

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Seksualitas

2.1.1 Pengertian

Seksualitas merupakan suatu komponen integral dari kehidupan seorang wanita normal. Hubungan seksual yang nyaman dan memuaskan merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam hubungan perkawinan bagi banyak pasangan (Irwan, 2012).

Perilaku seksual adalah manifestasi aktivitas seksual yang mencakup baik hubungan seksual (*intercourse; coitus*) maupun masturbasi. Hubungan seksual diartikan sebagai hubungan fisik yaitu hubungan yang melibatkan aktivitas seksual alat genital laki-laki dan perempuan (Zawid, 1994 dalam Perry & Potter, 2005).

Dorongan/ nafsu seksual adalah minat/ niat seseorang untuk memulai atau mengadakan hubungan intim (*sexual relationship*). Kegairahan seksual (*Sexual excitement*) adalah respons tubuh terhadap rangsangan seksual. Ada dua respons yang

mendasar yaitu *myotonia* (ketegangan otot yang meninggi) dan *vasocongestion* (bertambahnya aliran darah ke daerah genital) (Chandra,2005).

2. Fungsi seksualitas

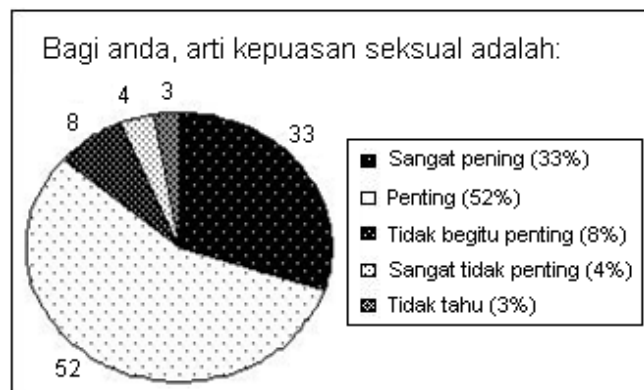
Salah satu kajian mengenai sikap dan pandangan kaum wanita tentang pentingnya fungsi seksual yang cukup menarik untuk diulas adalah survei yang diprakarsai oleh Bayer Healthcare yang dilakukan di 12 negara pada April hingga Mei 2006. Negara-negara tersebut adalah: Brasil, Prancis, Jerman, Italia, Meksiko, Polandia, Saudi Arabia, Afrika Selatan, Spanyol, Turki, Inggris dan Venezuela. Jumlah responden di setiap negara tersebut paling sedikit 1000 wanita berusia di atas 18, sehingga jumlah keseluruhan responden adalah 12.065 orang. Hasilnya, 8996 responden (75% wanita) mengakui bahwa kegiatan seksual adalah sesuatu yang penting atau sangat penting bagi mereka. Ketika kepada mereka (8996 responden) yang mengaku seksual sebagai sesuatu yang penting itu ditanyakan apa alasan mereka berpendapat bahwa seksual penting, maka respons yang muncul adalah sebagai berikut. Enam dari sepuluh (58%) wanita mengaku seksual penting untuk memperkuat dan meningkatkan kualitas hubungan dengan pasangan. Selanjutnya, hampir separuh (47%) responden merasa bahwa seksual bertalian dengan kebanggaan diri, masing-masing 29% merasa memiliki daya tarik dan 18% merasa lebih percaya diri. Juga, tidak kurang dari 47% responden berpandangan bahwa seksual berkontribusi positif buat fisik mereka (Bayer, 2006)

masing-masing 25% merasa mendapat kepuasan fisik dan 22% merasa seksual membuat dirinya lebih sehat (Bayer, 2006).



Gambar 3. Kepentingan seksual menurut wanita (Bayer, 2006)

Selanjutnya, terhadap pertanyaan apa pentingnya kepuasan seksual bagi diri mereka, 85% responden mengaku bahwa kepuasan seksual merupakan sesuatu yang sangat penting (33%) dan penting (52%). Hanya 15 persen dari responden beranggapan bahwa kepuasan seksual tidak terlalu berarti bagi mereka (Bayer, 2006).



Gambar 4. Arti kepuasan seksual bagi wanita (Bayer, 2006)

Berdasarkan data-data yang ditampilkan Gambar 3 dan Gambar 4 dijelaskan bahwa kaum wanita menempatkan kepuasan seksual sebagai sesuatu yang penting bagi hidup mereka. Dengan demikian kaum wanita menyadari bahwa kualitas fungsi seksualnya sebagai bagian tak terpisahkan dari kualitas hidupnya, khususnya dalam bidang kesehatan jiwa dan raga (rohani dan jasmani). Artinya, kualitas fisik dan psikologis seorang wanita tidak bisa disebut baik bila fungsi seksualnya terganggu (Sutyarso, 2011).

3. Respons seksual wanita (*Sexual Response Cycle- SRC*)

Hal-hal yang terjadi saat seseorang mengalami bangkitan/ rangsang seksual (bergairah secara seksual) dan berperilaku seksual secara umum melibatkan tahap-tahap sebagai berikut (berlaku untuk segala umur) (Masters & Johnson , 1966) :

a. Tahap istirahat (tidak terangsang)

Dalam keadaan tidak terangsang, vagina dalam keadaan kering dan kendur.

b. Tahap rangsangan (*excitement*) melibatkan stimuli sensoris

Pada saat minat seksual timbul, karena stimuli/ rangsangan psikologis atau fisik, mulailah tahap rangsangan/ *excitement*. Pada pria maupun wanita ditandai dengan vasokongesti (bertambahnya aliran darah ke genitalia-rongga panggul) dan *myotonia* (meningkatnya ketegangan/tonus otot, terutama juga di daerah genitalia) (Halstead and Reiss,2006).

Selama fase gairah, klitoris, mukosa vagina dan payudara membengkak akibat peningkatan aliran darah. Terjadi lubrikasi vagina, ukuran labia minora, labia mayora dan klitoris meningkat, uterus terangkat menjauhi kandung kemih dan vagina, dan puting susu menjadi ereksi (Hendersons, 2006).

Vasokongesti dan *myotonia* merupakan syarat utama tahap *excitement* dan menyebabkan basahnya vagina (*vaginal sweating*) dan ereksi klitoris pada wanita (tidak selalu).

c. Tahap *plateu* (pendataran)

Jika kegairahan meningkat, orang akan masuk tahap *plateu* yaitu vasokongesti dan *myotonia* mendatar tetapi minat seksual tetap tinggi. Fase *plateu* dapat singkat atau lama tergantung rangsangan dan dorongan seksual individu, latihan sosial dan konstitusi/ tubuh orang itu. Sebagian orang menginginkan orgasme secepatnya, orang lain dapat mengendalikannya, yang lain lagi menginginkan *plateu* yang lama sekali (Chandra, 2005). Saat wanita mencapai fase *plateu*, lapisan ketiga terluar dari vagina membengkak akibat aliran darah dan distensi, klitoris mengalami retraksi dan “*sex flush*” (Masters and Johnson, 1966) yang merupakan suatu ruam seperti campak, dapat meyebar dari payudara ke semua bagian tubuh (Hendersons, 2006).

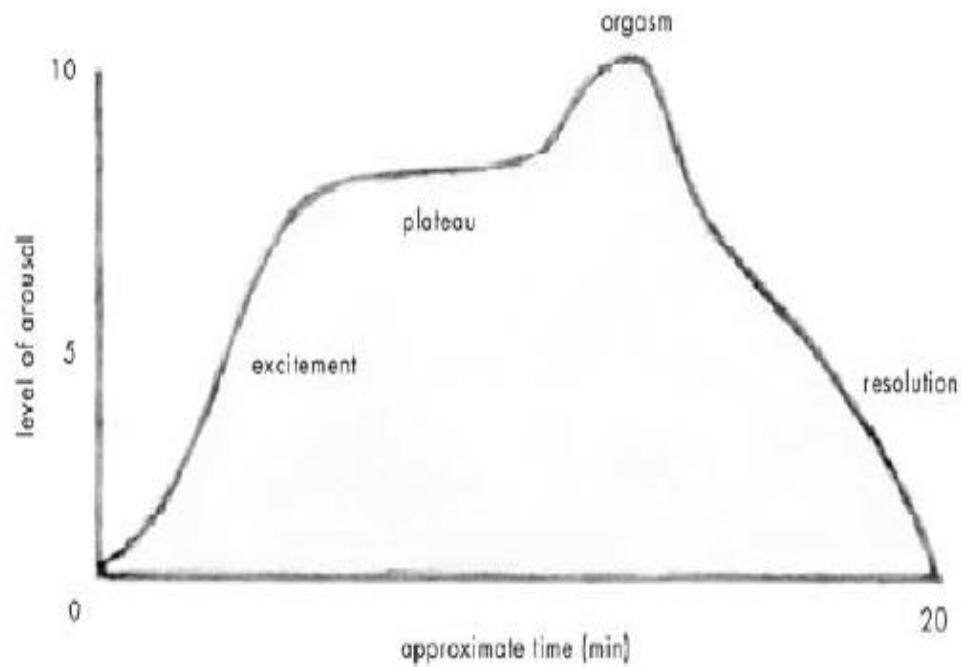
d. Tahap orgasme ; melibatkan ejakulasi, kontraksi otot

Tahap orgasme relatif singkat saja. Ketegangan psikologis dan otot dengan cepat meningkat, begitu juga aktifitas tubuh, jantung dan pernapasan. Orgasme dapat dicetuskan secara psikologis dengan fantasi dan secara somatik dengan stimulasi bagian tubuh tertentu, yang berbeda bagi tiap orang (vagina, uterus pada wanita). Selama fase orgasme, ketegangan otot mencapai puncaknya dan kemudian

ketegangan otot tersebut akan menurun karena darah didorong keluar dari pembuluh darah yang membengkak. Denyut nadi, frekuensi nafas, dan tekanan darah meningkat dan terjadi kontraksi ritmis uterus. Orgasme disertai dengan sensasi kenikmatan yang intens. Kemudian tiba-tiba terjadi pelepasan/ *release* ketegangan seksual, disebut klimaks/ orgasme.

e. Tahap resolusi (mencakup pasca senggama)

Sesudah orgasme, pria biasanya segera memasuki fase resolusi menjadi pasif dan tidak responsif, penis mengalami *detumescence*, sering pria tertidur dalam fase ini. Sebagian wanita juga mengalami seperti itu, tetapi sebagian besar umumnya masih responsif secara seksual, bergairah dan masuk ke dalam fase *plateu* lagi, orgasme lagi sehingga terjadi orgasme multipel. Sesudah orgasme, baik pria maupun wanita kembali (mengalami resolusi) ke fase istirahat. Keduanya mengalami relaksasi mental dan fisik, merasa sejahtera. Banyak pria dan wanita merasakan kepuasan psikologis atau relaksasi tanpa mencapai orgasme yang lain merasa kecewa bila tanpa orgasme (Chandra, 2005).



Gambar 5. Respon seksual wanita (Masters & Johnson , 1966)

B. Disfungsi Seksual

1. Pengertian

Disfungsi seksual merupakan kegagalan yang menetap atau berulang, baik sebagian atau secara keseluruhan, untuk memperoleh dan atau mempertahankan respon lubrikasi vasokongesti sampai berakhirnya aktifitas seksual (Chandra, 2005).

2. Macam- macam disfungsi seksual

Pada DSM-IV menjabarkan tentang disfungsi seksual sebagai gangguan hasrat seksual dan atau di dalam siklus tanggapan seksual yang menyebabkan tekanan berat dan kesulitan hubungan antar manusia. Disfungsi seksual ini dapat terjadi pada satu atau lebih dari empat fase siklus tanggapan yaitu hasrat atau libido, bangkitan, orgasme atau pelepasan, dan pengembalian. Meskipun hampir sepertiga dari pasien yang mengalami disfungsi seksual terjadi tanpa pengaruh dari penggunaan obat, beberapa petunjuk mengarahkan bahwa antidepresan dapat mencetuskan atau membangkitkan disfungsi seksual. Gangguan organik atau fisik dapat terjadi pada organ, bagian-bagian badan tertentu atau fisik secara umum. Bagian tubuh yang sedang terganggu dapat menyebabkan terjadinya disfungsi seksual dalam berbagai tingkat (Tobing, 2006).

Disfungsi seksual wanita secara tradisional terbagi menjadi gangguan minat/ keinginan seksual atau libido, gangguan birahi, nyeri atau rasa tidak nyaman dan hambatan untuk mencapai puncak atau orgasme. Pada DSM IV dari *American Phychiatric Assocation*, dan ICD-10 dari WHO, disfungsi seksual wanita ini dibagi menjadi empat kategori yaitu :

a. Gangguan minat/ keinginan seksual (*desire disorders*)

Ditandai dengan kurang atau hilangnya keinginan/ hasrat seksual

b. Gangguan birahi (*arousal disorder*)

Ditandai dengan kesulitan mencapai atau mempertahankan keterangsangan saat melakukan aktivitas seksual.

c. Gangguan orgasme (*orgasmic disorder*)

Ditandai dengan tertundanya atau gagalnya mencapai orgasme saat melakukan aktivitas seksual.

d. Gangguan nyeri seksual (*sexual pain disorder*) (Rosen et al., 2000).

Menurut Glaiser and Gebbie (2005) adapun beberapa gangguan seksual yaitu :

a) Hilangnya kenikmatan

Seorang wanita mungkin melakukan hubungan intim, tetapi gagal merasakan kenikmatan dan kesenangan yang biasanya ia rasakan. Apabila ia tidak terangsang, maka pelumasan normal vagina dan pembengkakan vulva tidak terjadi dan hubungan intim pervagina dapat menimbulkan rasa tidak nyaman atau bahkan nyeri, yang semakin menghambat dirinya menikmati hubungan tersebut. Wanita yang mengalami hambatan nafsu seksual mungkin tidak menginginkan atau tidak menikmati seksual, tetapi dia mengizinkan pasangannya untuk bersenggama dengannya, sebagai suatu kewajiban. Wanita yang lain mungkin sangat cemas dengan gagasan bersenggama sehingga menolak atau membuat alasan menghindarinya.

b) Hilangnya minat seksual

Hal ini sering terjadi bersamaan dengan hilangnya kenikmatan, wanita seperti ini tidak memiliki keinginan untuk berhubungan seksual dan tidak menikmatinya seandainya terjadi. Seperti pada pria, faktor-faktor yang menyebabkan hilangnya

gairah seksual bervariasi dan sering sulit diidentifikasi. Perubahan alam perasaan sangat penting bagi wanita, tidak saja sebagai penyakit depresi kronik tetapi juga sebagai variasi dalam alam perasaan depresi di sekitar waktu menstruasi yang dirasakan oleh beberapa wanita. Banyak wanita menyadari bahwa mereka mengalami tahap siklus menstruasi tertentu, walaupun waktunya berbeda dari satu wanita ke wanita lain. Tetapi mereka yang biasanya merasa murung sebelum menstruasi biasanya kehilangan minat seksual pada saat tersebut, dan mendapati bahwa fase pasca menstruasi secara seksual merupakan saat yang terbaik bagi mereka.

Wanita yang menghadapi bentuk-bentuk kanker yang mengancam nyawa, misalnya kanker payudara atau ginekologis, dapat bereaksi secara psikologis terhadap stres penyakit dan dampak terapi (mastektomi). Faktor-faktor fisik juga mungkin memiliki peran langsung. Hilangnya minat seksual adalah hal yang wajar dalam keadaan sakit dan hal ini mungkin secara spesifik disebabkan oleh kelainan status hormon. Testosteron tampaknya penting untuk gairah seksual pada banyak wanita, seperti halnya pada pria. Penurunan substansial testosteron, seperti terjadi setelah ovariectomi atau bentuk lain kegagalan atau supresi ovarium, dapat menyebabkan hilangnya gairah.

c) Keengganan seksual

Pada beberapa kasus, sekedar pikiran tentang aktivitas seksual sudah menyebabkan ketakutan atau ansietas yang besar sehingga terbentuk suatu pola menghindari kontak seksual. Pada kasus-kasus seperti ini, penyebabnya sering dapat diidentifikasi dari

pengalaman traumatik sebelumnya, tetapi kadang-kadang pangkal masalahnya tetap tidak jelas.

d) Disfungsi orgasme

Sebagian wanita secara spesifik mengalami kesulitan mencapai orgasme, baik dengan kehadiran pasangannya atau pada semua situasi. Hal ini mungkin merupakan bagian dari hilangnya kenikmatan seksual secara umum, atau relatif spesifik, yaitu manusia masih dapat terangsang dan menikmati seksual tetapi gagal mencapai orgasme. Walaupun obat tertentu dapat menghambat orgasme pada wanita, namun pada sebagian kasus faktor psikologis tampaknya menjadi penyebab.

e) Vaginismus

Kecenderungan spasme otot-otot dasar panggul dan perivagina setiap kali dilakukan usaha penetrasi vagina ini dapat timbul akibat pengalaman traumatik insersi vagina (perkosaan atau pemeriksaan panggul yang sangat kasar oleh dokter). Namun lebih sering tidak terdapat penyebab yang jelas dan tampaknya otot-otot tersebut memiliki kecenderungan mengalami spasme reflektif saat dicoba untuk dilemaskan. Vaginismus biasanya adalah kesulitan seksual primer yang dialami wanita saat mereka memulai kehidupan seksual, dan sering menyebabkan hubungan seksual yang tidak sempurna. Kelainan ini jarang timbul kemudian setelah wanita menjalani fase hubungan seksual normal, terutama apabila ia sudah pernah melahirkan. Apabila memang demikian, kita perlu mencari penyebab nyeri atau rasa tidak nyaman lokal yang dapat menyebabkan spasme otot (Llewellyn, 2005).

f) Dispareunia

Nyeri saat melakukan hubungan intim sering terjadi dan umumnya dapat disembuhkan. Apabila menjadi masalah yang berulang, maka antisipasi nyeri dapat dengan mudah menyebabkan hambatan timbulnya respons seksual normal sehingga masalah menjadi semakin parah karena pelumasan normal vagina terganggu. Nyeri atau rasa tidak nyaman dapat dirasakan di introitus vagina, akibat spasme otot-otot perivagina atau peradangan atau nyeri di introitus yang dapat ditimbulkan oleh episiotomi atau robekan perineum. Kista atau abses Bartholin dapat menyebabkan nyeri hanya oleh rangsangan seksual, karena kecenderungan kelenjar ini mengeluarkan sekresi sebagai respons terhadap stimulasi seksual (Kusuma, 1999).

C. Pengukuran FSFI

Female Sexual Function Index (FSFI) merupakan alat ukur yang valid dan akurat terhadap fungsi seksual wanita. Kuesioner ini terdiri dari 19 pertanyaan yang terbagi dalam enam subskor, termasuk hasrat seksual, rangsangan seksual, lubrikasi, orgasme, kepuasan, dan rasa nyeri (Walwiener dkk, 2010). FSFI digunakan untuk mengukur fungsi seksual termasuk hasrat seksual dalam empat minggu terakhir. Skor yang tinggi pada tiap domain menunjukkan level fungsi seksual yang lebih baik (Rosen dkk, 2010).

D. Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

KB menurut Undang-undang (UU) No. 52 tahun 2009 pasal 1 (8) dalam Arum dan Sujiatini (2009) tentang perkembangan dan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera 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.

2. Manfaat KB

Salah satu cara untuk menekan laju pertumbuhan penduduk di Indonesia adalah melalui program KB. Keluarga Berencana dapat mencegah munculnya bahaya-bahaya akibat:

a. Kehamilan terlalu dini.

Wanita yang sudah hamil tatkala umurnya belum mencapai 17 tahun sangat terancam oleh kematian sewaktu persalinan. Karena tubuhnya belum sepenuhnya tumbuh cukup matang dan siap untuk dilewati oleh bayi. Lagi pula, bayinya pun dihadang oleh risiko kematian sebelum usianya mencapai 1 tahun.

b. Kehamilan terlalu terlambat

Wanita yang usianya sudah terlalu tua untuk mengandung dan melahirkan terancam banyak bahaya. Khususnya bila ibu mempunyai problem kesehatan lain, atau sudah terlalu sering hamil dan melahirkan.

c. Kehamilan-kehamilan terlalu berdesakkan jaraknya

Kehamilan dan persalinan menuntut banyak energi dan kekuatan tubuh wanita. Kalau ibu belum pulih dari satu persalinan tapi sudah hamil lagi, tubuhnya tak sempat memulihkan kebugaran, dan berbagai masalah bahkan juga bahaya kematian menghadang.

d. Terlalu sering hamil dan melahirkan

Wanita yang sudah punya lebih dari 4 anak dihadang bahaya kematian akibat pendarahan hebat dan macam-macam kelainan bila ibu terus saja hamil dan bersalin lagi (Prawirohardjo, 2007). Akseptor KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang salah seorang dari padanya menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi dengan tujuan untuk pencegahan kehamilan baik melalui program maupun non program Sedangkan menurut kamus besar bahasa Indonesia (2001) dalam Setiawan dan Saryono (2010) Akseptor adalah orang yang menerima serta mengikuti dan melaksanakan program keluarga berencana. Menurut Handayani (2010) jenis akseptor KB sebagai berikut

1) Akseptor KB baru

Akseptor KB baru adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang pertama kali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau kelahiran.

2) Akseptor KB lama

Akseptor KB lama adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang melakukan kunjungan ulang termasuk pasangan usia subur yang menggunakan alat kontrasepsi kemudian

pindah atau ganti ke cara atau alat yang lain atau mereka yang pindah klinik baik menggunakan cara yang sama atau cara (alat) yang berbeda.

3) Akseptor KB aktif

Peserta KB aktif adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang pada saat ini masih menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi.

4) Akseptor KB aktif kembali

Peserta KB aktif kembali adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang telah berhenti menggunakan selama tiga bulan atau lebih yang tidak diselingi oleh suatu kehamilan dan kembali menggunakan alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti atau istirahat paling kurang tiga bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3. Kontrasepsi

1. Pengertian Kontrasepsi

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan (Suratun, 2008).

Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara, dapat juga bersifat permanen. Yang bersifat permanen dinamakan pada wanita tubektomi dan pada pria vasektomi. Sampai sekarang cara kontrasepsi yang ideal belum ada. Kontrasepsi ideal itu harus memenuhi syarat-syarat berbagai berikut: 1) dapat dipercaya; 2) tidak menimbulkan efek yang mengganggu kesehatan; 3) daya kerjanya dapat diatur menurut kebutuhan (Prawirohardjo, 2008).

Kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan yang bersifat sementara atau menetap, yang dapat dilakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan alat/obat, atau dengan operasi (Wiknjastro, 2006)

a. Macam-macam metode Kontrasepsi

1) Metode Sederhana

a) Tanpa alat

(1) KB alamiah

Yaitu : metode kalender (ogino-knaus), metode suhu basal (termal), metode lendir serviks (billings), metode simpto-termal

(2) *Coitus interruptus*

b) Dengan alat

1. Mekanis (*barrier*)

Yaitu : kondom pria, barrier intra-vaginal (seperti diafragma, kap serviks, spon, kondom wanita.

2. Kimiawi

Yaitu : *Spermisid* (seperti *vaginal cream, vaginal busa, vaginal jelly, vaginal suppositoria, vaginal foam, vaginal soluble film*)

2) Metode Modern

a) Kontrasepsi hormonal

(1) Per-oral

Yaitu : Pil Oral Kombinasi (POK), mini-pil, *morning-after pil*.

(2) Injeksi atau suntikan (DMPA, NET-ET)

(3) Sub-kutis (implan)

b) Intra uterine devices (IUD, AKDR)

c) Kontrasepsi mantap (MOP, MOW)

b. Tujuan kontrasepsi

1) Untuk menunda kehamilan

2) Untuk menjarangkan kehamilan

3) Untuk menghentikan kehamilan / mengakhiri kehamilan /kesuburan (Hartanto, 2004).

c. Syarat

Syarat-syarat yang harus dipenuhi

1) Efek samping yang merugikan tidak ada

2) Lama kerja dapat diatur menurut keinginan

3) Tidak mengganggu hubungan persetubuhan

4) Sederhana, sedapat-dapatnya tidak perlu dikerjakan oleh seorang dokter.

- 5) Harganya murah supaya dapat dijangkau masyarakat luas.
- 6) Dapat diterima pasangan suami istri
- 7) Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang terlambat selama penatalaksanaan.

d. Sasaran

1) Pasangan usia subur

Semua pasangan usia subur yang ingin menunda, menjarangkan kehamilan dan mengatur jumlah anak.

2) Ibu yang mempunyai banyak anak

Dianjurkan memakai kontrasepsi untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang disebabkan karenafaktor multiparitas (banyak melahirkan anak).

3) Ibu yang mempunyai resiko tinggi terhadap kehamilan

Ibu yang mempunyai penyakit yang bisa membahayakan keselamatan jiwanya jika dia hamil, maka ibu tersebut dianjurkan memakai kontrasepsi.

e. Faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi

1) Faktor pasangan-motivasi

a) Umur

Wanita usia subur yang dapat menggunakan kontrasepsi progestin, sedangkan wanita yang sudah menopause tidak dianjurkan menggunakan kontrasepsi progestin, sehingga dapat mempengaruhi seseorang untuk memilih metode kontrasepsi.

b) Gaya hidup

Wanita yang gaya hidupnya suka merokok (perokok), menderita anemia (kekurangan zat besi) boleh menggunakan kontrasepsi progestin karena tidak ada efek samping bagi wanita perokok dan penderita anemia.

c) Frekuensi sanggama

Kontrasepsi progesteron dapat digunakan pada wanita yang sering ataupun yang jarang melakukan hubungan seksual dengan suaminya, karena tidak mengganggu pada hubungan seksual.

d) Jumlah keluarga yang diinginkan

Salah satu tujuan dari kontrasepsi ini adalah untuk menjarangkan kehamilan, jadi wanita yang ingin mengatur jumlah anak ataupun yang ingin menjarangkan kehamilan sehingga jumlah anak dalam keluarga sesuai keinginan dapat menggunakan kontrasepsi.

e) Pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu

Wanita yang dahulunya pernah menggunakan salah satu jenis kontrasepsi, dia merasa nyaman dan merasa mendapat keuntungan dari kontrasepsi itu. Maka dia pasti akan menggunakan kontrasepsi itu lagi.

2) Faktor kesehatan-kontra indikasi absolut dan relatif

a) Status kesehatan

Wanita yang mempunyai penyakit jantung dapat menggunakan kontrasepsi progesteron, karena mengandung esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung.

b) Riwayat haid

Semua wanita yang siklus haidnya panjang atau pendek dapat menggunakan kontrasepsi progesterone, sedangkan wanita yang pernah mengalami perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya tidak boleh menggunakan kontrasepsi progesteron.

c) Riwayat keluarga

Wanita yang dalam keluarganya mempunyai riwayat kanker payudara dan diabetes mellitus disertai komplikasi tidak dapat menggunakan kontrasepsi progestin.

d) Pemeriksaan fisik

Wanita yang pada pemeriksaan fisik terdapat varises tidak dapat menggunakan kontrasepsi progestin.

3) Faktor metode kontrasepsi penerimaan dan pemakaian berkesinambungan

a) Efektifitas

Efektifitas kontrasepsi progestin tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan tiap tahun. Asal penyuntikkannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

b) Efek samping minor

Efek samping hanya sedikit (gangguan siklus haid, perubahan berat badan, keterlambatan kembalinya kesuburan dan osteoporosis pada pemakaian jangka panjang)

c) Kerugian

Kerugian hanya sedikit dan jarang terjadi pada wanita yang menggunakan kontrasepsi progesteron ini, perubahan berat badan merupakan kerugian tersering.

d) Komplikasi-komplikasi yang potensial

Wanita yang menggunakan kontrasepsi progesterone tidak ditemukan adanya komplikasi-komplikasi yang potensial.

e) Biaya.

Biaya kontrasepsi progesteron sangat terjangkau, siapa saja bisa menjangkaunya. (Hartanto, 2004) atur menurut kebutuhan (Sarwono P, 2008).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2010) usia reproduksi perempuan pada umumnya adalah usia 15-49 tahun. Oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran, wanita atau pasangan ini lebih diprioritaskan untuk menggunakan alat atau cara Keluarga Berencana (KB). Tingkat pencapaian pelayanan keluarga berencana dapat dilihat dari cakupan peserta KB yang sedang atau pernah menggunakan alat kontrasepsi, tempat pelayanan KB, dan jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor (DEPKES RI, 2009). *Intra Uterine Device (IUD)* adalah satu-satunya metode kontrasepsi yang menempatkan perangkat di dalam rahim. Seorang dokter atau bidan memasukkan perangkat IUD melalui prosedur rawat jalan yang hanya memerlukan beberapa menit untuk menyelesaikannya. Pada umumnya, pemasangan dilakukan tanpa anestesi apa pun. IUD merupakan kontrasepsi jangka panjang. IUD hormonal memiliki masa manfaat sampai 5 tahun, sedangkan IUD tembaga bisa sampai 10 tahun. Kepraktisan pemasangan dan manfaatnya yang berjangka panjang menjadikan IUD salah satu

metode kontrasepsi yang paling populer. Risiko komplikasi dan efek samping pemakaian IUD relatif minimal, dan biasanya hanya pada bulan-bulan awal setelah pemasangan. Komplikasi lebih sering pada wanita yang belum pernah memiliki anak. Selain pemasangan lebih sulit, tubuh mereka cenderung mengusir benda asing. Hal ini bisa membuat IUD berpindah atau lepas dari tempatnya. Oleh karena itu, disarankan untuk secara berkala memasukkan ujung jari Anda ke vagina untuk memeriksa apakah perangkat tersebut masih ada di tempatnya (BKKBN,2012).

E. Patofisiologi Disfungsi Seksual Akibat Pemakaian Kontrasepsi

Disfungsi seksual akibat pemakaian kontrasepsi bergantung pada jenis kontrasepsi itu sendiri. Dimana pada kontrasepsi hormonal akan berpengaruh pada efek umpan balik positif estrogen (*estrogen positive feedback*) dan umpan balik negatif progesteron (*progesteron negative feedback*). Pemberian hormon yang berasal dari luar tubuh seperti pada kontrasepsi hormonal baik berupa estrogen maupun progesteron menyebabkan peningkatan kadar kedua hormon tersebut di darah, hal ini akan di deteksi oleh hipofisis anterior dan hipofisis anterior dan akan menimbulkan umpan balik negatif dengan menurunkan sekresi hormon FSH dan LH dan dengan keberadaan progesteron efek penghambatan estrogen akan berlipat ganda. Dalam jangka waktu tertentu tubuh dapat mengkompensasi dengan meningkatkan sekresi estrogen agar tetap dalam keadaan normal namun dalam jangka waktu yang lama menyebabkan hilangnya kompensasi tubuh dan menurunnya sekresi hormon terutama estrogen (Guyton, 2008). Pada kontrasepsi IUD, Pemasangan yang salah dapat menyebabkan perlukaan pada vagina dan menimbulkan rasa tidak nyaman (BKKBN, 2005).

1. Inseri yang tidak baik dari IUD dapat menyebabkan :

- a. Ekspulsi.
- b. Kerja kontraseptif tidak efektif.
- c. Perforasi uterus.

2. Untuk sukses / berhasilnya inseri IUD tergantung pada beberapa hal, yaitu :

- a. Ukuran dan macam IUD beserta tabung inserterinya.
- b. Makin kecil IUD, makin mudah inserinya, makin tinggi ekspulsinya.
- c. Makin besar IUD, makin sukar inserinya, makin rendah ekspulsinya.

3. Waktu atau saat inseri.

a. Inseri Interval

1) Kebijakan (policy) lama : Inseri IUD dilakukan selama atau segera sesudah haid.

Alasan : Ostium uteri lebih terbuka, canalis cervicalis lunak, perdarahan yang timbul karena prosedur inseri, tertutup oleh perdarahan haid yang normal, wanita pasti tidak hamil.

Tetapi, akhirnya kebijakan ini ditinggalkan karena : Infeksi dan ekspulsi lebih tinggi bila inseri dilakukan saat haid, Dilatasi canalis cervicalis mid-siklus, memudahkan calon akseptor pada setiap ia datang ke klinik KB.

2) Kebijakan (policy) sekarang : Inseri IUD dapat dilakukan setiap saat dari siklus haid asal kita yakin seyakin-yakinnya bahwa calon akseptor tidak dalam keadaan hamil.

b. Inseri Post-Partum

Inseri IUD adalah aman dalam beberapa hari post-partum, hanya kerugian paling besar adalah angka kejadian ekspulsi yang sangat tinggi. Tetapi menurut penyelidikan di Singapura, saat yang terbaik adalah delapan minggu post-partum. Alasannya karena antara empat-delapan minggu post-partum, bahaya perforasi tinggi sekali.

c. Inseri post-Abortus

Karena konsepsi sudah dapat terjadi 10 hari setelah abortus, maka IUD dapat segera dipasang sesudah :

1) Abortus trimester I : Ekspulsi, infeksi, perforasi dan lain-lain sama seperti pada inseri interval.

2) Abortus trimester II : Ekspulsi 5 – 00x lebih besar daripada setelah abortus trimester pertama.

d. Inseri Post Coital

e. Dipasangkan maksimal setelah 5 hari senggama tidak terlindungi.

4. Teknik inseri, ada tiga cara :

a. Teknik *Push Out* : mendorong : Lippes Loop, Bahaya perforasi lebih besar.

b. Teknik *Withdrawal* : menarik : Cu IUD.

c. Teknik *Plunging* : “mencelupkan” : Progestasert-T (Handayani, 2010).