

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut Undang-Undang No 52 Tahun 2009 Keluarga Berencana 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 (Republik Indonesia, 2009). Kebijakan keluarga berencana ini dapat membantu calon atau pasangan suami istri dalam merencanakan dan bertanggung jawab terhadap hak reproduksi diantaranya :

- a. Usia ideal perkawinan.
- b. Usia ideal untuk melahirkan.
- c. Jumlah ideal anak.
- d. Jarak ideal kelahiran anak.
- e. Penyuluhan kesehatan reproduksi.

2. Tujuan Keluarga Berencana (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009)

- a. Mengatur kehamilan yang diinginkan.
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak.
- c. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.

- d. Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktik keluarga berencana.
- e. Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

Sehubungan dengan tujuan tersebut, tujuan reproduksi yang direkomendasikan antara lain (Kementerian Kesehatan, 2021) :

- a. Menunda kehamilan pada pasangan muda, ibu yang belum berusia 20 tahun, atau ibu yang memiliki masalah kesehatan.
- b. Mengatur jarak kehamilan pada ibu yang berusia antara 20-35 tahun.
- c. Pada ibu yang berusia lebih dari 35 tahun diharapkan tidak hamil lagi.
- d. Mengatur jumlah anak pada ibu yang telah mempunyai anak lebih dari dua diharapkan tidak hamil lagi.

3. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran keluarga berencana meliputi sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Sasaran langsung yaitu pasangan usia subur (PUS) dengan tujuan mengatur kelahiran anak dengan penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsung yaitu pelaksana dan pengelola KB dengan tujuan mengatur kelahiran anak melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas dan sejahtera (Priyatni, 2016). Adapun istilah yang sering digunakan terhadap sasaran keluarga berencana diantaranya (Kementerian Kesehatan, 2021):

- a. Pasangan Usia Subur (PUS) yaitu pasangan yang istrinya berumur antara 15-49 tahun.
- b. Wanita Usia Subur (WUS) adalah wanita yang berusia 15-49 tahun baik yang berstatus kawin, tidak kawin atau janda.
- c. Peserta atau akseptor keluarga berencana (KB) yaitu akseptor yang pada saat ini sedang memakai alat atau obat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan dan masih terlindungi oleh kontrasepsi.
- d. Peserta KB pemerintah yaitu peserta KB yang memperoleh pelayanan KB dari tempat-tempat pelayanan KB pemerintah, misalnya di puskesmas, klinik KB atau rumah sakit pemerintah.
- e. Peserta KB swasta yaitu peserta KB yang memperoleh pelayanan KB dari tempat-tempat pelayanan KB swasta, misalnya dokter atau bidan praktek swasta, klinik KB atau rumah sakit swasta, apotek, toko obat dan lain-lain.

B. Kontrasepsi

Pada pelaksanaan kebijakan keluarga berencana yang berfokus pada pengaturan kehamilan untuk membantu pasangan suami istri agar dapat melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat dan obat kontrasepsi (Republik Indonesia, 2009).

1. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi terdiri dari dua suku kata yaitu kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maka dari itu, kontrasepsi adalah menghindari / mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma (Priyatni, 2016).

Adapun syarat penggunaan kontrasepsi, yaitu :

- a. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
- b. Efek samping yang merugikan tidak ada.
- c. Kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
- d. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan.
- e. Tidak memerlukan bantuan medis atau kontrol ketat selama pemakaian.
- f. Cara penggunaannya sederhana.
- g. Harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
- h. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

2. Jenis Kontrasepsi

Kementerian Kesehatan dalam buku pedoman pelayanan kontrasepsi membagi jenis kontrasepsi kedalam tiga bagian, yaitu berdasarkan kandungan atau komposisi, masa perlindungan dan modern atau tradisional. Metode kontrasepsi yang digunakan dalam program pemerintah adalah berdasarkan masa perlindungan yang meliputi Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP)

(Kementerian Kesehatan, 2021). Adapun pembagian jenis kontrasepsi dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2. 1
Klasifikasi Metode Kontrasepsi

No	Metode	Komposisi		Masa Perlindungan		Modern/Tradisional	
		Hormonal	Non Hormonal	MKJP	Non MKJP	Modern	Tradisional
1	AKDR/ IUD Copper		√	√		√	
2	AKDR/ IUD Levonorgestrel	√		√		√	
3	Implan	√		√		√	
4	Suntik	√			√	√	
5	Pil	√			√	√	
6	Kondom		√		√	√	
7	MOW/ Tubektomi		√	√		√	
8	MOP/ Vasektomi		√	√		√	
9	Metode Amenore Laktasi		√		√	√	
10	Sadar Masa Subur		√		√		√
11	Senggama terputus		√		√		√

C. Metode Operasi Wanita (MOW)

1. Pengertian

Metode operasi wanita atau tubektomi merupakan metode kontrasepsi wanita dengan mengikat atau memotong atau memasang cincin dari bahan lunak yang aman pada saluran indung telur kiri dan kanan. Metode ini termasuk kedalam metode kontrasepsi mantap atau permanen dengan evektifitas mencapai 99,5%. Oleh karenanya sasaran dari metode ini

adalah wanita atau pasangan yang tidak ingin memiliki anak lagi (BKKBN, 2018)

2. Pendekatan Operasi

Metode umum yang digunakan dalam sterilisasi *tuba fallopi* (ligasi) yaitu dengan minilaparotomi atau tindakan operasi dengan sayatan kecil di perut maupun laparoskopi atau tindakan operasi melalui tabung yang dimasukan ke dalam pusar atau sayatan yang sangat kecil, biasa disebut operasi lubang kunci. Menurut Kulier *et al.* (2004), metode laparoskopi memiliki komplikasi yang lebih sedikit dibandingkan dengan metode minilaparotomi, akan tetapi laparoskopi membutuhkan peralatan yang lebih canggih, biaya yang lebih mahal dan keterampilan yang lebih besar. Oleh karena itu metode laparotomi lebih banyak digunakan dinegara maju. Meskipun begitu yang perlu menjadi perhatian terkait metode yang ideal adalah yang sangat efektif, ekonomis, dapat dilakukan pada pasien rawat jalan, memungkinkan aktivitas normal kembali dengan cepat dan menghasilkan bekas luka yang minimal atau tidak terlihat (Kulier *et al.*, 2004).

a. Minilaparotomi

Minilaparotomi merupakan tindakan operasi dalam proses sterilisasi *tuba fallopi* dengan membuat inisiasi kecil pada perut. Berdasarkan kondisi pasien, minilaparotomi dibedakan menjadi dua, yaitu minilaparotomi suprapubik dan minilaparotomi subumbilikus (Kementerian Kesehatan, 2021).

1) Minilaparotomi Suprapubik

Minilaparotomi suprapubik dapat dilakukan pada masa interval. Tindakan dilakukan dengan membuat sayatan pada bagian suprapubik (bagian perut di atas tulang pubis), jika uterus berukuran normal atau sedikit membesar pasca aborsi dan interval. Tindakan ini idealnya dilakukan dalam waktu dua minggu dari hari pertama menstruasi normal terakhir atau pada wanita dengan siklus pendek 21 hari dapat dilakukan pada minggu pertama sebelum ovulasi, atau dalam minggu pertama setelah keguguran.

Tindakan diawali dengan pemasangan evalator uterus. Evalator uterus berfungsi untuk memanipulasi uterus sehingga dapat dengan mudah mengakses *tuba fallopi*. Prosedur dilakukan dengan memposisikan pasien pada posisi litotomi atau kaki katak pada posisi terlentang. Posisi litotomi adalah posisi terbaik karena dapat memudahkan pemasangan evalator dengan tersedianya ruang yang cukup. Selanjutnya menentukan lokasi insisi suprapubik dengan melakukan palpasi di bagian dinding abdomen yang paling tipis, biasanya 2-3 cm di atas simfisis pubis (tulang pubis) atau dengan cara menaikan fundus uterus ke dinding perut dengan bantuan evalator uterus. Tonjolan yang muncul di dinding perut menunjukkan ketinggian fundus dan sayatan harus dibuat 1-2 cm di bawah tinggi fundus yang teraba. Adapun untuk mencapai *tuba fallopi* dapat dilakukan dengan menggunakan *Babcock forceps* jika tuba dapat

divisualisasikan melalui sayatan. Namun apabila *tuba fallopi* tidak dapat dilihat dapat menggunakan pengait tuba. Pada proses oklusi tuba teknik yang direkomendasikan yaitu teknik *Pomeroy* yang di modifikasi atau teknik mengikat lalu memotong ujungnya. Jika prosedur selesai maka tutup kembali insisi dan luka yang sudah dijahit di tutup dengan kain kasa steril dan plester.

2) Minilaparotomi Subumbilikus

Minilaparotomi subumbilikus dapat dilakukan pada kondisi pasca persalinan. Tindakan dilakukan dengan membuat sayatan pada subumbilikal (lingkar pusar bawah), jika uterus berukuran besar yaitu pada kondisi pasien pasca melahirkan. Tindakan ini idealnya dilakukan dalam waktu 48 jam setelah persalinan pervaginam atau paling lama hingga hari ketiga setelah persalinan. Karena setelah satu minggu setelah persalinan, involusi uterus berkembang pesat dan uterus tidak dapat diakses melalui sayatan subumbilikal. Dalam kasus seperti itu, pasien harus dijadwalkan kembali untuk menjalani prosedur suprapubik setelah 4-6 minggu setelah persalinan.

Tindakan minilaparotomi subumbilikus pada pasien *post partum* tidak menggunakan evalator uterus. Penentuan tinggi fundus uterus dilakukan dengan memposisikan pasien pada posisi litotomi ataupun terlentang. Insisi di daerah subumbilikal minimal 1-2 cm di bawah pusar. Adapun cara untuk mengakses *tuba* dengan

menggunakan bantuan pengait *tuba*. Teknik pemeriksaan, pengikatan dan pemotongan *tuba fallopi* sama dengan prosedur minilaparotomi suprapubik. Hal yang harus diperhatikan saat pelaksanaan oklusi *tuba* yaitu adanya kemungkinan *tuba fallopi* pasien pasca persalinan membesar dan edema dengan pembuluh darah yang membengkak. Setelah penutupan luka insisi, gunakan pembalut vagina pada pasien untuk menyerap cairan atau lokia vagina atau pendarahan.

Kedua teknik minilaparotomi ini aman dan efektif dilakukan. Selain itu tidak memerlukan peralatan canggih, dapat dilakukan pada banyak pasien, relatif murah dan dapat dilakukan oleh dokter terlatih.

b. Laparoskopi

Laparoskopi merupakan tindakan operasi pada proses sterilisasi *tuba fallopi* dengan memasukan pipa kecil dan panjang dengan lensa di dalamnya ke dalam perut melalui inisiasi kecil pada perut. Laparoskopi memungkinkan dokter untuk mencapai dan memblok atau memotong *tuba fallopi* di dalam perut.

Tindakan laparoskopi menggunakan evalator uterus dengan posisi pasien litotomi. Selanjutnya untuk menentukan lokasi insisi, posisikan pasien dalam posisi kepala lebih rendah (trendelenburg) dengan sudut tidak lebih dari 20°. Kemudian pegang bagian pinggir umbilikal inferior dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk tangan yang tidak dominan dan angkat dinding abdomen menjauhi usus. Buat

insisi kecil sekitar 2-3 mm pada kulit di sepanjang pinggiran margin umbilikal inferior. Selanjutnya lakukan proses pemasangan cincin tuba dengan laparoskop dan periksa cincin dengan melihat adanya loop berukuran 2 cm di atas cincin tuba. Setelah selesai tutup insisi dengan jahitan tunggal, beri antiseptik dan tutup dengan tensoplast.

Adapun perawatan luka yang dapat dilakukan pasien di rumah baik menggunakan teknik minilaparotomi maupun laparoskopi yaitu :

- a. Pasien harus beristirahat dan memastikan lokasi operasi tetap kering selama 2 hari.
- b. Pasien tidak diperkenankan berhubungan seksual selama 2 minggu, dan harus berhenti jika merasa tidak nyaman.
- c. Hindari mengangkat beban berat atau meregangkan daerah luka selama 2 minggu.
- d. Untuk mengurangi rasa sakit dapat mengonsumsi obat analgesik seperti ibuprofen, dan tidak mengkonsumsi aspirin karena akan menambah pendarahan.
- e. Melakukan pemeriksaan ulang pada minggu berikutnya atau 7 hari setelah tindakan.
- f. Jika terdapat tanda-tanda infeksi seperti demam dengan inflamasi pada lokasi luka atau adanya rasa sakit terus menerus pada perut selama beberapa hari maka harus kembali mendatangi fasilitas kesehatan.

3. Waktu Pemasangan (Kementerian Kesehatan, 2021)

Wanita yang bersedia memilih kontrasepsi MOW dapat melakukan prosedur kapanpun selama yakin tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat. Adapun beberapa ketentuan waktu pemasangan berdasarkan kondisi yang dialami, diantaranya :

- a. Tanpa pendarahan, dapat dilakukan kapanpun selama klien yakin tidak sedang hamil.
- b. Setelah keguguran atau abortus dapat dilakukan dalam 48 jam setelah keguguran atau aborsi tanpa komplikasi, jika sebelumnya klien telah memberikan *informed choice* secara sukarela.
- c. Pasca melahirkan (persalinan normal)
 - 1) Segera atau dalam 48 jam setelah proses persalinan hingga satu minggu
 - 2) Tunda pemasangan setelah minggu pertama hingga keenam
 - 3) Dapat dipasang kembali setelah minggu keenam pasca persalinan jika yakin klien tidak hamil.
- d. *Post sectio*, dapat segera dipasang.
- e. Menstruasi teratur atau berganti dari metode lain
 - 1) Kapanpun dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi. Tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi tambahan sebelum prosedur.
 - 2) Jika lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi, klien dapat menjalani prosedur kapanpun selama yakin tidak hamil.

3) Jika klien berganti dari pil, ia dapat melanjutkan penggunaan pil untuk menjaga siklus regulernya.

4) Jika klien berganti dari IUD, ia dapat segera menjalani prosedur.

4. Kriteria Peserta MOW (Kementerian Kesehatan, 2021)

- a. Perempuan yang memiliki jumlah anak lebih dari dua.
- b. Perempuan yang pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius.
- c. Perempuan yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur pelayanan.
- d. Pasca persalinan atau pasca keguguran.
- e. Dapat dilakukan pada wanita yang terinfeksi HIV/AIDS, baik yang sedang atau tidak sedang dalam pengobatan.

5. Kontra Indikasi (BKKBN, 2018)

- a. Wanita hamil atau diduga hamil.
- b. Setelah persalinan antara 7-42 hari.
- c. Adanya pendarahan pada vagina yang belum jelas.
- d. Menurut pemeriksaan dokter belum boleh dilakukan proses pembedahan.
- e. Sedang mengalami masalah kewanitaan seperti infeksi atau kanker (penyakit radang panggul, kanker payudara, riwayat operasi perut atau panggul).
- f. Memiliki masalah jantung, stroke, tekanan darah tinggi dan kencing manis.

- g. Belum mantap (ragu-ragu) mengenai keinginannya untuk tidak memiliki anak lagi.
- h. Jumlah anak kurang dari dua dan umur anak terakhir di bawah dua tahun.

Jika memiliki masalah kontra indikasi di atas, operasi ditunda sampai mendapatkan penanganan yang sesuai atau dipertimbangkan metode kontrasepsi yang lainnya.

6. Kelebihan (BKKBN, 2018)

- a. Metode operasi wanita sangat efektif mencapai 99,5% atau kehamilan hanya masih terjadi pada 5 dari 1000 wanita selama tahun pertama penggunaan.
- b. Metode ini cocok bagi pasangan yang memutuskan sudah tidak ingin menambah jumlah anak.
- c. Tidak mempengaruhi proses kualitas dan volume ASI.
- d. Tidak mengganggu hubungan seksual.
- e. Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.
- f. Rahim tidak diangkat sehingga wanita yang menggunakan metode ini masih mendapat haid.
- g. Secara psikologis akan merasa nyaman dalam kehidupan seksualnya karena tidak khawatir akan terjadi kehamilan.
- h. Efektif dalam jangka waktu yang lama.
- i. Dapat dilakukan segera setelah persalinan atau setelah keguguran.

7. Keterbatasan (BKKBN, 2018)

- a. Sebelum menyetujui menggunakan kontrasepsi MOW perlu pertimbangan yang matang karena bersifat permanen kecuali dilakukan rekanalisisasi.
- b. Setelah pembedahan, harus beristirahat selama 2-3 hari dan tidak mengangkat beban berat selama satu minggu.
- c. Dapat muncul rasa nyeri dan bengkak, namun bisa diatasi dengan mengkonsumsi obat.
- d. Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HIV/AIDS.

8. Rumor dan Fakta Terkait MOW (BKKBN, 2018)

- a. MOW membuat wanita kehilangan hasrat seksual

Faktanya kontrasepsi MOW tidak membuat wanita kehilangan hasrat seksual. Prosedur MOW memungkinkan untuk melakukan hubungan seksual seperti sebelumnya bahkan secara psikologis dapat merasa lebih nyaman karena tidak khawatir akan terjadi kehamilan.
- b. MOW dianggap sebagai prosedur mengangkat rahim

Faktanya, kontrasepsi MOW bukan merupakan prosedur pengangkatan rahim, prosedur operasi dilakukan untuk memotong atau mengikat atau memasang cincin pada kedua saluran telur. Sehingga wanita masih bisa haid setelah melakukan operasi.
- c. Walaupun sudah MOW, tapi tetap bisa hamil lagi

Faktanya memang benar, akan tetapi MOW memiliki efektivitas sangat tinggi yaitu 99,5% dalam mencegah kehamilan, artinya walaupun

sangat kecil ada kemungkinan gagal yaitu adanya kehamilan sekitar 5 kehamilan per 1000 wanita selama tahun pertama penggunaan.

- d. Setelah melakukan operasi pada MOW tidak bisa lagi kerja berat
Faktanya, wanita yang sudah melakukan prosedur operasi pada kontrasepsi MOW tetap bisa bekerja berat. Wanita tersebut hanya perlu beristirahat beberapa hari saja setelah prosedur operasi.

- e. MOW bisa dibuka lagi (rekanalisasi)

Faktanya memang benar, kemajuan teknologi kedokteran sudah memungkinkan adanya rekanalisasi. Namun demikian prosedur ini masih belum umum, sangat mahal dan hanya bisa dilakukan di rumah sakit tertentu saja.

D. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Operasi Wanita (MOW) Berdasarkan Pendekatan Teori Lawrence Green

Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2007) menganalisis determinan perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan terbentuk oleh tiga faktor utama yaitu faktor predisposisi (*predisforcing factors*), faktor pemungkin (*reinforcing factor*) dan faktor penguat (*enabling factor*) (Notoatmodjo, 2007). Adapun faktor-faktor perubahan perilaku kesehatan tersebut yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi MOW berdasarkan pendekatan teori Lawrence Green yaitu :

1. Faktor Predisposisi (*predisforcing factors*)

Faktor predisposisi yaitu faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredispensi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat. Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan,

keyakinan, kebiasaan, nilai-nilai, norma sosial, budaya dan faktor sosiodemografi (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan teori diatas, faktor predisposisi perubahan perilaku yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi MOW meliputi:

a. Usia

Terdapat hubungan antara usia WUS dengan pemilihan metode kontrasepsi, khususnya kontrasepsi jangka panjang. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi bahwa pemilihan metode kontrasepsi harus mempertimbangkan usia, paritas, jumlah anak, kondisi kesehatan dan norma agama (Kementerian Kesehatan, 2014).

Berdasarkan pedoman pelayanan kontrasepsi dan keluarga berencana, pemilihan metode kontrasepsi bagi pasangan dengan usia istri >35 tahun termasuk kedalam fase mengakhiri kehamilan. Pada fase ini pasangan sebaiknya tidak merencanakan kehamilan lagi. Pertimbangan metode yang digunakan yaitu memiliki efektivitas tinggi, baik dan aman digunakan. Metode yang menjadi pilihan yaitu implan, IUD, metode operasi wanita (MOW) dan metode operasi pria (MOP) (Kementerian Kesehatan, 2021).

Perempuan dengan usia lebih dari 35 tahun membutuhkan kontrasepsi yang aman dan efektif karena apabila terjadi kehamilan di usia tersebut dapat meningkatkan risiko kesakitan dan kematian pada

ibu dan bayi (Prijatni dan Rahayu, 2016). Batasan usia WUS dalam memilih kontrasepsi MOW yaitu di atas 26 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Febriana dan Wibowo (2022) penggunaan kontrasepsi MOW paling banyak ditemukan pada wanita yang berumur 35-49 tahun (Febriana dan Wibowo, 2022).

b. Pengetahuan Tentang KB

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2007), mengatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan itu sendiri merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Dari kelima indera manusia sebagian besar pengetahuan diperoleh dari indra penglihatan dan pendengaran (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan akseptor KB yang baik tentang hakikat program KB akan meningkatkan persepsi yang baik sehingga dapat mempengaruhi dalam pemilihan metode kontrasepsi yang akan digunakan berdasarkan beberapa pertimbangan yaitu keleluasaan atau kebebasan pilihan, kecocokan, efektivitas, kenyamanan dan keamanan, berikut juga tempat pelayanan yang akan digunakan (Heroyanto dan Amru, 2020). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Heroyanto dan Amru (2020) bahwa tingkat pengetahuan tentang KB berbanding lurus dengan pemakaian kontrasepsi, artinya semakin tinggi pengetahuan akseptor

maka pemakaian kontrasepsi juga semakin tinggi (Heroyanto dan Amru, 2020).

c. Sikap

Sikap adalah respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap terhadap suatu stimulus atau objek. Tanda dari sebuah sikap tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap juga bukan merupakan suatu tindakan atau aktivitas, melainkan sebuah predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2007). Sikap akseptor KB dapat mempengaruhi pengetahuan dan persepsi akseptor mengenai kekhawatiran akan mitos dan fakta terkait kontrasepsi MOW sehingga hal ini dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dalam penggunaan kontrasepsi MOW (Heroyanto dan Amru, 2020).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Heroyanto dan Amru (2020) bahwa sikap pada kelompok pengguna kontrasepsi MOW, persentase tertinggi yaitu sikap positif (82,7%). Sedangkan sikap pada kelompok bukan pengguna kontrasepsi MOW persentase tertinggi yaitu sikap negatif (76,9%). Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan antara variabel sikap dengan penggunaan kontrasepsi MOW (Heroyanto dan Amru, 2020).

d. Kepercayaan

Upaya pengambilan keputusan terkait penggunaan kontrasepsi berhubungan dengan kepercayaan dari akseptor KB. Kepercayaan dapat memberikan perspektif pada manusia dalam mempersepsi kenyataan, memberikan dasar bagi pengambilan keputusan dan menentukan sikap bagi objek sikap. Kepercayaan akseptor KB tersebut didasari oleh agama, norma dan adat yang dianutnya. Beberapa pertimbangan mendasar terkait kepercayaan yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi yaitu pembatasan jumlah anak, makna anak dalam keluarga dan metode kontrasepsi yang tidak bertentangan dengan agama (Nurmayanti, dkk., 2017).

Kota Tasikmalaya dikenal memiliki budaya yang kental akan nilai agama, khususnya agama Islam. Hal ini didasari oleh jumlah penganut agama Islam di Kota Tasikmalaya yang mencapai 98% dari total penduduk (Ikhsandi, dkk., 2021). Berdasarkan fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI) dalam (Nurmayanti, dkk., 2017) menyebutkan ajaran Islam membenarkan pelaksanaan program Keluarga Berencana untuk menjaga kesehatan ibu dan anak, pendidikan anak agar menjadi anak yang sehat, cerdas dan shalih. Namun MUI menganjurkan kepada pemerintah untuk melarang pemasangan kontrasepsi yang bersifat permanen dan abortus bagi Umat Islam, serta meningkatkan pengawasan terhadap penyalahgunaan alat kontrasepsi yang dipergunakan untuk perbuatan maksiat (Nurmayanti, dkk., 2017).

Pelaksanaan kontrasepsi MOW pada wanita dalam keadaan darurat atau udzur syar'i karena adanya indikasi medis atas petunjuk dokter yang mewajibkan wanita tersebut melakukan tindakan kontrasepsi MOW hukumnya diperbolehkan karena dikhawatirkan akan membahayakan nyawanya (Mustofa, dkk., 2020).

Osborn, *et.al.*, (2021) dalam penelitiannya menyebutkan adanya hubungan yang signifikan antara agama dengan penggunaan kontrasepsi khususnya kontrasepsi MOW. Penelitian tersebut menjelaskan penggunaan kontrasepsi MOW rendah di kalangan Muslim karena keyakinan agama dan budaya tentang kontrasepsi yang dianut dalam agama Islam (Osborn *et al.*, 2021). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurjannah (2013) menyebutkan adanya hubungan yang sangat bermakna antara agama dan kepercayaan sebagai faktor penghambat bagi PUS dalam memilih kontrasepsi MOW (Nurjannah, 2013)

e. Jumlah Anak

Jumlah anak merupakan banyaknya anak yang dimiliki dalam satu keluarga (Aditya, 2019). Dewi dan Notobroto (2014) dalam Purnama (2019) mengatakan jumlah anak dapat menjadi salah satu faktor yang menentukan keikutsertaan PUS menjadi akseptor KB, karena semakin banyak anak semakin banyak pula tanggungan kepala keluarga dalam mencukupi kebutuhan hidup yang bersifat materi, selain itu juga untuk menjaga sistem kesehatan reproduksi khususnya bagi ibu (Purnama, 2019).

Febriana dan Wibowo (2022) menyebutkan bahwa kondisi wanita yang terlalu sering melahirkan, akan menyebabkan kendurnya otot dinding perut. Selain itu kehamilan pada ibu yang berisiko tinggi dapat mengakibatkan bahaya hingga terjadinya kematian pada ibu maupun bayi. Berdasarkan penelitiannya juga menyebutkan bahwa jumlah anak memiliki hubungan paling signifikan terhadap penggunaan kontrasepsi MOW. Ibu yang memiliki anak >2 cenderung menggunakan tubektomi daripada ibu yang memiliki anak ≤ 2 (Febriana dan Wibowo, 2022).

f. Indikasi Medis

Indikasi medis yaitu suatu kondisi seseorang yang dapat menyebabkan dilakukannya sebuah terapi, tindakan atau pemeriksaan penunjang. Jika dihubungkan dengan penggunaan MOW indikasi medis berarti suatu kondisi WUS yang disertai dengan penyakit atau riwayat kesehatan tertentu yang dapat mempengaruhi kehamilan (Aditya, 2019).

Ada beberapa indikasi medis yang berhubungan dengan penggunaan MOW (Forcepta dan Rodiani, 2017), diantaranya :

1) Indikasi Medis Umum

Indikasi medis umum yaitu adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila seorang wanita hamil lagi. Gangguan fisik tersebut diantaranya tuberculosis pulmonum, penyakit jantung, dan sebagainya. Sedangkan gangguan psikis yang

dimaksud seperti skizofrenia (psikosis), sering menderita psikosa nifas, dan sebagainya.

2) Indikasi Medis Obstetric

Indikasi medis obstetric yaitu toksemia gravidarum (preeklampsia) yang berulang, seksio sesarea yang berulang, histerektomi obstetri.

3) Indikasi Medis Ginekologik

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

Iswandiari (2017) dalam Aditya (2019) menyebutkan beberapa penyakit yang dapat menyebabkan kehamilan berisiko tinggi, diantaranya :

1) Gangguan darah

Kelainan darah seperti penyakit sel sabit atau thalasemia, dapat memperburuk kondisi ibu hamil. Gangguan darah juga dapat meningkatkan risiko bayi mengalami kondisi sama seperti ibu selama kehamilan atau setelah melahirkan.

2) Penyakit ginjal kronis

Umumnya kehamilan dapat memberi tekanan besar pada ginjal. Namun kondisi ini juga dapat menyebabkan risiko keguguran karena menyebabkan tekanan darah tinggi dan preeklampsia, sehingga kemungkinan bayi lahir prematur.

3) Depresi

Adanya risiko kesehatan dan keselamatan pada bayi akibat depresi yang tidak diobati atau beberapa terapi yang digunakan untuk mengobati depresi.

4) Hipertensi

Hipertensi yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan janin tumbuh lambat dan meningkatkan risiko untuk melahirkan prematur. Komplikasi lain yang dapat terjadi yaitu preeklamsia dan abrupsi plasenta yaitu kondisi serius dimana plasenta terpisah sebagian dari rahim sebelum bayi lahir.

5) HIV/AIDS

Bayi yang terlahir dari ibu dengan HIV/AIDS memiliki risiko terinfeksi bahkan pada saat sebelum kelahiran, saat persalinan, atau saat menyusui. Namun pengobatan dapat mengurangi risiko tersebut.

6) Lupus

Lupus maupun penyakit autoimun lainnya dapat meningkatkan risiko bayi lahir prematur, preeklamsia, dan berat bayi lahir rendah (BBLR). Selain itu kehamilan juga dapat memperparah kondisi penyakit.

7) Kegemukan

Kegemukan dapat dilihat dari indeks massa tubuh (IMT). Adapun seorang wanita yang memiliki IMT 30 atau lebih sebelum

kehamilan memiliki risiko lebih besar terkena diabetes gestasional, diabetes tipe 2, dan hipertensi selama kehamilan. Selain itu kemungkinan besar membutuhkan induksi persalinan atau melahirkan secara sesar.

8) Penyakit tiroid

Adanya risiko keguguran, preeklampsia, BBLR, dan melahirkan prematur pada ibu dengan gangguan tiroid baik hipotiroidisme maupun hipertiroidisme.

9) Diabetes

Diabetes yang tidak dikendalikan dapat meningkatkan risiko komplikasi juga kondisi yang mempengaruhi kehamilan seperti bayi lahir cacat, hipertensi, bayi lahir prematur, dan berat badan berlebih pada bayi (makrosomia). Selain itu dapat juga mempengaruhi kondisi kesehatan bayi diantaranya masalah pernafasan, kadar glukosa rendah, dan penyakit kuning.

Berdasarkan hasil penelitian Aditya (2019) menyebutkan bahwa adanya hubungan antara indikasi medis terhadap pemilihan kontrasepsi medis operasi wanita dengan nilai OR=8,512 (Aditya, 2019).

2. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin merupakan fasilitas atau sarana dan prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Adapun yang termasuk kedalam faktor pemungkin yang berhubungan dengan pemilihan kontrasepsi MOW yaitu :

a. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Menurut Betrand (1980) dalam (Mi'rajiah, dkk., 2019) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pemakaian kontrasepsi adalah akses ke pusat pelayanan. Aksesibilitas ini berupa kemudahan menuju suatu tempat dihitung dari waktu, jarak dalam km, ketersediaan angkutan dan kondisi (Mi'rajiah, Syahadatina Noor dan Arifin, 2019). Hang Kueng (2001) dalam Fatma (2020) menyebutkan bahwa jarak dikatakan dekat apabila jarak tempuh dengan berjalan kaki kurang atau sama dengan 1 km (≤ 15 menit) dan dikatakan jauh apabila lebih dari 1 km (≥ 15 menit) (Fatma, 2020).

Menurut Permatasari dan Thinni (2013) dalam Ananda (2022) faktor aksesibilitas memiliki tiga kelompok kategori yaitu, pertama aksesibilitas fisik meliputi waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan. Kedua aksesibilitas ekonomi meliputi kemampuan finansial dalam mengakses pelayanan. Dan ketiga aksesibilitas sosial meliputi kondisi non fisik dan non finansial yang mempengaruhi keputusan pemanfaatan layanan kesehatan (Ananda, 2022).

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Mi'rajiah (2019) yang mengatakan bahwa terdapat hubungan antara akses ke fasilitas kesehatan dengan pemakaian MKJP. Selain itu juga adanya kesulitan akses ke fasilitas kesehatan meningkatkan pemakaian non

MKJP 3,596 kali lebih tinggi daripada adanya kemudahan akses ke fasilitas kesehatan (Mi'rajiah, dkk., 2019).

3. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang yaitu adanya contoh atau acuan dari para tokoh yang menjadi panutan. Tokoh tersebut dapat meliputi tokoh masyarakat, keluarga, termasuk juga petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Dalam hal ini faktor penguat yang mempengaruhi pemilihan kontrasepsi MOW diantaranya :

a. Dukungan Suami

Penggunaan kontrasepsi merupakan tanggung jawab setiap PUS tanpa memberatkan salah satu pihak, karenanya metode kontrasepsi yang dipilih merupakan cerminan kebutuhan dan keinginan setiap PUS. Pada pelaksanaannya penggunaan kontrasepsi lebih banyak dilakukan oleh pihak wanita, akan tetapi suami juga harus ikut berpartisipasi dengan memberikan dukungan terhadap pengambilan keputusan tersebut. Dukungan suami dapat diartikan sebagai sikap atau tindakan suami terhadap alat atau metode kontrasepsi yang digunakan oleh istrinya. Tindakan yang dilakukan dapat berupa saran mengenai pemilihan kontrasepsi serta selalu mengikuti perkembangan tentang kontrasepsi yang digunakan (Bahu, dkk., 2019)

Bentuk dukungan suami juga dapat dilihat dari suami memfasilitasi dan memberi semua kebutuhan istri saat akan memeriksakan masalah kesehatan reproduksinya, seperti suami

mengingatkan waktu pemeriksaan, atau suami menyediakan waktu untuk mendampingi istri memasang alat kontrasepsi atau kontrol, suami bersedia memberikan biaya khusus untuk memasang alat kontrasepsi dan membantu istri menentukan tempat pelayanan atau tenaga kesehatan yang sesuai (Heroyanto dan Amru, 2020). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Aditya (2019) dengan hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan penggunaan metode kontrasepsi MOW (Aditya, 2019).

b. Peran Petugas Kesehatan

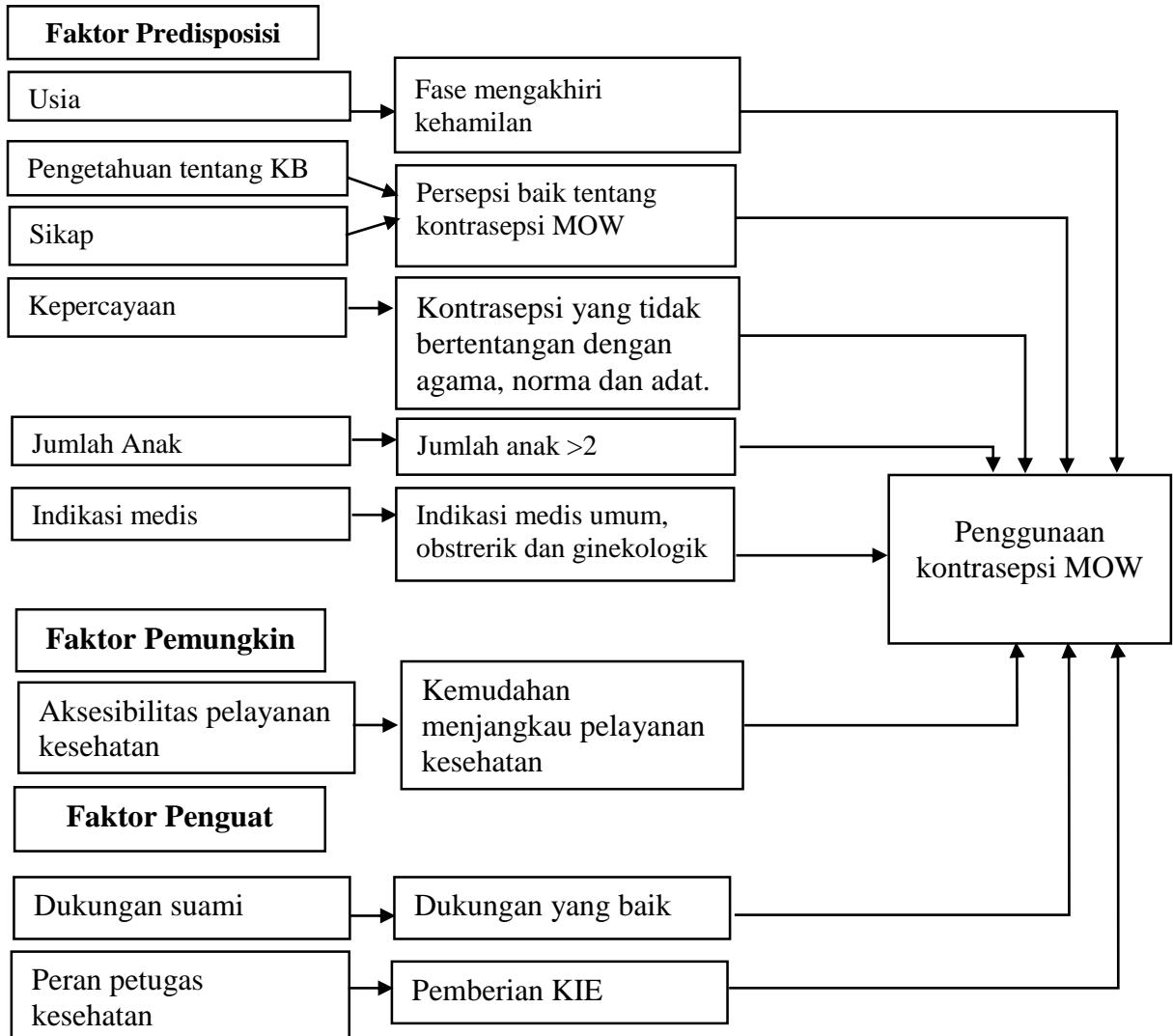
Peran petugas kesehatan dalam melaksanakan kebijakan keluarga berencana dilakukan dengan upaya pemberian komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009). Petugas kesehatan yang bertanggung jawab dalam memberikan KIE adalah tenaga kesehatan/PLKB/PKB dan Kader KB/POKTAN. Petugas kesehatan ini termasuk kedalam tenaga lini lapangan (BKKBN, 2017b).

Penyuluhan Keluarga Berencana (PKB) merupakan Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan kegiatan penyuluhan, pelayanan, evaluasi dan pengembangan di bidang Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB) Nasional di tingkat daerah Kabupaten/Kota, Kecamatan, dan Desa/Kelurahan. Sedangkan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) merupakan PNS/Non

PNS yang diangkat oleh pejabat yang berwenang yang mempunyai tugas, tanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan penyuluhan, pelayanan, evaluasi dan pengembangan KKB (BKKBN, 2014).

Forcepta dan Rodiani (2017) mengatakan bahwa dukungan petugas merupakan faktor pendukung untuk mengubah perilaku seseorang melalui proses pendidikan kesehatan atau penyuluhan yang diberikan oleh petugas. Petugas kesehatan ini membantu akseptor dari mulai memilih kontrasepsi yang paling sesuai, hingga mendampingi pada masa adaptasi dengan kondisi baru yang dialami akseptor (Forcepta dan Rodiani, 2017). Namun berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aditya (2019) dengan kesimpulan tidak ada hubungan antara peran petugas kesehatan/KB dengan penggunaan kontrasepsi MOW (Aditya, 2019).

E. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : modifikasi Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010); Aditya (2019); Heryanto dan Amru (2019); Osborn *et al.*, (2021); Febriana dan Wibowo (2022); Mi'rajiah, dkk (2019)