ibu.
3. Fase mengakhiri kesuburan, digunakan bagi pasangan usia subur yang tidak

reversibilitas rendah, efektifitas sangat tinggi, dapat dipakai untuk jangka panjang dan tidak menambah kelainan yang sudah ada.

Walau terdapat pengelompokan fase-fase tersebut di atas, memilih kontrasepsi bukan berarti merupakan hal yang sederhana, karena suatu alat kontrasepsi yang cocok bagi seorang akseptor belum tentu cocok bagi akseptor lain.

## **1.2. Kepentingan Permasalahan**

Pelayanan kontrasepsi merupakan bentuk pelayanan dalam pelaksanaan program keluarga berencana yang bertujuan menurunkan angka kelahiran agar laju pertumbuhan penduduk terkendali.

Salah satu bentuk pelayanan kontrasepsi tersebut adalah memberi informasi yang cukup dan kemudahan dalam memperoleh sarana keluarga berencana bagi seluruh pasangan usia subur. Informasi tentang perbedaan efek samping sangat berguna untuk langkah-langkah selanjutnya dalam mencapai sasaran program keluarga berencana, karena akseptor keluarga berencana memiliki latar belakang yang cukup heterogen.

Penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai bahan informasi bagi BKKBN melalui Puskesmas, tenaga bidan atau petugas KB lainnya, sehingga pembinaan dan pelayanan yang diberikan kepada para akseptor dapat menjamin kelestarian

### **1.3. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan efektifitas pemakaian kontrasepsi AKDR Cu T 200 dengan kontrasepsi suntikan DMPA.

### **1.4. Tinjauan Pustaka**

#### **1.4.1. Kontrasepsi**

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen. Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas.

Metode kontrasepsi pada umumnya dapat dibagi menjadi :

#### **1. Metode sederhana**

##### **a. Tanpa memakai alat atau obat**

- Senggama terputus
- Pantang berkala

##### **b. Memakai alat atau obat**

- Kondom
- Diafragma
- Spermaticide

#### **2. Metode efektif**

##### **a. Pil KB**

### 3. Metode mantap

- Metode mantap wanita atau Tubektomi
- Metode mantap pria atau Vasektomi

Sampai saat ini belum ada suatu cara kontrasepsi yang 100 % ideal. Ciri-ciri suatu kontrasepsi yang ideal meliputi daya guna aman, murah, efektif, mudah didapat, tidak memerlukan motivasi terus menerus dan efek samping minimal.

Daya guna kontrasepsi terdiri atas daya guna demografik (*demografik effectiveness*), daya guna teoritis atau fiologis (*theoretical effectiveness*), dan daya guna pemakaian (*use effectiveness*). Daya guna demografik meliputi kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah suatu kelahiran. Daya guna teoritis merupakan kemampuan suatu cara kontrasepsi bila dipakai dengan tepat sesuai dengan instruksi dan tanpa kelalaian. Daya guna pemakaian adalah perlindungan terhadap konsepsi yang ternyata pada keadaan sehari-hari dipengaruhi oleh faktor-faktor ketidak hati-hatian, tidak taat asas, motivasi, keadaan sosial, ekonomi budaya, pendidikan dan lain-lain.

Hasil sebuah survai nasional mengenai kontrasepsi dan sebagian besar metode yang digunakan oleh para wanita dalam usia produktif, ditekankan bahwa kegagalan adalah akibat kesalahan pasien dalam menggunakan metode kontrasepsi. Penyuluhan yang efektif disamping motivasi tidak diragukan lagi telah menurunkan secara nyata kegagalan tersebut. Hasil-hasil penelitian tentang kontrasepsi yang diselenggarakan oleh The Oxford Family Planning Association menghasilkan dukungan yang kuat terhadap pandangan ini (Vogel dkk. cit. Britchard, 1997). Wanita yang matur dan

terus menggunakan salah satu tehnik keluarga berencana selama waktu yang lama, secara khas akan mempunyai angka kegagalan yang sangat rendah.

## **1.4.2. Kontrasepsi AKDR**

### **1.4.2.1. Sejarah AKDR**

Penggunaan AKDR merupakan salah satu usaha manusia untuk menekan kesuburan sejak berabad-abad yang lampau. Hipokrates menulis tentang teknik memasukkan batu-batu kecil ke dalam rongga rahim melalui suatu pipa yang dibuat dari timah hitam untuk mencegah kehamilan. Dalam abad IX Mohamad Ibn Zakarinya Al-raqy mengutarakan suatu usaha pencegahan kehamilan dengan menggunakan secarik kertas diikat dengan benang lalu dimasukkan dalam rongga rahim.

Richter *cit.* Albar, (1994) mengemukakan tentang AKDR yang terdiri dari dua benang sutra yang tebal. Pada tahun 1930-an cincin Gafenberg mulai dipakai di Jerman. Cincin ini merupakan pengembangan AKDR Richter karena Gafenberg mula-mula menggunakan cincin yang dibuat dari benang sutra yang dipilih. Opperheimer dan Ishimaka *cit.* Albar, (1994) mengutarakan hasil-hasil yang memuaskan dengan cincin Gafenberg pada 1500 wanita dan cincin Ota pada 20.000 wanita Jepang. Ota adalah dokter pertama yang menggunakan bahan plastik. Sejak itu banyak model baru yang di kembangkan antara lain oleh Lippes, Margulies dan Birnberg.

Berkat tersedianya antibiotik untuk mengendalikan infeksi, adanya perbaikan model AKDR serta kesadaran yang meningkat akan perlunya pengendalian

kesuburan, kini AKDR mendapat penerimaan yang luas dari kalangan masyarakat. Setelah melalui AKDR generasi kedua yang mengira bahwa luas permukaan rongga uterus yang tertutup oleh AKDR itu adalah faktor yang utama, kini kita telah berada pada AKDR generasi ketiga.

#### **1.4.2.2 . Macam AKDR**

Ada beberapa macam AKDR, antara lain yang terbuat dari bahan plastik halus berbentuk spiral disebut Lippes Loop, atau AKDR berlapis tembaga dengan bermacam-macam bentuk seperti Multiload Cu 250 (ML-Cu 250), Copper T 220 (Cu-T 220), dan Copper-seven 200 (Cu-7 200). Untuk AKDR generasi ketiga adalah Cu-T-380, ML-Cu 375, Nova T Cu 200 dan Medusa Pessar.

#### **1.4.2.3. Cara Kerja AKDR**

Sampai sekarang belum ada orang yang yakin bagaimana cara kerja AKDR dalam mencegah kehamilan. Ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing menimbulkan reaksi radang setempat dengan sekukan lekosit yang dapat melarutkan blastosis atau sperman.

Cara kerja AKDR yang dililiti kawat tembaga mungkin berlainan. Tembaga dalam konsentrasi kecil yang di keluarkan kedalam rongga uterus selain menimbulkan reaksi radang seperti AKDR biasa, juga menghambat khasiat anhidrase karbon dan fosfatase alkali. AKDR yang mengeluarkan hormon juga menebalkan lendir serviks sehingga menghalangi pasase sperma

#### 1.4.2.4. Pemasangan AKDR

Ada beberapa waktu pemasangan AKDR yang dapat disesuaikan dengan keadaan calon akseptor KB, yaitu sebagai berikut :

1. Pada saat haid yang akan mengurangi rasa sakit dan memudahkan insersi melalui kanalis servikalis.
2. Segera setelah induksi haid atau abortus spontan, selain tidak ada tanda-tanda infeksi.
3. Setelah melahirkan (*post partum*), dapat dilakukan :
  - a. Secara dini (*immediatas insertion*), AKDR dipasang pada wanita yang melahirkan sebelum pulang dari rumah sakit.
  - b. Secara langsung (*direct insertion*), AKDR dipasang dalam masa tiga bulan setelah partus atau abortus.
  - c. Secara tidak langsung (*indirect insertion*), AKDR dipasang setelah partus atau abortus, atau dipasang pada saat yang tidak ada hubungan sama sekali dengan partus atau abortus.
4. Sewaktu melakukan *sectio caesaria*.

#### 1.4.2.5. Teknik Pemasangan AKDR

Setelah kandung kencing dikosongkan, calon akseptor dibaringkan diatas meja ginekologi dalam posisi litotomi, kemudian dilakukan pemeriksaan bimanual untuk mengetahui letak, bentuk dan besar uterus. Spekulum dimasukkan kedalam vagina dan serviks uteri dibersihkan dengan larutan anti septik. Dengan cunam

untuk menentukan arah poros dan panjangnya kanalis servikalis serta cavum uteri. Lalu AKDR dimasukkan ke dalam uterus melalui orificium uteri eksternum sambil mengadakan tarikan ringan pada cunam serviks. Tabung penyalur digerakkan kedalam uterus sesuai dengan arah poros cavum uteri sampai tercapai ujung atas cavum uteri yang telah ditentukan lebih dahulu dengan sonde uterus. Sambil mengeluarkan tabung penyalur perlahan-lahan, pendorong menahan AKDR dalam posisinya. Setelah tabung penyalur keluar dari uterus, pendorong juga dikeluarkan. Cunam dilepas, benang AKDR digunting hingga 2,5-3 cm keluar dari orificium uteri eksternum dan akhirnya spekulum diangkat.

#### **1.4.2.6. Pemeriksaan Lanjut**

Pengawasan ginekologik terhadap akseptor dilakukan 1 minggu, 1 bulan setelah pemasangan, selanjutnya dilakukan setiap tiga bulan sekali. Pada setiap kali pengawasan, dilakukan pemeriksaan ginekologi dan efek samping dicari.

Selain melihat filamen, diperhatikan pula perubahan-perubahan yang mungkin terjadi pada serviks. Dalam hal yang merugikan, misalnya kemungkinan adanya keganasan, dilakukan pemeriksaan usap vagina atau biopsi serviks. Jika filamen tidak tampak singkirkan terlebih dahulu kemungkinan kehamilan. Serviks dibersihkan dengan larutan antiseptik. AKDR diraba dengan sonde uterus. Jika AKDR tidak teraba dapat dilakukan pemeriksaan foto rontgen anteroposterior dan lateral dengan sonde logam dalam uterus. Dapat pula dilakukan pemeriksaan histerografi. Jika terdapat translokasi pengeluaran AKDR dilakukan dengan laparoskopi atau

#### **1.4.2.7. Cara Mengeluarkan AKDR**

Inspekulo filamen ditarik perlahan-lahan, jangan sampai putus, AKDR akan ikut keluar perlahan-lahan. Jika AKDR tidak keluar dengan mudah, lakukanlah sondase uterus sehingga ostium uteri internum terbuka. Sonde diputar 90 % perlahan-lahan. Selanjutnya AKDR dikeluarkan seperti diatas, jika filamen tidak nampak putus, AKDR dapat dikeluarkan dengan mikrokuret.

AKDR Lippes tidak perlu dikeluarkan secara berkala. Apabila posisinya baik, tidak ada efek samping dan pemakai masih mau memakainya, AKDR tersebut di biarkan saja in utero. Hanya AKDR tembaga perlu dikeluarkan secara periodik (2-3 tahun). Indikasi pengeluaran AKDR ialah permintaan pasien, meno-metroragia, infeksi pelvik dan dispareunia.

#### **1.4.2.8. Kontra indikasi AKDR**

Kontra indikasi mutlak pemakaian AKDR adalah kehamilan dan penyakit radang panggul aktif atau rekuren. Ada pula yang memasukkan sangkaan karsinoma serviks uteri, serta paparan terhadap penyakit hubungan seksual.

Kontra indikasi relatif antara lain tumor ovarium, kelainan uterus, gonorrhoe, servisitis, kelainan haid, dismenorea, stenosis kanalis servikalis dan panjang kavum uteri yang kurang dari 6,5 cm.

#### **1.4.2.9. Efek Samping Pemakaian AKDR**

Akibat yang tidak diinginkan dari pemakaian AKDR sampai sekarang masih belum dapat dihindari walaupun upaya untuk menghilangkan terus dilakukan. Efek

samping pada pemakaian AKDR antara lain :

1. Gangguan haid, dapat berupa pendarahan haid yang lebih lama atau lebih banyak dari biasa (*menoragia*), pendarahan diluar haid (*metroragia*) atau pendarahan yang berupa tetes (*spotting*).
2. Leukorea
3. Dismenorea
4. Dispareunia
5. Rasa nyeri diperut, dapat pula menjadi rasa nyeri atau sakit pinggang terutama pada hari-hari pertama pemasangan.
6. Ekspulsi, bisa terjadi pada 3-6 bulan pertama, dapat sebagian atau seluruh AKDR
7. Kegagalan pada pemasangan AKDR dengan terjadi kehamilan.

### **1.4.3. Kontrasepsi Suntikan**

#### **1.4.3.1. Macam Kontrasepsi Suntikan**

Pada saat ini ada dua macam obat kontrasepsi suntikan yang beredar di Indonesia, yaitu :

1. Noristerat, merupakan suatu progesteron depot yang berjangka panjang yaitu norethistron oenanthat, (Net-En).
2. Depo Provera atau Depo Medroxy Progesteron Acetate (DMPA), merupakan suatu progestin yang di bebaskan secara perlahan-lahan yaitu 6 metil 17 acetox

### **1.4.3.2. Cara Kerja Kontrasepsi Suntikan**

Cara kerja obat-obatan kontrasepsi suntikan dalam menghambat kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Menghambat sekresi hormon-hormon gonadotropin (FSH dan LH) yang berakibat pematangan folikel maupun ovulasi tidak akan terjadi serta konsentrasi dan progesteron akan menurun.
2. Mempengaruhi perubahan-perubahan pada endometrium menjelang stadium sekresi yang diperlukan sebagai persiapan untuk memungkinkan nidasi dari ovum yang telah dibuahi.
3. Menambah viskositas lendir serviks, sehingga menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam rahim .
4. Menambah kecepatan transportasi ovum melalui tuba.

### **1.4.3.3. Cara Pemberian**

Masing-masing obat kontrasepsi suntikan mempunyai cara pemberian yang berbeda yaitu :

1. Noristerat, dosis yang diberikan adalah 200 mg dengan pemberian secara intramuskular yang dalam. Suntikan pertama di berikan pada masa 5 hari pertama siklus haid, tiga suntikan berikutnya diberikan dengan jarak 8 minggu, setelah itu jarak pemberian suntikan berikutnya diperpanjang menjadi 12 minggu. Pada keadaan khusus, kalau di perlukan jarak pemberian suntikan dapat dipersingkat menjadi satu minggu. Pada tiap kasus, suntikan berikutnya sebaiknya hanya diberikan bila perdarahan terjadi dalam 10 minggu sebelumnya. Bila tidak ada

perdarahan, pemberian Noristerat selanjutnya ditunda dan harus diperiksa terlebih dahulu apakah telah terjadi kehamilan.

2. Depo Provera disediakan dengan daya 50 mg per cc dalam vial 3 cc, satu vial cocok untuk satu dosis, diberikan tiap dua minggu, dengan cara pemberian intra muskular yang dalam. Pemberian bisa di lanjutkan dalam waktu yang lama sampai bertahun-tahun dengan pengawasan yang baik. Suntikan di berikan pada masa 5 hari pertama siklus haid, tiga sampai lima hari post partum dan pada abortus bisa segera di berikan.

#### **1.4.3.4. Kelebihan**

Dibandingkan dengan AKDR, keuntungan cara ini adalah :

1. Cara pemasangan atau pemakaian yang lebih sederhana, lebih mudah diterima oleh masyarakat.
2. Ketakutan untuk terjadinya efek samping lebih kecil.
3. Tidak memerlukan peralatan khusus pada waktu pemasangannya.

#### **1.4.3.5. Kontra Indikasi**

Kontra indikasi relatif pemakaian kontrasepsi suntikan ialah wanita dengan perdarahan. abnormal per vagina yang tidak jelas sebabnya, wanita yang belum pernah hamil atau anak baru satu, wanita dengan penyakit hipertensi, diabetes, penyakit jantung atau ginjal dan lain-lain.

Kontra indikasi mutlak pemakaian kontrasepsi suntikan ialah adanya riwayat

penyakit hepar, penyakit-penyakit darah, adanya kelainan endokrinologis dan persangkaan kehamilan.

#### **1.4.3.6. Efek Samping**

Efek samping yang didapat karena pemakaian kontrasepsi cara ini adalah :

1. Gangguan haid, dengan bentuk gejala tidak terjadinya haid (amenorea), perdarahan haid yang lebih banyak dan lebih lama dari biasa (menoragia), pendarahan di luar haid (metroragia), pendarahan yang berupa tetesan (spotting).
2. Leukorea
3. Keluhan subyektif, dengan bentuk gejala pusing, sakit kepala, mual dan muntah.
4. Acne atau jerawat di wajah.
5. Perubahan berat badan, dengan bentuk gejala berat badan bertambah dan bisa juga berat badan berkurang.
6. Perubahan libido, dengan bentuk gejala libidomenurun.
7. Galaktorea
8. Rambut rontok, bisa terjadi sesudah penghentian suntikan atau selama pemakaian suntikan.
9. Depresi, dengan bentuk gejala lesu.

#### **1.5. Hipotesis**

Dari uraian singkat diatas, maka hipotesis yang bisa diberikan, kontrasepsi suntikan mempunyai efektifitas yang lebih tinggi dibandingkan AKDR