

**PENGARUH PENGGUNAAN METODE KONTRASEPSI SUNTIKAN DMPA  
TERHADAP KEJADIAN DISFUNGI SEKSUAL**

***THE INFLUENCE OF THE USE OF CONTRACEPTION METHOD  
OF DMPA INJECTION ON THE OCCURRENCE  
OF SEXUAL DISFUNCTION***

**AGUSTINA NINGSI**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2012**

**PENGARUH PENGGUNAAN METODE KONTRASEPSI  
SUNTIKAN DMPA TERHADAP KEJADIAN  
DISFUNGSI SEKSUAL**

**TESIS**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi  
Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh**

**AGUSTINA NINGSI**

**Kepada**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2012**



## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Agustina Ningsi

Nomor Mahasiswa : P1807210520

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 25 Juli 2012

Yang menyatakan

Agustina Ningsi

## PRAKATA

Dengan mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan YME yang telah melimpahkan Rahmat dan Berkah-Nya, sehingga penulisan penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik.

Hal ini merupakan hasil kerja maksimal yang telah penulis upayakan, dan banyak kendala yang dihadapi. Berkat bantuan dari berbagai pihak hal tersebut dapat diatasi. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada bapak Dr. dr. Arifin Seweng, MPH , selaku pembimbing I dan bapak Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, M.Kes, M.Sc.PH., selaku pembimbing II yang dengan sabar, tulus, dan ikhlas meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberikan bimbingan, motivasi, arahan, dan saran-saran yang sangat berharga kepada penulis.

Penulis juga menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. dr. Buraerah H.Abd.Hakim, M.Sc, Ketua Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Program Pascasarjana UNHAS.
2. Para dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang dengan tulus, sabar, dan ikhlas mengajar penulis selama menempuh pendidikan.
3. Dr. dr. M. Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH., Dr. Masni,Apt, MSPH dan dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc, Ph.D, selaku penguji yang telah

memberikan kritikan membangun serta masukan-masukan yang sangat bermanfaat.

4. Orang tua tercinta yang sangat berjasa dalam kehidupan penulis dan selalu menyertai dengan doa. Serta saudara-saudaraku yang memberi semangat dan motivasi selama penulis menempuh studi.
5. Suami dan anak-anakku tercinta yang selalu mendukung secara moril dan materil selama penulis menempuh studi.
6. Rekan-rekan mahasiswa Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga angkatan 2010 yang telah memberikan bantuan dan masukan selama perkuliahan dan penelitian ini.

Akhirnya ke hadirat Tuhan YME jualah tempat memohon, semoga bapak dan ibu, mendapat balasan yang berlipat ganda di sisi-Nya. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat. Sumbang saran dari berbagai pihak sangat penulis harapkan.

Makassar, Agustus 2012

Agustina Ningsi

## ABSTRAK

**AGUSTINA NINGSI.** *Pengaruh Penggunaan Metode Kontrasepsi Suntikan DMPA Terhadap Kejadian Disfungsi Seksual (dibimbing oleh Arifin Seweng dan Ridwan Amiruddin).*

Disfungsi seksual pada wanita merupakan masalah kesehatan reproduksi yang penting karena berhubungan dengan kelangsungan fungsi reproduksi seorang wanita dan berpengaruh besar terhadap keharmonisan hubungan suami-isteri. Data Epidemiologi di Amerika Serikat melaporkan insiden disfungsi seksual pada wanita adalah 43%, dengan keluhan gangguan hasrat seksual 10 - 46%, gangguan rangsang seksual 4 - 7 %, gangguan orgasme 5 - 42%, Nyeri 3 - 18% dan vaginismus 30%. Penggunaan metode kontrasepsi DMPA merupakan salah satu faktor risiko yang dapat memengaruhi kejadian disfungsi seksual pada penggunaannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penggunaan metode kontrasepsi suntikan DMPA terhadap kejadian disfungsi seksual.

Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan rancangan cross sectional. Responden adalah akseptor keluarga berencana yang memenuhi kriteria sampel. Besar sampel 220 dan penetapan sampel dengan cara *quota sampling*. Pengumpulan data primer melalui wawancara dengan pedoman kuesioner *Female Sexual Function Index (FSFI)*. Analisis data dilakukan dengan uji chi-square dan metode regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan penggunaan metode kontrasepsi suntikan DMPA memengaruhi kejadian disfungsi seksual ( $p=0,000 < 0,05$ , OR = 3,353 L 1,923 - U 5,846) dan tidak ada pengaruh lama pemakaian DMPA dengan kejadian disfungsi seksual ( $p = 0,288 < 0,05$ , OR = 0,610 L 0,282 - U 1,320).

## ABSTRACT

**AGUSTINA NINGSI.** *Effect of Use of Contraceptive Methods DMPA injections of Sexual Dysfunction (led by Arifin Seweng and Ridwan Amiruddin).*

*Sexual dysfunction in women is an important reproductive health issues as its relate to the continuity of a woman's reproductive function and influence on the harmony of marriage. Epidemiologic data in the United States reported the incidents of sexual dysfunction in women is 43%, with complaints of sexual desire disorder 10-46%, disorders of sexual arousal disorder 4-7%, orgasm disorder 5-42%, pain is 3-18% and 30% vaginismus. Use of DMPA contraception method is one of the risk factors that may affect the incidence of sexual dysfunction in users. This study aims to determine the effect of contraceptive method use DMPA injections on the incidence of sexual dysfunction.*

*Type of observational study is a descriptive cross sectional design. Respondents were family planning acceptors who meet the criteria of the sample. And determination of sample size 220 Proportion of samples by sampling. Primary data retrieval from an interview with the guidelines questionnaires Female Sexual Function Index (FSFI). Data analysis was performed with Chi Square test and logistic regression methods.*

*The results showed the use of contraceptive methods DMPA injection acceptors affect the incidence of sexual dysfunction ( $p=0,000 < 0,05$ , OR = 3,353 L 1,923 – U 5,846). Duration the use of contraceptive methods DMPA injection unaffected the incidence of sexual dysfunction ( $p= 0,288 > 0,05$ , OR = 0,610 L 0,282 – U 1,320).*



## DAFTAR ISI

|   | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN JUDUL.....  | i       |
| HALAMAN PENGANTAR.....                                    | ii      |
| HALAMAN PENGESAHAN.....                                   | iii     |
| PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....                            | iv      |
| PRAKATA .....   | v       |
| ABSTRAK .....   | vii     |
| ABSTRACT .....  | viii    |
| DAFTAR ISI .....  | ix      |
| DAFTAR TABEL.....   | xi      |
| DAFTAR GAMBAR.....  | xiii    |
| DAFTAR LAMPIRAN.....                                      | xiv     |
| BAB I PENDAHULUAN .....                                   | 1       |
| A. Latar Belakang .....                                   | 1       |
| B. Rumusan Masalah.....                                   | 6       |
| C. Tujuan Penelitian .....                                | 6       |
| D. Manfaat Penelitian .....                               | 8       |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....                             | 9       |
| A. Tinjauan Umum Tentang Keluarga Berencana.....          | 9       |
| B. Tinjauan Umum Tentang Metode Kontrasepsi DMPA .. ..... | 17      |
| C. Tinjauan Tentang Disfungsi Seksual.. .....             | 27      |

|   |            |
|---|------------|
| D. Tinjauan Variabel yang Diteliti .....  | 34         |
| E. Kerangka Teori .....                   | 39         |
| F. Kerangka Konsep.....                   | 40         |
| G. Hipotesis Penelitian .....             | 41         |
| <b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>    | <b>42</b>  |
| A. Rancangan Penelitian .....             | 42         |
| B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....      | 43         |
| C. Populasi dan Sampel .....              | 43         |
| D. Defenisi Operasional Variabel .....    | 46         |
| E. Instrumen Pengumpulan Data .....       | 48         |
| F. Analisis Data ..                       | 49         |
| <b>BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b> | <b>52</b>  |
| A. HASIL PENELITIAN .....                 | 52         |
| B. PEMBAHASAN .....                       | 99         |
| C. KETERBATASAN PENELITIAN .....          | 110        |
| <b>BAB V. PENUTUP .....</b>               | <b>112</b> |
| A. KESIMPULAN .....                       | 112        |
| B. SARAN .....                            | 113        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                     |            |
| <b>LAMPIRAN</b>                           |            |

## DAFTAR TABEL

| <b>Tabel</b>   | <b>Halaman</b> |
|--|----------------|
| 1 Tabel Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan.....                                     | 54             |
| 2 Tabel Distribusi Responden Berdasarkan Lama Pemakaian DMPA .....                           | 56             |
| 3 Tabel Distribusi Responden Berdasarkan Masing-Masing Komponen<br>Disfungsi Seksual . ..... | 58             |
| 4 Distribusi Responden Disfungsi Disfungsi Seksual.....                                      | 59             |
| 5 Pengaruh Kontrasepsi Yang Digunakan terhadap Gangguan Keinginan<br>Seksual .....           | 60             |
| 6 Pengaruh Kontrasepsi Yang Digunakan terhadap Gangguan Rangsang<br>Seksual.....             | 61             |
| 7 Pengaruh Kontrasepsi Yang Digunakan terhadap Gangguan Lubrikasi ...                        | 62             |
| 8 Pengaruh Kontrasepsi Yang Digunakan terhadap Gangguan Orgasme ...                          | 63             |
| 9 Pengaruh Kontrasepsi Yang Digunakan terhadap Gangguan Kepuasan<br>Seksual.....             | 64             |
| 10. Pengaruh Kontrasepsi Yang Digunakan terhadap Gangguan Nyeri<br>Seksual .....             | 65             |
| 11. Pengaruh Kontrasepsi Yang Digunakan terhadap Disfungsi Seksual.                          | 66             |
| 12. Pengaruh Umur terhadap Gangguan Keinginan Seksual .....                                  | 67             |
| 13. Pengaruh Umur terhadap Gangguan Rangsang Seksual .....                                   | 68             |
| 14. Pengaruh Umur terhadap Gangguan Lubrikasi .....  | 69             |
| 15. Pengaruh Umur Terhadap Gangguan Orgasme .....  | 70             |
| 16. Pengaruh Umur Terhadap Gangguan Kepuasan Seksual.....                                    | 71             |
| 17. Pengaruh Umur Terhadap Gangguan Nyeri Seksual.....                                       | 72             |
| 18. Pengaruh Umur Terhadap Disfungsi Seksual.....  | 73             |
| 19. Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Sebelumnya Terhadap Gangguan<br>Keinginan Seksual.....   | 74             |
| 20. Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Sebelumnya Terhadap Gangguan<br>Rangsang Seksual .....   | 75             |
| 21. Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Sebelumnya Terhadap Gangguan<br>Lubrikasi.....           | 76             |
| 22. Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Sebelumnya Terhadap Gangguan<br>Orgasme.....             | 77             |
| 23. Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Sebelumnya Terhadap Gangguan<br>Kepuasan Seksual.....    | 78             |
| 24. Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Sebelumnya Terhadap Gangguan<br>Nyeri Seksual .....      | 79             |

|  |    |
|--|----|
| 25. Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Sebelumnya Terhadap Disfungsi Seksual..... | 80 |
| 26. Pengaruh Lama Pemakaian DMPA Terhadap Gangguan Keinginan Seksual.....      | 81 |
| 27. Pengaruh Lama Pemakaian DMPA Terhadap Gangguan Rangsang Seksual.....       | 82 |
| 28. Pengaruh Lama Pemakaian DMPA Terhadap Gangguan Lubrikasi ....              | 83 |
| 29. Pengaruh Lama Pemakaian DMPA Terhadap Gangguan Orgasmel...                 | 85 |
| 30. Pengaruh Lama Pemakaian DMPA Terhadap Gangguan Kepuasan Seksual.....       | 86 |
| 31. Pengaruh Lama Pemakaian DMPA Terhadap Gangguan Nyeri Seksual               | 87 |
| 32. Pengaruh Lama Pemakaian DMPA Terhadap Disfungsi Seksual .....              | 88 |
| 33. Pengaruh Paritas Terhadap Gangguan Keinginan Seksual.....                  | 89 |
| 34. Pengaruh Paritas Terhadap Gangguan Rangsang Seksual .....                  | 90 |
| 35. Pengaruh Paritas Terhadap Gangguan Lubrikasi .....                         | 91 |
| 36. Pengaruh Paritas Terhadap Gangguan Orgasme .....                           | 92 |
| 37. Pengaruh Paritas Terhadap Gangguan Kepuasan Seksual .....                  | 93 |
| 38. Pengaruh Paritas Terhadap Gangguan Nyeri Seksual .....                     | 94 |
| 39. Pengaruh Paritas Terhadap Disfungsi Seksual .....                          | 95 |
| 40. Rangkuman Hasil Analisis Bivariat .....                                    | 97 |
| 41. Hasil Analisis Regresi Linear .....  | 98 |

**DAFTAR GAMBAR**

| <b>Gambar</b>   | <b>Halaman</b> |
|---|----------------|
| 1. Kerangka Teori Kejadian Perdarahan Postpartum .....  | 39             |
| 2. Kerangka Konsep Pengaruh Anemia Dalam kehamilan Terhadap<br>Kejadian Perdarahan Postpartum ..... | 40             |
| 3. Rancangan Penelitian .....   | 42             |
| 4. Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur.....  | 52             |
| 5. Distribusi Responden Berdasarkan Kontrasepsi Yang digunakan.....                                 | 53             |
| 6. Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan Kontrasepsi<br>Sebelumnya .....                      | 54             |
| 7. Distribusi Responden Berdasarkan Paritas .....   | 56             |

## DAFTAR LAMPIRAN

### Lampiran

1. Master Tabel Penelitian
2. Hasil Analisis Univariat
3. Hasil Analisis Bivariat Chi-Square.
4. Hasil Analisis Regresi Logistik
5. Lembar Observasi (Kuesioner)
6. Lembar Pedoman Skoring FSFI
7. Surat Pengantar Izin Penelitian Dari Direktur Pasca Sarjana UNHAS
8. Surat Rekomendasi Penelitian Dari Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.
9. Surat Rekomendasi Penelitian Dari Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Makassar
10. Surat Izin Penelitian Dari Dinas Kesehatan Kota Makassar
11. Surat Keterangan Bukti Penelitian dari Kepala Puskesmas Kassi-Kassi Makassar.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Kontrasepsi suntikan *Depot Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA) merupakan salah satu kontrasepsi hormonal yang pemakaiannya luas dan meningkat dari waktu ke waktu. Menurut WHO, dewasa ini hampir 380 juta pasangan menjalankan keluarga berencana dan 66 – 75 juta diantaranya, terutama di Negara berkembang, menggunakan kontrasepsi hormonal. Kontrasepsi hormonal yang di gunakan untuk mencegah terjadi kehamilan dapat memiliki pengaruh positif maupun negatif terhadap berbagai organ tubuh wanita, baik organ genitalia maupun non genitalia (Baziad, 2008). Penggunaan kontrasepsi suntikan DMPA dalam waktu yang lama akan menyebabkan disfungsi seksual berupa penurunan libido. (Saroaha, 2008)

Hasil penelitian Michael A, 2007 yang diterbitkan dalam *The Journal of Sexual Medicine*. Masalah seksual, tanpa melihat faktor usia, dapat memberikan dampak negatif terhadap kualitas hidup dan kesehatan emosi. Disfungsi seksual pada wanita adalah penyakit yang umum, di mana dua dari lima wanita memiliki setidaknya satu jenis disfungsi

seksual, dan keluhan yang paling banyak terjadi adalah rendahnya gairah seksual / Libido.

Data epidemiologi di Amerika Serikat melaporkan insiden disfungsi seksual pada wanita adalah 43% (Laumann et al, 1999), sementara 5-11% wanita yang datang ke klinik seks mengeluhkan nyeri saat berhubungan seksual atau dispareunia. Hal serupa terjadi di Inggris, dimana 15% wanita mengalami dispareunia dan mencari pengobatan untuk keluhan tersebut. (David H dalam Simanjuntak 2011).

Sebuah survey internasional terbaru terhadap 27.500 pria dan wanita usia 40 – 80 tahun menemukan bahwa 39% dari wanita yang aktif secara seksual mengalami problem dengan aktifitas seksualnya. Prevalensi disfungsi seksual wanita meliputi gangguan hasrat seksual 10 sampai 46%, gangguan rangsangan seksual 4 sampai 7%, gangguan orgasme 5 sampai 42%, nyeri seksual 3 sampai 18% dan vaginismus sampai 30%. (Krohmer, 2004)

Penelitian oleh Samantha pada tahun 1980 – 2003 dengan studinya terhadap 100 wanita pasca penanganan kanker rectum pada Rumah Sakit Mount Sinai Kanada, mendapatkan bahwa gangguan fungsi seksual yang dialami wanita pasca penanganan kanker rectum yaitu penurunan libido 41%, kurangnya rangsangan seksual 29%, kurangnya lubrikasi 56%, dan dispareunia 46%. Hal serupa dilaporkan dalam satu penelitian oleh Safarinejad (2006), pada wanita umur 20-60 tahun di Iran,



menjelaskan bahwa 759 (31,5%) dari 2626 wanita mengalami disfungsi seksual dan keluhan meningkat seiring bertambahnya umur wanita.

Penelitian lain yang dilaksanakan oleh Angga (2010) di Kelurahan Jati Jakarta Timur, menjelaskan bahwa 15,2% dari 33 wanita pengantin baru yang menjadi responden, mengalami disfungsi seksual berupa kurangnya dorongan seksual dan rasa nyeri saat berhubungan.

Kontrasepsi hormonal sebagai salah satu kemungkinan penyebab disfungsi seksual mulai banyak dibahas. Menurut Goldstein (2007), ada ratusan juta wanita muda yang memulai kehidupan seksual mereka, yang secara teratur menggunakan kontrasepsi hormonal selama bertahun-tahun. Wanita – wanita tersebut di suguhi pengobatan yang dapat menghilangkan kekhawatiran untuk hamil namun mereka tidak di beri informasi penting mengenai efek seksual yang merugikan yang mungkin terjadi.

Di Indonesia kontrasepsi hormonal sangat populer terutama jenis suntikan sangat tinggi jumlah pengguna. Dilaporkan sampai tahun 2006, penggunaan kontrasepsi DMPA sebesar 12 juta dari 100 juta pengguna di dunia.(Wilopo AS,2006)

Data propinsi Sulawesi Selatan tahun 2010, Perkiraan Permintaan Masyarakat (PPM) untuk menjadi peserta KB baru di tetapkan sebanyak 312.813 pasangan, sedangkan di tahun 2009 sebesar 286.622 pasangan,maka terjadi peningkatan sebesar 26,191 pasangan atau 9,1

%.Hingga November 2010 sudah melebihi target dengan jumlah akseptor KB Suntik alat kontrasepsi sebesar 130,256 akseptor (BKKBN 2010).

Di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi data yang diperoleh dari laporan dan buku regiter Keluarga Berencana menunjukkan sampai tahun 2011 dari 2.154 PUS yang menjadi akseptor KB aktif 1.696 orang(78,75%), yang terdiri dari, suntik DMPA 561 orang(33,07%), suntikan cyclofem 447 ( 26,94%), pil 423 orang(24,94%), *implant* 198 orang(11,67%), IUD 36 orang(2,12%), MOW 15 orang (0,88%), dan Kondom 6 orang (0,35%). (Klinik KB Puskesmas Kassi-Kassi, 2011)

Mengingat jumlah akseptor kontrasepsi suntikan semakin meningkat, maka perlu di waspadai danantisipasi kemungkinan efek samping yang dapat terjadi. Efek samping antara lain, gangguan haid seperti (siklus memendek atau memanjang, perdarahan spotting, tidak haid sama sekali), penambahan berat badan, begitu juga pada penggunaan jangka panjang terjadi perubahan pada lipid serum, penurunan densitas tulang, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, jerawat dan juga dapat menimbulkan kekeringan pada vagina dan menurunkan libido (Saifuddin, 2006).

Penurunan keinginan seksual (libido) pada akseptor KB suntik DMPA meskipun jarang terjadi dan tidak dialami pada semua wanita tetapi pada pemakaian jangka panjang dapat timbul karena faktor perubahan hormonal, sehingga terjadi pengeringan pada vagina yang menyebabkan

nyeri saat bersenggama dan pada akhirnya menurunkan keinginan/gairah seksual. Keadaan ini merupakan keluhan umum yang disampaikan 1 diantara 10 – 100 akseptor pengguna DMPA. (David D, 2011)

Peningkatan penggunaan kontrasepsi suntikan DMPA dalam masyarakat, tentu berpengaruh terhadap meningkatnya keluhan gangguan fungsi seksual bagi akseptor yang berkontribusi terhadap kehidupan seksual pasangan. Untuk itu perlu ada upaya mencari solusi dalam mengatasi masalah tersebut dengan terlebih dahulu mengidentifikasi berbagai faktor yang di duga berkaitan langsung maupun tidak langsung dengan disfungsi seksual pada akseptor suntikan DMPA melalui penelitian.

Dilaporkan dalam beberapa penelitian terdahulu bahwa penggunaan suntikan DMPA berpengaruh secara tidak konsisten terhadap penurunan keinginan seksual akseptor. Penelitian tentang pengaruh penggunaan suntikan DMPA terhadap disfungsi seksual wanita telah beberapa kali dilaksanakan, diantaranya Matson, Henderson. & McGrath (1997) yang melihat adanya pengaruh penggunaan DMPA oleh wanita dewasa terhadap penurunan keinginan seksual, tetapi oleh Mary A et. All (2008) menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan penggunaan DMPA terhadap penurunan keinginan seksual pada tiga bulan periode penggunaannya.

Penelitian tentang pengaruh DMPA terhadap fungsi seksual masih sangat terbatas dilakukan. Hal ini oleh beberapa peneliti dijelaskan bahwa respon terhadap gangguan fungsi seksual sangat tergantung pada motivasi dalam diri seseorang. Melihat kondisi di mana masih kurangnya penelitian tentang efek DMPA terhadap fungsi seksual penggunanya yang menyebabkan pencegahan dan penanganan masalah ini menjadi terabaikan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian pengaruh penggunaan kontrasepsi suntikan DMPA terhadap disfungsi seksual di Kota Makassar, dengan menetapkan tempat penelitian di Kecamatan Rappocini dalam wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi yang dinilai representative dengan jumlah akseptor KB yang termasuk besar di Kota Makassar.

## B. RUMUSAN MASALAH

Adanya peningkatan penggunaan kontrasepsi suntikan DMPA dalam masyarakat, tentu berpengaruh terhadap meningkatnya keluhan efek samping termasuk pengaruh terhadap gangguan fungsi seksual akseptor. Kurangnya informasi tentang efek seksual yang merugikan dapat berdampak pada kelangsungan penggunaan metode kontrasepsi dan keharmonisan kehidupan seksual pasangan suami isteri. Hal ini berpotensi memicu meningkatnya angka perceraian.

Berbagai latar belakang penyebab disfungsi seksual dirumuskan dalam pertanyaan penelitian ini adalah : Bagaimana pengaruh penggunaan metode kontrasepsi suntikan DMPA terhadap disfungsi seksual pada akseptor KB ?

### C. TUJUAN PENELITIAN

#### 1. Tujuan Umum :

Untuk mengetahui pengaruh penggunaan metode kontrasepsi suntikan DMPA terhadap kejadian disfungsi seksual.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Menilai perbedaan pengaruh penggunaan suntikan DMPA dan non-DMPA terhadap kejadian disfungsi seksual.
- b. Menilai pengaruh umur akseptor terhadap kejadian disfungsi seksual.
- c. Menilai pengaruh paritas akseptor terhadap kejadian disfungsi seksual.
- d. Menilai pengaruh lama penggunaan metode kontrasepsi DMPA terhadap kejadian disfungsi seksual.
- e. Menilai pengaruh jenis kontrasepsi yang di gunakan sebelumnya terhadap kejadian disfungsi seksual.

#### D. MANFAAT PENELITIAN

##### 1. Manfaat Praktis

Menambah pengetahuan serta memperluas wawasan mengenai penggunaan metode kontrasepsi yang rasional dan penanggulangan efek samping.

##### 2. Manfaat untuk Ilmu Pengetahuan

Menambah referensi tentang Keluarga Berencana, khususnya mengenai pentingnya upaya penanggulangan efek samping pemakaian kontrasepsi dalam tindakan preventif sebelum terjadi efek samping.

##### 3. Manfaat untuk peneliti

Memperoleh pengalaman dalam mengkaji masalah yang diakibatkan oleh penggunaan kontrasepsi keluarga berencana dan meningkatkan pengetahuan terutama dalam pelaksanaan program keluarga berencana.

##### 4. Manfaat untuk Program Keluarga Berencana

Sebagai bahan pertimbangan untuk mengembangkan pelayanan khusus untuk menangani efek samping akibat penggunaan metode kontrasepsi, khususnya masalah disfungsi seksual pada akseptor KB.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### A. Tinjauan Tentang Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana telah dimulai sejak berabad-abad lalu. Tetapi pada waktu itu masih dipraktikkan secara tradisional. Pada zaman Yunani Kuno cara yang dilakukan dengan membersihkan vagina dari semen dengan menggunakan kain dan minyak setiap sehabis melakukan hubungan seksual. Penggunaan obat dan jamu untuk menjarangkan kehamilan baru dimulai pada zaman Tiongkok Kuno, demikian halnya di Indonesia (Arum S, dkk,2009)

Upaya untuk menekan laju pertumbuhan penduduk ditempuh pemerintah dengan mencanangkan Program Keluarga Berencana bagi pasangan usia subur. (PIKAS-BKKBN, 2003).

Pada saat ini keluarga berencana telah dikenal hampir di seluruh dunia. Di negara-negara maju, keluarga berencana merupakan falsafah hidup masyarakat. Sedangkan di negara-negara sedang berkembang keluarga berencana masih merupakan program yang pelaksanaannya harus terus ditingkatkan (Prawirohardjo, 2003).

Keluarga Berencana modern di Indonesia mulai dikenal pada tahun 1953. Hal ini oleh sekelompok ahli kesehatan dan tokoh masyarakat dilakukan guna membantu memecahkan masalah pertumbuhan

penduduk. Teknologi kontrasepsi yang diperkenalkan mulai dengan cara sederhana seperti kondom, pil KB, suntik, dan susuk. Seiring perkembangan, metode kontrasepsi Keluarga Berencana akhirnya menemukan metode kontrasepsi mantap, yaitu melalui pembedahan seperti Tubektomi dan Vasektomi (Dyah N & Sujiyatini,2008).

Pelayanan keluarga berencana (KB) perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena dengan mutu pelayanan keluarga berencana berkualitas diharapkan akan dapat meningkatkan tingkat kesehatan dan kesejahteraan.

Dengan paradigma baru program keluarga berencana Nasional telah diubah visinya dari mewujudkan NKKBS menjadi visi untuk mewujudkan “Keluarga berkualitas tahun 2015”. Yang selanjutnya dijabarkan ke dalam misinya antara lain memberdayakan masyarakat untuk membangun keluarga kecil berkualitas, menggalang kemitraan dalam meningkatkan kesejahteraan, kemandirian dan ketahanan keluarga, meningkatkan kualitas pelayanan KB, mempersiapkan sumber daya manusia (SDM) berkualitas sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan lanjut usia.

Berdasarkan visi dan misi tersebut, program KB nasional mempunyai kontribusi penting dalam upaya meningkatkan kualitas penduduk. Hal ini dapat dilihat pada pelaksanaan program Making



Pregnancy Safer (MPS), dimana salah satu pesan dalam rencana startegik nasional making pregnancy safer di Indonesia 2001-2010, adalah bahwa setiap kehamilan harus merupakan kehamilan yang diinginkan. Untuk mewujudkan pesan kunci tersebut KB merupakan upaya pelayanan kesehatan preventif yang paling dasar dan utama (Depkes RI, 2002).

Indonesia merupakan salah satu Negara di Asia dengan jumlah penduduk menempati peringkat keempat dunia setelah Cina, India dan Amerika, yaitu 222.051.000 jiwa, sehingga perlu pengendalian penduduk dengan mengurangi jumlah kelahiran (wiki,online diakses 7 Maret 2010) karena tingginya laju pertumbuhan akan berdampak buruk bagi negara yang pada akhirnya berdampak terhadap kualitas penduduk mulai dari kematian bayi karena bayi sangat peka terhadap lingkungan dimana dia hidup serta kondisi sosial, ekonomi dan budayanya, angka kematian ibu tinggi, umur harapan hidup yang rendah akan menunjukkan kondisi kesehatan masyarakat tersebut, meningkatnya anak putus sekolah karena keterbatasan ekonomi keluarga.(Murtiningsih,2006)

Program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia merupakan upaya peningkatan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran dan memperkecil angka kematian melalui penggunaan alat kontrasepsi. Ini nampak dari hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional, telah terjadi

penurunan angka kelahiran sejak tahun 1971 dari 5,61% menjadi 2,4% pada tahun 2004, hal ini berdampak positif dengan mulai menurunnya angka kematian bayi dari 145/1000 KH pada tahun 1971 menjadi 25/1000 KH tahun 2006, angka kematian ibu juga mengalami penurunan dari 620 pada tahun 1971 menjadi 307 pada tahun 2003, meningkatnya umur harapan hidup dari 64,4 tahun pada tahun 1991 menjadi 66,4 pada tahun 2000 serta meningkatnya kesempatan untuk sekolah pada anak akan menciptakan generasi yang berkualitas dan berdaya saing tinggi di masa yang akan datang .(BKKBN,2007).

#### 1. Pengertian Program Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana adalah usaha pengaturan jumlah kehamilan demi perbaikan kesejahteraan (keadaan kesehatan dan ekonomi) umat manusia.

Menurut WHO ( World Health Organization ), Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami isteri untuk mendapatkan objek tertentu, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengatur waktu kelahiran dalam hubungannya dengan umur suami-isteri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Program Keluarga Berencana menurut Depkes 1999 adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Handayani S, 2010).

## 2. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan Program Keluarga Berencana adalah untuk meningkatkan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan angka kematian Ibu dan Bayi, menuju terwujudnya keluarga berkualitas yang merupakan sumber daya manusia dengan mengendalikan kelahiran dalam rangka menjamin pengendalian laju pertumbuhan penduduk Indonesia ( Hartanto H, 2004)

Secara filosofi Program Keluarga Berencana bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui perwujudan keluarga kecil bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia, sehingga tercipta penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu. (Handayani S, 2010).

### 3. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah teknik yang digunakan untuk menghindari atau mencegah kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma.

Teknik yang digunakan dapat berupa alat, obat, cara perhitungan/pengamatan dan operasi. Hal tersebut dilakukan untuk menjarangkan (spacing) dan membatasi (limitation) kehamilan.

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang pada wanita dan sel sperma pada pria yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/ mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. (Arum, 2009).

### 4. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Prinsip kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah menghindarkan pertemuan sel telur yang matang dengan sel sperma. Untuk tujuan ini, dapat ditempuh dengan tiga cara, baik yang bekerja sendiri maupun

secara bersamaan. Pertama dengan menekan ovulasi atau keluarnya sel telur yang matang, kedua dengan menahan kapasitas dan mobilitas sperma untuk mencapai sel telur dan ketiga adalah menghalangi terjadinya nidasi.

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan adalah efektivitas sangat tinggi, dapat dipakai untuk jangka panjang dan tidak menambah kelainan yang sudah ada (Endang I, 1998).

#### 5. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Terdapat beberapa metode kontrasepsi yang digunakan dalam program keluarga berencana. Hal tersebut dijabarkan sebagai berikut :

##### **a. Metode sederhana**

Metode ini dikembangkan dalam dua kategori yaitu metode alamiah tanpa menggunakan alat termasuk diantaranya metode kalender, metode pengukuran suhu basal metode lendir serviks, rhythm method, dan pantang berkala. Kategori metode alamiah tanpa alat berikutnya adalah coitus interruptus.

Metode kontrasepsi alamiah dengan menggunakan alat dibagi lagi kedalam metode mekanis (barrier) yaitu dengan penggunaan kondom, barrier intra vaginal (diafragma, kap serviks, dan spons), sedangkan metode lainnya adalah secara kimiawi yaitu spermid,

vaginal cream, vaginal foam, vaginal jelly, vaginal suppositoria, dan vaginal tablet (busa). (Hanafi H, 2004)

#### **b. Metode Modern**

Metode kontrasepsi modern merupakan inovasi teknologi seiring perkembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan khususnya dalam teknologi kontrasepsi.

Yang termasuk kedalam metode kontrasepsi hormonal diantaranya kontrasepsi hormonal baik melalui oral, melalui suntikan, dan alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK). Metode kontrasepsi modern selanjutnya adalah Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), dan terbaru adalah dengan jalan sterilisasi yaitu Medis Operatif Wanita (MOW) serta Medis Operatif Pria (MOP). (Hanafi H, 2004)

### **6. Sasaran Program Keluarga Berencana**

Sasaran langsung dari program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas dan keluarga sejahtera. (Arum, 2009)

## B. Tinjauan Tentang Metode Kontrasepsi Suntikan *Depot Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA).

*Depot Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA) merupakan turunan progesteron yang merupakan hormon steroid seks dan memiliki ikatan reseptor yang besar. Pada tahun 1953 kemudian ditemukan esterifikasi dari progesteron alkohol yang memiliki efek jangka panjang jika disuntikkan (Goldfien A, 1992).

Penggunaan DMPA sebagai kontrasepsi dimulai pada tahun 1966, tetapi USFDA (*United States of Food and Drug Administration*) menyetujui penggunaannya sebagai kontrasepsi pada tanggal 29 Oktober 1992 (Sferoff et.all 1999). Metode kontrasepsi suntikan DMPA masuk dan diperkenalkan di Indonesia pada Tahun 1995. (Peralta, 2000)

### 1. Pengertian

Kontrasepsi hormonal yang hanya berisi hormone progesterone, tidak mengandung estrogen. Mempunyai efek sama dengan progesterone asli dari tubuh manusia. Dosisnya 150 mg depo medroksi progesterone asetat dalam 3 cc larutan air yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikkan intramuscular di daerah gluteus (Glasier A, 2006).

## 2. Farmakologi

Kontrasepsi suntik DMPA mengandung bahan aktif progesteron, yaitu medroksiprogesteron asetat (MPA) yang secara alami diderivat dari kacang kedelai (*soybeans*) MPA merupakan progestin sintetik yang memiliki aktivitas progestogenik dengan durasi kerja yang panjang dan diabsorpsi secara lambat melalui tempat penyuntikan. (Kautniz, 1995 & Chatterton 1997)

Suntikan DMPA merupakan formulasi suntikan tiga bulanan. Dalam tiap kemasan Depo Provera mengandung 3 cc suspensi kristalin dimana tiap cc-nya mengandung 50 mg MPA, 28,8 mg polyethyleneglycil 400, sodium klorida 8,65 mg, methyl paraben 1,73 mg, propyl paraben 0,19 mg, dan aquadest.

Dosis kontrasepsi efektif DMPA adalah 150 mg yang diberikan secara injeksi dalam pada otot gluteus atau deltoid, dimana setelah itu MPA akan dilepaskan secara perlahan ke dalam sirkulasi sistemik. Apabila diukur berdasarkan prosedur ekstraksi RIA (*Radioimmunoassay*) konsentrasinya akan meningkat mencapai puncak sekitar 3 minggu yaitu mulai dari 1-7 mg/ml serum level. (Schwallie et all 1971, Davis AJ 1996)



MPA dapat dideteksi dalam sirkulasi sistemik setelah 30 menit penyuntikan secara intramuskuler dan mencapai kadar kontrasepsi efektif yang stabil setelah 24 jam penyuntikan, yaitu > 0,5 mg/ml. Kadar maksimum dalam plasma berbeda untuk setiap individu (Nulph C, dkk. 2003).

Pengurangan waktu paruh DMPA akan terjadi setelah 6 minggu, hal ini menggambarkan proses absorpsi jangka panjang jika diberikan secara intramuscular. Kadar DMPA akan menurun secara eksponen sampai tidak terdeteksi lagi (<100 pg/ml) antara 120 – 200 hari setelah penyuntikan. (Mishell , 1996)

### 3. Mekanisme Kerja

Penggunaan sebagai kontrol terhadap konsepsi, DMPA merupakan analog sintetik dari hormon progesteron steroid alami yang dapat menekan sekresi gonadotropin hipofisis yang menghambat produksi *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH), sehingga maturasi dari folikel primer di ovarium dan mencegah ovulasi. (Speroff, 2006 & Baziad, 2002)

Efek utama pemakaian DMPA adalah mencegah ovulasi dengan kadar progestin yang tinggi akan menghambat lonjakan LH ( LH *Surge*) secara efektif (Speroff, 2006). Sekresi LH preovulatorik

ditekan sehingga ovulasi dihambat paling sedikit selama 3 bulan (Fatimah A, 2005)

Kontrasepsi progesterone seperti suntikan DMPA menurunkan pulsasi GnRH yang dihasilkan hipotalamus, sehingga mengurangi pelepasan FSH yang akan menghambat perkembangan folikel sehingga mencegah peningkatan kadar estrogen. Progesterone *negative feedback* dan kekurangan estrogen *positif feedback* untuk pelepasan LH mencegah terjadinya LH surge. (Wikipedia)

Efek progestational tambahan dari DMPA menyebabkan perubahan transformasi abortif sekretorik pada endometrium, yang lambat laun akan menjadi atrofi. Pemberian hormon progestin akan menyebabkan lendir serviks menjadi kental dan sedikit, mengalami penebalan mukus serviks yang mengganggu penetrasi sperma. (Baziad A, 2002)

Efek DMPA terlihat dengan membuat endometrium menjadi kurang layak / baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi, yaitu mempengaruhi perubahan – perubahan menjelang stadium sekresi, yang diperlukan sebagai persiapan endometrium untuk memungkinkan nidasi dari ovum yang telah dibuahi (Arum S, dkk 2009). Selain itu, DMPA juga menghambat transportasi gamet oleh tuba serta mempengaruhi kapasitas tuba (Baziad A, 2002).

#### 4. Waktu mulai menggunakan suntikan DMPA

Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin dijelaskan dalam beberapa batasan dalam periode reproduksi wanita.

Suntikan pertama diberikan pada hari pertama sampai hari kelima haid, selanjutnya setiap 12 minggu. Suntikan dapat diberikan beberapa hari sesudah haid asalkan pasangan belum melakukan hubungan seksual. Apabila digunakan pada perempuan pasca melahirkan dan tidak menyusui, maka suntikan pertama diberikan sebaiknya pada minggu ketiga pasca melahirkan. Tetapi apabila ibu menyusui, maka pemberian suntikan pertama sebaiknya setelah 6 minggu pasca melahirkan. Hal ini untuk mencegah perdarahan dan memberikan kesempatan pada ibu agar system enzimnya dapat berfungsi optimal. Demikian halnya dengan wanita pasca keguguran, dapat diberikan suntikan DMPA segera setelah terminasi (Weisberg & Fraser, 2000).

Suntikan DMPA sangat efektif dalam mencegah kehamilan, dengan angka kemungkinan terjadi kehamilan antara 0.1 – 0.4 setelah pemakaian 12 bulan. Daya guna ini tergantung dari waktu suntikan pertama, kepatuhan untuk jadual berikutnya dan teknik suntikan.

Keuntungan menggunakan kontrasepsi suntikan DMPA yaitu :

- a. Efektivitas tinggi
- b. Sederhana Pemakaiannya, karena mudah digunakan tidak memerlukan aksi sehari-hari. Dalam penggunaan kontrasepsi suntik ini tidak banyak di pengaruhi kelalaian atau faktor lupa dan sangat praktis.
- c. Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4 kali setahun).
- d. Dapat meningkatkan kuantitas air susu pada ibu yang menyusui. Hormon progesteron dapat meningkatkan kuantitas air susu ibu sehingga kontrasepsi suntik sangat cocok pada ibu menyusui. Konsentrasi hormon di dalam air susu ibu sangat kecil dan tidak ditemukan adanya efek hormon pada pertumbuhan serta perkembangan bayi.
- e. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.  
Penggunaan metode ini yang diberikan melalui suntikan secara intramuscular pada wanita, tidak akan menghambat dalam hubungan seksual karena dapat tidak ada batasan waktu maupun penggunaan alat sesaat sebelum melakukan hubungan.
- f. Penggunaan jangka panjang

Sangat cocok pada wanita yang telah mempunyai cukup anak akan tetapi masih enggan atau tidak bisa untuk dilakukan sterilisasi.

- g. Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun (Prawirohardjo S.,dkk. 2009).

#### 5. Efek samping kontrasepsi suntikan DMPA

Perluasan penggunaan kontrasepsi suntikan DMPA dalam periode jangka panjang perlu mempertimbangkan daya guna dan keamanannya serta pengaruhnya secara klinik dan metabolik.

Sejumlah penelitian menemukan efek samping dari penggunaan suntikan DMPA, antara lain dijelaskan sebagai berikut :

a. Amenore

Hampir separuh dari pengguna suntikan DMPA pada tahun pertama akan mengalami gangguan haid berupa amenore. Perdarahan tidak teratur akan diikuti oleh amenore pada pemakaian lanjut. Sekitar 2/3 akseptor akan mengalami gejala yang sama pada saat menggunakan suntikan DMPA selama 2 tahun (*National Institutes of Health Osteoporosis and Related Related Bone Disese, 2005*).

b. Disfungsi seksual

Dari beberapa penelitian, diketahui bahwa suntikan DMPA merupakan kontrasepsi hormonal yang dapat menekan terjadinya ovulasi sekaligus menyebabkan penurunan libido dan potensi seks. Terjadi pada 1-5% pasien yaitu penurunan libido atau tidak dapat orgasme (Yunardi, 2009).

Efek dari DMPA yang menurunkan kadar estradiol serum erat hubungannya dengan keluhan perubahan mood, depresi dan berkurangnya keinginan seksual penggunanya.

Penelitian retrospektif dari 363 wanita yang menggunakan DMPA di Australia melaporkan terjadinya kesulitan seksual berupa keluhan hilangnya minat, vagina kering, dispareunia, yang dapat menyebabkan penghentian penggunaan metode kontrasepsi tersebut. Keluhan ini diungkapkan oleh 43% wanita yang menjadi responden, namun mereka tetap melanjutkan penggunaan metode suntikan DMPA (Fraser and Dennerstein, 1994)

c. Peningkatan berat badan

Akseptor suntikan DMPA cenderung mengalami peningkatan berat badan. Mishell 2004, menyebutkan bahwa dari lima studi cross sectional yang membandingkan kelompok pemberian suntikan DMPA dan kontrol diketahui bahwa terjadi peningkatan berat badan pada sukarelawan yang diberi suntikan DMPA.

Sejumlah penelitian longitudinal telah mengindikasikan bahwa pengguna suntikan DMPA memiliki rata-rata penambahan berat badan antara 1.5 sampai 4 kilogram (kg) pada tahun pertama dan terus bertambah pada tahun berikutnya. Namun hal ini perlu mempertimbangkan faktor lain yang menyebabkan peningkatan berat badan pada pengguna suntikan DMPA.

d. Penurunan densitas mineral tulang.

Terjadi keprihatinan bahwa kontrasepsi suntikan dapat meningkatkan risiko osteoporosis seperti yang dialami wanita postmenopause pada wanita yang lebih muda maupun pada wanita berumur (Lobo RA, 2001).

Suntikan DMPA menimbulkan penekanan parsial terhadap fungsi ovarium menyebabkan rendahnya kadar estrogen, hal ini pada pemakaian lama akan menyebabkan kehilangan massa tulang.

Secara teoritis suntikan hormon progesteron menyebabkan penekanan pada hipofisis anterior maka terjadi penekanan ovulasi. Produksi estrogen di ovarium dihambat secara kuat, sehingga terjadi penurunan kadar estradiol dalam darah dan diikuti dengan penurunan kepadatan tulang. Estrogen mempunyai peranan dalam mempertahankan massa tulang dan mencegah terjadinya osteoporosis (Wilopo SA, 2006).

Kekurangan estrogen akan menyebabkan menurunnya absorpsi kalsium di usus dan meningkatkan ekskresi kalsium di urine.

Efek suntikan DMPA terhadap densitas mineral tulang dipengaruhi melalui *glucocortrioid like effect* yang menyebabkan osteoblas menurun dan menghambat formasi tulang (Fatimah A, 2005).

Akseptor suntikan DMPA bisa kehilangan densitas tulang secara berarti, dan risiko akan bertambah besar dengan peningkatan jangka waktu penggunaan suntikan DMPA dan hal ini dapat mengakibatkan densitas mineral tulang tidak pulih secara komplit.

Beberapa penelitian menemukan secara bermakna penurunan densitas mineral tulang dengan lamanya penggunaan DMPA.

Kehilangan massa tulang dihubungkan dengan pemakaian suntikan DMPA selama masa reproduksi menunjukkan perubahan linier pada 2 tahun pertama pemakaian (Bahamondes L, 2000).

FDA mengeluarkan peringatan bahwa "Depo Provera seharusnya digunakan sebagai metode untuk mengatur kehamilan jangka panjang (lebih dari 2 tahun) hanya jika metode lain tidak adekuat" (Cromer BA et all, 2006).

e. Efek metabolisme

Sejumlah penelitian yang menggunakan kombinasi regimen kontrasepsi hormonal dengan progestin menghasilkan 12 – 28%



reduksi terhadap kadar kolesterol *high-density lipoprotein (HDL)*. *HDL* berperan dalam melawan arterosklerosis melalui mekanisme antioksidan dan anti-inflamasi serta mengeliminasi kolesterol dari lesi arterosklerotik (Yunardi dkk, 2009).

Menurut Matthiesson et al 2006 , bahwa uji klinik kontrasepsi hormonal sejauh ini memiliki durasi jangka pendek , sedangkan patogenesis dari penyakit jantung koroner membutuhkan waktu jangka panjang. Dijelaskan pula bahwa terjadi penurunan kadar haemoglobin, hematokrit dan sel darah merah dengan menggunakan *cyproterone acetate (CPA)* (Yunardi 2009).

### C. Tinjauan Tentang Disfungsi Seksual

Seksual berperan dalam kemampuan mempertahankan hidup suatu individu dan untuk mempertahankan kehidupan suatu spesies. Seksual diekspresikan tidak hanya sekedar prokreasi tetapi lebih luas digunakan sebagai rekreasi dalam memastikan ikatan seseorang terhadap kepercayaan dan rasa cinta (Windu SC, 2009).

Seksualitas adalah sebuah domain penting dan kompleks dalam studi kualitas-kehidupan. disfungsi seksual adalah subjek tabu di banyak negara yang secara negatif mempengaruhi kualitas hidup dan sering menjadi penyebab gangguan psychopatological. Di banyak masyarakat, diskusi tentang seksualitas seringkali dianggap tabu, sehingga masalah-

masalah ini sering tidak terungkap. Jika seksualitas perempuan terganggu, konsekuensi-konsekuensi yang mungkin terjadi adalah perselisihan keluarga dan perceraian, dan juga berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi (Kadri N et al, 2002).

### 1. Pengertian disfungsi seksual wanita

Disfungsi seksual wanita merupakan masalah multikausal dan multidimensi yang menggabungkan determinan biologis, psikologis dan interpersonal. Hal ini terkait dengan usia, yang sangat progresif mempengaruhi 20% sampai 50% wanita.

Disfungsi seksual pada wanita didefinisikan sebagai penurunan terus-menerus atau berulang dalam keinginan seksual, penurunan gairah seksual, dispareunia dan kesulitan dalam atau ketidakmampuan untuk mencapai orgasme (Basson R et al, 2000).

Aktivitas seksual melibatkan elemen fisik, psikologis, social, dan estetik. Hal ini sangat kompleks sehingga rentan mengalami masalah. Hal ini dapat dirasakan oleh wanita/pria atau kedua pihak, yang secara umum diinduksi oleh ketidakpuasan terhadap pasangan, egoisme pribadi yang hanya mengejar kepuasan sendiri tanpa memperhatikan pasangannya, dan akibat informasi yang keliru atau kepercayaan yang salah tentang seksual.(Markus W et all, 2005)

### 2. Factor-faktor penyebab disfungsi seksual

Beberapa factor yang diduga menjadi penyebab dari disfungsi seksual pada wanita adalah :

a. Factor fisiologis

Kondisi fisiologis wanita yang mempengaruhi seksualitasnya meliputi siklus menstruasi seperti amenore dan dismenore. Kondisi lain dimana kehamilan menyebabkan sebagian wanita tidak ingin melakukan hubungan seksual pada triwulan pertama karena adanya rasa mual, pusing, dan perubahan bentuk tubuh membuat wanita kehilangan selera untuk bermesraan dan bersenggama.

Demikian halnya pada saat mendekati akhir kehamilan, dengan makin bertambahnya pertumbuhan janin dalam kandungan di mana gerakan-gerakan bayi telah terasa, semua rasa tidak nyaman kembali datang. Keadaan ini disertai dengan menurunnya atau hilangnya keinginan untuk berhubungan seks. Anggapan lain tentang hubungan seksual dalam masa kehamilan adalah adanya anggapan bahwa melakukan hubungan seksual akan membahayakan keadaan janin, padahal wanita hamil bisa terus melakukan hubungan seks dengan posisi dan teknik diatur sedemikian rupa agar aktifitas tersebut tetap berlangsung dengan nyaman.

Lain halnya pada wanita memasuki masa menopause, dimana mereka akan mengalami keadaan vagina kering. Hal ini akan menimbulkan kesulitan yang serius pada waktu berhubungan seksual.

Vagina kering disebabkan oleh menurunnya/hilangnya hormone estrogen yang mengakibatkan atrofi lapisan vagina dan mengurangi kemampuannya untuk menghantarkan cairan dari jaringan sekitarnya. Kondisi ini dapat ditangani dengan penggunaan krem estrogen, atau terapi penggantian hormone. (Windu SC, 2009)

b. Factor organik atau iatrogenic.

Factor iatrogenic yang akan mempengaruhi respons seksual, otonom genital dan mobilitas. Kegiatan seksual dapat pula terhambat oleh adanya nyeri otot, nyeri genital, dan akibat kelelahan atau penyakit kronis yang dialami wanita.

Disfungsi seksual dapat pula terjadi sebagai akibat efek samping pengobatan atau penggunaan obat-obatan. (Windu 2009, Basson 2000)

c. Factor psikososial

Kurangnya atau kesalahan informasi mengenai seks, mitos seksual, kepercayaan seksual, perilaku dan nilai-nilai yang berlembang dalam keluarga, social, cultural, dan agama memberikan pengalaman mengenai kebiasaan seksual yang dapat diterima seseorang.

Masalah hubungan sehari-hari yang tidak terselesaikan mungkin menyebabkan kemarahan atau rasa bersalah yang berujung terjadinya hambatan pada hubungan seksual. Factor penyerta lainnya dapat berupa pengalaman hidup di masa lalu yang dapat menyebabkan masalah seksual, misalnya kekerasan fisik, emosi, atau seksual di masa kecil.

Kondisi psikoseksual di mana terdapat harapan yang tidak realistis dan bertentangan, akan menimbulkan keinginan seks yang lebih dari salah satu pihak atau harapan berlebihan member tekanan dan takut jika gagal.( Safarinejad 2006, Windu 2009)

### 3. Klassifikasi disfungsi seksual

Menurut WHO dalam *International Classifications of Disease (ICD-10)* klassifikasi disfungsi seksual pada wanita terbagi atas :

- a. Gangguan hasrat seksual (*sexual desire disorder*)

Gangguan hasrat seksual meliputi gangguan hasrat seksual hipoaktif, ketidakinginan terhadap seks, atau sebaliknya dorongan seksual yang berlebihan.

Penyakit fisik kronis seringkali mengawali rendahnya hasrat seksual karena keletihan, hilangnya rasa percaya diri, perubahan bentuk tubuh. Keadaan lain dimana hasrat seksual berkurang sebagai efek samping penggunaan obat.

Kondisi wanita setelah menopause juga menjadi penyebab terjadinya penurunan hasrat seksual alami karena insufisiensi hormone seks.

Penatalaksanaan diberikan sesuai dengan factor penyebab yang teridentifikasi. Salah satu contoh penanganan gangguan hasrat seksual pada wanita dengan hipoestrogenik akibat pemakaian kontrasepsi suntikan hormone progesterin dalam waktu lama dapat diberikan terapi dengan kontrsepsi oral kombinasi. (Safarinejad 2006)

b. Gangguan rangsangan seksual (*sexual arousal disorder*)

Berkurangnya minat, respons, dan kepuasan dari hubungan seksual dapat meningkatkan gangguan rangsangan seksual. Dapat pula terjadi karena kombinasi atas hambatan psikologis terhadap rangsangan dan kesenangan seksual dengan aktivitas mental dan fisik spesifik.

Gangguan rangsang genital seringkali berupa seks yang menyakitkan, hal ini disebabkan kurangnya lubrikasi saat penetrasi dan kurangnya *vaginal ballooning* mengawali terjadinya dispareunia.

Masalah ini sebenarnya terbanyak disebabkan karena pasangan yang terlalu cepat penetrasi dan wanita tidak mengkomunikasikan masalahnya.

Secara psikoseksual kondisi ini dapat diatasi dengan meningkatkan pemahaman dan komunikasi mengenai kebutuhan seksual pasangan, menggunakan fantasi seksual, atau bantuan materi seks. (Windu 2009, R.Taylor 2001)

c. Gangguan orgasme (*orgasmic disorder*)

Sebuah studi menunjukkan bahwa sekitar 25% wanita mengalami disfungsi orgasme, walaupun secara biologis wanita tidak butuh mencapai orgasme untuk dapat hamil. Pada wanita yang mengalami orgasme, 50% mengalami orgasme melalui stimulasi manual pada vagina. Masalah yang biasa timbul adalah psikoseksual dan berhubungan dengan kurangnya stimulasi atau kesulitan dalam kontrol diri.

Ketika anorgasmia bersifat sekunder, maka hal penting yang perlu dipertimbangkan adalah penyebab fisik seperti efek samping

pengobatan depresi atau gangguan neurologis yang dapat berupa neuropati diabetikum atau kompleks sklerosis. ( R. Taylor 2001)

d. Gangguan nyeri seksual ( *sexual pain disorder*)

Istilah lain untuk jenis gangguan ini adalah dispareunia, yang berarti rasa nyeri yang dirasakan pasangan seksual (wanita).

Kondisi fisik wanita yang dapat menimbulkan dispareunia adalah selaput dara yang tebal, inferforata, persisten, vulvitis, vaginitis, dll.

Kondisi psikologis wanita juga dapat menimbulkan keluhan dispareunia, seperti ketakutan akan seks atau tidak suka berhubungan seksual dengan pasangan tertentu dapat menimbulkan kejang otot-otot vagina. Hal ini sangat membutuhkan penanganan serius dari seorang psikoterapi atau konselor yang berpengalaman, latihan relaksasi, dan mengenali daerah kemaluan sendiri. (Windu SC 2009)

Gangguan fungsi seksual pada wanita dapat dikaji dengan menggunakan *Female Sexual Function Index* (FSFI). FSFI adalah kuesioner yang dirancang untuk menilai disfungsi seksual yang meliputi gangguan keinginan seksual (libido), rangsangan seksual, lubrikasi, orgasme, kepuasan dan ketidaknyamanan (nyeri). (Samantha, 2005)

#### D. Tinjauan variabel yang diteliti



## 1. Penggunaan suntikan DMPA

Suntikan DMPA merupakan kontrasepsi hormonal yang berisi hormone progesterone dengan sediaan dosis 150mg depo medroksi progesterone asetat dalam 3 cc larutan air yang diberikan setiap 3 bulan secara suntikan intramuscular (Glasier A, 2006).

Medroksi progesterone asetat (MPA) dapat dideteksi dalam sirkulasi darah setelah 30 menit pasca penyuntikan dan mencapai kadar efektif stabil setelah 24 jam. ( Nulph C, dkk 2003)

Efek utama DMPA adalah mencegah ovulasi dengan menghambat lonjakan LH, disamping efek lain yaitu menghambat kapasitas gamet tuba, menyebabkan lender serviks menjadi kental dan sedikit yang mengganggu penetrasi sperma, menjadikan endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi ovum. (Arum S, dkk 2009)

## 2. Umur

Umur reproduksi wanita pada dasarnya dibagi dalam tiga periode, yakni kurun reproduksi muda (umur 15 – 19 tahun), kurun reproduksi sehat (20-35 tahun), dan kurun reproduksi tua (36-45). Pembagian ini didasarkan data epidemiologi akan risiko obstetric dan fungsi reproduksi wanita. (Sudoyo AW, 2006)

Pada rentang usia reproduksi ini perlu adanya pengaturan kelahiran melalui fase penjarangan kehamilan. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan adalah yang memiliki efektifitas cukup tinggi,

reversible, dan dapat digunakan dalam jangka waktu yang sesuai dengan jarak kehamilan yang direncanakan. (Hanafi H, 2004)

### 3. Paritas

Berdasarkan teori Oxorn (1990) dalam Yulawati (2003) menjelaskan bahwa paritas biasanya diartikan untuk menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas (mampu hidup) dan telah dilahirkan, tanpa mengingat jumlah anaknya. Kelahiran kembar hanya dihitung satu paritas. Seorang wanita telah pernah melahirkan satu kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas, tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada waktu lahir disebut *primipara*, dan sebutan *multipara* bila telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang berakhir janin telah mencapai batas viabilitas.

Frekuensi kehamilan dan persalinan erat hubungannya dengan seksualitas wanita. Beberapa penelitian menemukan hubungan episiotomy atau laserasi jalan lahir dengan keluhan dispareunia, yang dapat bertahan lebih dari enam bulan. (Hicks et al, 2004)

Gangguan fungsi seksual lainnya yang disebabkan oleh persalinan adalah menyusui, dimana kadar estrogen akan menurun sehingga mempengaruhi minat seksual dan mengurangi pelumasan vagina (lubrikasi) yang menyebabkan dispareunia. Ketidaknyamanan hubungan seksual juga dapat terjadi karena perhatian yang lebih

focus pada pengasuhan bayi di malam hari. (Kayner et al 1983, Alder EM et al 1986)

Menurut *Association of Reproductive Health Professionals* (ARHP), perubahan daya tarik, citra tubuh yang berubah karena proses kehamilan dan persalinan juga akan sangat mempengaruhi seksualitas wanita.

#### 4. Lama pemakaian kontrasepsi

Jangka waktu pemakaian kontrasepsi suntikan DMPA yang diperkenankan belum ada, penelitian terlama adalah mengamati akseptor hanya sekitar 2 tahun (Banks E et al 2001).

Batasan jangka waktu penggunaan suntikan DMPA yang diperkenankan belum ada. Rekomendasi *USFDA*, bahwa pemakaian suntikan DMPA untuk mengatur kehamilan lebih dari 2 tahun hanya jika tidak ada kontrasepsi lain yang efektif. Dengan demikian, batasan yang digunakan untuk pemakaian jangka panjang dari suntikan DMPA adalah lebih dari 2 tahun. (Bahamondes, 2000)

Sejumlah penelitian menemukan efek samping yang ditimbulkan dari lamanya penggunaan suntikan DMPA antara lain dijelaskan bahwa separuh dari pengguna suntikan DMPA akan mengalami gangguan fungsi seksual. Dari beberapa penelitian,

diketahui bahwa suntikan DMPA merupakan kontrasepsi hormonal yang dapat menekan terjadinya ovulasi sekaligus menyebabkan penurunan libido dan potensi seks. Terjadi pada 1-5% pasien yaitu penurunan libido atau tidak dapat orgasme.(Yunardi, 2009)

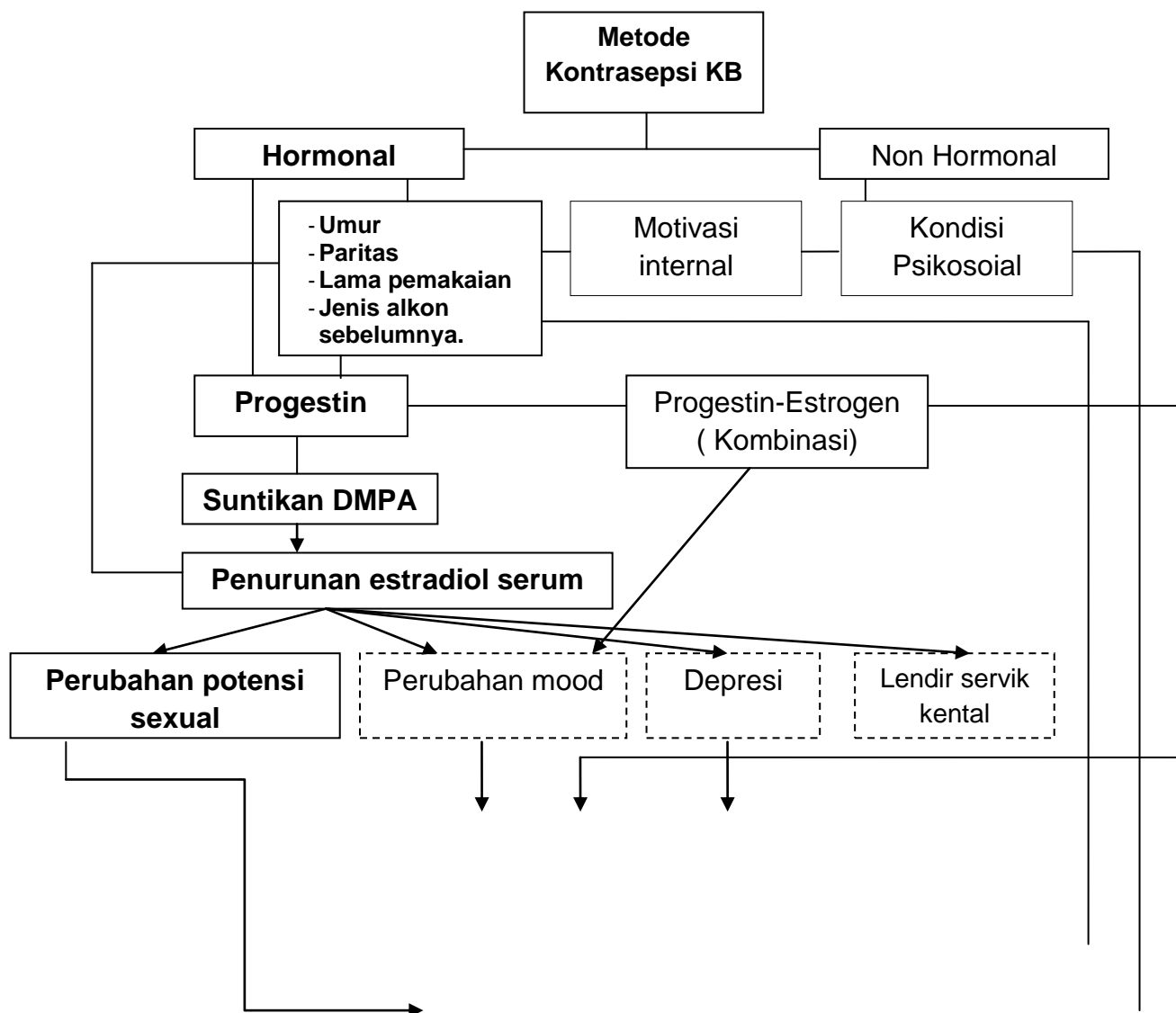
#### 5. Disfungsi seksual

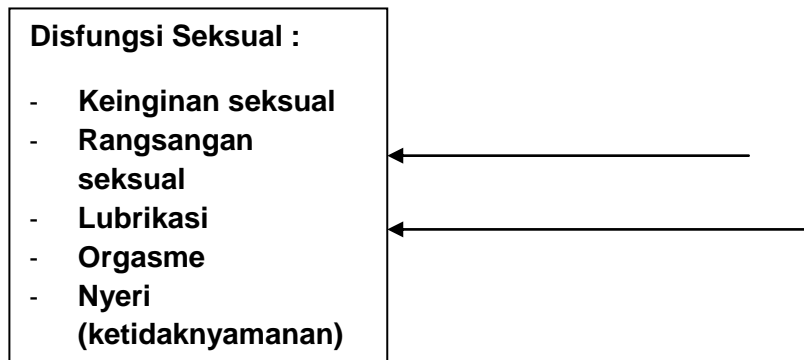
Disfungsi seksual pada wanita didefinisikan sebagai penurunan terus-menerus atau berulang dalam keinginan seksual, penurunan gairah seksual, dispareunia dan kesulitan dalam atau ketidakmampuan untuk mencapai orgasme (Basson R et al, 2000).

Kondisi fisiologis merupakan salah satu penyebab disfungsi seksual, seperti keluhan vagina kering akibat hipoestrogenik pada pengguna DMPA akan menimbulkan kesulitan yang serius pada waktu hubungan seksual. Demikian halnya hipoestrogenik juga akan menyebabkan penurunan hasrat seksual yang diakibatkan oleh pemakaian kontrasepsi suntikan hormone progestin dalam waktu lama (Windu SC, 2009)

Penelitian retrospektif dari 363 wanita yang menggunakan DMPA di Australia melaporkan terjadinya kesulitan seksual berupa keluhan hilangnya minat, vagina kering, dispareunia, yang dapat menyebabkan penghentian penggunaan metode kontrasepsi tersebut (Fraser and Dennerstein, 1994)

### E. Kerangka Teori

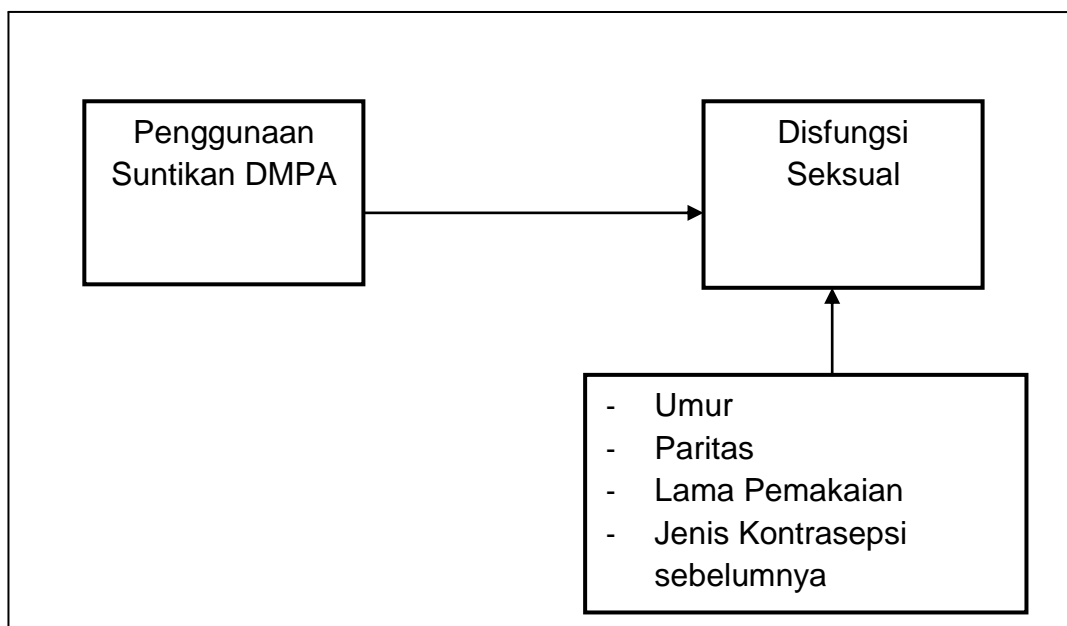




Sumber : Dikembangkan dari Hanafi (2004), Fraser et.all (1994), Windu SC (2009), dan Mary A (2008).

## F. Kerangka Konsep

Berdasarkan dengan Konsep pemikiran teoritis diatas, maka disusunlah kerangka konsep penelitian terhadap variabel yang ditelitisebagai berikut :



## Gambar 2 : Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

Variabel Independen : Penggunaan Suntikan DMPA

Variabel Dependen : Disfungsi Seksual

Variabel Moderator : Umur, Paritas, Lama pemakaian dan Jenis  
Kontrasepsi Sebelumnya

### **Hipotesis Penelitian**

Berdasarkan konsep penelitian, maka dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

1. Ada pengaruh penggunaan suntikan DMPA terhadap disfungsi seksual
2. Ada pengaruh lama penggunaan kontrasepsi DMPA terhadap disfungsi seksual.