

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Paritas

2.1.1 Pengertian Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami oleh seorang perempuan pada usia kehamilan yang telah mencapai batas viabilitas, yaitu kehamilan yang memungkinkan janin untuk hidup di luar rahim, baik bayi lahir hidup maupun lahir mati. Paritas tidak menghitung jumlah janin, melainkan jumlah peristiwa persalinan yang mencapai usia kehamilan layak hidup. Paritas berbeda dengan gravida. Gravida menunjukkan jumlah seluruh kehamilan yang pernah dialami seorang wanita, termasuk kehamilan yang berakhir dengan abortus, kehamilan ektopik, atau mola hidatidosa, sedangkan paritas hanya menghitung kehamilan yang mencapai usia viabel (Cunningham et al., 2022).

Menurut Prawirohardjo (2020), paritas merupakan jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita dari kehamilan yang mencapai usia kehamilan cukup bulan atau mendekati cukup bulan, tanpa memperhatikan apakah anak tersebut hidup atau meninggal setelah lahir. Paritas menjadi salah satu komponen penting dalam riwayat obstetri karena berkaitan dengan kondisi biologis dan pengalaman reproduksi seorang wanita. Menurut (Juwita, 2023) paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup di luar rahim.

2.1.2 Klasifikasi Paritas

Klasifikasi paritas digunakan untuk menilai risiko obstetrik dan memetakan kondisi reproduksi ibu (Cunningham et al.,2022; WHO, 2020). Klasifikasi paritas diantaranya :

1) Nullipara

Nullipara adalah wanita yang tidak pernah melahirkan janin yang mampu hidup di luar kandungan (*viable*). Artinya, belum pernah menjalani persalinan pada usia kehamilan ≥ 20 –28 minggu, tergantung definisi viabilitas yang digunakan. Dalam penelitian yang mengkaji determinan kejadian *drop out* penggunaan kontrasepsi, kelompok dengan status Paritas Tidak Punya Anak (yaitu, wanita yang belum pernah melahirkan anak hidup) menunjukkan nilai terendah terjadinya *drop out*, dengan proporsi hanya 18,1% (2 dari 11 subjek). Proporsi ini jauh lebih rendah dibandingkan kelompok paritas tinggi (>3 anak) yang mencapai 59,60%, menunjukkan bahwa wanita yang baru memulai program Keluarga Berencana atau yang belum memiliki anak cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang lebih baik atau memiliki motivasi yang sangat kuat untuk menunda kehamilan, sehingga risiko putus pakai kontrasepsi menjadi minimal.

2) Primipara

Wanita yang telah melahirkan seorang anak yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (matur/prematur), Primipara adalah wanita yang pernah melahirkan satu kali janin pada usia kehamilan viabel, baik matur

maupun prematur (Cunningham et al., 2022). Menurut (Herien, 2025) primipara adalah perempuan yang melahirkan hidup untuk pertama kalinya.

3) Multipara

Multipara adalah wanita yang telah melahirkan 2–4 kali pada usia kehamilan viabel, dengan bayi lahir hidup maupun mati. Kelompok ini umumnya memiliki pengalaman reproduksi yang cukup sehingga risiko beberapa komplikasi obstetrik lebih rendah dibanding primipara (Norton et al., 2021). Dalam penelitian yang mengkaji determinan kejadian *drop out* penggunaan kontrasepsi, variabel paritas terbukti memiliki hubungan yang signifikan secara statistik ($p=0,047$) dengan keputusan putus pakai kontrasepsi, di mana kelompok dengan Paritas > 3 Anak menunjukkan proporsi *drop out* tertinggi sebesar 59,60% (28 dari 47 subjek). Proporsi ini lebih tinggi dibandingkan kelompok paritas 1-2 anak (49,12%), mengindikasikan bahwa semakin banyak anak yang dimiliki ibu (paritas tinggi), semakin besar kecenderungan untuk berhenti menggunakan kontrasepsi, yang mungkin didasari oleh anggapan bahwa risiko kehamilan sudah menurun atau mereka telah merasa cukup dengan jumlah anak yang dimiliki.

4) Grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan lebih dari 4 kali (≥ 5 persalinan) pada usia kehamilan viabel (WHO, 2021). Kelompok ini

dikaitkan dengan risiko obstetrik yang lebih tinggi seperti perdarahan postpartum, anemia, dan komplikasi persalinan (Nair & Kurian, 2023).

2.1.3 Paritas sebagai Indikator Kesehatan Reproduksi

Paritas mencerminkan pengalaman reproduksi seorang wanita dan berhubungan erat dengan kesiapan fisik, psikologis, serta sosial dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Wanita dengan paritas rendah (nullipara atau primipara) umumnya memiliki pengalaman reproduksi yang terbatas, sedangkan wanita dengan paritas lebih tinggi telah memiliki pengalaman dalam kehamilan dan persalinan sebelumnya (Cunningham et al., 2022). Dalam konteks kesehatan masyarakat dan pelayanan kebidanan, paritas digunakan sebagai indikator untuk:

- a) Menilai risiko kehamilan dan persalinan
- b) Menentukan kebutuhan pelayanan antenatal
- c) Merencanakan penggunaan kontrasepsi
- d) Mengendalikan jumlah kelahiran melalui program Keluarga Berencana (Prawirohardjo, 2020)

Wanita dengan jumlah anak kurang dari dua umumnya masih berada pada fase mencapai tujuan reproduksi, sehingga motivasi penggunaan kontrasepsi dapat bersifat sementara. Sebaliknya, wanita dengan jumlah anak dua atau lebih biasanya telah mencapai tujuan reproduksi dan memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mempertahankan penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan guna mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Wanita dengan paritas rendah memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk

menghentikan penggunaan kontrasepsi karena keinginan memiliki anak tambahan, sedangkan wanita dengan paritas lebih tinggi cenderung lebih konsisten dalam penggunaan kontrasepsi untuk membatasi jumlah kelahiran (WHO, 2020).

2.1.4 Peran Paritas dalam Program Keluarga Berencana

Paritas memiliki peran penting dalam perencanaan dan evaluasi program Keluarga Berencana. Tingkat paritas berhubungan dengan:

- a) Pemilihan jenis metode kontrasepsi
- b) Lama penggunaan kontrasepsi
- c) Kepatuhan akseptor terhadap jadwal penggunaan
- d) Kejadian drop out kontrasepsi

Paritas atau jumlah anak memengaruhi penggunaan kontrasepsi pada pasangan usia subur. Pelayanan obstetrik lebih baik mengendalikan resiko pada paritas 1, sedangkan keluarga berencana dapat menurunkan resiko pada paritas tinggi. Angka kematian lebih besar terjadi pada ibu dengan paritas 1 dan paritas tinggi dan Sebagian besar kehamilan dengan paritas tinggi tidak di rencanakan (Prawiroharjo 2010 dalam Febriawati et al., 2024).

2.2 Putus Pakai atau *Drop out* (DO) Kontrasepsi

2.2.1 Pengertian *Drop out* Kontrasepsi

Drop out adalah ketika seseorang sudah mulai menggunakan program Keluarga Berencana (KB), tetapi kemudian merasa tidak cocok atau tidak puas, bisa jadi karena efek samping dari alat atau obat kontrasepsinya, karena

merasa kecewa dengan pelayanan yang diberikan oleh petugas KB, maka ia cenderung akan menolak untuk melanjutkan (berhenti melakukan KB) (Marmi, 2016a). Menurut WHO (2020) *drop out* kontrasepsi adalah penghentian kontrasepsi sebelum periode penggunaan yang diinginkan atau penghentian yang mengarah pada risiko kehamilan yang tidak diinginkan, Penghentian untuk tujuan merencanakan kehamilan (*switching*) umumnya tidak dikategorikan sebagai *drop out* dalam konteks masalah program, namun tetap dicatat sebagai putus pakai.

Akseptor KB dapat dikatakan *drop out* jika akseptor sudah menghentikan penggunaan kontrasepsi selama lebih dari 3 bulan (Fatmayanti, Anis, et al., 2022). Jika pasangan suami istri kembali menggunakan kontrasepsi paling sedikit 3 bulan dengan cara sama ataupun berganti metode maka disebut sebagai akseptor aktif Kembali sedangkan akseptor yang sudah berhenti menggunakan alat kontrasepsi dalam jangka waktu lebih 3 bulan maka disebut sebagai akseptor KB *drop out* (Winarningsih et al., 2024). Menurut (Ahyar, 2019) *DO KB* atau *drop out keluarga berencana* adalah akseptor KB yang tidak menggunakan alat kontrasepsi lagi dengan alasan apapun setelah satu periode pemakaian tertentu.

2.2.2 Keterlambatan Kembalinya Kesuburan sebagai Efek Farmakologis

DMPA dan Implikasinya terhadap Drop Out Kontrasepsi

Salah satu karakteristik kontrasepsi suntik DMPA adalah keterlambatan kembalinya kesuburan setelah penghentian penggunaan. Kondisi ini sering disalahartikan sebagai keberlanjutan perlindungan kontrasepsi, padahal

secara program KB, status penggunaan kontrasepsi ditentukan berdasarkan kepatuhan terhadap jadwal suntikan ulang. Kemampuan DMPA untuk menunda kembalinya kesuburan karena efek kontrasepsi dan tidak teraturnya siklus menstruasi dapat bertahan hingga 12 bulan setelah dosis terakhir. Keterlambatan kembalinya kesuburan disebabkan oleh retensi jaringan lemak dan kemampuan dalam menekan sumbu hipotalamus-hipofisis-ovarium (HPO). Setelah penghentian DMPA tidak terjadi ovulasi selama 15 hingga 49 minggu (Sudayasa et al., 2024).

Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) memiliki jadwal suntik ulang wajib setiap 90 hari (3 bulan) ditambah periode toleransi (*grace period*) singkat (biasanya 1–2 minggu). Batas waktu ini secara tegas menandakan transisi dari keterlambatan atau kepatuhan yang buruk (*poor adherence*) menjadi penghentian total (*discontinuation*) dari program. Akseptor yang tidak kembali setelah periode ini berarti hormon DMPA telah sepenuhnya hilang dari sistem tubuh karena waktu paruh efektif obat telah terlampaui dan perlindungan kontrasepsi telah berakhir. Akseptor yang telah gagal kembali untuk dosis berikutnya akan terhitung sebagai pengguna kontrasepsi yang tidak terlindungi dan risiko kehamilan telah kembali sepenuhnya. Keterlambatan lebih dari 4 minggu setelah jadwal suntik berikutnya dapat menyebabkan hilangnya perlindungan kontrasepsi, sehingga statusnya dianggap sebagai penghentian pemakaian (WHO, 2024).

Akseptor kontrasepsi dikatakan menjadi akseptor aktif kembali jika menggunakan kontrasepsi paling sedikit 3 bulan dan Kembali dengan cara

yang sama ataupun berbeda. Jika akseptor kontrasepsi sudah berhenti menggunakan alat kontrasepsi dalam jangka waktu lebih dari 3 bulan maka disebut sebagai akseptor kontrasepsi *drop out* (Winarningsih et al., 2024). Menurut (Fatmayanti, anis nur laili, et al., 2022) akseptor kontrasepsi *drop out* adalah akseptor yang menghentikan penggunaan kontrasepsi lebih dari 3 bulan.

2.2.3 Determinan Kejadian *Drop Out* Kontrasepsi

Kejadian *drop out* alat kontrasepsi dipengaruhi oleh beberapa yaitu faktor individu dan lingkungan. Faktor lain yang mempengaruhi *drop out* alat kontrasepsi adalah terkait faktor program yaitu pelayanan KIE (Komunikasi, Informasi, edukasi) meliputi macam KIE KB dan macam konseling KB dan kualitas pelayanan kontrasepsi (meliputi pilihan metoda kontrasepsi, kemudahan pelayanan dan pemberian informasi) (Amartani et al., 2023). Alasan *drop out* KB paling umum adalah kekhawatiran akan efek samping, keinginan menggunakan metode yang lebih efektif, keinginan untuk hamil, ketidaksetujuan suami atau pasangan, kehamilan yang tidak terduga, dan kekhawatiran lainnya. Beberapa faktor yang mempengaruhi *drop out* KB yaitu :

1) Faktor sosiodemografi

Faktor sosiodemografi (*Socio-demographic factors*) adalah karakteristik statistik dan sosial yang melekat pada individu atau populasi.

a. Umur

Penggunaan KB suntik sangat berpengaruh untuk menjarakkan kehamilan sehingga Keputusan menghentikan penggunaan kontrasepsi sangat berpengaruh, selain itu kebutuhan reproduksi penggunaan kontrasepsi berbeda berdasarkan umurnya. Menurut (Biran, 2023) perbedaan pengaruh hormon suntik KB 3 bulan pada usia 20-35 tahun dan >35 tahun yaitu :

Tabel 2. 1 Tabel Perbedaan Usia Penggunaan Kontrasepsi Suntik 3 Bulan (DMPA)

Perbedaan	Usia 20-35 tahun	>35 tahun
Respon hormon dan metabolisme	Sistem hormonal dan metabolisme (termasuk tulang) masih dalam puncak performa.	Fungsi metabolik mulai menurun, termasuk kelenturan pembuluh darah dan kepadatan tulang.
Peningkatan berat badan	Kenaikan berat badan (efek samping umum) sering terjadi karena rangsangan nafsu makan oleh progestin. Meskipun terjadi pada semua usia, pada usia muda, peningkatan ini berpotensi lebih cepat karena metabolisme yang tinggi (Sumber: Jurnal Malahayati, 2020)	Peningkatan berat badan masih terjadi, tetapi mungkin perlu perhatian lebih karena usia >35 tahun sudah berisiko lebih tinggi terhadap penyakit degeneratif terkait obesitas.

Perbedaan	Usia 20-35 tahun	>35 tahun
Kesehatan tulang	Penggunaan jangka panjang (terutama >2 tahun) berisiko menyebabkan penurunan kepadatan mineral tulang (BMD). Efek ini menjadi sangat penting karena tulang masih dalam tahap konsolidasi (pemadatan) hingga usia 30-an	Risiko penurunan BMD juga ada, namun penekanannya lebih pada risiko yang sudah ada sebelumnya (misalnya, jika mendekati perimenopause, laju kehilangan tulang alami sudah meningkat).
Risiko kardiovaskular	Secara umum, risiko penyakit jantung, gangguan pembekuan darah, dan hipertensi relatif rendah (karena DMPA tidak mengandung estrogen).	Risiko komplikasi seperti hipertensi dan gangguan pembekuan darah (walaupun DMPA progestin saja) perlu diwaspadai lebih ketat, terutama jika akseptor memiliki riwayat penyakit degeneratif yang sering muncul setelah usia 35 tahun. KB suntik 3 bulan sering direkomendasikan untuk usia >35 tahun karena tidak mengandung Estrogen yang berisiko pada pembuluh darah
Pemulihan kesuburan	Pemulihan kesuburan (kembali haid normal dan bisa hamil) setelah DO cenderung lebih cepat dan lebih dapat diprediksi,	Pemulihan kesuburan mungkin lebih lama karena fungsi ovarium alami dan siklus hormonal sudah mulai menurun seiring

Perbedaan	Usia 20-35 tahun	>35 tahun
	meskipun tetap membutuhkan waktu beberapa bulan (rata-rata 6–12 bulan) dibandingkan metode non-suntik.	bertambahnya usia, sehingga tubuh membutuhkan waktu adaptasi yang lebih panjang untuk kembali berovulasi.

Umur menjadi salah satu faktor menentukan penggunaan kontrasepsi, *drop out* kontrasepsi akan menurun ketika umur akseptor bertambah, menurut (Winarningsih et al., 2024) umur reproduktif akseptor KB menurut sasarannya yaitu :

a) Fase Penundaan Kehamilan

Fase ini terjadi ketika pasangan yang istrinya berusia di bawah 20 tahun, penundaan kehamilan dilakukan agar mencapai umur reproduksi sehat.

b) Fase Manajemen atau Menjarakkan Kehamilan

Umur ideal untuk melahirkan yaitu antara 20 – 35 tahun dengan jarak kelahiran anak 2 hingga 4 tahun.

c) Fase Mengakhiri Kesuburan

Ketika jumlah anak sudah 2 dan umur istri sudah lebih dari 35 tahun sebaiknya menghindari terjadinya kehamilan.

b. Pendidikan

Pendidikan berperan penting sebagai kunci meningkatkan pemahaman akseptor dalam pemilihan metode kontrasepsi. Akseptor dengan pendidikan tinggi cenderung memiliki akses informasi yang lebih baik dan kemampuan yang lebih tinggi untuk

memahami instruksi, jadwal penyuntikan, dan cara mengelola efek samping. Pendidikan yang lebih tinggi cenderung mendorong akseptor memilih metode kontrasepsi yang dianggap lebih efektif atau lebih *Long-Acting Reversible Contraception* (LARC). Akseptor berpendidikan tinggi sering lebih kritis dan memiliki pengetahuan lebih mendalam mengenai efek samping yang mungkin timbul (misalnya, gangguan menstruasi atau potensi efek pada tulang) sehingga mereka mungkin lebih cepat mencari informasi alternatif atau beralih metode, meskipun bukan berarti langsung DO. Akseptor yang memiliki pendidikan rendah kurang terbuka dan lebih sulit menerima informasi, tingkat pendidikan yang rendah berhubungan dengan peningkatan risiko penghentian kontrasepsi hormonal (termasuk DMPA), sebagian besar disebabkan karena kurangnya pemahaman yang memadai dari konseling kesehatan (Cruz-Lama et al., 2024). Menurut (Hidayati et al., 2021) pendidikan akan memengaruhi sikap seseorang dalam pengambilan keputusan, pemikiran seseorang semakin rasional ketika menempuh pendidikan, tinggi hal ini sangat berpengaruh dalam pemilihan penggunaan kontrasepsi.

c. Paritas

Paritas adalah status seorang wanita yang berhubungan dengan jumlah anak yang pernah dilahirkan baik dari perkawinan sekarang ataupun perkawinan sebelumnya, jumlah kelahiran yang pernah

dialami ibu termasuk keguguran, kelahiran bayi hidup maupun mati (Amartani et al., 2023). Menurut (Sriwidya Astuti Khati & Adelia Nopriyarti, 2025) paritas adalah hitungan berapa kali seorang perempuan sudah melahirkan bayi baik dalam kondisi hidup atau meninggal setelah usia kandungan minimal lima bulan (20 minggu), dan tidak termasuk keguguran atau aborsi.

Akseptor dengan paritas tinggi cenderung memiliki risiko putus pakai yang lebih besar dibandingkan akseptor dengan paritas rendah. Hubungan ini didasari oleh motivasi dan tujuan ber-KB yang telah terpenuhi, ketika pasangan sudah memiliki jumlah anak yang dirasa cukup (misalnya, dua atau lebih), keinginan untuk menjarangkan atau membatasi kehamilan secara aktif akan menurun, sehingga mereka merasa tidak perlu lagi melanjutkan penggunaan metode temporer seperti KB suntik 3 bulan (Lubis et al., 2020). Selain itu, akseptor dengan paritas tinggi mungkin beralih ke metode kontrasepsi jangka panjang (kontap) atau menghentikan kontrasepsi sama sekali karena anggapan bahwa mereka sudah mendekati masa menopause, menjadikannya pilihan yang sadar untuk DO, bukan karena kegagalan metode (Machfudloh & Sutrisminah, 2022). Paritas adalah jumlah kelahiran yang pernah dialami seorang wanita pada janin yang telah mencapai usia kehamilan viabel, baik lahir hidup maupun lahir mati.

d. Pekerjaan

Pekerjaan berperan besar dalam menentukan keberlanjutan penggunaan KB. Ibu yang bekerja dengan jam kerja panjang, mobilitas tinggi, atau kondisi pekerjaan yang berat seringkali mengalami kendala untuk mengakses pelayanan KB secara teratur, seperti kunjungan ulang atau konsultasi ketika muncul keluhan. Selain itu, perempuan yang bekerja di sektor informal atau memiliki pendapatan rendah dapat mengalami hambatan ekonomi, baik untuk biaya transportasi maupun pembelian alat kontrasepsi tertentu. Kesibukan dan kelelahan akibat pekerjaan juga membuat ibu cenderung menunda kontrol dan akhirnya berhenti menggunakan KB sebelum waktunya. Ibu yang tidak bekerja diluar yaitu sebagai ibu rumah tangga memiliki peluang lebih besar untuk dapat memilih penggunaan kontrasepsi dan mengikuti penyuluhan (Elizar et al., 2025).

e. Sosial budaya

Dalam beberapa masyarakat, masih terdapat norma budaya yang memandang bahwa memiliki banyak anak adalah simbol kesejahteraan, kekuatan keluarga, atau penerus garis keturunan, sehingga penggunaan kontrasepsi dipandang kurang baik atau bahkan tabu. Selain itu, pengaruh tokoh masyarakat dan tokoh agama dapat sangat kuat: apabila mereka tidak mendukung program KB, maka ibu akan merasa ragu atau takut untuk melanjutkan

penggunaan. Tekanan sosial dari lingkungan sekitar juga dapat membuat ibu tidak nyaman menggunakan kontrasepsi, terutama jika terdapat anggapan negatif atau stigma terhadap alat kontrasepsi tertentu. Tantangan sosial budaya pada keterlibatan suami dalam penggunaan kontrasepsi menjadi faktor kunci keberhasilan program KB sehingga penggunaan kontrasepsi tidak dibebankan hanya kepada Perempuan sehingga tidak terjadi ketidakseimbangan tanggungjawab pada keluarga (Nasution et al., 2025).

f. Wilayah Tempat Tinggal

Wilayah tempat tinggal merujuk pada domisili individu berdasarkan karakteristik perdesaan dan perkotaan, yang dibedakan oleh tingkat kepadatan penduduk, akses terhadap fasilitas umum, sosial ekonomi, serta ketersediaan pelayanan kesehatan. Dalam kajian kesehatan masyarakat, wilayah tempat tinggal merupakan determinan penting yang memengaruhi pemanfaatan dan keberlanjutan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keluarga berencana. Akses pelayanan kesehatan tidak selalu ditentukan oleh lokasi fasilitas kesehatan, melainkan juga oleh domisili, jarak tempuh, kemudahan transportasi, dan kontinuitas kunjungan ulang dari pengguna layanan. Oleh karena itu, meskipun fasilitas pelayanan KB berada di wilayah perdesaan, pengguna layanan dapat berasal dari wilayah perdesaan maupun perkotaan (WHO, 2020).

2) Faktor sosial-psikologi

a. Pengetahuan

Pengetahuan ibu mengenai KB sangat menentukan keberlangsungan pemakaian. Ibu yang tidak memahami cara kerja kontrasepsi, cara penggunaan yang benar, atau tidak mengetahui bahwa beberapa efek samping adalah hal wajar, cenderung menghentikan KB ketika muncul keluhan ringan seperti bercak atau pusing. Kurangnya informasi mengenai pentingnya kontrol ulang dan alternatif metode KB juga dapat menyebabkan *drop out* karena ibu merasa tidak memiliki solusi saat mengalami gangguan. Pengetahuan akseptor memengaruhi tujuan dan motivasi dalam mengikuti program keluarga berencana, akseptor dengan pengetahuan rendah hanya sekedar mengikuti program KB sedangkan akseptor dengan pengetahuan yang tinggi dapat menumbuhkan kesejahteraan keluarga (Pratiwi et al., 2024).

b. Persepsi

Persepsi negatif, seperti takut menjadi mandul, takut kanker, takut efek samping tertentu, atau merasa KB dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, dapat membuat ibu memilih berhenti menggunakan kontrasepsi. Pengalaman buruk di masa lalu, baik dialami sendiri maupun didengar dari orang lain, dapat memperkuat persepsi bahwa KB berbahaya. Persepsi bahwa ibu sudah tidak membutuhkan KB, misalnya karena usia yang dianggap cukup tua atau jarang

berhubungan, juga bisa menjadi penyebab *drop out*. Adanya mitos dan persepsi yang buruk terkait kontrasepsi berupa gangguan kesehatan, mengurangi kemampuan fisik, bahkan dianggap menentang nilai budaya setempat. Persepsi ini menggagalkan program KB sehingga masyarakat tidak menggunakan KB dan menghentikan penggunaan KB sebelum waktunya (Widyastuti et al., 2025).

c. Dukungan suami

Suami yang mendukung akan memberikan izin, dorongan moral, membantu biaya, bahkan menemani saat kontrol. Sebaliknya, jika suami tidak setuju dengan penggunaan kontrasepsi, menginginkan jumlah anak lebih banyak, atau merasa KB mengganggu hubungan suami-istri, maka ibu kemungkinan besar akan menghentikan KB. Kurangnya komunikasi dalam rumah tangga terkait perencanaan keluarga juga dapat meningkatkan risiko *drop out* KB. Dukungan suami sangat berpengaruh pada penggunaan kontrasepsi sehingga akseptor memiliki emosi yang stabil karena memiliki dukungan dari sekitarnya (Tertiana et al., 2023).

Faktor lain yang dapat mempengaruhi akseptor menghentikan kontrasepsinya, menurut (WHO, 2020) dan (Shete et al., 2021) yaitu :

a) Alasan Terkait Metode

Penghentian kontrasepsi yang secara langsung disebabkan oleh dampak fisiologis metode yang digunakan.

1) Efek samping (*side effects*)

Drop out KB terjadi Ketika respon fisiologis terjadi efek yang tidak diinginkan dan menggnaggu kualitas hidup akseptornya. Efek samping paling umum dari penggunaan suntik KB hormonal misalnya KB suntik 3 bulan yaitu perubahan pola menstruasi, sakit kepala, dan penambahan berat badan. Terjadinya efek samping ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan, terjadi hambatan pada fisik dan psikologis.

Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) Adalah progestin sintesis dosis tinggi yang bekerja dengan menekan ovulasi melalui inhibisi pelepasan kadar gonadotropin (*LH* dan *FSH*) dari kelenjar pituitary, yang menyebabkan kadar estrogen endogen menjadi sangat rendah (Sathe et al., 2024). Supresi hormonal yang kuat dapat mengganggu keseimbangan fisiologis normal yaitu perubahan pola menstruasi (seperti amenore atau perdarahan ireguler) terjadi karena DMPA menginduksi atrofi (penipisan) endometrium, penambahan berat badan dikaitkan dengan potensi progestin untuk meningkatkan nafsu makan dan perubahan metabolisme lemak dan karbohidrat (Lopez et al., 2016), sedangkan sakit kepala dan gangguan suasana hati dapat timbul akibat fluktuasi atau penekanan hormon yang memengaruhi sistem saraf pusat (Jahanfar et al., 2024). Akumulasi ketidaknyamanan fisiologis ini menciptakan hambatan fisik dan

psikologis, yang pada akhirnya merendahkan kualitas hidup akseptor dan mendorong keinginan untuk menghentikan metode kontrasepsi tersebut.

2) Kesehatan atau Komplikasi (*Health Concerns*)

Kekhawatiran medis yang serius atau timbulnya masalah kesehatan yang diyakini berhubungan dengan kontrasepsi. Kontrasepsi suntik 3 bulan (DMPA) merupakan metode yang sangat efektif dan aman bagi mayoritas akseptor, hormon pada DMPA tidak hanya bekerja di system reproduksi tetapi memengaruhi sistem tubuh secara menyeluruh. Dampak yang sering terlihat pada sistem metabolik dan kardiovaskular (pembuluh darah), penggunaan DMPA bisa mengubah kadar lemak (lipid) dan insulin dalam darah, jika dalam jangka panjang dapat berisiko menimbulkan penyakit kardiovaskular atau diabetes (Lopez et al., 2016). Sebagian besar wanita yang menggunakan DMPA akan mengalami kehilangan kepadatan mineral tulang (BMD) tetapi kondisinya akan pulih ketika menghentikan pemakaian DMPA. Kehilangan kepadatan tulang terjadi dikarenakan hormon DMPA menghambat hormon estrogen yang berperan dalam pembentukan tulang sehingga proses resorpsi tulang lebih cepat dan mengakibatkan penurunan kepadatan tulang (WHO, 2024).

3) Kegagalan Metode (*Method Failure*)

Tingkat kegagalan adalah cara mengevaluasi seberapa efektif metode kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan (Sudayasa et al., 2024). Peristiwa kehamilan yang tidak diinginkan yang terjadi meskipun metode kontrasepsi telah digunakan secara konsisten (kegagalan penggunaan/ *user failure*). Fenomena ini dibedakan menjadi dua kategori utama, yaitu:

1) Kegagalan Intrinsik Metode (*Perfect Use Failure*)

Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) bekerja dengan mekanisme hormonal sentral, yaitu menekan pelepasan hormon gonadotropin (*LH* dan *FSH*) dari kelenjar pituitari, yang secara efektif menghambat ovulasi (anendokrinisme). DMPA menyebabkan endometrium menjadi atrofi (menipis) dan membuat lendir serviks menjadi sangat kental, sehingga mencegah penetrasi sperma. Ketika suntikan DMPA diberikan sesuai jadwal (12-13 minggu), tingkat kegagalan metode ini sangat rendah, berada di bawah 1% penggunaan efektif hamper mencapai 99,7% (WHO, 2020).

2) Kegagalan Penggunaan (*User Failure* atau *Typical Use Failure*)

Akseptor terlambat kembali ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan suntikan ulang pada jadwal yang ditentukan

(lebih dari 13 minggu), sehingga kadar hormon DMPA dalam darah turun di bawah ambang batas yang diperlukan untuk menekan ovulasi. Ketika jadwal suntik dilewati, konsentrasi progestin eksogen dalam plasma darah akan menurun drastis di bawah ambang batas inhibisi hipotalamus-hipofisis-ovarium dan mempertahankan atrofi endometrium (Jahanfar et al., 2024). Penurunan ini menyebabkan sistem umpan balik negatif terlepas, memungkinkan kadar *FSH* dan *LH* kembali normal, yang memicu pematangan folikel dan ovulasi, sehingga akseptor kembali rentan terhadap kehamilan. Keterlambatan sering kali disebabkan oleh hambatan akses, kelalaian penjadwalan, atau ketidakpahaman akan pentingnya ketepatan waktu. Meskipun DMPA sendiri sangat efektif, kegagalan ini menekankan bahwa efektivitas metode sangat bergantung pada disiplin kepatuhan akseptor terhadap kunjungan ulang (Shete et al., 2021).

b) Alasan Pribadi / Reproduksi

1) Keinginan untuk hamil

Alasan *drop out* "Keinginan untuk hamil" adalah alasan yang bersifat proaktif dan terencana, dan dianggap sebagai keberhasilan dalam perencanaan keluarga. Akseptor menghentikan kontrasepsi bukan karena metode itu buruk, melainkan karena tujuan reproduksi telah berubah. Namun, penggunaan DMPA dikenal

memiliki efek samping unik, yaitu keterlambatan kembalinya kesuburan (*delayed return to fertility*) setelah penghentian penggunaan. Cara kerja DMPA yang menekan ovulasi secara kuat dan persisten dan diberikan dalam dosis besar setiap tiga bulan akan dilepaskan secara perlahan, hormon progestin membutuhkan waktu yang lebih lama untuk benar-benar hilang dari sistem tubuh dan darah setelah suntikan terakhir. Suntikan ini memiliki cadangan hormon di tubuh yang akan terus bekerja meskipun jadwal suntik sudah berhenti sehingga Ketika dihentikan penggunaannya membuat kembalinya kesuburan (ovulasi normal) lebih lama dibandingkan metode hormonal lain. Rata-rata kembalinya ovulasi normal pada pengguna DMPA bisa 6 hingga 10 bulan setelah tanggal suntikan terakhir, bahkan ada yang lebih lama, tidak ada bukti bahwa DMPA menyebabkan kemandulan permanen (Lopez et al., 2016).

2) Merasa aman

Akseptor menilai bahwa risiko kehamilan telah hilang, sehingga tidak lagi melanjutkan penggunaan kontrasepsi, termasuk DMPA. Kejadian *drop out* ini tidak langsung dan berakar pada perubahan status reproduksi atau hubungan. Misalnya, ketika pasangan akseptor bekerja jauh atau berpisah sementara waktu, sehingga akseptor berasumsi bahwa ketiadaan kontak seksual sehingga secara otomatis menghilangkan

kebutuhan kontrasepsi. Pada wanita yang memasuki masa perimenopause dan mengalami siklus menstruasi yang tidak teratur, beranggapan bahwa dirinya mandul sehingga merasa aman dan menghentikan penggunaan kontrasepsi. Dalam hal ini keputusan untuk berhenti didorong oleh penilaian risiko yang salah atau didasarkan pada asumsi akseptor, menunjukkan adanya kekurangan dalam konseling berkelanjutan yang harusnya menegaskan bahwa metode kontrasepsi harus dilanjutkan hingga terdapat konfirmasi medis atau perubahan status yang jelas (misalnya, konfirmasi menopause, vasektomi pasangan yang telah berhasil). Kondisi inilah yang memicu terjadinya *drop out* penggunaan kontrasepsi.

c) Alasan Pelayanan dan Akses

1) Akses atau biaya

Akseptor DMPA yang harus rutin mengunjungi fasilitas kesehatan menjadi sangat rentan jika kontrasepsi tidak tersedia (*stock-out*), jarak tempuh terlalu jauh, atau biaya transportasi/layanan terlalu mahal. Kebutuhan akan injeksi berulang menyebabkan beban finansial dan logistik yang berkelanjutan pada akseptor karena harus melakukan kunjungan ulang setiap 3 bulan, berbeda dengan metode jangka panjang seperti implan atau IUD

2) Ketidakpuasan layanan

Kunjungan secara berulang memperbesar peluang akseptor mengalami pengalaman negatif dengan tenaga kesehatan. Akseptor yang merasa konseling tidak memadai (misalnya, tidak dijelaskan tentang efek samping), atau menerima sikap tenaga kesehatan yang kurang ramah atau menghakimi akan cenderung menunda atau menolak kunjungan berikutnya, sehingga menjadi penyebab pada *drop out* dan berisiko terjadi kehamilan.

2.2.4 Dampak Kejadian *Drop Out* Kontrasepsi

Dampak yang ditimbulkan dari peningkatan jumlah *drop out* KB menurut (Amartani et al., 2023) adalah peningkatan jumlah penduduk yang dapat berpengaruh pada tingkat kesejahteraan, kualitas pendidikan dan kesehatan sehingga akan berdampak pada kualitas penduduk. Menurut (Wardaningtyas, 2023) kejadian *drop out* KB dapat menyebabkan tingginya Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP), angka *Total Fertility Rate* (TFR) dan Angka Kematian Ibu. Dampak lain yang ditimbulkan dari *drop out* KB yaitu :

1) Peningkatan Angka Kehamilan yang Tidak Direncanakan (*Unintended Pregnancies*)

Penghentian penggunaan metode kontrasepsi secara otomatis akan mengakhiri perlindungan efektif terhadap kehamilan, yang mengakibatkan kembalinya potensi kesuburan (*return to fecundity*). Keputusan *drop out* seringkali tidak diikuti dengan pemakaian metode kontrasepsi alternatif lain, hal ini menciptakan kesenjangan

perlindungan (*protection gap*) yang berisiko terjadi kehamilan (FIGO, 2021). Kehamilan tidak direncanakan adalah kondisi ketika orang perempuan mengalami kehamilan tanpa adanya perencanaan atau persiapan sebelumnya, baik dari sisi fisik, psikologis, maupun sosial-ekonomi. Kehamilan yang tidak direncanakan dapat disebabkan oleh penggunaan kontrasepsi yang tidak konsisten, hal ini dapat terjadi karena berbagai alasan, mulai dari efek samping yang tidak dapat ditoleransi, kesalahan dalam penggunaan, ketidakpahaman tentang cara kerja kontrasepsi, hingga tekanan dari pasangan untuk tidak menggunakan kontrasepsi (Puspitasari et al., 2025).

2) Peningkatan Morbiditas dan Mortalitas Ibu dan Anak

Kehamilan yang tidak direncanakan sering kali memiliki hasil kehamilan yang buruk (*poor pregnancy outcomes*) karena wanita cenderung terlambat mengakses perawatan antenatal (ANC) atau memiliki jarak antar kehamilan yang terlalu pendek (*short birth spacing*) (WHO, 2020). Kehamilan yang terjadi mendadak akibat *drop out* dapat menimbulkan stres psikososial dan finansial, yang mendorong beberapa wanita mencari jalan aborsi tidak aman (*unsafe abortion*). Prosedur aborsi yang dilakukan di luar fasilitas medis yang kompeten merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu (*maternal mortality*) di dunia. Selain itu, komplikasi kehamilan seperti kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah (BBLR), yang merupakan morbiditas anak utama yang lebih tinggi pada kehamilan

yang tidak direncanakan. Kehamilan yang beresiko tinggi terjadi pada usia terlalu muda, terlalu tua, atau dengan jarak antara kehamilan yang terlalu dekat seringkali meningkatkan risiko komplikasi yang dapat berujung pada kematian ibu atau bayi (Widyastuti et al., 2025).

3) Kesenjangan Demografi dan Program

Ketika akseptor DMPA yang efektif berhenti menggunakan kontrasepsi tanpa mengganti dengan metode lain, hal ini mengakibatkan melonjaknya TFR Aktual yang ditargetkan oleh program, dan dapat menciptakan kesenjangan programatik (WHO, 2024). Upaya pemerintah untuk mengontrol jumlah penduduk menjadi sia-sia karena banyak wanita yang seharusnya tidak hamil justru hamil. Dampak makronya adalah tertundanya realisasi Dividen Demografi, di mana rasio penduduk usia produktif (usia kerja) tidak sebanding dengan beban ketergantungan (anak dan lansia) karena pertumbuhan populasi anak yang cepat. Keterlambatan dalam mencapai dividen demografi ini pada akhirnya meningkatkan beban populasi terhadap sumber daya negara sehingga menghambat pembangunan ekonomi berkelanjutan.

4) Beban Ekonomi Keluarga dan Negara

Penghentian kontrasepsi dapat berdampak pada pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali yang dapat mengakibatkan laju pembangunan di berbagai bidang. Peningkatan kasus *drop out* dapat menyebabkan peningkatan jumlah penduduk dengan banyaknya jumlah kelahiran yang tidak dapat dikendalikan. Peningkatan jumlah kelahiran

dapat berdampak pada tingkat kesejahteraan, kualitas pendidikan, derajat kesehatan dan terjadi penurunan dalam berbagai bidang (Sasanti et al., 2025).

2.3 Kontrasepsi Suntik Progestin 3 Bulan (DMPA)

2.3.1 Pengertian Kontrasepsi Suntik Progestin 3 Bulan (DMPA)

Kontrasepsi suntik 3 bulan *Depo-Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA) merupakan salah satu metode kontrasepsi hormonal yang sangat populer dan berdaya kerja panjang. Metode ini tergolong dalam jenis kontrasepsi suntik yang hanya mengandung progestin, seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan. Secara spesifik, setiap dosis mengandung 150 mg (1 ml) pemberian dilakukan melalui suntikan *intramuskular* (IM) (Kemenkes, 2021).



Gambar 2. 1 Gambar Kontrasepsi Suntik 3 Bulan (DMPA)

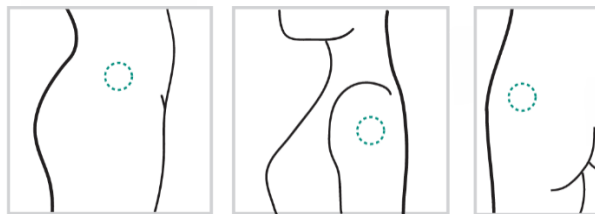
(Kemenkes, 2021)

Kontrasepsi suntik 3 bulan *Depo-Medroxyprogesterone Acetate* (*Depo Provera*) mengandung 150 mg, pemberiannya dilakukan setiap 3 bulan secara *intramuskular* yaitu suntikan dilakukan di daerah bokong. Apabila suntikan

diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lama dan tidak segera bekerja efektif (Fatmayanti et al., 2022).

2.3.2 Lokasi dan Teknik Penyuntikan

Penyuntikan *Depo-Medroxyprogesterone Acetate (Depo Provera)* yang paling umum dilakukan di otot gluteus maximus (otot bokong) dan penyuntikan alternatif dilakukan di otot deltoid (otot lengan atas), setelah dilakukan penyuntikan hindari pijatan di area penyuntikan untuk memastikan obat dilepaskan secara perlahan (Cunningham et al., 2022). Lokasi penyuntikan dapat dilakukan di otot pinggul (otot ventrogluteal), otot lengan atas (otot deltoid), dan otot bokong (otot gluteal) di bagian luar atas (WHO, 2020).



Gambar 2. 2 Lokasi Penyuntikan DMPA

(WHO, 2020)

Depo-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) mengandung 150 mg, diberikan setiap 3 bulan disuntikkan secara intramuscular yaitu di daerah bokong dan diberikan setiap 90 hari. Suntikan ini disimpan dalam suhu 20°C-25°C (Gayatri et al., 2023).

Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan yaitu setiap 90 hari di daerah pantat, jika suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan dapat lebih lambat dan efektivitas obat tidak dapat bekerja dengan cepat. Sebelum

melakukan penyuntikan bersihkan area kulit yang akan disuntik dengan kapas alcohol yang dibasahi etil atau isopropyl alcohol 60-90%. Tunggu daerah kulit kering lalu berikan suntikan. Sediaan obat disiapkan dengan cara dikocok tanpa membentuk gelembung udara, pastikan tidak ada endapan putih dengan menghangatkan ampul jika diperlukan, cairan kontrasepsi ini tidak perlu didinginkan agar kualitas dan homogenitasnya tetap terjaga saat disuntikkan (Affandi et al., 2023).

2.3.3 Cara Kerja Kontrasepsi Suntik Progestin 3 Bulan (DMPA)

Bedasarkan (Setyorini et al., 2020) setelah dilakukan penyuntikan, hormon progesteron akan dilepaskan secara bertahap ke dalam aliran darah. Kandungan hormon ini dapat mencegah terjadinya pembuahan, berdasarkan (Marmi, 2016b) terdapat tiga cara yaitu :

- a) Menghentikan ovulasi atau proses pelepasan sel telur dari ovarium setiap bulannya. Hormon ini bekerja dengan cara menghalangi pengeluaran *follicle stimulating hormone (FSH)* dan *luteinizing hormone (LH)* sehingga tidak terjadi pelepasan ovum.
- b) Mengentalkan lendir serviks, sehingga sperma terhalang dan sulit masuk ke rahim untuk membuahi sel telur. Lendir servik yang kental akan menurunkan kemampuan penetrasi sperma karena sperma sulit menembus kanalis servikalis.
- c) Terjadi perubahan pada endometrium sehingga dapat mengganggu implantasi. Endometrium akan berubah menjadi lebih tipis, sehingga jika

ada sel telur yang sudah dibuahi tidak akan berkembang karena kondisi rahim yang tidak mendukung (Setyorini et al., 2020).

2.3.4 Keefektifan dan Keunggulan Suntik Progestin 3 Bulan (DMPA)

Penggunaan suntik progestin 3 bulan memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan, jika penyuntikan dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Berdasarkan Indrawati & Nurjanah, (2021) keuntungan yang didapatkan yaitu :

- 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) Sedikit efek samping.
- g) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
- h) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

2.3.5 Keterbatasan Suntik Progestin 3 Bulan (DMPA)

Kontrasepsi suntik progestin tiga bulan atau *Depo Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA) merupakan salah satu metode kontrasepsi hormonal yang banyak digunakan. Namun demikian, seperti metode kontrasepsi lainnya, DMPA memiliki beberapa keterbatasan dan efek samping yang perlu

diperhatikan oleh akseptor. Berdasarkan Affandi et al., (2023) suntik Progestin

3 bulan memiliki keterbatasan yaitu :

- a) Sering ditemukan gangguan haid, seperti:
 - a. Siklus haid yang memendek atau memanjang,
 - b. Perdarahan yang banyak atau sedikit,
 - c. Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting),
 - d. Tidak haid sama sekali.
- b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
- c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepa titis B virus, atau infeksi virus HIV.
- f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian. Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).
- g) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- h) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas)
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat

2.3.6 Indikasi dan Kontraindikasi Suntik 3 Bulan (DMPA)

Hampir semua Perempuan dapat menggunakan suntik progestin 3 bulan (DMPA) secara aman dan efektif, berdasarkan (Kemenkes, 2021) Perempuan yang dapat menggunakan suntik 3 Bulan (DMPA) yaitu :

- a) Perempuan yang telah atau belum memiliki anak.
- b) Perempuan usia reproduksi, termasuk Perempuan yang usianya sudah lebih dari 40 tahun.
- c) Setelah abortus atau keguguran.
- d) Perempuan yang merokok tanpa melihat usia dan jumlah rokok yang dihisap.
- e) Sedang menyusui, dapat menggunakan kontrasepsi segera setelah 6 minggu melahirkan.
- f) Terkena HIV, saat ini sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral.

Perempuan yang tidak boleh menggunakan Suntik 3 Bulan (DMPA) berdasarkan (Affandi et al., 2023) yaitu :

- a) Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- e) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

2.3.7 Efek Samping Kontrasepsi Suntik Progestin 3 Bulan (DMPA)

Penggunaan kontrasepsi suntik progestin 3 bulan dapat menimbulkan efek samping, berdasarkan (Sulastriningsih et al., 2023) efek samping yang muncul yaitu :

a) Gangguan haid (Amenorea)

Amenorea Adalah suatu keadaan seorang Wanita tidak mengalami menstruasi pada suatu periode. Amenore pada akseptor DMPA terjadi karena pengaruh hormon dikarenakan efek secara langsung kontrasepsi hormonal terhadap endometrium sehingga terjadi atrofi.

b) Flek hitam (*Clousma*)

Clousma Adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan kondisi kulit yang terbentuk pigmen yang berlebihan dapat menjadi warna coklat muda hingga coklat tua, dapat juga berwarna keabu-abuan. *Clousma* terjadi pada area kulit yang terpapar sinar matahari terutama bagian wajah.

c) Penambahan berat badan

Kontrasepsi suntik 3 bulan (DMPA) mengandung hormon progesteron yang kuat. Hormon ini bekerja dengan merangsang pusat nafsu makan di otak (hipotalamus), sehingga akseptor merasa lebih lapar dari biasanya. Ketika asupan makan berlebihan, hormon progesteron akan memicu tubuh mengubah kelebihan nutrisi terutama karbohidrat menjadi lemak, yang kemudian ditimbun di bawah kulit. Proses inilah yang menyebabkan akseptor suntik KB mengalami peningkatan berat

badan. Penambahan berat badan sekitar 1-5 kg dalam penggunaan tahun pertama (Setyorini et al., 2020).

Efek samping lain yang dapat terjadi menurut (Harnani et al., 2022) yaitu :

- a) Pada penggunaan jangka Panjang terjadi perubahan pada lipid serum dan dapat menurunkan densitas tulang.
- b) Penggunaan dalam jangka Panjang menyebabkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervisitas, dan timbulnya jerawat.

2.3.8 Waktu Pemberian Kontrasepsi Suntik Progestin 3 Bulan (DMPA)

Menurut (WHO, 2020) kontrasepsi suntik progestin 3 bulan dapat diberikan kapanpun selama perempuan tidak hamil dan tidak mengalami gangguan medis, waktu yang tepat yaitu :

Tabel 2. 2 Waktu Pemberian Kontrasepsi Suntik 3 Bulan (DMPA)

No	Kondisi	Waktu Pemberian DMPA
1.	Siklus menstruasi atau berganti dari metode non hormonal	a) Suntikan dapat diberikan dalam jangka waktu 7 hari sejak menstruasi dan tidak diperlukan metode Cadangan. b) Suntikan diberikan dalam 7 hari setelah menstruasi dimulai, maka dapat menggunakan kontrasepsi kapan saja dan yakin tidak sedang hamil. Membutuhkan kontrasepsi Cadangan selama 7 hari setelah penyuntikan. c) Jika ingin berganti IUD dapat segera dilakukan pemasangan dan tidak memerlukan kontrasepsi Cadangan.
2.	Berganti dari metode hormonal lain	a) Jika telah menggunakan metode hormonal lainnya secara konsisten, yakin benar, dan sedang tidak hamil maka dapat segera digunakan tanpa

No	Kondisi	Waktu Pemberian DMPA
		menunggu menstruasi bulan berikutnya, tidak memerlukan metode kontrasepsi cadangan. b) Jika berganti dari kontrasepsi suntik lainnya, maka suntikan baru dapat diberikan ketika jadwal suntikan ulang seharusnya dan tidak perlu kontrasepsi tambahan.
Pemberian ASI Eksklusif atau hampir Eksklusif setelah melahirkan		
3.	ASI eksklusif kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	a) Jika melahirkan kurang dari 6 minggu maka tunda pemberian suntikan sampai 6 minggu setelah melahirkan b) Jika belum menstruasi, suntikan dapat dilakukan kapan saja antara 6 minggu dan 6 bulan, jika yakin tidak hamil maka tidak diperlukan kontrasepsi 43etika43n. c) Jika sudah menstruasi, suntikan dapat diberikan kapan saja seperti yang dianjurkan 43etika menstruasi.
4.	ASI eksklusif lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a) Jika belum menstruasi, suntikan dapat diberikan kapan saja dan yakin tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik. b) Jika telah menstruasi, suntikan dapat diberikan seperti yang dianjurkan dengan siklus menstruasi normal
ASI tidak Eksklusif setelah melahirkan		
5.	ASI tidak Eksklusif kurang dari 6 minggu setelah melahirkan	Tunda suntikan pertama hingga setidaknya 6 minggu setelah melahirkan
6.	ASI tidak Eksklusif lebih dari 6 minggu setelah melahirkan	a) Jika belum menstruasi, suntikan dapat diberikan kapan saja dan yakin tidak dalam kondisi hamil, perlu kontrasepsi 43adangan untuk 7 hari pertama setelah suntik b) Jika telah menstruasi, suntikan dapat diberikan seperti yang dianjurkan dengan siklus menstruasi normal
Tidak menyusui setelah melahirkan		

No	Kondisi	Waktu Pemberian DMPA
7.	Tidak menyusui kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Dapat memulai suntikan kapan saja dan tidak diperlukan kontrasepsi Cadangan
8.	Tidak menyusui lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	a) Jika belum menstruasi, suntikan dapat diberikan kapan saja dan yakin tidak dalam kondisi hamil, perlu kontrasepsi cadangan untuk 7 hari pertama setelah suntik b) Jika telah menstruasi, suntikan dapat diberikan seperti yang dianjurkan dengan siklus menstruasi normal
9.	Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Suntikan dapat diberikan kapan saja jika yakin tidak hamil, perlu metode kontrasepsi cadangan selama 7 hari setelah suntikan
10.	Setelah keguguran atau abortus	a) Jika suntikan diberikan dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester kedua, tidak perlu metode kontrasepsi cadangan. b) Jika suntik diberikan lebih dari 7 hari setelah keguguran maka dapat digunakan kapan saja dan yakin tidak hamil, perlu kontrasepsi tambahan dalam 7 hari setelah suntikan
11.	Setelah mengonsumsi pil kontrasepsi darurat (ECP)	Setelah mengonsumsi pil kontrasepsi darurat progestin saja atau kombinasi : a) Suntikan dapat dilakukan pada hari yang sama saat mengonsumsi pil kontrasepsi darurat. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya untuk mendapatkan suntikan tetapi perlu metode cadangan selama 7 hari pertama setelah suntikan. b) Jika tidak segera melakukan suntikan maka dapat digunakan kapan saja dan yakin tidak sedang hamil.
12.	Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis ulipristal asetat (UPA)	a) Menunggu menstruasi untuk mendapatkan suntikan, jika digunakan bersamaan maka keduanya berada di dalam tubuh, akibatnya salah satu atau keduanya kurang efektif b) Buat jadwal Kembali untuk mendapatkan suntikan pada hari ke-6, atau segera mungkin setelah itu

No	Kondisi	Waktu Pemberian DMPA
		c) Perlu kontrasepsi tambahan mulai dari penggunaan UPA sampai 7 hari setelah suntikan d) Jika tidak mulai suntikan pada hari ke-6 maka suntikan dapat dilakukan kapan saja dan yakin tidak hamil

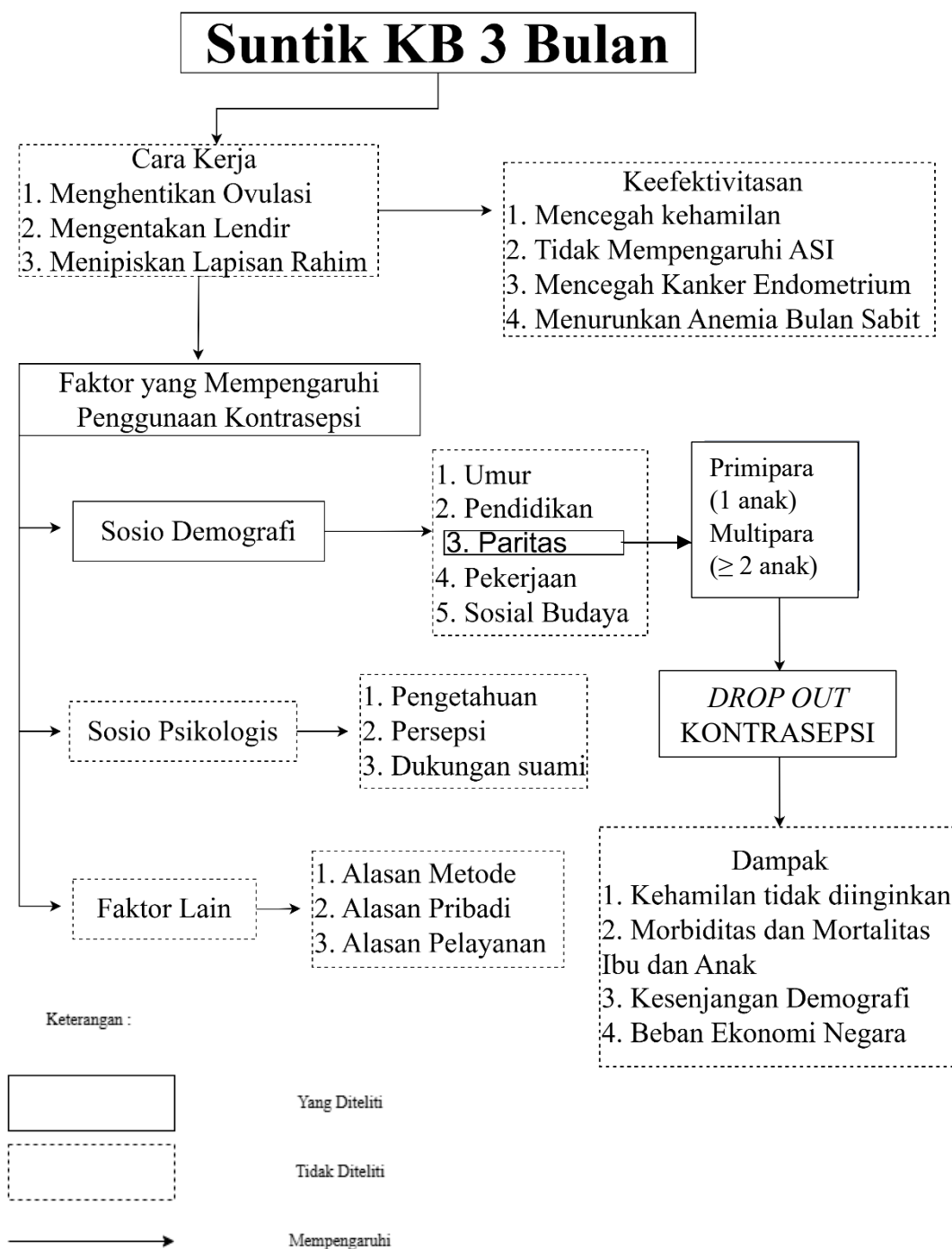
2.4. Hubungan Paritas dengan Kejadian *Drop Out* Kontrasepsi Suntik 3 Bulan

Paritas berhubungan erat dengan Keputusan untuk memulai dan menghentikan penggunaan kontrasepsi. Keinginan memiliki anak lagi menjadi faktor paling kuat untuk melakukan *drop out* KB, ibu dengan paritas rendah (memiliki satu anak) masih berada pada masa reproduksi memiliki kemungkinan besar untuk menambah anggota keluarganya. Ibu dengan paritas tinggi (memiliki 3 anak atau lebih) umumnya memiliki keberlangsungan penggunaan KB lebih baik dikarenakan jumlah anak sudah sesuai yang diinginkan dan sudah tidak ingin menambah anak. Biasanya ibu dengan paritas tinggi akan menghentikan penggunaan KB jika terjadi masalah Kesehatan dari efek samping KB seperti peningkatan tekanan darah dikarenakan penggunaan hormon pada metode KB. Hartanto menjelaskan bahwa paritas adalah faktor utama dalam menentukan "Motivasi Reproduksi", jika Paritas Rendah (1 anak) maka motivasi biasanya untuk menjarakkan kehamilan. Paritas Tinggi (≥ 3 anak) motivasi biasanya untuk mengakhiri kesuburan (Hartanto, 2004).

Penelitian-penelitian terdahulu secara konsisten mengidentifikasi paritas (jumlah anak) sebagai prediktor kuat dan determinan utama putus pakai kontrasepsi (*drop out*), dengan temuan dari Fente et al. (2025) di Tanzania yang menunjukkan wanita dengan paritas nol memiliki risiko berhenti menggunakan

kontrasepsi 4,25 kali lebih besar (AOR = 4,25), penelitian tersebut sejalan dengan hasil Amartani et al. (2023a) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dan kejadian *drop out* kontrasepsi, dengan nilai $p=0,047$ (untuk paritas "tidak punya anak" atau "punya anak") dan $p=0,049$ (untuk paritas "1-2 anak"), yang berarti keduanya lebih kecil dari $p=0,05$. Penelitian serupa yang mendukung adalah Marsita et al. (2023) yang menegaskan hubungan signifikan paritas dengan kejadian *drop out* kontrasepsi, paritas 1–2 anak merupakan kelompok yang paling tinggi berisiko *drop out* (OR=3,513) dibandingkan kelompok paritas lainnya. Metode kontrasepsi jangka pendek seperti suntik dan pil memiliki risiko *drop out* yang jauh lebih tinggi dibandingkan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) seperti IUD dan implan (OR=10,653), terutama karena seringnya terjadi efek samping (Marsita et al., 2023).

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep Hubungan Paritas dengan Kejadian *Drop out* Kontrasepsi Suntik 3 Bulan (DMPA)

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Jadi hipotesis juga dapat dinyatakan sebagai jawaban teoritis terhadap rumusan masalah penelitian yang belum memiliki jawaban empiric (Sugiyono, 2017).

H0 : Tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian *drop out* kontrasepsi suntik 3 bulan (DMPA)

H1 : Ada hubungan antara paritas dengan kejadian *drop out* kontrasepsi suntik 3 bulan (DMPA)