

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Akseptor KB

Untuk mencapai keberhasilan pelayanan keluarga berencana tersebut perlu didukung oleh anggota masyarakat sebagai pendukung gerakan keluarga berencana dengan berpartisipasi secara aktif sebagai peserta KB atau akseptor KB. Akseptor KB adalah anggota masyarakat yang mengikuti gerakan KB dengan melaksanakan penggunaan alat kontrasepsi. Akseptor KB menurut sarannya terbagi menjadi tiga fase yaitu fase menunda atau mencegah kehamilan, fase penjarangan kehamilan dan fase menghentikan atau mengakhiri kehamilan atau kesuburan. Akseptor KB lebih disarankan untuk Pasangan Usia Subur (PUS) dengan menggunakan alat kontrasepsi. Karena pada pasangan usia subur inilah yang lebih berpeluang besar untuk menghasilkan keturunan dan dapat meningkatkan angka kelahiran. Akseptor keluarga berencana yang diikuti oleh pasangan usia subur dapat dibagi menjadi tiga macam (Hartanto, 2009) :

- a. Akseptor atau peserta KB baru, yaitu pasangan usia subur yang pertama kali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau persalinan.

- b. Akseptor atau peserta KB lama, yaitu peserta yang masih menggunakan kontrasepsi tanpa diselingi kehamilan.
- c. Akseptor atau peserta KB ganti cara, yaitu peserta KB yang ganti pemakaian dari suatu metode kontrasepsi ke metode kontrasepsi

2. Konsep Dasar Kontrasepsi

a. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara maupun bersifat menetap. dapat dilakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat, atau dengan operasi (Mansjoer, 2009). Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen, dan upaya ini dapat dilakukan dengan menggunakan cara, alat atau obat - obatan (Sulistiyawati, 2010).

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen. Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas (Prawirohardjo, 2009). Salah satu tujuan utama dari penelitian kontrasepsi adalah untuk mengembangkan suatu metode kontrasepsi yang berdaya kerja panjang (lama), yang tidak membutuhkan pemakaian setiap hari atau setiap akan bersenggama, tetapi tetap *reversibel* (Hartanto, 2009).

b. Syarat

Syarat – syarat yang harus dipenuhi oleh suatu metode kontrasepsi yang ideal ialah :

- 1) Aman / dapat dipercaya
- 2) Tidak menimbulkan efek yang mengganggu kesehatan
- 3) Daya kerjanya dapat diatur menurut kebutuhan
- 4) Tidak menimbulkan gangguan sewaktu melakukan koitus
- 5) Tidak memerlukan motivasi secara terus menerus
- 6) Mudah pelaksanaannya
- 7) Murah harganya sehingga dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat
- 8) Dapat diterima penggunaannya oleh pasangan yang bersangkutan

(Prawirohardjo, 2009)

c. Tujuan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi mempunyai dua tujuan yaitu

- 1) Tujuan Umum : Pemberian dukungan dan pementapan penerimaan gagasan KB yaitu dihayatinya norma keluarga kecil bahagia sejahtera (NKKBS).
- 2) Tujuan Khusus : Penurunan angka kelahiran yang bermakna (Hartanto, 2009).

Menurut Mansjoer (2009), tujuan kontrasepsi yaitu :

- 1) Menunda Kehamilan. Pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan menunda kehamilannya

- 2) Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan). Masa saat istri berusia 21 – 35 tahun adalah yang paling baik untuk melahirkan anak dengan jarak kelahiran 3 – 4 tahun.

d. Jenis –jenis kontrasepsi

- 1) Metode sederhana tanpa alat : Pantang berkala, Metode kalender, Metode suhu badan basal, Metode lendir serviks, *Metode simpto – termal*, *Coitus interuptus*. Sedangkan dengan menggunakan alat dibagi dua yaitu :

- a) Mekanis (*barrier*) : Kondom pria dan Barrier intra vaginal (diafragma, kap serviks, spons, dan kondom wanita)
- b) Kimiawi : *Spermisid* (vaginal cream, vaginal foam, vaginal jelly, vaginal suppositoria, vaginal tablet, vaginal soluble film).

- 2) Metode modern

- a) Kontrasepsi hormonal : Pil KB, Alat Kotrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ IUD, Suntikan KB, dan Susuk KB
- b) Kontrasepsi mantap : MOP dan MOW (Hartanto, 2009).

Berdasarkan lama efektivitasnya, kontrasepsi dapat dibagi menjadi:

- 1) MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang), yang termasuk dalam kategori ini adalah jenis susuk/ implant, IUD, MOP, MOW.
- 2) Non MKJP (Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang), yang termasuk dalam kategori ini adalah kondom, pil, suntik dan metode – metode selain metode MKJP (Hartanto, 2009).

e. Faktor - Faktor dalam Memilih Metode Kontrasepsi

1) Faktor Pasangan

- a) Usia
- b) Pengetahuan
- c) Gaya hidup
- d) Frekuensi sanggama
- e) Jumlah anak / paritas
- f) Pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu
- g) Sikap kewanitaan
- h) Sikap kepriaan

2) Faktor Kesehatan

- a) Status kesehatan
- b) Riwayat haid
- c) Riwayat keluarga
- d) Pemeriksaan fisik
- e) Pemeriksaan panggul

3) Faktor Metode Kontrasepsi

- a) Efektivitas
- b) Efek samping minor
- c) Kerugian
- d) Komplikasi-komplikasi yang potensial
- e) Biaya

Dalam hal memilih metode kontrasepsi, kita harus dapat memandangnya dari dua sudut :

1) Pihak calon akseptor

Dengan belum tersedianya metode kontrasepsi yang benar-benar 100% sempurna, maka ada 2 hal yang sangat penting yang ingin diketahui oleh pasangan calon akseptor, yaitu efektivitas dan keamanan

2) Pihak Medis / Petugas KB

Pihak medis atau petugas KB perlu memberikan konseling kepada calon akseptor tentang keuntungan dan kerugian jenis kontrasepsi yang dipilih, mengetahui indikasi maupun kontra indikasi dari tiap-tiap jenis kontrasepsi, mengetahui efek samping masing-masing jenis kontrasepsi, serta memberikan pengertian tentang pentingnya kerja sama suami-istri dalam program KB (Hartanto, 2009).

Faktor – faktor lain yang mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi pada peserta askeskin antara lain:

1) Usia Istri

Usia dalam hubungannya dengan pemakaian KB berperan sebagai faktor intrinsik. Usia berhubungan dengan struktur organ, fungsi faaliah, komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal seorang wanita. Perbedaan fungsi faaliah, komposisi biokimiawi, dan sistem hormonal pada suatu periode usia menyebabkan

perbedaan pada kontrasepsi yang dibutuhkan. Masa reproduksi (kesuburan) seorang wanita dibagi menjadi 3, yaitu :

- a) Masa menunda kehamilan (kesuburan)
- b) Masa mengatur kesuburan (menjarangkan)
- c) Masa mengakhiri kesuburan ini merupakan dasar pola penggunaan kontrasepsi secara rasional (Hartanto, 2009).

Masa reproduksi (kesuburan) ini merupakan dasar pola penggunaan kontrasepsi secara rasional.

a) Masa Menunda Kehamilan

Sebaiknya istri menunda kehamilan pertama sampai usia 20 tahun. Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai : Kembalinya kesuburan yang tinggi artinya kembalinya kesuburan dapat dijamin 100%. Ini penting karena akseptor belum mempunyai anak dan efektifitas yang tinggi. Hal ini penting karena kegagalan akan menyebabkan tujuan KB tidak tercapai. Prioritas kontrasepsi yang sesuai adalah Pil, AKDR, Cara sederhana (kondom, spermisida)

b) Masa Mengatur Kesuburan

Usia melahirkan terbaik bagi istri adalah usia 20 - 30 tahun.

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- (1) Kembalinya kesuburan (reversibilitas) cukup.
- (2) Efektifitas cukup tinggi.
- (3) Dapat dipakai 2 - 4 tahun, sesuai dengan jarak kehamilan yang aman untuk ibu dan anak.

(4) Tidak menghambat produksi ASI (air susu ibu) . Ini penting karena ASI adalah makanan terbaik bagi bayi sampai usia 2 tahun. Penggunaan ASI mempengaruhi angka kesakitan bayi atau anak. Prioritas kontrasepsi yang sesuai yaitu AKDR, Suntikan, Mini pil, Pil, Cara sederhana, *Norplant* (AKBK), Kontap (jika usia sekitar 30 tahun).

2) Masa Mengakhiri Kesuburan

Pada umumnya setelah keluarga mempunyai 2 anak dan usia istri telah melebihi 30 tahun, sebaiknya tidak hamil lagi. Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadi kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Selain itu akseptor sudah tidak ingin mempunyai anak lagi.
- b) Dapat dipakai untuk jangka panjang.
- c) Tidak menambah kelainan/penyakit yang sudah ada. Pada masa usia tua kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, dan metabolik meningkat. Oleh karena itu, sebaiknya tidak memberikan obat/kontrasepsi yang menambah kelainan/penyakit tersebut. Prioritas kontrasepsi yang sesuai yaitu Kontap. AKDR, *Norplant*, Suntikan, Mini pil, Pil, dan Cara sederhana (Hartanto, 2009).

3. KB Hormonal

a. Pengertian KB Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan *Estrogen* sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Handayani, 2010). Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen, dan upaya ini dapat dilakukan dengan menggunakan cara, alat atau obat-obatan (Atikah, 2010).

Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana *Estrogen* dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi (Manuaba, 2010).

b. Mekanisme KB Hormonal

Hormon *Estrogen* dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, *Estrogen* dapat menghambat pengeluaran *Folicle Stimulating Hormone* (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan *Folicle De Graaf* tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran *Hormone Luteinizing*

(LH). *Estrogen* mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi (Manuaba, 2010).

Selama siklus tanpa kehamilan, kadar *Estrogen* dan progesteron bervariasi dari hari ke hari. Bila salah satu hormon mencapai puncaknya, suatu mekanisme umpan balik menyebabkan mula-mula hipotalamus kemudian kelenjar *hypophyse* mengirimkan isyarat-isyarat kepada ovarium untuk mengurangi sekresi dari hormon tersebut dan menambah sekresi dari hormon lainnya. Bila terjadi kehamilan, maka *Estrogen* dan progesteron akan tetap dibuat bahkan dalam jumlah lebih banyak tetapi tanpa adanya puncak-puncak siklus, sehingga akan mencegah ovulasi selanjutnya. *Estrogen* bekerja secara primer untuk membantu pengaturan hormon *realising factors of hipotalamus*, membantu pertumbuhan dan pematangan dari ovum di dalam ovarium dan merangsang perkembangan endometrium. Progesteron bekerja secara primer menekan atau depresi dan melawan isyarat-isyarat dari hipotalamus dan mencegah pelepasan ovum yang terlalu dini atau prematur dari ovarium, serta juga merangsang perkembangan dari endometrium (Hartanto, 2009).

Lamanya pemakaian kontrasepsi hormonal terjadi perubahan kontinuitas setelah 1 tahun pemakaian minipil <50% yang masih tetap menggunakan minipil, kontinuitas dari pemakaian suntikan ini 50 sampai 75% akseptor tetap menggunakannya setelah 1 tahun, dan

kontinuitas penggunaan implant yaitu lebih dari 2/3 akseptor memakainya untuk sekurang-kurangnya 2 tahun, setelah 1 tahun kontinuitasnya 87-95% dan setelah 2 tahun 66-92%, serta setelah 5 tahun 42-78% (Hartanto, 2009).

c. Macam – Macam KB Hormonal

Jenis kontrasepsi hormonal minipil, suntikan depo dan implant yaitu :

1) Minipil (Kontrasepsi Pil)

Minipil ini berisi progesteron yang dapat mengganggu ovulasi, mengubah lendir serviks endometrium dan implantasi. Dan ini merupakan tablet harian yang tanpa estrogen, namun kerugian dari minipil adalah tingginya insiden gangguan menstruasi dengan amenorea atau perdarahan ireguler. Terdapat dua jenis kandungan dalam pil KB yaitu pil dengan kombinasi estrogen/progestin dan minipil yang hanya mengandung progestin saja. Kontinuitas setelah 1 tahun pemakaian minipil <50% yang masih tetap menggunakan minipil (Hartanto, 2009).

Pengertian Pil oral akan menggantikan produksi normal *Estrogen* dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan releasing factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi juga menimbulkan gejala-gejala *pseudo pregnancy* (kehamilan

palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2009) Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5- 99,9% dan 97% (Handayani, 2010).

Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

- a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *Estrogen* atau *progestin*, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.
- b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *Estrogen*, *progestin*, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.
- c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *Estrogen* atau *progestin*, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

Adapun Cara kerja KB Pil menurut Saifuddin AB, (2010) yaitu:

- a) Menekan ovulasi
- b) Mencegah implantasi
- c) Mengentalkan lendir serviks
- d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

Keuntungan KB Pil menurut Handayani (2010) yaitu:

- a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- e) Mudah dihentikan setiap saat
- f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, disminorhea.

Indikasi kontrasepsi pil menurut Handayani, (2010) yaitu :

- a) Usia reproduksi.
- b) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.
- c) Pasca persalinan dan tidak menyusui (minipil).
- d) Menyusui.
- e) Pasca keguguran.
- f) Riwayat kehamilan ektopik.
- g) Siklus haid tidak teratur.

Kontraindikasi kontrasepsi Pil menurut Handayani, (2010)

yaitu :

- a) Kanker payudara dan organ reproduksi.
- b) Penyakit kuning.

- c) Penyakit pembuluh darah.
- d) Tekanan darah tinggi, Gangguan jantung.
- e) Perdarahan abnormal, Varises.
- f) Sakit kepala yang hebat.
- g) Penyakit kencing manis.

Efek Samping Kontrasepsi Pil menurut Handayani, (2010)

yaitu :

- a) Perdarahan pervaginam dan Amenorrhoe.
- b) Mual, pusing atau muntah.
- c) Perubahan Berat Badan

(Handayani, 2010).

2) Suntikan progestin

Kontrasepsi suntik adalah bentuk kontrasepsi yang sangat efektif karena angka kegagalan penggunaannya lebih kecil (Hartanto, 2009).

Merupakan alat kontrasepsi dengan kandungan progesteron depot dengan kerja mengganggu ovulasi, mengubah lendir serviks endometrium, dan implantasi. Ini disuntikan intramuskular pada hari ke-5 siklus menstruasi atau pascapartus. Metode ini dapat digunakan untuk jangka panjang yaitu setiap 3 bulan sekali. Namun kerugian dari suntikan progestin adalah tingginya insiden gangguan menstruasi dengan amenorea atau perdarahan ireguler.

Kontinuitas dari pemakaian suntikan ini 50 sampai 75% akseptor tetap menggunakannya setelah 1 tahun (Hartanto, 2009).

Macam-macam kontrasepsi suntik :

- a) Suntikan kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintesis *Estrogen* dan progesteron. Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol valerat, 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat.
- b) Suntikan *progestin* merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron.

(Handayani, 2010).

Mekanisme kerja KB suntik

Kontrasepsi ini menyebabkan lendir servik mengental sehingga menghentikan daya tembus sperma, mengubah endometrium menjadi tidak cocok untuk implantasi, dan mengurangi fungsi tuba falopi (Hartanto, 2009).

Efektifitas KB suntik sangat baik *Depo Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA) maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi. Kurang dari 1 per 100 wanita akan mengalami kehamilan dalam satu tahun pemakaian DMPA, dan 2 per 100 wanita per tahun pemakaian NET EN. Kontraindikasi KB suntik WHO menganjurkan untuk tidak menggunakan kontrasepsi suntikan pada :

- a) Kehamilan
- b) Karsinoma payudara
- c) Karsinoma traktus genitalia
- d) Perdarahan abnormal uterus (Hartanto, 2009).

Kerugian KB suntik yaitu Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak atau amenorea, Keterlambatan kembali subur sampai satu tahun, depresi, berat badan meningkat, galaktore, setelah diberikan tidak dapat ditarik kembali, dapat berkaitan dengan *osteoporosis* pada pemakaian jangka panjang, efek suntikan pada kanker payudara, faktor resiko kanker payudara pada pemakaian KB suntik ternyata sama dengan pemakaian Pil kombinasi. Sedangkan keuntungan KB suntik yaitu

- a) Efektivitas tinggi dan bertahan sampai 8 - 12 minggu
- b) Penurunan *disminorea* dan *menoragi* yang menyebabkan anemia berkurang
- c) Penurunan gejala premenstruasi
- d) Penyakit radang panggul berkurang
- e) Kemungkinan penurunan endometriosis karena pengentalan lendir serviks
- f) Efektivitas tidak berkurang karena diare, muntah, atau penggunaan antibiotic (Handayani, 2010)

3) Implant

Implant juga merupakan alat kontrasepsi dengan kandungan progesteron, dan prinsip kerja serupa, ini dipasang di subkutan pada lengan atas melalui insisi kulit kecil dengan anestesi lokal. Metode ini sangat menguntungkan Karena bisa digunakan untuk jangka waktu yang sangat panjang, namun mempunyai efek samping sama seperti minipil dan suntikan depot. Kontinuitas penggunaan implant yaitu lebih dari 2/3 akseptor memakainya untuk sekurang-kurangnya 2 tahun, setelah 1 tahun kontinuitasnya 87-95% dan setelah 2 tahun 66-92%, serta setelah 5 tahun 42-78% (Hartanto, 2009).

Kontrasepsi adalah suatu upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung *levonogestrel* yang dibungkus dalam kapsul silasticsilikon (*polidemetasilixane*) dan di susukkan dibawah kulit (Sarwono, 2009). Jenis – jenis kontrasepsi

- a) Norplant Terdiri dari 6 batang silastis lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg *levonogestrel* dan lama kerjanya 5 tahun.
- b) Implanon Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang di isi dengan 68 mg 3- *keto- desogestrel* dan lama kerjanya 3 tahun.

- c) Jadena Terdiri dari 2 batang yang di isi dengan 75 mg *levonogestrel* dan lama kerja 3 tahun. 3. Efektifitas Implant merupakan kontrasepsi yang paling tinggi daya gunanya. Kegagalan adalah 0,3 per 100 tahun–wanita (Sarwono 2009).

Mekanisme kerja yaitu :

- a) Lendir servik menjadi kental
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- c) Mengurangi transportasi sperma
- d) Menekan ovulasi

Waktu mulai menggunakan Implant menurut Sarwono (2009) yaitu :

- a) Implant dapat dipasang selama siklus haid hari ke -2 sampai hari ke - 7
- b) Bila tidak hamil dapat dilakukan setiap saat
- c) Saat menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan
- d) Pasca keguguran implant dapat segera di insersikan
- e) Bila setelah beberapa minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari

Keuntungan kontrasepsi implant menurut Sarwono (2009) yaitu :

- a) Daya guna tinggi
- b) Perlindungan jangka panjang
- c) Pengambilan tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- d) Bebas dari pengaruh *Estrogen*
- e) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- f) Tidak mengganggu ASI
- g) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
- h) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan (Sarwono 2009)

Kerugian kontrasepsi implant menurut Sarwono (2009) yaitu :

- a) Menimbulkan gangguan menstruasi yaitu tidak dapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur
- b) Berat badan bertambah
- c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara
- d) Liang senggama terasa kering

Indikasi kontrasepsi implant menurut Sarwono (2009) yaitu :

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak
- c) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
- d) Pasca persalinan tidak menyusui
- e) Pasca keguguran
- f) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi

g) Riwayat kehamilan ektopik

h) Tekanan darah

Kontraindikasi Kontrasepsi Implant menurut Sarwono (2009)

yaitu :

a) Hamil atau diduga hamil

b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

c) Benjolan / kanker payudara atau riwayat kanker payudara

d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi

e) Miom uterus dan kanker payudara

f) Gangguan toleransi glukosa.

Pemasangan kontrasepsi implant biasanya dilakukan dibagian atas (bawah kulit) pada lengan kiri wanita (lengan kanan bagian yang kidal), agar tidak mengganggu kegiatan. Implant dapat dipasang pada waktu menstruasi atau setelah melahirkan oleh dokter atau bidan yang terlatih. Sebelum pemasangan dilakukan pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu dan juga disuntik untuk mencegah rasa sakit. Luka bekas pemasangan harus dijaga agar tetap bersih kering dan tidak boleh terkena air selama 5 hari. Pemeriksaan ulang dilakukan oleh dokter seminggu setelah pemasangan. Setelah itu setahun sekali selama pemakaian dan setelah 5 tahun implant harus diambil atau di lepas (Sarwono 2009).

d. Efek Penggunaan KB Hormonal

Adapun efek samping akibat kelebihan hormon *Estrogen*, efek samping yang sering terjadi yaitu rasa mual, retensi cairan, sakit kepala, nyeri pada payudara, dan fluor albus atau keputihan. Rasa mual kadang-kadang disertai muntah, diare, dan rasa perut kembung. Retensi cairan disebabkan oleh kurangnya pengeluaran air dan natrium, dan dapat meningkatkan berat badan. Sakit kepala disebabkan oleh retensi cairan. Kepada penderita pemberian garam perlu dikurangi dan dapat diberikan diuretik. Kadang - kadang efek samping demikian mengganggu akseptor, sehingga hendak menghentikan kontrasepsi hormonal tersebut. Dalam kondisi tersebut, akseptor dianjurkan untuk melanjutkan kontrasepsi hormonal dengan kandungan hormon *Estrogen* yang lebih rendah. Selain efek samping kelebihan hormon *Estrogen*, hormon progesteron juga memiliki efek samping jika dalam dosis yang berlebihan dapat menyebabkan perdarahan tidak teratur, bertambahnya nafsu makan disertai bertambahnya berat badan, acne (jerawat), alopsia, kadang-kadang payudara mengecil, fluor albus (keputihan), *Hipomenorea*. Fluor albus yang kadang-kadang ditemukan pada kontrasepsi hormonal dengan progesteron dalam dosis tinggi, disebabkan oleh meningkatnya infeksi dengan *candida albicans* (Wiknjosastro, 2009).

Sedangkan menurut Manuaba, (2010) efek samping dibagi menjadi dua komponen yaitu hormon *Estrogen* dan progesteron dapat menyebabkan gejala sebagai berikut :

- 1) Komponen *Estrogen*
 - a) Mudah tersinggung
 - b) Tegang
 - c) Retensi air garam
 - d) Berat badan bertambah,
 - e) Menimbulkan nyeri kepala
 - f) Perdarahan banyak saat menstruasi
 - g) Meningkatkan pengeluaran leukorhea
 - h) Menimbulkan perlunakan serviks.
- 2) Komponen progesteron
 - a) Payudara tegang
 - b) Acne (jerawat)
 - c) Kulit dan rambut kering
 - d) Menstruasi berkurang
 - e) Kaki dan tangan sering kram

4. Gangguan Menstruasi

Secara berkala, perempuan normal akan mengalami menstruasi secara teratur. Menstruasi atau yang lebih sering dikenal dengan istilah haid merupakan peluruhan dinding rahim yang terdiri atas darah dan jaringan tubuh. Proses ini berlangsung rutin setiap bulan pada setiap perempuan

normal. Umumnya tidak ada keluhan berarti berkaitan dengan kedatangannya kecuali sedikit mulas atau ketidakstabilan emosi. Tetapi ada pula perempuan yang memiliki keluhan lebih mendalam karena proses menstruasinya sudah dirasakan baik siklus, jumlah darah atau nyerinya. (Kumalasari, 2012)

a. Gangguan Siklus Menstruasi

1) Pengertian Siklus Menstruasi

Siklus menstruasi normal terjadi setiap 21 – 35 hari dan berlangsung sekitar 2 – 7 hari. Pada saat menstruasi jumlah darah yang hilang diperkirakan 35 – 150 ml biasanya berjumlah banyak hingga hari kedua dan selanjutnya berkurang sampai menstruasi berakhir. Sedangkan jika siklus menstruasi kurang dari 21 hari disebut polimenorea dan siklus menstruasi lebih dari 35 hari disebut oligomenorea (Proverawati, 2009).

2) Fisiologis Siklus Menstruasi

Fungsi menstruasi normal merupakan hasil interaksi antara hipotalamus, hipofisis, dan ovarium dengan perubahan-perubahan terkait pada jaringan sasaran pada saluran reproduksi normal, ovarium memainkan peranan penting dalam proses ini, karena tampaknya bertanggung jawab dalam pengaturan perubahan-perubahan siklik maupun lama siklus menstruasi (Bobak, 2009).

Menstruasi disertai ovulasi terjadi selang beberapa bulan sampai 2-3 tahun setelah menarche yang berlangsung sekitar

umur 17 -18 tahun. Dengan memperhatikan komponen yang mengatur menstruasi dapat dikemukakan bahwa setiap penyimpangan system akan terjadi penyimpangan pada patrum umum menstruasi. Pada umumnya menstruasi akan berlangsung setiap 28 hari selama ± 7 hari. Lama perdarahannya sekitas 3-5 hari dengan jumlah darah yang hilang sekitar 30-40 cc. Puncak pendarahannya hari ke-2 atau 3 hal ini dapat dilihat dari jumlah pemakaian pembalut sekitar 2-3 buah. Diikuti fase proliferasi sekitar 6-8 hari (Manuaba dkk, 2010).

3) Tahapan Siklus Mentruasi

Menurut Bobak (2009), ada beberapa rangkaian dari siklus menstruasi, yaitu:

a) Siklus Endomentrium terdiri dari empat fase, yaitu :

(1) Fase menstruasi

Pada fase ini, endometrium terlepas dari dinding uterus dengan disertai pendarahan dan lapisan yang masih utuh hanya stratum basale. Rata-rata fase ini berlangsung selama lima hari (rentang 3-6 hari). Pada awal fase menstruasi kadar *Estrogen*, progesteron, LH (*Lutenizing Hormon*) menurun atau pada kadar terendahnya selama siklus dan kadar FSH (*Folikel Stimulating Hormon*) baru mulai meningkat.

(2) Fase proliferasi

Fase proliferasi merupakan periode pertumbuhan cepat yang berlangsung sejak sekitar hari ke-5 sampai hari ke-14 dari siklus haid, misalnya hari ke-10 siklus 24 hari, hari ke-15 siklus 28 hari, hari ke-18 siklus 32 hari. Permukaan endometrium secara lengkap kembali normal sekitar empat hari atau menjelang perdarahan berhenti. Dalam fase ini endometrium tumbuh menjadi setebal \pm 3,5 mm atau sekitar 8-10 kali lipat dari semula, yang akan berakhir saat ovulasi. Fase proliferasi tergantung pada stimulasi *Estrogen* yang berasal dari folikel ovarium.

(3) Fase sekresi/luteal

Fase sekresi berlangsung sejak hari ovulasi sampai sekitar tiga hari sebelum periode menstruasi berikutnya. Pada akhir fase sekresi, endometrium sekretorius yang matang dengan sempurna mencapai ketebalan seperti beludru yang tebal dan halus. Endometrium menjadi kaya dengan darah dan sekresi kelenjar.

(4) Fase iskemi/premenstrual

Implantasi atau nidasi ovum yang dibuahi terjadi sekitar 7 sampai 10 hari setelah ovulasi. Apabila tidak terjadi pembuahan dan implantasi, korpus luteum yang mensekresi *Estrogen* dan *progesterone* menyusut. Seiring

penyusutan kadar *Estrogen* dan *progesterone* yang cepat, arteri spiral menjadi spasme, sehingga suplai darah ke endometrium fungsional terhenti dan terjadi nekrosis. Lapisan fungsional terpisah dari lapisan basal dan perdarahan menstruasi dimulai.

b) Siklus Ovulasi

Ovulasi merupakan peningkatan kadar *Estrogen* yang menghambat pengeluaran FSH, kemudian hipofise mengeluarkan LH (*lutening hormone*). Peningkatan kadar LH merangsang pelepasan oosit sekunder dari folikel. Folikel primer primitif berisi oosit yang tidak matur (sel primordial). Sebelum ovulasi, satu sampai 30 folikel mulai matur didalam ovarium dibawah pengaruh FSH dan *Estrogen*. Lonjakan LH sebelum terjadi ovulasi mempengaruhi folikel yang terpilih. Di dalam folikel yang terpilih, oosit matur dan terjadi ovulasi, folikel yang kosong memulai berformasi menjadi korpus luteum. Korpus luteum mencapai puncak aktivitas fungsional 8 hari setelah ovulasi, dan mensekresi baik hormon *Estrogen* maupun progesteron. Apabila tidak terjadi implantasi, korpus luteum berkurang dan kadar hormon menurun. Sehingga lapisan fungsional endometrium tidak dapat bertahan dan akhirnya luruh.

c) Siklus *Hipofisis-hipotalamus*

Menjelang akhir siklus menstruasi yang normal, kadar *Estrogen* dan *progesterone* darah menurun. Kadar hormon ovarium yang rendah dalam darah ini menstimulasi hipotalamus untuk mensekresi gonadotropin releasing hormone (Gn-RH). Sebaliknya, Gn-RH menstimulasi sekresi *folikel stimulating hormone* (FSH). FSH menstimulasi perkembangan *folikel de graaf* ovarium dan produksi *Estrogennya*. Kadar *Estrogen* mulai menurun dan Gn-RH hipotalamus memicu hipofisis anterior untuk mengeluarkan *lutening hormone* (LH). LH mencapai puncak pada sekitar hari ke-13 atau ke-14 dari siklus 28 hari. Apabila tidak terjadi fertilisasi dan implantasi ovum pada masa ini, korpus luteum menyusut, oleh karena itu kadar *Estrogen* dan *progesterone* menurun, maka terjadi menstruasi

4) Faktor yang Mempengaruhi Siklus Menstruasi

Menurut Praworohardjo (2010), ada beberapa factor yang memegang peranan dalam siklus menstruasi antara lain :

a) Faktor enzim

Dalam fase proliferasi *Estrogen* mempengaruhi tersimpannya enzim-enzim hidrolitik dalam endometrium, serta merangsang pembentukan glikogen dan asam-asam mukopolisakarida. Zat -zat yang terakhir ini ikut berperan

dalam pembangunan endometrium, khususnya dengan pembentukan stroma di bagian bawahnya. Pada pertengahan fase luteal sintesis mukopolisakarida terhenti, yang berakibat mempertinggi permeabilitas pembuluh-pembuluh darah yang sudah berkembang sejak permulaan fase proliferasi. Dengan demikian lebih banyak zat-zat makanan mengalir ke stroma endometrium sebagai persiapan untuk implantasi ovum apabila terjadi kehamilan. Jika kehamilan tidak terjadi, maka dengan menurunnya kadar *progesterone*, enzim-enzim hidrolitik dilepaskan, karena itu timbul gangguan dalam metabolisme endometrium yang mengakibatkan regresi endometrium dan perdarahan.

b) Faktor vaskuler

Mulai fase proliferasi terjadi pembentukan sistem vaskularisasi dalam lapisan fungsional endometrium. Pada pertumbuhan endometrium ikut tumbuh pula arteri-arteri, vena-vena. Dengan regresi endometrium timbul statis dalam vena serta saluran-saluran yang menghubungkannya dengan arteri, dan akhirnya terjadi nekrosis dan perdarahan dengan pembentukan hematoma baik dari arteri maupun dari vena.

c) Faktor prostaglandin

Endometrium mengandung banyak prostaglandin E₂ dan F₂. dengan desintegrasi endometrium, prostaglandin terlepas

dan menyebabkan berkontraksinya miometrium sebagai suatu faktor untuk membatasi perdarahan pada haid.

Wanita dalam kehidupannya tidak luput dari adanya siklus haid normal yang terjadi secara periodik. Penyebab gangguan haid dapat karena gangguan psikologis seperti stres maupun emosi. Kelainan siklus menstruasi merupakan penyebab infertilitas yang penting. Disfungsi ovulasi berjumlah 10-25% dari kasus infertilitas wanita. Gangguan nutrisi yang berat, penurunan berat badan, dan aktivitas yang berat adalah berhubungan dengan gangguan ovulasi. Obesitas juga disertai dengan siklus anovulatorik karena peningkatan tonik kadar *Estrogen*, sedangkan stres berat menyebabkan anovulasi atau amenore.

Ovulasi yang jarang, endometritis dapat menyebabkan infertilitas. Nyeri haid seringkali dianggap sebagai gejala khas dari endometritis. Sebanyak dua pertiga dari wanita-wanita yang dirawat di rumah sakit untuk perdarahan disfungsi berumur diatas 40 tahun dan 3% dibawah 20 tahunan. Sebetulnya dalam praktik banyak dijumpai perdarahan disfungsi dalam masa pubertas, namun karena keadaan ini biasanya dapat sembuh sendiri, jarang diperlakukan perawatan di rumah sakit. (Purwoastuti, 2015)

Disfungsi menstruasi ini berdasarkan fungsi dari ovarium yang berhubungan dengan anovulasi dan gangguan fase luteal. Disfungsi ovulasi tersebut dapat menyebabkan gangguan pola menstruasi.

Lamanya menstruasi dapat dipengaruhi oleh keadaan *dysmenorhea* atau gejala lain. Gangguan perdarahan menstruasi dapat menimbulkan resiko patologis apabila dihubungkan dengan banyaknya kehilangan darah, mengganggu aktivitas sehari-hari, adanya indikasi inkompatibel ovarium pada saat konsepsi atau adanya tanda-tanda kanker. (Kusmiran, 2013)

b. Amenorea

Amenorea adalah keadaan tidak terjadinya menstruasi pada seorang wanita. Hal tersebut terjadi pada masa sebelum pubertas, kehamilan dan menyusui serta setelah menopause. Siklus menstruasi normal meliputi interaksi antara kompleks hipotalamus-hipofisi-aksis indung telur serta organ reproduksi yang sehat. Amenorea fisiologis terjadi sebelum menarche dan pada saat kehamilan, menyusui serta menopause. Amenorea terdiri dari 2 jenis, antara lain :

1) Amenorea Primer

Amenorea primer adalah keadaan tidak terjadinya menstruasi pada wanita usia 16 tahun. Amenorea primer terjadi pada 0,1-2,3% wanita usia reproduksi. (Purwoastuti, 2015). Penyebab tersering dari amenorea primer adalah :

- a) Pubertas terlambat
- b) Kegagalan dari fungsi indung telur
- c) Agenesis uterovaginal (tidak tumbuhnya organ rahim dan vagina)

d) Gangguan pada syaraf pusat

2) Amenorea Sekunder

Amenorea sekunder adalah tidak terjadinya menstruasi selama 3 siklus atau 6 siklus setelah sebelumnya mendapatkan siklus menstruasi biasa. Angka kejadian berkisar antara 1-5%. (Purwoastuti, 2015). Penyebab amenorea sekunder adalah:

- a) Obat-obatan
- b) Stress dan depresi
- c) Nutrisi yang kurang, penurunan berat badan berlebihan, olahraga berlebihan dan obesitas

Gejalanya bervariasi, tergantung pada penyebabnya:

- 1) Sakit kepala
- 2) Penurunan atau penambahan berat badan yang berarti

Tanda amenorea adalah tidak didapatkannya menstruasi pada usia 16 tahun, dengan atau tanpa perkembangan seksual sekunder (perkembangan payudara, perkembangan rambut pubis) atau kondisi dimana wanita tersebut tidak mendapatkan menstruasi padahal sebelumnya sudah pernah mendapatkan menstruasi. Gejala lainnya tergantung dari apa yang menyebabkan terjadinya amenorea. (Purwoastuti, 2015)

Terapi pada amenorea tergantung pada etiologinya. Secara umum berupa pemberian hormone-hormon yang merangsang ovulasi; iradiasi (penyinaran) dari ovarium; pengembalian keadaan

umum; menyeimbangkan antara kerja, rekseasi, dan istirahat; serta pembedahan untuk mengangkat tumor jika penyebabnya adalah tumor. (Kumalasri, 2012)

b. Oligomenorea

Oligomenorea merupakan suatu keadaan dimana siklus menstruasi memanjang lebih dari 35 hari, sedangkan jumlah perdarahan tetap sama. Wanita yang mengalami oligomenorea akan mengalami menstruasi yang lebih jarang dari biasanya. Namun, jika berhentinya siklus menstruasi ini berlangsung selama lebih dari 3 bulan, maka kondisi tersebut dikenal sebagai amenorea sekunder.

Oligomenorea biasanya terjadi akibat adanya gangguan keseimbangan hormonal pada aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium. Gangguan hormone tersebut menyebabkan lamanya siklus menstruasi normal menjadi memanjang, sehingga menstruasi menjadi lebih jarang terjadi. (Purwoastuti, 2015). Penyebab oligomenorea antara lain :

- 1) Stres dan depresi
- 2) Sakit kronik
- 3) Pasien dengan gangguan makan (anorexia nervosa, bulimia)
- 4) Penurunan berat badan berlebihan
- 5) Olahraga berlebihan, misalnya atlet
- 6) Adanya tumor yang melepaskan estrogen

- 7) Adanya kelainan pada struktur rahim atau serviks yang menghambat pengeluaran darah menstruasi
- 8) Penggunaan obat-obatan tertentu

Umumnya oligomenorea tidak menyebabkan masalah, namun pada beberapa kasus oligomenorea dapat menyebabkan gangguan kesuburan. (Purwoastuti, 2015)

c. Polimenorea

Seorang wanita mengalami siklus menstruasi yang lebih sering, dikenal dengan istilah polimenorea. Wanita dengan polimenorea akan mengalami menstruasi hingga dua kali atau lebih dalam sebulan, dengan pola yang teratur dan jumlah perdarahan yang relative sama atau lebih banyak dari biasanya. (Purwoastuti, 2015)

Timbulnya menstruasi yang lebih sering ini tentunya akan menimbulkan kekhawatiran pada wanita yang mengalaminya. Polimenorea dapat terjadi akibat adanya ketidakseimbangan sistem hormonal pada aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium. Ketidakseimbangan hormone tersebut dapat mengakibatkan gangguan pada proses ovulasi (pelepasan sel telur) atau memendeknya waktu yang dibutuhkan untuk berlangsungnya suatu siklus menstruasi normal sehingga didapatkan menstruasi yang lebih sering. Gangguan keseimbangan hormone dapat terjadi pada :

- 1) Beberapa tahun menjelang menopause
- 2) Gangguan indung telur

- 3) Stres dan depresi
- 4) Pasien dengan gangguan makan (anorexia nervosa dan bulimia)
- 5) Penurunan berat badan berlebihan
- 6) Obesitas
- 7) Olahraga berlebihan, misalnya atlet
- 8) Penggunaan obat-obatan tertentu, seperti antikoagulan, NAID aspirin

(Purwoastuti, 2015)

d. Hipomenorea

Hipomenorea adalah perdarahan haid yang lebih pendek dan atau lebih kurang dari biasa, sebab kelainan ini terletak pada konststitusi penderita, pada uterus (misal sesudah operasi mioma). *Hipomenorea* tidak mengganggu fertilitas. Hipomenorea adalah perdarahan dengan jumlah darah sedikit, melakukan pergantian pembalut sebanyak 1-2 kali per hari, selama 1-2 hari saja. Perdarahan haid yang jumlahnya <40ml. (Purwoastuti, 2015)

Hipomenorea disebabkan oleh karena kesuburan endometrium kurang akibat dari kurang gizi, penyakit menahun maupun kelainan hormonal. Sering disebabkan karena gangguan endokrin. Kekurangan estrogen maupun progesteron, stenosis hymen, stenosis eriks uteri. (Purwoastuti, 2015)

e. *Hipermenorea*

Hipermenorea adalah perdarahan haid yang banyak dan lebih lama dari normal, yaitu 6-7 hari dan ganti pembalut 5-6 kali perhari. Haid normal biasanya 3-5 hari, jumlah darah rata-rata 3cc, kira-kira 2-3 kali ganti pembalut per hari. Penyebab *hiperminorea* bisa berasal dari rahim berupa mioma uteri (tumor jinak dari otot rahim, infeksi pada rahim atau hiperplasia endometrium (penebalan lapisan dalam rahim). Dapat juga disebabkan oleh kelainan di luar rahim (anemia, gangguan pembekuan darah) juga bisa disebabkan oleh kelainan hormonal (gangguan endokrin. (Purwoastuti, 2015). Tanda dan gejala *Hipermenorea* antara lain :

- 1) Masa menstruasi lebih dari 7 hari
- 2) Aliran menstruasi yang terus menerus selama beberapa jam
- 3) Perdarahan yang banyak sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari
- 4) Nyeri terus menerus pada bagian perut bagian bawah selama masa menstruasi
- 5) Waktu menstruasi tidak teratur
- 6) Keletihan dan kelelahan

f. *Dismenorea*

Dismenorea adalah nyeri pada waktu haid terasa di perut bagian bawah, nyeri terasa sebelum, selama dan setelah haid. Dapat bersifat kholik atau terus menerus. *Dismenorea* berasal dari kram rahim dan

terjadi selama menstruasi. Disebut dismenorea primer jika ditemukan penyebab yang mendasar. Nyeri pada dismenorea primer diduga berasal dari kontraksi rahim yang dirangsang oleh prostaglandin. (Lumongga, 2013)

5. Konsep Dasar Penambahan Berat Badan Pada Kontrasepsi Hormonal

Pemakaian kontrasepsi suntik baik kontrasepsi suntik bulanan maupun tribulanan mempunyai efek samping utama yaitu perubahan berat badan. Faktor yang mempengaruhi perubahan berat badan akseptor KB suntik adalah adanya hormon progesteron yang kuat sehingga merangsang hormon nafsu makan yang ada di hipotalamus. Dengan adanya nafsu makan yang lebih banyak dari biasanya tubuh akan kelebihan zat-zat gizi. Kelebihan zat-zat gizi oleh hormon progesteron dirubah menjadi lemak dan disimpan di bawah kulit. Perubahan berat badan ini akibat adanya penumpukan lemak yang berlebih hasil sintesa dari karbohidrat menjadi lemak (Hartanto, 2009).

Hipotesa para ahli, DMPA merangsang pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari pada biasanya. Umumnya pertambahan berat badan DMPA tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh bukan karena retensi cairan tubuh (Hartanto, 2009).

Pada kontrasepsi suntik bulanan efek samping terhadap berat badan sangatlah ringan, umumnya penambahan berat badan sedikit (Hartanto, 2009). Pada pemakaian cyclofem berat badan meningkat rata-rata 2-3 kilogram tahun pertama pemakaian, dan terus bertambah selama tahun kedua (Varney, 2009).

B. Penelitian Terkait

1. Hidayatun, (2017) yang berjudul hubungan lama penggunaan kb suntik *progestin* dengan kejadian gangguan siklus menstruasi pada akseptor KB suntik *progestin* di BPM Widyawati Bantul menggunakan metode *survey analitik* dengan studi dokumentasi. Sampel penelitian 130 responden dengan teknik total sampling. Instrumen yang digunakan format pengambilan data dan analisis data yang digunakan adalah *Chi-Square*. Hasil analisis data didapatkan penggunaan KB suntik > 1 tahun sebanyak 80 (61,5%) dan ≤ 1 tahun sebanyak 50 (38,5%). Serta yang mengalami gangguan siklus menstruasi tidak normal sebanyak 77 (59,2%) dan tidak mengalami gangguan siklus menstruasi sebanyak 53 (40,8%). Hasil uji statistik dengan nilai *p-value* 0.00 dan nilai *koefisien kontingensi* yaitu 0,730 yang berarti adanya hubungan antara lama penggunaan KB suntik *progestin* dengan kejadian gangguan siklus menstruasi.
2. Jannati, (2015) tentang hubungan lama pemakaian alat kontrasepsi suntikan dengan gangguan siklus menstruasi pada akseptor KB di Puskesmas Peukan Bada Kabupaten Aceh Besar Tahun 2015 dengan metodologi penelitian ini bersifat *analitik* dengan pendekatan *Cross*

Sectional, dengan populasi yang berjumlah 121 orang. Sampel diambil menggunakan rumus lameshow mendapatkan sebanyak 92 sampel. Hasil Penelitian : Diperoleh hasil bahwa yang jumlah aseptor KB di Puskesmas Peukan Bada Bada Sebanyak 92 orang, yang lama pemakaian alat kontrasepsi satu tahun sebanyak 52 orang (56,5%), dari 92 responden yang terganggu siklus menstruasi yaitu sebanyak 57 responden (62%), dan dari analisa yang lamanya pemakaian kontrasepsi suntikan satu tahun yaitu sebanyak 28 responden (53,8%) tidak terganggu siklus menstruasi. Kesimpulan : Terdapat hubungan antara lama pemakaian alat kontrasepsi suntikan dengan gangguan siklus menstruasi di Puskesmas Peukan Bada Kabupaten Aceh Besar Tahun 2015 nilai P value = 0,001 ($p < 0.05$).

3. Darmawati tahun 2012 yang berjudul hubungan lama penggunaan kontrasepsi hormonal dengan kenaikan berat badan pada akseptor kontrasepsi hormonal di Desa Batoh Tahun 2012 Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan penggunaan kontrasepsi hormonal dengan kenaikan berat badan. Penelitian ini merupakan *deskriptif kolerasional* dengan desain *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling* dengan jumlah sampel 54 responden yang menggunakan kontrasepsi hormonal. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan penimbangan berat badan. Hasil univariat lama penggunaan hormonal lebih dari satu tahun sebanyak 38 (67,9%) responden dan kenaikan berat badan sebanyak 46 (85,2%) dan hasil analisa data dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan bahwa

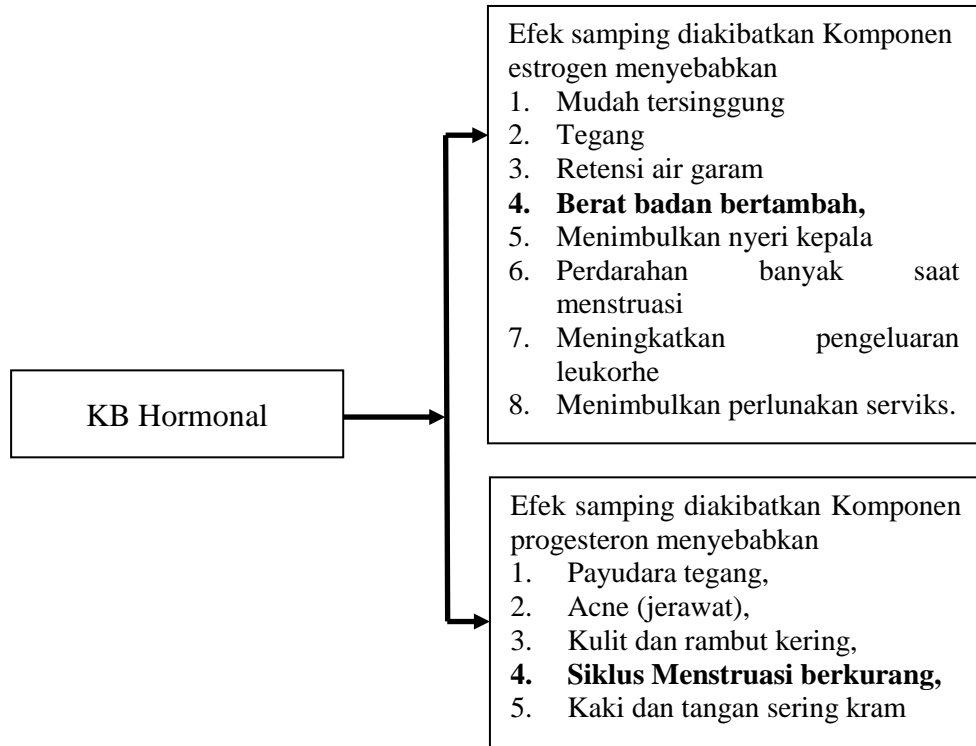
ada hubungan antara penggunaan kontrasepsi suntikan dengan kenaikan berat badan ($p\text{-value} = 0,000$) dan ada hubungan antara penggunaan kontrasepsi pil/implant dengan kenaikan berat badan ($p\text{-value} = 0,006$).

4. Felina, (2012) tentang hubungan lama penggunaan kb suntik 3 bulan dengan siklus menstruasi pada akseptor KB suntik di Jorong Batu Limbak Nagari Simawang Kecamatan Rambatan Kabupaten Tanah Datar. Penelitian ini adalah observasional analitik dengan rancangan *cross sectional study* yang dilaksanakan pada Juni 2012. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu akseptor KB suntik sebanyak 46 orang. Semua populasi dijadikan subjek dalam penelitian yaitu 46 orang. Data diolah dengan menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian didapatkan distribusi frekuensi lama penggunaan KB suntik 3 bulan kategori lama (≥ 2 tahun) sebanyak 56,5 % (26 orang) dan distribusi frekuensi siklus menstruasi akseptor KB suntik yang siklus haidnya tidak teratur sebanyak 67,4 % (31 orang). Hasil uji *chi-square* hubungan lama penggunaan KB suntik 3 bulan dengan siklus menstruasi didapatkan nilai $P\text{ value } 0,012 (< 0,05)$, maka secara statistik terdapat hubungan antara lama penggunaan KB suntik 3 bulan dengan siklus menstruasi.

C. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah ringkasan dari tinjauan pustaka yang digunakan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diteliti (diamati) yang berkaitan dengan konteks ilmu pengetahuan yang digunakan untuk menggabungkan kerangka konsep penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Gambar . 2.1
Kerangka Teori

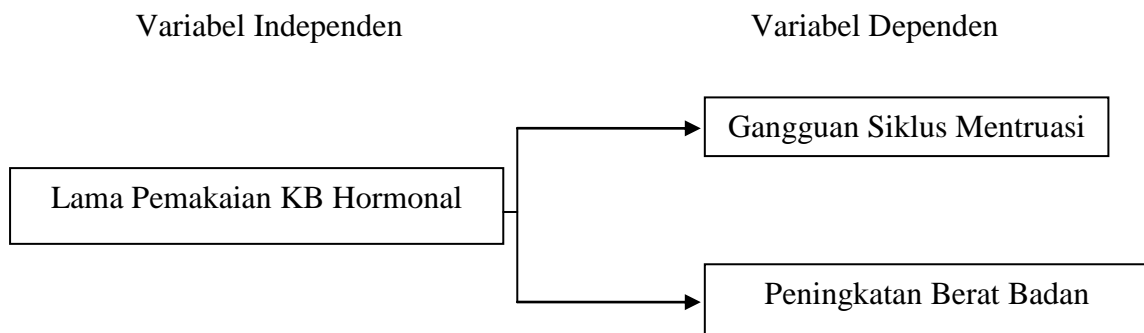


{ Sumber : Manuaba, 2010 }.

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian menurut adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang akan diamati atau diukur melalui penelitian – penelitian yang akan dilakukan (Notoadmodjo, 2010).

Gambar .2. 2
Kerangka Konsep



E. Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap suatu permasalahan penelitian sampai terbukti dengan data yang terkumpul.- (Arikunto, 2010). Hipotesis dalam penelitian ini :

1. Ha : Ada hubungan lama pemakaian alat kontrasepsi hormonal dengan gangguan siklus menstruasi di PMB Wiwit Setiyorini Desa Varia Agung Lampung Tengah Tahun 2019.
2. Ha : Ada hubungan lama pemakaian alat kontrasepsi hormonal dengan peningkatan berat badan di PMB Wiwit Setiyorini Desa Varia Agung Lampung Tengah Tahun 2019.