

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Kontrasepsi

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

Kontrasepsi adalah upaya mencegah terjadinya kehamilan (Maimunah, 2005).

2.2 Syarat-Syarat Kontrasepsi

Menurut Wiknjosastro (2007), kontrasepsi yang ideal harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut : dapat dipercaya, tidak menimbulkan efek yang mengganggu kesehatan, daya kerjanya dapat diatur menurut kebutuhan, tidak menimbulkan gangguan sewaktu melakukan hubungan seksual, tidak memerlukan motivasi terus-menerus, mudah pelaksanaannya, murah harganya, sehingga dapat terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, dapat diterima penggunaannya oleh pasangan yang bersangkutan.

2.3 Konsep Pemilihan Kontrasepsi

Konsep pemilihan kontrasepsi menurut Manuaba (2002) dan Hartanto (2004) :

1. Fase menunda kehamilan

Untuk menunda kehamilan, sebaiknya memilih pil KB dan suntikan KB, untuk menghindari kemungkinan gangguan alat genitalia interna. Digunakan bagi Pasangan Usia Subur (PUS) yang usia istri kurang dari 20 tahun.

2. Fase menjarangkan kehamilan antara 2-4 tahun

Periode usia istri antara 20 sampai 30-35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Metode kontrasepsi yang dapat digunakan adalah: minipil, pil KB, suntikan, IUD, kontrasepsi mantap (kontap).

3. Fase mengakhiri kehamilan

Periode umur istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak. Metode kontrasepsi yang dapat digunakan adalah: kontap, IUD, implant, suntikan KB, pil KB.

2.4 Kontrasepsi Hormonal

2.4.1 Mekanisme kerja estrogen

Estrogen mempunyai khasiat kontrasepsi dengan jalan mempengaruhi ovulasi, perjalanan ovum, atau implantasi. Ovulasi dihambat melalui pengaruh estrogen terhadap hipotalamus dan selanjutnya menghambat FSH dan LH. Ovulasi tidak selalu dihambat oleh pil kombinasi yang mengandung estrogen 50 mikrogram atau kurang. Kalaupun daya guna preparat ini tinggi (95-98% mengalami ovulasi), hal itu adalah pengaruh progesteron di samping estrogen (Wiknjosastro, 2005).

Implantasi telur yang sudah dibuahi dihambat oleh estrogen dosis tinggi (diethyl stilbestrol, etinil estradiol) yang diberikan pada pertengahan siklus haid. Jarak waktu di antara konsepsi dan implantasi rata-rata 6 hari. Biopsi endometrium yang dilakukan sesudah pemberian estrogen dosis tinggi pasca-konsepsi menunjukkan efek abtiprogesteron, yang dapat menghambat implantasi. Perjalanan ovum dipercepat dengan pemberian estrogen pasca-konsepsi (Wiknjosastro, 2005).

1.4.2 Mekanisme kerja progesteron

Fungsi progesteron ialah menyiapkan endometrium untuk implantasi dan mempertahankan kehamilan. Disamping itu, progesteron mempunyai pula khasiat kontrasepsi, sebagai berikut:

1. Lendir serviks mengalami perubahan menjadi lebih pekat, sehingga penetrasi dan transportasi sperma selanjutnya lebih sulit.
2. Kapasitas sperma dihambat oleh progesteron. Kapasitas diperlukan oleh sperma untuk membuahi sel telur dan menembus rintangan di sekeliling ovum.
3. Jika progesteron diberikan sebelum konsepsi, maka perjalanan ovum dalam tuba akan terhambat.
4. Implantasi dihambat bila progesteron diberikan sebelum ovulasi. Walaupun ovulasi dapat terjadi, produksi progesteron dari korpus luteum akan berkurang, sehingga implantasi dihambat.
5. Penghambatan ovulasi melalui fungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium (Wiknjosastro, 2002).

Kontrasepsi pil yang beredar di pasaran dunia umumnya dibagi 5 jenis menurut isi hormonnya:

- a. Yang hanya berisi estrogen saja.
- b. Kombinasi estrogen dan progesteron; kadar estrogen yang menonjol.
- c. Kombinasi, kadar estrogen dan progesteron seimbang.
- d. Kombinasi, kadar progesteron yang lebih menonjol.
- e. Yang hanya berisi progesteron saja (Mochtar, 1998).

2.4.3 Jenis-jenis kontrasepsi hormonal berupa pil

1. Pil kombinasi

Pil diminum setiap hari selama 3 minggu, diikuti dengan 1 minggu tanpa pil atau plasebo, pada saat mana suatu perdarahan surut akan terjadi. Estrogennya ialah etinil estradiol atau mestradiol, dalam dosis 0,05; 0,08; atau 0,1 mg per tablet,

progestrinnya bervariasi: yang merupakan androgen, yang merupakan progesteron, atau yang mempunyai pengaruh estrogen intrinsik. Daya guna teoritis hampir 100% (tingkat kehamilan 0,1/100 tahun-wanita). Daya guna pemakaian ialah 95-98% efektif (tingkat kehamilan 0,7/100 tahun-wanita) (Wiknjosastro, 2005).

a. Cara kerja

Pil kombinasi akan (a) menghalangi produksi gonadotropin dari hipofisis secara terus menerus, sehingga tidak terjadi ovulasi; (b) merubah konsistensi lendir serviks menjadi tebal dan kental, sehingga penetrasi dan transportasi sperma akan terhalang, sulit, dan tidak mungkin sama sekali; (c) merubah peristaltik tuba dan rahim, sehingga mengganggu transportasi sperma maupun sel telur; (d) menimbulkan perubahan pada endometrium, sehingga tidak memungkinkan terjadinya nidasi; (e) merubah kepekaan indung telur terhadap rangsangan-rangsangan gonadotropin (Hartanto, 2004).

b. Efektivitas

Secara teoritis hampir 100, dengan angka kegagalan 0,1-0,7.

c. Kelebihan

1. Efektivitasnya tinggi, dapat dipercaya jika dimakan sesuai aturan pakainya.
2. Pemakaian pil akan hamil lagi, bilamana dikehendaki kesuburan dapat kembali dengan cepat.
3. Tidak mengganggu kegiatan suami istri.
4. Siklus haid menjadi teratur.
5. Dapat menghilangkan keluhan nyeri haid (*disminorea*).
6. Untuk mengobati kemandulan, kadang-kadang dapat dipakai untuk mancing kesuburan.

7. Untuk mengobati wanita dengan perdarahan yang tidak teratur.
8. Untuk mengobati perdarahan haid pada wanita usia muda (*juvenile bleeding*).
9. Dapat memperbaiki perdarahan tidak teratur yang disebabkan pemberian kontrasepsi hormonal lainnya.
10. Dikatakan dapat mengurangi angka kejadian kanker ovarium (Hartanto, 2004).

d. Kekurangan

1. Pil harus dimakan setiap hari, kurang cocok untuk wanita pelupa.
2. Motivasi harus diberikan secara intensif.
3. Bagaimanapun juga tetap ada efek sampingnya.

e. Efek samping

1. Ringan

Efek sampingnya yaitu berupa mual muntah, penambahan berat badan, perdarahan tidak teratur, retensi cairan, edema, mastalgia, sakit kepala, timbulnya jerawat, alopesia, dan keluhan ringan lainnya. Keluhan ini berlangsung pada bulan-bulan pertama pemakaian pil.

2. Berat

Keluhan yang beratnya yaitu Trombo-embolisme, mungkin karena terjadi peningkatan aktifitas faktor-faktor pembekuan atau karena pengaruh vaskuler secara langsung. Angka kejadian trombo-embolisme ini dilaporkan 4-9 kali lebih tinggi dari wanita bukan pemakai pil dari golongan umur yang sama. Namun angka kematiannya amat rendah, yaitu 3 per 100.000 wanita pemakaian pil, hal ini diamati pada wanita-wanita di negara Barat. Mengenai kemungkinan timbulnya karsinoma serviks uteri, menurut penelitian-penelitian

yang dipercaya di luar negeri, dikatakan bahwa tidak diperoleh hubungan yang bermakna antara pemakaian pil dengan kanker serviks ataupun dengan displasia serviks (Hartanto, 2004).

f. Kontraindikasi

1. Absolut

Adanya gangguan fungsi hati, tromboflebitis atau riwayat tromboflebitis, kelainan serebro-vaskuler, keganasan pada kelenjar mamma dan alat reproduksi, serta adanya varises yang berat.

2. Relatif

Hipertensi, diabetes militus, penyakit tiroid; perdarahan abnormal pervaginam, yang tidak jelas penyebabnya; penyakit jantung dan penyakit ginjal; serangan asma bronkial, eksema luas; migraine yang hebat; sering dapat serangan epilepsi; serta mioma uteri (Hartanto, 2004).

Tabel 2 Beberapa Kontraindikasi Penting pada Pemakaian Kontrasepsi Estrogen Plus Progestin

No.	Kontraindikasi
1.	Tromboembolisme, saat ini atau riwayat
2.	Cerebrovaskuler accident, saat ini atau riwayat
3.	Penyakit arteri koroner
4.	Gangguan fungsi hati
5.	Adenoma hati, sedang atau riwayat
6.	Kanker payudara
7.	Hipertensi
8.	Diabete milletus
9.	Penyakit kandung empedu
10.	Ikterus kolestatik selama kehamilan
11.	Hemoglobinopati sel sabit *

-
12. Pembedahan yang akan dilakukan dalam 4 minggu
 13. Bedah mayor atau imobilisasi ekstremitas bawah
 14. Perokok berat
 15. Hiperlipidemia familial
 16. Antibodi antifosfolipid
-

(Gant, 2010)

g. Cara pemakaian pil KB

Cara memulai makan pil KB:

1. Pasca persalinan (postpartum)
 - a. Mulai makan pil KB 30-40 hari pasca persalinan
 - b. Pakai cara lain dulu (kondom), baru setelah haid datang mulai makan pil KB
 - c. Diberikan induksi haid, setelah terjadi *withdrawal bleeding*, barulah mulai makan pil KB.
2. Pasca keguguran
 - a. Langsung makan pil KB
 - b. 1-2 minggu postabortum
 - c. Setelah haid pertama postabortum.
3. Pasca tukar (ganti) jenis pil KB.
4. Pada waktu interval (Hartanto, 2004).

Cara memakan pil KB:

1. Untuk pil KB yang berisi 21 dan 22 tablet, mulailah makan pil pada hari ke 5 siklus haid, lalu setiap hari 1 tablet, diikuti tidak makan pil selama 6-7 hari.
2. Untuk yang berisi 28 tablet, mulai makan pil pada hari 1 siklus haid, lalu 1 tablet setiap hari terus menerus (Hartanto, 2004).

Cara memilih pil KB:

1. Cara memilih pil KB yang cocok untuk wanita yang sesuai adalah dengan mengenali 3 tipe utama wanita dan mengetahui isi pil KB yang diberikan. Mumford (1974) menggolongkan 3 tipe utama wanita:

a. Estrogenik

Tipe estrogenik yaitu wanita-wanita yang sangat buruk reaksinya terhadap pemberian estrogen, mereka peka terhadap estrogen.

b. *Balance* (seimbang)

Tipe *balance* yaitu wanita-wanita bersifat seimbang antara estrogenik dan progestogenik.

c. Progestogenik

Tipe progestogenik yaitu wanita-wanita yang bereaksi terhadap progesteron, mereka peka terhadap progesterone (Hartanto, 2004).

Catatan-catatan untuk pemakaian pil KB:

1. Makanlah pil pada waktu yang sama setiap hari (sore atau malam).
2. Setiap pagi dilakukan kontrol apakah pil kemarin sudah di makan.
3. Jika anda lupa, makanlah 2 pil pada sore hari.
4. Jika anda lupa 2 pil, makanlah 2 pil hari ini dan 2 pil lagi keesokan harinya.
5. Jika lupa makan 3 pil, tunggulah selama 7 hari setelah hari memakan pil terakhir, kemudian mulailah makan pil KB dari bungkus baru. Dalam jangka waktu 1 minggu tidak makan pil tadi pakailah cara kontrasepsi lain untuk melindungi diri anda dari kehamilan.
6. Jika anda lupa lebih dari 3 pil, kemungkinan kegagalan (hamil) lebih besar.
7. Anggaplah selalu bahwa bungkus pertama kurang aman.
8. Jika terdapat bercak perdarahan (*spotting*), makanlah 2 pil (dosis digandakan) setiap hari selama 5 hari. Pil untuk penggandaan ini hendaknya diambil dari bungkus lain,

supaya tidak mengganggu jadwal keteraturan memakan pil.

9. Jika dengan cara ini perdarahan tidak berhenti, segeralah berkonsultasi dengan dokter anda.
10. *Withdrawal bleeding* (haid), terjadi hari ke 3-4 sesudah pil kombinasi habis. Jika tidak terjadi haid, pil pertama dari bungkus baru dapat dimulai memakannya seminggu setelah pil habis.
11. Jika selama makan pil kontrasepsi timbul keluhan seperti kejang-kejang pada tungkai bawah, sakit kepala hebat, gangguan penglihatan (*visus*), atau rasa nyeri/sakit di dada, maka segeralah konsultasi dengan dokter anda.
12. Para pemakai pil KB sangat dianjurkan melakukan pemeriksaan sitologi vagina (*Papanicolaou smear*) dan pemeriksaan payudara setahun sekali (Hartanto, 2004).

2. Pil sekuensial

Jarang. Selama 14-15 hari pertama hanya diberikan estrogen, selanjutnya kombinasi estrogen dan progesteron sampai siklus haid selesai. khasiat utama pil sekuensial ialah menghambat ovulasi. Dosis estrogen pada pil sekuensial lebih tinggi daripada dosis estrogen pada pil kombinasi. Cara pemakaiannya sama dengan pil kombinasi. Berhubung tidak ada progesteron pada pil-pil pertama, maka lupa minum pil itu dapat menimbulkan kehamilan (Wiknjosastro, 2007).

Efek samping dan kontraindikasinya kurang lebih sama dengan pil kombinasi (Wiknjosastro, 2007).

Tingkat kehamilan teoritis dan pemakaian masing-masing 0,5 dan 1,4 per 100 tahun-wanita (Wiknjosastro, 2007).

3. Pil mini

Pil mini mengandung progestin saja, tanpa estrogen. Dosis progestinnya pun kecil; 0,5 mg atau kurang. Pil mini ini

harus diminum setiap hari, juga pada waktu haid. Para penyelidik belum mengetahui benar mengenai mekanisme kerjanya, tetapi mungkin sekali pencegahan kehamilan terjadi oleh gabungan beberapa efek, termasuk motilitas tuba, pengaruh terhadap korpus luteum, endometrium, lendir serviks dan juga pencegahan ovulasi (Wiknjosastro, 2007).

Adapun efek sampingnya utama pil mini beberapa perdarahan tidak teratur, dan *spotting*. Daya guna pil mini kurang lebih sama dengan daya guna AKDR; jadi, lebih kecil daripada pil kombinasi. Seperti halnya pil sekunsial, lupa minum 1-2 pil dalam suatu siklus sudah cukup untuk menimbulkan kehamilan (Wiknjosastro, 2007).

Karena tanpa estrogen, maka pil mini ini dianjurkan bagi para wanita yang masih menyusui, dan lain-lain yang mempunyai masalah yang bersangkutan dengan estrogen. Progestin lebih sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur. Penggunaan pil mini pada saat ini masih terbatas, belum populer benar (Wiknjosastro, 2007).

4. Pil normofasik

Selama 7 hari pertama hanya diberi pil yang mengandung estrogen saja, kemudian disusul dengan kombinasi estrogen dan progesteron selama 15 hari (Prawirohardjo, 2007).

5. Pil trifasik

Pil trifasik adalah pil kontrasepsi yang lebih alamiah dan diminum dalam 3 fase siklus haid dengan dosis yang berbeda-beda, yang untuk setiap fase berbeda warnanya.

- a. 6 tablet warna coklat berisi lenovonorgestrel 50 mikrogram dan etilin estradiol 30 mikrogram,
- b. 5 tablet warna putih berisi lenovonorgestrel 75 mikrogram dan etilin estradiol 40 mikrogram,

- c. 10 tablet warna kuning lenovonorgestrel 125 mikrogram dan etilin estradiol 30 mikrogram (Prawirohardjo, 2007).

6. Pil pagi (*after morning pil*)

Pil pagi disebut juga kontrasepsi pasca koitus (*post-coital contraception*) (Prawirohardjo, 2007).

Dapat efektif mencegah kehamilan jika diminum dalam 72 jam setelah hubungan seksual yang tidak dilindungi atau jika terdapat kegagalan kontrasepsi. Pil ini mengandung hormon yang sama, namun dengan dosis yang lebih tinggi, dan dengan mekanisme yang sama dalam mencegah kehamilan, seperti yang dilakukan oleh OCP (*oral contraceptive pill*) kombinasi. Kontrasepsi darurat yang mengandung kombinasi estrogen dan progestin berhubungan dengan meningkatnya gangguan lambung dibandingkan dengan pil yang hanya mengandung progestin. Efek sampingnya yaitu karena diberikan estrogen dosis tinggi, maka efek samping yang sering dijumpai adalah mual-mual (50%) dan muntah (20%) (Prawirohardjo, 2007).

2.4.4 Kontrasepsi Suntikan

1. Progestin

1. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:
 - a) Depoprovera, mengandung 150 mg DMPA (Depo Medroxi Progesteron Asetat), yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular.
 - b) Depo Noristerat, mengandung 200 mg Noretindron Enantat, yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular. (Saifuddin, 2006)
2. Cara kerja:
 - a) Mencegah ovulasi.

- b) Mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- c) Perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu.
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba. (Saifuddin, 2006)

3. Efektivitas

Kontrasepsi suntik progestin memiliki efektivitas tinggi yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan pertahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. (Saifuddin, 2006)

4. Keuntungan

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- f) Dapat digunakan oleh perempuan > 35 tahun sampai perimenopause (usia 45-55 tahun).
- h) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- j) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- k) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*). Yang disebut krisis anemia bulan sabit adalah episode rasa nyeri yang berulang, yang ditandai dengan nyeri perut dan/atau tersumbatnya pembuluh darah oleh sel-sel darah merah yang abnormal. (Saifuddin, 2006)

5. Keterbatasan

- a) Sering ditemukan gangguan haid.
- b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik).
- c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d) Permasalahan kenaikan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B maupun HIV.
- f) Terlambatnya kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan.
- h) Terjadinya perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, nervositas, dan jerawat. (Saifuddin, 2006)

6. Indikasi

- a) Usia reproduksi.
- b) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e) Perokok (kontraindikasi pada suntik kombinasi).
- f) Setelah abortus atau keguguran.
- g) Telah banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
- h) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- i) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi ber-estrogen. (Saifuddin, 2006)

7. Kontraindikasi

- a) Hamil atau dicurigai hamil.

- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
 - d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes dengan komplikasi. (Saifuddin, 2006)
8. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik progestin
- a) Setiap saat selama siklus haid selama akseptor tidak hamil.
 - b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
 - c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
 - d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan atau tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.
 - e) Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi suntikan jenis lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya. (Saifuddin, 2006)

9. Cara penggunaan

Kontrasepsi suntik progestin DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara di suntik intramuskular dalam di daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Pemberian kontrasepsi suntik progestin Noristerat untuk 3 injeksi berikutnya diberikan setiap 8 minggu. Mulai dengan injeksi kelima diberikan setiap 12 minggu. (Saifuddin, 2006)

2. Kombinasi

1. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang mengandung kombinasi antara progestin dan estrogen, yaitu:

- a) Cyclofem berisi 25 mg DMPA dan 5 mg Estradiol sipionat yang diberikan setiap bulan dengan cara di suntik intramuskular.
 - b) Kombinasi 50 mg Noretindrone Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan setiap bulan dengan cara intramuskular. (Saifuddin, 2006)
2. Cara kerja:
- a) Menekan ovulasi.
 - b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
 - c) Perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu.
 - d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba. (Saifuddin, 2006)
3. Efektivitas
- Sangat efektif yaitu 0,1 – 0,4 kehamilan per 100 perempuan pertahun.
4. Keuntungan kontraseptif:
- a) Resiko terhadap kesehatan kecil.
 - b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
 - c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam.
 - d) Klien tidak perlu menyimpan pil kontrasepsi.
 - e) Efek samping kecil.
5. Keuntungan nonkontraseptif:
- a) Mengurangi kejadian amenorea.
 - b) Mengurangi nyeri haid.
 - c) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium.
 - d) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium.
 - e) Mencegah kehamilan ektopik.

- f) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause. (Saifuddin, 2006)
6. Keterbatasan:
- a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari.
 - b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
 - c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
 - d) Efektivitasnya berkurang jika digunakan bersamaan dengan obat - obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
 - e) Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak, dan kemungkinan timbulnya tumor hati.
 - f) Penambahan berat badan.
 - g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B dan HIV.
 - h) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian. (Hendrik, 2006)
7. Indikasi
- a) Usia reproduksi.
 - b) Telah memiliki anak maupun yang belum memiliki anak.
 - c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi.
 - d) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
 - e) Nyeri haid hebat.
 - f) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi. (Hendrik, 2006)
8. Kontraindikasi
- a) Hamil atau diduga hamil.

- b) Menyusui.
 - c) Perdarahan pervaginaam yang belum jelas penyebabnya.
 - d) Penyakit hati akut (virus hepatitis).
 - e) Usia > 35 tahun yang merokok.
 - f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi > 180/110 mmHg.
 - g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.
 - h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
 - i) Keganasan pada payudara. (Hendrik, 2006)
9. Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi
- a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid dan tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
 - b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
 - c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
 - d) Bila klien menyusui, jangan diberi suntikan kombinasi.
 - e) Pasca keguguran, kontrasepsi kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
 - f) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi suntik kombinasi, selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu

menunggu haid. Bila ragu-ragu, perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.

- g) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi lain.
- h) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada hari 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi lain tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) maka suntikan pertama diberikan hari 1 -7 siklus haid dan segera cabut AKDR. (Hendrik, 2006)

10. Cara penggunaan

Suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan intramuskular. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah ditentukan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja. (Saifuddin, 2006)

2.4.5 Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) / Norplant

Di pulau Jawa dikenal dengan nama “KB susuk”, yang sejak tahun 1981 telah mulai diteleti dan dikembangkan di Indonesia. Di luar negeri cara baru Norplant telah di uji-coba klinik secara baik dan teliti, lalu kemudian dipakai sebagai kontrasepsi sejak tahun 1972 di berbagai negara di dunia. Sejak tahun 1981

cara ini telah dipakai oleh lebih dari 10 ribu wanita dan mulai dapat diterima oleh masyarakat kita.

1. Levonorgestrel

Bahan aktif yang digunakan dalam Norplant adalah *progestational levonorgestrel*. Levonorgestrel telah banyak digunakan dalam pil kontrasepsi oral selama beberapa tahun. Pengujian pembuktian bahwa ini 18 kali lebih aktif daripada progesteron. Setiap kapsul Norplant berukuran kira-kira sebesar batang korek api dan mengandung 36 ± 2 mg levonorgestrel.

2. Kapsul pembungkus

Kapsul pembungkus yang digunakan pada Norplant adalah poli dimetisiloksane silastik yang diproduksi oleh Dow Corning Corporation Midland Michigan, USA. Kapsul silastik seperti ini adalah bahan yang sama seperti yang telah banyak dipakai untuk pemasangan implant pada manusia sejak tahun 1950. Jenis alat protese yang menggunakan bahan ini misalnya adalah katup jantung, saluran drainase dan protese payudara. Diameter luar dari kapsul pembungkus Norplant ialah 2,4 mm.

3. Lama kerja Norplant

Norplant memberikan perlindungan terhadap kehamilan selama 5 tahun. Pada penelitian klinis, ada beberapa yang menggunakannya hingga 6 tahun setelah dipasang, namun 5 tahun adalah batas yang dirasakan paling aman.

4. Angka kegagalan kehamilan

Dalam penelitian klinis selama lebih dari 5 tahun, angka kegagalan kumulatif dari Norplant adalah 3,6. Angka kumulatif ini adalah lebih rendah daripada observasi selama 5 tahun baik untuk kontrasepsi oral maupun IUD.

Dalam 3 tahun pertama dari penggunaannya, angka kegagalan Norplant tiap tahun (0,3, 0,2, dan 0,4) adalah sama

seperti pada sterilisasi wanita. Pada tahun keempat dan kelima, angka kegagalan adalah sama seperti pada pil yang diminum secara benar. Secara ilmiah, Norplant memberikan perlindungan yang sama atau lebih baik dari kebanyakan IUD. Data-data ini didasarkan atas percobaan selama beberapa tahun. Lebih dari 20 tahun para wanita (*women years*) telah dikumpulkan untuk penelitian klinis yang dimonitor secara teliti di Brasil, Chili, Republik Dominika, Jamaika, Denmark, Finlandia, dan Amerika Serikat. Peserta dari negara-negara tersebut telah menggunakan Norplant untuk selama empat, lima, bahkan enam tahun (Gasier, 2005).

Ada beberapa alasan mengapa para peserta ingin memilih Norplant yaitu:

a. Efektivitas

Norplant mempunyai angka kegagalan kumulatif yang terendah dari semua cara kontrasepsi yang reversibel.

b. Kemudahan dalam pemakaian

Norplant tidak memerlukan tindakan lain setelah pemasangannya. Tidak ada yang perlu dilakukan atau diingat oleh para akseptor.

c. Lama perlindungan

Norplant memberi perlindungan selama 5 tahun secara terus-menerus, karena itu disebut juga kontrasepsi pertama.

d. Kepuasan

Norplant tidak memerlukan tindakan untuk memasukkan sesuatu ke dalam vagina dan tidak mengganggu kebahagiaan dalam hubungan seksual.

e. Reversibilitas

Segera setelah Norplant diangkat, fertilitas dapat kembali normal. Dengan kata lain, Norplant tidak mengganggu kembalinya fertilitas.

f. Keamanan

Berbagai efek-samping yang timbul dalam pemakaian pil adalah disebabkan oleh komponen estrogen. Karena Norplant tidak mengandung estrogen, kemungkinan mendapat tromboemboli, penyakit vaskuler, intoleransi karbohidrat, dan hipertensi dapat dikurangi. Sebagai tambahan, wanita yang menggunakan Norplant kecil sekali kemungkinannya mengalami nausea, muntah atau pusing karena efek-samping seperti yang terdapat pada pemakaian pil ini juga terutama dikaitkan dengan estrogen dan jarang sekali dengan progestin.

g. Tidak mengganggu

Apabila luka insisi sembuh, tidak ada lagi rasa sakit atau rasa terganggu.

5. Efek-samping

Efek-samping yang paling sering dalam penggunaan Norplant adalah gangguan menstruasi, terutama selama 3-6 bulan pertama dari pemakaian. Pemakaian mungkin akan mengalami masa pendarahan yang lebih panjang, lebih sering, atau amenorrhea (Gasier, 2005).

Menurut pengalaman, kira-kira 35% dari pemakai Norplant mengalami masa pendarahan lebih dari 8 hari dalam siklus menstruasinya pada 3 bulan pertama. Ini menurun menjadi 27% pada 3 bulan kedua dan 25% pada 3 bulan berikutnya. Juga, 36% dari wanita pemakai akan mengalami pendarahan yang lebih sering dan *spotting* pada 3 bulan pertama. Dengan kata lain kira-kira 1 di antara 3 wanita atau 1 di antara 4 wanita

dapat mengalami gangguan menstruasi. Beberapa wanita akan mengalami amenorhea. Oleh karena banyak wanita menganggap amenorhea sebagai indikasi dari kehamilan, maka tes kehamilan akan berguna untuk menghilangkan kecemasan ini (Gasier, 2005).

Gangguan pendarahan yang sering biasanya tidak meningkatkan volume pendarahan haid total setiap bulannya secara berarti, sehingga tidak berbahaya bagi kesehatan wanita (Gasier, 2005).

Efek-samping lain yang sering ditemukan dalam pemakaian Norplant adalah sedikit peningkatan berat badan (Gasier, 2005).

2.5 AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) / IUD

Penyisipan alat kontrasepsi merupakan prosedur rawat jalan yang harus dilakukan oleh profesional kesehatan terlatih. Intrauterine device (IUD) merupakan bentuk yang efektif dan kontrasepsi reversible yang semakin populer. Peningkatan popularitas telah dikaitkan dengan keberhasilan mereka, kemudahan reversibilitas, dan kepuasan pasien, dengan sedikit usaha yang diperlukan untuk penggunaan jangka panjang. IUD yang setara dengan sterilisasi tuba untuk mencegah kehamilan, selain vasektomi, mereka adalah metode yang paling hemat biaya jangka panjang kontrasepsi yang tersedia di Amerika Serikat (Milton, 2011).

1. Mekanisme kerja

Sampai sekarang belum ada orang yang yakin bagaimana mekanisme kerja AKDR dalam mencegah kehamilan. Ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing menimbulkan reaksi radang setempat, dengan sebaran lekosit yang dapat melarutkan blastosis atau sperma (Wiknjastro, 2002).

Mekanisme kerja AKDR yang dililiti kawat tembaga mungkin berlainan. Tembaga dalam konsentrasi kecil yang dikeluarkan ke dalam rongga uterus selain menimbulkan reaksi radang seperti pada AKDR biasa, juga menghambat khasiat anhidrase karbon dan fosfatase alkali. AKDR yang mengeluarkan hormon juga menebalkan lendir serviks sehingga menghalangi sperma (Wiknjosastro, 2007).

2. Efektivitas

Efektivitas AKDR/IUD cukup tinggi untuk mencegah kehamilan dalam jangka waktu yang lama. Angka kehamilan IUD berkisar antara 1,5-3 per 100 wanita pada tahun pertama dan angka ini akan menjadi rendah untuk tahun-tahun berikutnya (Gasier, 2005).

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi angka kehamilan adalah jenis IUD; ukuran, besar, dan luasnya permukaan IUD; umur akseptor; lama pemakaian; dan kurang teraturnya menjalani jadwal kontrol untuk periksa ulangan (Gasier, 2005).

Sebagian besar dari kehamilan terjadi dalam 6 bulan pertama setelah insersi, sehingga untuk memperkecil kemungkinan hamil dapat dianjurkan untuk mempergunakan cara atau alat lain selama 6 bulan pertama setelah pemasangan, misalnya kondom atau pantang berkala. Bila selami ini memakai pil, dianjurkan untuk terus memakannya selama 6 bulan setelah insersi IUD (Gasier, 2005).

3. Indikasi

Pemasangan IUD untuk tujuan kontrasepsi dapat dilakukan pada wanita yang:

- a. Telah mempunyai anak hidup satu atau lebih
- b. Ingin menjarangkan kehamilan
- c. Sudah cukup anak hidup, tidak mau hamil lagi, namun takut atau menolak cara permanen. Biasanya di pasang IUD yang

efeknya lama (Lippes Lood, Nova-T untuk 5 tahun dan sebagainya)

- d. Tidak boleh atau tidak cocok memakai kontrasepsi hormonal (mengidap penyakit jantung, hipertensi, hati)
- e. Berusia diatas 35 tahun, dimana kontrasepsi hormonal dapat kurang menguntungkan (Gasier, 2005).

4. Pengawasan

Pengawasan ginekologik terhadap akseptor AKDR dilakukan 1 minggu dan 1 bulan sesudah pemasangan, kemudian setiap 3 bulan sekali. Pada setiap kali pengawasan dilakukan pemeriksaan ginekologik, dan efek sampingan dicari (Wiknjosastro, 2007).

Selain melihat filamen, diperhatikan pula perubahan-perubahan yang mungkin terjadi pada serviks. Dalam hal-hal yang mencurigakan, misalnya kemungkinan adanya keganasan, dilakukan pemeriksaan usap vagina atau biopsi serviks (Wiknjosastro, 2007).

Jika filamen tidak tampak, singkirkanlah terlebih dahulu kemungkinan kehamilan. Serviks dibersihkan dengan larutan antiseptik. AKDR diraba dengan sonde uterus. Jika AKDR tidak teraba, dapat dilakukan pemeriksaan foto rontgen anteroposterior dan lateral dengan sonde logam di dalam uterus. Dapat pula dilakukan pemeriksaan histerografi. Jika terdapat translokasi, pengeluaran AKDR dilakukan via laparoskopi, atau laparotomi (Wiknjosastro, 2007).

2.5.1 Waktu Pemasangan AKDR/IUD

1. Sedang haid

Pada waktu ini pemasangan akan mudah karena kanalis servikalis agak melebar dan kemungkinan terjadi kehamilan sangat kecil, perasaan sakit kurang dan perdarahan tidak begitu banyak, ini pun di anggap oleh wanita sebagai darah haid.

2. Pasca persalinan

Pemasangan dini (*immediate insertion*), yaitu pemasangan sebelum ibu dipulangkan dari rumah sakit. Pemasangan langsung (*direct insertion*), yaitu pemasangan 3 bulan setelah ibu dipulangkan. Pemasangan tidak langsung (*indirect insertion*), yaitu pemasangan setelah 3 bulan pasca persalinan atau keguguran.

3. Pasca keguguran

Langsung setelah keguguran, atau dipasang sewaktu ibu pulang dari rumah sakit.

4. Masa interva

Masa interval yaitu antara dua haid. Bila dipasang setelah masa ovulasi, harus dipastikan wanita tidak hamil atau mereka telah memakai cara-cara lain mencegah konsepsi (kondom, sistem kalender, dan sebagainya).

5. Sewaktu seksio sesarea

Sebelum luka rahim ditutup terlebih dahulu dikeluarkan darah-darah beku dari kavum uteri, kemudian IUD dipasang pada bagian fundus.

6. After morning

Pada kasus-kasus dimana dilakukan koitus, maka IUD dipasang dalam waktu 72 jam kemudian, sebelum terjadi implantasi blastokista (Gasier, 2005).

2.5.2 Macam-macam AKDR/IUD

1. Menurut bentuknya IUD dibagi menjadi:

- a. Bentuk terbuka (*open device*), misalnya Lippe Loop, CU-T, Cu-7, Margulies, Spring Col, Multiload, Nova-T, dan lainnya.
- b. Bentuk tertutup (*closed device*), misalnya ota ring, Antigon, Grafenberg ring, Hall-stone ring, dan lai-lain. Pada bentuk tertutup, bila terjadi dilokasi ke dalam rongga perut

maka harus dikeluarkan, karena dapat menyebabkan masuknya usus ke dalam lubang atau cincin, dan kemudian terjadi ileus.

2. Menurut tambahan obat atau metal:

- a. Medicated IUD, misalnya Cu-T-200, 220, 300,380A; Cu-7, Nova-T, ML-Cu 250,375; progestasert, dan lain-lain.
- b. *Unmedicated* IUD, misalnya Lippes Loop, Margulies, saf-T Coil, Antigon, dan lain-lain (Gasier, 2005).

2.6 Kegagalan Kontrasepsi

Tidak ada metode kontrasepsi yang sampai saat ini terbukti 100% efektif. Diperkirakan 8-30 juta kehamilan setiap tahunnya merupakan hasil dari kegagalan kontrasepsi yang tidak konsisten atau tidak benar dalam penggunaan metode kontrasepsi atau justru karena kegagalan metode itu sendiri . Bagi yang sudah termotivasi untuk tidak memiliki anak lagi dan sudah menggunakan kontrasepsi tetapi masih juga mengalami kegagalan, biasanya akan mencari jalan keluar dengan cara aborsi (WHO, 2000).

Para pemakai kontrasepsi pada dasarnya belum atau tidak ingin hamil lagi, sehingga dapat dikatakan bahwa kegagalan kontrasepsi mengakibatkan kehamilan yang sebenarnya tidak diinginkan. Sebagian dari mereka mungkin ingin meneruskan kehamilannya dan sisanya memutuskan untuk menggugurkannya. Jumlah kehamilan yang tidak diinginkan akan lebih besar lagi jika ditambah dengan mereka yang tidak ingin hamil lagi tetapi tidak menggunakan kontrasepsi sama sekali (Mohamad, 1998).

Berdasarkan penelitian yang diterbitkan oleh *Family Planning Perspective*, 50% dari semua kehamilan di Amerika Serikat merupakan kehamilan yang tidak diinginkan, termasuk kehamilan yang berakhir dengan aborsi, keguguran, atau yang lahir hidup. Sebagian wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan ini ternyata memakai kontrasepsi sebelum mereka hamil. Dikarenakan tingginya angka kegagalan ini, maka

perlu diketahui alasan utama kegagalan kontrasepsi yang merupakan faktor risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan (Trierweiler, 2000).

2.6.1 Kegagalan Kontrasepsi Hormonal

Berikut ini merupakan beberapa alasan mengenai kegagalan kontrasepsi yang sering terjadi:

1. Tidak mengikuti petunjuk penggunaan kontrasepsi secara benar.

Jika menggunakan pil, konsumsi di waktu yang sama setiap hari dan pastikan mengikuti petunjuk yang ada. Jika menggunakan kontrasepsi suntik pastikan mengikuti jadwal suntik ulang yang telah dijadwalkan oleh dokter atau bidan yang bertugas.

2. Penggunaan kontrasepsi yang tidak konsisten.

Kontrasepsi harus digunakan secara teratur dan sesuai dengan petunjuk untuk mencapai keefektivitasan yang maksimum. Jika menggunakan kontrasepsi oral dan lupa meminum pil meskipun hanya satu kali, risiko mengalami kehamilan akan meningkat

3. Menggunakan antibiotik atau obat-obatan lain atau jamu bersamaan dengan pil kontrasepsi.

Antibiotik yang ditemukan memiliki sifat yang berkebalikan dengan keefektivitasan pil kombinasi kontrasepsi dengan cara kerja menurunkan konsentrasi steroid hormon plasma. Wanita yang menggunakan pil kombinasi kontrasepsi sebaiknya menggunakan metode alternatif kontrasepsi selama beberapa bulan ketika mereka menggunakan antibiotik; rekomendasi dari jurnal *Contraception Technologies* termasuk penggunaan kontrasepsi alternatif selama penggunaan antibiotik atau 14 hari ditambah 7 hari. Rencana ini diimplementasikan di hari pertama saat mengonsumsi antibiotik.

4. Masalah metode

Hampir 4 dari 10 pengguna kontrasepsi tidak puas dengan metode yang mereka gunakan. Pengguna yang tidak puas lebih berisiko tinggi terhadap kehamilan tidak direncanakan, dengan melewati pengulangan jadwal penyuntikan kembali.

5. Sikap menentang

Hampir 1 dari 4 wanita yang tidak mencoba menjadi hamil mengatakan bahwa mereka sangat senang jika mereka tidak menjadi hamil. Wanita yang kurang termotivasi untuk menghindari kehamilan kecil kemungkinannya tidak menggunakan kontrasepsi secara konsisten dan benar.

6. Akses

Banyak wanita yang dilaporkan sulit mengakses pelayanan kontrasepsi atau mengatakan mereka tidak mampu/tidak mempunyai uang untuk menggunakan kontrasepsi yang lebih efektif.

7. Perbedaan

Tingkat pendidikan yang rendah, ras atau etnik minoritas berhubungan dengan perilaku menggunakan kontrasepsi yang kemungkinan dapat meningkatkan risiko wanita mengalami kehamilan tidak direncanakan (Hartanto, 2004).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Institusi Guttmacher di New York, satu dari empat wanita memiliki kemungkinan menjadi hamil karena ketidakkonsistensian penggunaan kontrasepsi. Beberapa masalah ini dikarenakan kurangnya akses ke pelayanan kesehatan, dimana para ibu mengatakan mereka tidak memiliki uang atau tidak sanggup untuk beberapa metode kontrasepsi modern yang efektif, seperti pil pengontrol kelahiran yang diresepkan saat kunjungan ke dokter. Banyak wanita yang tidak puas dengan metode kontrasepsi yang ada, sehingga dapat memicu *missing*-nya pil KB.(Hartanto, 2004)

2.6.2 Kegagalan Kontrasepsi AKDR

Karena efektivitas AKDR/IUD cukup tinggi untuk mencegah kehamilan dalam jangka waktu yang lama. Angka kehamilan IUD berkisar antara 1,5-3 per 100 wanita pada tahun pertama dan angka ini akan menjadi rendah untuk tahun-tahun berikutnya (Gasier, 2005).

Faktor-faktor yang menyebabkan hal tersebut adalah:

1. Teknik insersi yang tidak baik, atau tidak dilakukan oleh tenaga ahli dapat menyebabkan ekspulsi, kerja kontrasepsi tidak efektif dan perforasi uterus.
2. Ukuran, besar, dan luasnya permukaan IUD

Akseptor yang diameter uterusnya kurang dari 5 cm tidak dapat dipasang IUD dikarenakan bisa terjadi ekspulsi. Ekspulsi IUD adalah IUD yang terlepas atau keluar dari rongga rahim.

Ukuran IUD juga mempengaruhi terjadinya ekspulsi, semakin kecil ukurannya semakin besar kemungkinan terjadinya ekspulsi. Selain itu jenis bahan yang dipakai dapat berpengaruh, semakin elastis semakin besar kemungkinan ekspulsinya.

3. Kurang teraturnya menjalani jadwal kontrol untuk periksa ulangan

Wanita yang menggunakan AKDR, sebaiknya mengikuti petunjuk dokter untuk selalu memeriksakan setiap bulan (Manuaba, 2008).

Kegagalan kontrasepsi dapat menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Kasus KTD justru banyak dialami oleh pasangan suami istri yang mengalami kegagalan dalam ber-KB. Kegagalan KB kasus KTD juga bisa dialami oleh mereka yang tidak menggunakan kontrasepsi dalam 3 bulan terakhir padahal mereka termasuk aktif secara seksual (Hartanto, 2004).