

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga Berencana

1. Pengertian KB

Keluarga berencana (KB) adalah suatu tindakan atau program tindakan yang membantu individu atau Wanita suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hartanto, 2014).

2. Manfaat KB

Salah satu cara untuk menekan laju pertumbuhan penduduk di Indonesia adalah melalui program KB. KB adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan keluarga dalam memberikan nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kehamilan, pembinaan meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Kemenkes RI, 2015).

3. Tujuan KB

Menurut Hartanto (2014) tujuan KB adalah:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan wanita sekaligus mengendalikan pertumbuhan penduduk.
- b. Penurunan angka kelahiran yang bermakna

- c. Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga dan bangsa pada umumnya.
- d. Meningkatkan martabat kehidupan rakyat dengan cara menurunkan angka kelahiran sehingga penambahan penduduk tidak melebihi kemampuan untuk meningkatkan reproduksi

4. Penggunaan Alat Kontrasepsi

Menurut Hartanto (2014) pelayanan kontrasepsi mempunyai dua tujuan yaitu pemberian dukungan dan pematapan penerimaan gagasan KB yaitu dihayatinya NKKBS, dan penurunan angka kelahiran yang bermakna. Untuk mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan dengan mengkatagorikan tiga fase untuk mencapai sasaran yaitu:

- a. Fase menunda perkawinan/kesuburan
- b. Fase menjarangkan kehamilan
- c. Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan/kesuburan

Maksud kebijaksanaan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat melahirkan pada usia tua.

a. Fase Menunda/Mencegah Kehamilan

Fase menunda kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan. Alasan menunda/mencegah kehamilan:

- 1) Umur dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan.

- 2) Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda.
- 3) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pasangan muda masih tinggi frekuensi ber-senggamanya, sehingga akan mempunyai kegagalan tinggi.
- 4) Penggunaan IUD-Mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra-indikasi terhadap Pil oral.

b. Fase Menjarangkan Kehamilan

Periode usia istri antara 20 - 30/35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Ini dikenal dengan Catur warga.

Alasan menjarangkan kehamilan:

- 1) Umur antara 20-30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk mengandung dan melahirkan
- 2) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama
- 3) Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun disini tidak/kurang berbahaya karena yang bersangkutan berada pada usia mengandung dan melahirkan yang baik.
- 4) Disini kegagalan kontrasepsi bukanlah kegagalan program.

c. Fase Menghentikan/Mengakhiri Kehamilan/Kesuburan

Periode umur istri di atas 30 tahun, terutama di atas 30 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.

Alasan mengakhiri kehamilan:

- 1) Ibu-ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi, karena alasan medis dan alasan lainnya.
- 2) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.
- 3) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu yang relatif tua dan mempunyai kemungkinan timbulnya akibat sampingan dan komplikasi (Hartanto, 2014).

Menurut Hartanto (2014) syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh suatu metode kontrasepsi yang baik adalah:

- 1) Aman/tidak berbahaya.
- 2) Dapat diandalkan.
- 3) Sederhana, sedapat-dapatnya tidaknya usaha dikerjakan oleh seorang dokter.
- 4) Murah.
- 5) Dapat diterima oleh orang banyak.
- 6) Pemakaian jangka lama.

Dalam memilih alat kontrasepsi, sampai saat ini belumlah tersedia satu metode kontrasepsi yang benar-benar 100% ideal atau sempurna.

Masih terdapat masalah dalam memilih metode kontrasepsi yaitu kurangnya pengetahuan masyarakat tentang keuntungan, kerugian,

serta efek samping yang akan terjadi dari penggunaan alat kontrasepsi tersebut.

5. Faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi

Menurut Hartanto (2014) faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi:

a. Faktor pasangan – motivasi dan rehabilitasi:

- 1) Umur.
- 2) Gaya hidup.
- 3) Frekuensi senggama.
- 4) Jumlah keluarga yang diinginkan.
- 5) Pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu.
- 6) Sikap kewanitaan.
- 7) Sikap kepriaan.

b. Faktor kesehatan-kontraindikasi absolute atau relatif:

- 1) Status kesehatan.
- 2) Riwayat haid.
- 3) Riwayat keluarga.
- 4) Pemeriksaan fisik.
- 5) Pemeriksaan panggul.

c. Faktor metode kontrasepsi-penerimaan dan pemakaian berkesinambungan:

- 1) Efektivitas
- 2) Efek samping minor
- 3) Kerugian

4) Komplikasi-komplikasi yang potensial

5) Biaya

Pengetahuan masyarakat tentang penggunaan alat kontrasepsi sangat diperlukan. Dalam penggunaan dan pemakaian alat kontrasepsi faktor-faktor tersebut perlu diketahui oleh pasangan calon pengguna alat kontrasepsi. Hal ini dikarenakan semua kontrasepsi mempunyai kegagalan dan juga dapat menimbulkan resiko tertentu pada pemakaiannya. Menurut Hartanto (2014), adanya resiko yang potensial dalam bentuk ketidaknyamanan (*inconvenience*), misalnya senggama menjadi kurang/tidak menyenangkan, biaya yang tinggi dan lain-lain. Untuk menghindari resiko yang akan terjadi, sebaiknya pasangan calon pengguna alat kontrasepsi mengetahui terlebih dahulu berbagai macam alat atau metode kontrasepsi. Berdasarkan lama waktu pemakaian, metode kontrasepsi dibedakan menjadi dua, yaitu:

a. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) yaitu alat atau cara kontrasepsi untuk pemakaian dalam jangka waktu lama dan memiliki tingkat efektifitas dan reversibilitas tinggi, praktis, aman, dan ekonomis. Jenis-jenis alat kontrasepsinya meliputi:

1) Susuk KB atau implant

Alat kontrasepsi yang dimasukkan di bawah kulit pada lengan bagian atas, tidak terlihat dari luar tetapi dapat diraba. Tersediannya dua macam pilihan susuk KB atau implant yaitu 1

batang dan 2 batang. Memberikan perlindungan terhadap kehamilan selama 3-5 tahun.

2) *Intra Uterine Device (IUD)* *Intra Uterine Device (IUD)* adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim. Ada dua jenis IUD yang beredar saat ini Lippes loop yang berbentuk spiral atau huruf S ganda, terbuat dari plastik (*polyethylene*).

Jenis kedua *Copper T* berbentuk huruf T dengan lilitan tembaga lebih banyak dan perak dari generasi sebelumnya.

3) Tubektomi (*metode operasi wanita MOW*) merupakan salah satu cara kontrasepsi bagi perempuan melalui operasi pengikatan atau pemotongan saluran indung telur, sehingga menghambat pertemuan antara sperma dan sel telur. Kontrasepsi ini diperuntukan hanya untuk ibu yang tidak menginginkan anak lagi. Peserta kontrasepsi tubektomi harus menandatangani surat persetujuan yang ditandatangani suami.

4) Vasektomi (*metode operasi pria-MOP*) adalah cara kontrasepsi bagi pria (suami) dengan mengikat saluran sperma melalui sebuah operasi migrant (kecil), sehingga sperma tidak bertemu dengan sel telur atau tidak terjadi pembuahan. Vasektomi hanya diperuntukan bagi suami atau laki-laki yang tidak menginginkan anak lagi. Pemakai harus menandatangani surat persetujuan yang ditandatangani istri.

b. Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP) yaitu kontrasepsi yang digunakan dalam jangka waktu pendek dan harus diulang. Jenis-jenis alat kontrasepsinya yaitu:

1) Kondom

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi pria/suami yang terbuat dari karet/latek berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung penampung air mani/ sperma. Saat ini sudah tersedia kondom dengan segala rasa seperti rasa vanila, coklat, durian, dan strawberry, bahkan bentuknya ada yang bergerigi.

2) Suntikan

Adalah cara kontrasepsi perempuan yang berisi hormone estrogen dan progrestin yang disuntikkan ke bokong/otot panggul tiap sebulan atau tiga bulan sekali.

3) Pil KB

Adalah suatu cara kontrasepsi untuk perempuan berbentuk pil/tablet di dalam strip yang berisi gabungan hormon estrogen dan progrestin atau hanya hormone progrestin saja. Setiap strip pil KB berjumlah 21 dan 28 buah. (BKKBN, 2015)

Metode-metode tersebut dapat dilakukan tersendiri atau dalam kombinasi bahkan dalam kombinasi dengan metode kontrasepsi.

Menurut Hartanto (2014) penelitian-penelitian untuk menemukan metode baru kontrasepsi yang lebih efektif, aman dan sebagainya, masih terus berlanjut hingga saat ini, antara lain:

1. Pada Wanita:

- a. Cincin vagina (*vaginal ring*) dengan hormon.
- b. Vaksin kontrasepsi/vaksin antifertilitas.
- c. IUD berdaya-kerja panjang dengan hormone progestin.
- d. Kriosirugi (*Cryo-surgery*) uterus (*Transcervical*).

2. Pada Pria:

- a. Gossypol.
- b. LHRH Analogues.
- c. Hormone-hormon steroid berdaya-kerja panjang.
- d. Inhibin.

Pemilihan metode kontrasepsi yang efektif dan aman sangat diperlukan dalam penggunaan alat kontrasepsi oleh pasangan usia subur (PUS) untuk menekan pertumbuhan penduduk. Melalui penggunaan alat kontrasepsi PUS dapat melakukan pengendalian kelahiran sehingga angka kelahiran total (TFR) diperkirakan dapat menurun.

Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa penggunaan alat kontrasepsi adalah alat kontrasepsi atau cara ber-KB yang dipilih dan digunakan secara sadar oleh wanita PUS untuk mencegah

terjadinya kehamilan. Alat kontrasepsi yang digunakan oleh pasangan usia subur pada saat penelitian ini berlangsung yaitu:

- a. Menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang MKJP (IUD, Susuk/Implant, MOW/Tubektomi, MOP/Vasektomi).
- c. Menggunakan alat kontrasepsi Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Non MKJP (Pil, Suntik, Kondom)

Sedangkan perempuan yang kebutuhan ber-KB-nya tidak terpenuhi (*unmet need*) adalah perempuan kawin yang tidak ingin mempunyai anak lagi atau ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara KB.

B. Akseptor KB

1. Pengertian Akseptor KB

Akseptor KB adalah Wanita usia subur yang menggunakan salah satu alat metode atau alat kontrasepsi sebagai upaya mencegah kehamilan (Mansjoer, 2008).

2. Jenis – jenis alat kontrasepsi

Adapun jenis–jenis alat kontrasepsi yang lazim digunakan di Indonesia adalah (Hartanto, 2014):

a. Metode sederhana

- 1) Tanpa alat (KB alamiah dan *coitus interruptus*).
- 2) Dengan alat (mekanis dan kimiawi)

b. Metode modern

- 1) Kontrasepsi Hormonal terdiri dari Peroral (POK, minipil dan morning after pill) Injeksi atau suntikan (DMPA, NEP-EN, Microspheres), Sub-Kutis : Implant atau AKBK.
- 2) Intra Uterine Device (IUD, AKDR)
- 3) Kontrasepsi Mantap

3. Efek samping pemakaian alat kontrasepsi KB

Pengertian efek samping menurut Ramali (2011) Efek samping dapat diartikan adanya gejala–gejala penyerta yang tidak diinginkan. atau hasil pengiring yang tidak diinginkan. Efek samping merupakan masalah bagi seorang akseptor yang mengalaminya karena merupakan beban kejiwaan yang harus ditanggungnya, yang berakhir pada adanya kekhawatiran, kecemasan, bahkan ketakutan terhadap efek samping yang kemungkinan seorang akseptor akan mengalami kejadian drop out atau putus pakai. Efek samping penggunaan Alat kontrasepsi diantaranya adalah gangguan pola haid, kenaikan berat badan, sakit kepala dan kenaikan tekanan darah, nyeri perut bagian bawah, penurunan gairan seksual, timbul mual, pening atau sakit kepala, nyeri payudara, serta perdarahan bercak (*spotting*).

4. Alat kontrasepsi KB Pil**a. Pengertian KB pil**

KB Pil adalah suatu cara kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil/tablet didalam strip yang berisi gabungan hormon

estrogen dan progesteron atau hormon progesteron saja (Mochtar, 2012).

Kontrasepsi oral (pil) adalah cara kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil, didalam pil berisi gabungan dari hormon estrogen dan progesteron atau hanya terdiri dari hormon progesteron saja. Cara kerjanya menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks (Handayani, 2010).

Menurut Wiknjosastro, (2014) kontrasepsi pil adalah kontrasepsi yang bersifat hormonal, yang terdiri dari hormon estrogen dan progestin. Semenjak tahun 1960 pil kombinasi- progestin mulai digunakan. Tahun 1963 pil sekuensial diperkenalkan. Sejak tahun 1965 sampai dengan sekarang banyak diadakan penyesuaian dosis atau penggunaan progestin saja.

b. Jenis-jenis kontrasepsi Pil

Menurut Hartanto (2014) Jenis-jenis kontrasepsi Pil adalah:

1). Pil kombinasi

Ialah pil yang mengandung estrogen dan progestin sintetik dan digunakan lebih dari 65 juta jiwa wanita di seluruh dunia Pil kombinasi berfungsi untuk mencegah terjadinya ovulasi dan mengurangi lendir serviks dan mengentalkannya sehingga sperma tidak masuk ke uteri.

2). Pil sekuensial

Yaitu pil yang mengandung estrogen dan progesteron dimana kandungan estrogen lebih tinggi dibandingkan dengan kandungan progesteron. Di Indonesia, pil sekuensial tidak edarkan, karena pil sekuensial tidak seefektif pil kombinasi.

3). Pil mini

Pil mini mengandung progestin saja tanpa estrogen. Dosis progestinnya pun kecil yaitu 0,5mg atau kurang. Para penyelidik belum mengetahui benar mengenai mekanisme kerjanya, tetapi mungkin sekali pencegahan kehamilan terjadi oleh gabungan oleh beberapa efek, termasuk motilitas tuba, pengaruh terhadap korpus luteum, endometrium, lendir servik dan juga pencegahan ovulasi.

c. Cara pemakaian kontrasepsi pil

Cara pemakaian kontrasepsi pil (Hartanto, 2014):

- 1). Lakukan kontrol setiap pagi apakah pil kemarin sudah diminum. Jika lupa satu pil, minumlah segera bila ingat, pil berikutnya diminum seperti biasa. Jika lupa 2 pil berturut-turut, minumlah 2 pil segera ketika ingat, dan 2 pil lagi pada waktu yang biasa hari berikutnya.
- 2). Jika lupa 3 pil atau lebih, kemungkinan kegagalan (hamil) menjadi besar, pemakaian pil dihentikan selama 1 minggu, kemudian mulai dengan bungkus baru. Pada pasca persalinan, pil mulai dimakan sesudah bayi berumur 30 sampai dengan 40 hari, sedangkan pada

pasca keguguran, pil mulai diminum 1 sampai 2 minggu setelah kejadian. Sejumlah 21 sampai 22 tablet diminum secara terus menerus, kemudian istirahat selama 1 minggu.

- 3). Pada pil kombinasi yang terdiri dari 28 tablet (21 tablet pil kombinasi dan 7 tablet plasebo) pil diminum terus menerus dan tablet yang diminum pertama kali setelah haid adalah tablet plasebo.
- 4). Perdarahan sering terjadi pada hari ketiga sampai hari keempat, sesudah pil kombinasi habis, jika tidak terjadi perdarahan pil pertama bungkus berikutnya dapat dimulai, seminggu setelah pil kombinasi habis. Jika perdarahan tidak terjadi lagi bulan berikutnya, pemeriksaan pada kemungkinan kehamilan, harus dilakukan dan pemakaian pil dihentikan dahulu.

d. Keuntungan kontrasepsi Pil

- 1) Efektifitasnya tinggi.
- 2) Pemakai dapat hamil lagi, bila dikehendaki kesuburan dapat kembali dengan cepat.
- 3) Tidak mengganggu kegiatan seksualitas suami istri.
- 4) Siklus haid menjadi teratur.
- 5) Dapat menghilangkan keluhan nyeri haid (Mochtar, 2015).

Kelebihan menggunakan pil KB kombinasi adalah efektifitas tinggi dan resiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu

hubungan seksual, dapat digunakan jangka panjang dan dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap saat dan kesuburan segera kembali setelah dihentikan, dan membantu mencegah kanker ovarium, kanker endometrium, kista, penyakit radang panggul dan kelainan jinak pada payudara (Rahayu, 2014)

e. Kekurangan

Kekurangan pil oral kombinasi adalah mahal dan membosankan karena harus menggunakan setiap hari, mual dan perdarahan bercak atau perdarahan sela terutama 3 bulan pertama, pusing dan nyeri payudara, penambahan berat badan, tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui karena dapat mengurangi ASI, pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seks berkurang, tidak mencegah IMS dan HIV/AIDS, dan dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan sehingga resiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat (Rahayu, 2014).

f. Kontraindikasi kontrasepsi Pil

Tidak semua wanita dapat menggunakan pil kombinasi untuk kontrasepsi, adapun kontraindikasinya terbagi atas 2 bagian, yaitu: Kontraindikasi Mutlak: terdapatnya tromboflebitis atau riwayat tromboflebitis, tumor-tumor yang dipengaruhi estrogen, fungsi hati

yang tidak atau kurang baik, penyakit diabetes mellitus dan kehamilan. Kontraindikasi Relatif: Depresi migrain, mioma uteri, hipertensi, oligomenorea dan amenorea (Hartanto, 2014).

g. Efek Samping

Efek sampingan dapat dibagi dalam 2 golongan, yakni efek sampingan yang ringan dan efek sampingan yang berat.

Efek sampingan yang ringan berupa penambahan berat badan, perdarahan diluar daur haid, enek-enek, depresi, alopesia, melasma, kandidiasis, amenorea pasca pil, retensi cairan, dan keluhan-keluhan gastrointestinal. Umumnya efek sampingan ini timbul dalam beberapa bulan pertama pemakaian pil. Efek sampingan ini akan berkurang dan hilang dengan sendirinya, ada pula yang hilang jika pasien berpindah ke pil yang lain, dengan kadar estrogen dan progesterone yang lebih sesuai. Dalam tabel diperlihatkan beberapa efek sampingan sehubungan dengan kadar estrogen dan progesterone masing-masing.

Efek sampingan yang berat adalah tromboemboli, yang mungkin terjadi karena peningkatan aktivitas faktor-faktor pembekuan, atau mungkin juga karena pengaruh vaskuler secara langsung.

C. Jumlah Anak/ Paritas

1. Pengertian Jumlah Anak

Jumlah memiliki arti banyaknya bilangan atau sesuatu yang dikumpulkan menjadi satu, sedangkan pengertian anak secara umum

adalah keturunan kedua setelah ayah dan ibu (Poerdarminta, 2013). Sedangkan menurut Undang – Undang no.4 tahun 1974 tentang kesejahteraan anak, anak adalah seseorang yang belum mencapai umur 21 tahun dan belum pernah kawin. Jumlah anak adalah banyaknya hitungan anak yang dimiliki. Jumlah anak menuju pada kecenderungan dalam membentuk besar keluarga yang diinginkan. Dengan demikian, besar keluarga akan meningkat seiring dengan peningkatan jumlah anak, karena setiap keluarga berupaya untuk mencapai jumlah anak dengan menggunakan caranya tersendiri (Bulatao dan Lee, 2013).

Singarimbun (1974) dalam Siregar (2013) melakukan penelitian pada penduduk di sekitar Yogyakarta menunjukkan bahwa jumlah anak yang dianggap ideal 4 dan 5 orang anak. Motivasi untuk mempunyai jumlah anak yang sedikit dan nilai-nilai tentang anak merupakan aspek yang penting. Kadang-kadang jumlah anak yang diinginkan lebih besar daripada jumlah anak yang mampu dirawat dengan baik.

Jumlah anak yang diinginkan dikategorikan berdasarkan jumlah anak lahir hidup yang mendasari besar keluarga. Keluarga dikatakan sebagai keluarga kecil, jika maksimal memiliki dua anak. Dengan demikian, pengkategorian jumlah anak yang diinginkan menjadi: 1) sedikit, jika keluarga menginginkan sebanyak banyaknya memiliki dua anak; 2) sedang, jika keluarga menginginkan anak sebanyak tiga hingga lima anak; 3) banyak, jika keluarga menginginkan sedikitnya memiliki enam anak (BPS, 2013). Berbeda dengan pengkategorian yang dilakukan

Muchtar dan Purnomo (2009) yaitu bahwa jumlah anak sedikit adalah jika memiliki 1-2 anak, dan jumlah anak banyak jika memiliki > 2 anak.

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2013).

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang perempuan (BKKBN, 2015). Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup di luar rahim (28 minggu) (JHPIEGO, 2013). Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab, dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus. Sebagai contoh, seorang perempuan dengan status paritas G3P1Ab1, berarti perempuan tersebut telah pernah mengandung sebanyak dua kali, dengan satu kali paritas dan satu kali abortus, dan saat ini tengah mengandung untuk yang ketiga kalinya (Stedman, 2013).

2. Klasifikasi Jumlah Paritas

Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang wanita dapat dibedakan menjadi:

a. Nullipara

Adalah wanita yang belum pernah melahirkan sama sekali

b. Primipara

Adalah wanita yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali

c. Multipara

Adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak dua hingga empat kali

d. Grandemultipara

Adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak lima kali atau lebih

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Jumlah Anak

Menurut Hartoyo dkk (2011), faktor - faktor yang memengaruhi jumlah anak yaitu usia ibu, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, pendidikan kepala keluarga, nilai anak, penggunaan alat kontrasepsi. Muchtar dan Purnomo (2014) menyatakan terdapat faktor komposisional yang terdiri dari umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak, indeks kekayaan kuantil, pendidikan suami, pekerjaan suami, agama, jumlah anak sekarang dan tempat tinggal.

Menurut Lestari (2018), faktor-faktor sosial, ekonomi dan budaya dapat berpengaruh terhadap fertilitas. Lestari (2018), juga mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi fertilitas melalui apa yang disebut sebagai “variabel antara” (*intermediate variables*). Ada 11 variabel antara yang mempengaruhi fertilitas, yang masing-masing dikelompokkan dalam tiga tahap proses reproduksi sebagai berikut:

a. Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya hubungan kelamin (*intercourse variables*):

1) Faktor-faktor yang mengatur tidak terjadinya hubungan kelamin :

- a) Umur mulai hubungan seksual
 - b) Selibat permanen: proporsi wanita yang tidak pernah mengadakan hubungan kelamin
 - c) Lamanya masa reproduksi sesudah atau diantara masa hubungan kelamin:
 - (1) Bila kehidupan suami istri cerai atau pisah
 - (2) Bila kehidupan suami istri berakhir karena suami meninggal dunia
- 2) Faktor-faktor yang mengatur terjadinya hubungan kelamin
- a) Abstinensi sukarela
 - b) Berpantang karena terpaksa (oleh impotensi, sakit, pisah sementara)
 - c) Frekuensi hubungan seksual
- b. Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya konsepsi (*conception variables*):
- 1) Kesuburan atau kemandulan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor yang tidak disengaja
 - 2) Menggunakan atau tidak menggunakan metode kontrasepsi:
 - a. Menggunakan cara-cara mekanik dan bahan-bahan kimia
 - b. Menggunakan cara-cara lain
 - 3) Kesuburan atau kemandulan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor yang disengaja (sterilisasi, subinsisi, obat-obatan dan sebagainya)

- c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan dan kelahiran (*gestation variables*)
 1. Mortalitas janin yang disebabkan oleh faktor-faktor yang tidak disengaja
 2. Mortalitas janin oleh faktor-faktor yang disengaja

Menurut Iswarati (2009) faktor yang mempengaruhi fertilitas seseorang berdasarkan analisis lanjut hasil SDKI, yaitu:

1. Jumlah Perkawinan

Banyaknya jumlah perkawinan mempengaruhi banyaknya fertilitas, semakin banyak jumlah perkawinan akan mengakibatkan rata-rata paritas semakin kecil. Jumlah perkawinan yang lebih banyak akan mengurangi masa reproduksi wanita, hal ini disebabkan adanya tenggang waktu antara dua perkawinan. Dengan berkurangnya masa reproduksi ini memungkinkan adanya penurunan paritas. Dalam analisis jumlah perkawinan dikelompokkan menjadi dua, yaitu satu kali dan lebih dari satu kali perkawinan.

2. Umur Kumpul Pertama

Umur kumpul pertama sangat berkaitan dengan tingkat fertilitas, karena umur kumpul pertama menandakan dimulainya masa reproduksi wanita. Oleh karena itu semakin muda wanita mulai aktif secara seksual, maka semakin panjang masa reproduksinya, dan pada akhirnya makin besar pula kemungkinan mempunyai anak yang banyak. Umur kumpul

pertama dikelompokkan menjadi, < 15 tahun, 16-17 tahun, 18-19 tahun, 20-29 tahun, dan 30+ tahun.

3. Pemakaian Alat/Cara Kontrasepsi

Penggunaan alat/cara kontrasepsi secara langsung dapat mempengaruhi fertilitas. Semakin tinggi persentase wanita yang menggunakan alat/cara kontrasepsi, semakin rendah tingkat fertilitasnya. Dalam analisis ini akan dilihat pengaruh penggunaan alat/cara kontrasepsi terhadap tingkat fertilitas, baik untuk wanita yang pernah menggunakan alat/cara kontrasepsi, maupun saat ini sedang menggunakan alat/cara kontrasepsi.

4. Mendapatkan haid lagi setelah melahirkan (kurang dari 3 bulan)

Pada masa kini wanita banyak yang bekerja, sehingga pemberian ASI, khususnya ASI eksklusif semakin pendek. Dengan tidak menyusui, maka masa amenore semakin pendek, sehingga wanita akan mendapat haid lagi setelah melahirkan semakin cepat. Cepatnya wanita mendapat haid kembali setelah melahirkan kemungkinan untuk menjadi hamil setelah melahirkan juga tinggi dan pada akhirnya akan mempengaruhi fertilitas. Data SDKI 2007 menunjukkan bahwa persentase kelahiran pada wanita dalam tiga tahun sebelum survei (9.882 kelahiran) yang sudah haid sebanyak 50 persen wanita sudah haid kembali pada 2-3 bulan setelah melahirkan.

5. Sudah 'kumpul' lagi setelah melahirkan (kurang dari 3 bulan)

Terlepas apakah wanita setelah melahirkan memberikan ASI eksklusif atau tidak, atau wanita tersebut sudah haid kembali setelah melahirkan, maka pasangan suami isteri yang telah melakukan hubungan seksual akan mempunyai kemungkinan untuk menjadi hamil dan pada akhirnya akan mempengaruhi fertilitas. Data SDKI 2007 menunjukkan bahwa persentase kelahiran pada wanita dalam tiga tahun sebelum survei (9.882 kelahiran) yang sudah 'kumpul' sebanyak 57 persen wanita sudah melakukan hubungan seksual setelah 2-3 bulan setelah melahirkan.

6. ASI Eksklusif (6 bulan)

Menurut teori menyusui setelah melahirkan dapat melindungi wanita dari kehamilan melalui periode lamanya amenore (kembalinya haid). Makin sering menyusui dan makin lama menyusui eksklusif (tidak memberi makanan lainnya selain ASI) berhubungan dengan makin lamanya amenore dan akan mempengaruhi fertilitas. Pada masyarakat kebiasaan menyusui yang mempengaruhi tingkat fertilitas tidak tergantung pada berapa anak yang dimiliki oleh sepasang suami isteri; artinya mereka tidak melakukan itu demi mencapai besar keluarga yang diinginkan atau untuk membatasi jumlah anak. Bahkan umumnya masyarakat tidak mengetahui bahwa dengan menyusui wanita dapat terhindar dari kehamilan.

C. Penelitian Terkait

1. Penelitian Sukmawati (2018) tentang Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Pil KB Terhadap Jumlah Anak Pada Wanita Usia Subur di Wilayah Kerja Puskesmas Ciputat Tahun 2018. Penelitian ini merupakan kuantitatif menggunakan desain studi kasus kontrol dengan perbandingan 1:2 yaitu dengan 32 sampel kasus dan 64 sampel kontrol. Adapun analisis yang digunakan yaitu analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji Chi-Square. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh wanita usia subur baik dalam kelompok kasus yaitu suntik (43,8%) dan pil KB (28,1%). Sementara itu pada kelompok kontrol kontrasepsi yang banyak digunakan oleh wanita usia subur yaitu suntik (71,9%) dan pil KB (18,8%). Selain itu baik pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol wanita usia subur sebagian besar menggunakan kontrasepsi dalam jangka waktu ≥ 2 tahun. Hasil penelitian menunjukkan penggunaan kontrasepsi hormonal jenis pil KB berhubungan dengan jumlah anak pada wanita usia subur OR: 2,264.
2. Penelitian Mulazimah (2018) tentang Perbedaan Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Pil Kombinasi Dan Kontrasepsi IUD Terhadap jumlah anak pada Akseptor di Wilayah Puskesmas Sukorame, sesuai analisa menggunakan SPSS dengan *Independent Sample t Test* diperoleh hasil $p = 0,000$ ada perbedaan jumlah anak antara pengguna Kontrasepsi Pil Kombinasi Dan Kontrasepsi IUD di Wilayah Puskesmas Sukorame.

3. Penelitian Fitri (2016) tentang Hubungan Penggunaan Alat Kontrasepsi Dengan Jumlah Anak Yang Dilahirkan Wanita Pasangan Usia Subur (PUS) Di Desa Pemanggilan Kecamatan Natar Kabupaten Lampung Selatan, Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan penggunaan alat kontrasepsi dengan jumlah anak yang dilahirkan dengan derajat hubungan yang rendah, nilai χ^2 hitung 13,82 dan harga C sebesar 0,361.

D. Kerangka teori

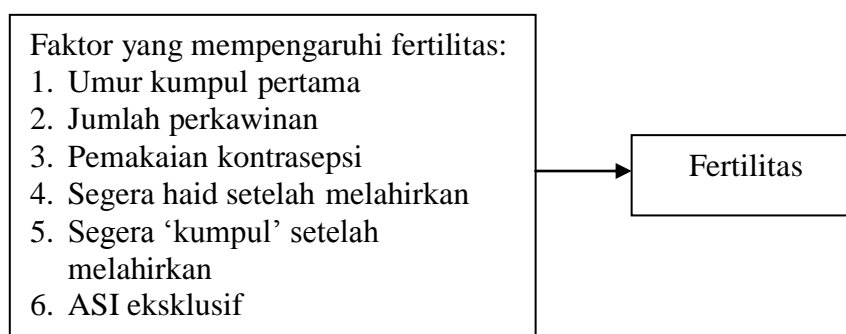
Untuk mengetahui mengapa fertilitas di suatu tempat bisa lebih rendah atau lebih tinggi, dapat digunakan *variabel antara* hasil klasifikasi Davis dan Blake (1956). Ada 11 *variabel antara* yang dapat berpengaruh langsung terhadap fertilitas, sedangkan faktor-faktor sosial ekonomi, bio sosial, dan lain-lain hanya dapat berpengaruh secara tidak langsung. Kesebelas variabel antara itu digolongkan menjadi 3 kategori, antara lain variabel-variabel hubungan seks, variabel-variabel konsepsi, dan variabel-variabel gestasi (wanita harus berhasil menyelesaikan masa kehamilan). Davis dan Blake mencoba menunjukkan bagaimana faktor-faktor lain melalui variabel-variabel ini dapat mempengaruhi fertilitas. Setiap *variabel antara* dapat mempunyai pengaruh positif atau negatif terhadap fertilitas, sebagai contoh, jika suatu masyarakat sedang menggunakan alat/cara KB, maka pengaruhnya terhadap fertilitas negatif. Sedangkan jika alat/cara KB tersebut tidak digunakan, maka pengaruhnya positif terhadap fertilitas.

Mengukur hubungan antara *variabel antara* dan fertilitas ternyata sulit, oleh karena itu untuk memudahkannya Bongaars (1978) menguranginya

menjadi 8 variabel saja, misalnya dalam kerangka kerjanya variabel 1-3 dijadikan satu faktor, yaitu “proporsi telah kawin”. Disisi lain beberapa ahli ada yang mencoba menguraikan hubungan antara tingkat fertilitas dengan variabel-variabel lainnya. Salah satu ahli tersebut adalah R. Freedman (1975), yang memberikan suatu model antara tingkat fertilitas dan keadaan sosial dengan norma-norma yang berlaku. Model yang Freedman berikan bersumber dari pola pikir Davis dan Blake. Model yang diajukan oleh Freedman cenderung pada tingkat fertilitas yang terjadi pada suatu saat, kemudian diteliti faktor-faktor yang melatar belakangi kehidupan individu dan masyarakat setempat. Namun demikian dengan mempertimbangkan data yang tersedia dalam SDKI 2007 dan kerangka model dari Freedman, maka dapat dibuat skema hubungan kausal antara variabel sosial ekonomi dan variabel antara dengan fertilitas.

Kerangka teori merupakan gambaran dari teori dimana suatu problem riset berasal atau dikaitkan (Notoatmodjo, 2012).

Gambar 2.1 Kerangka teori

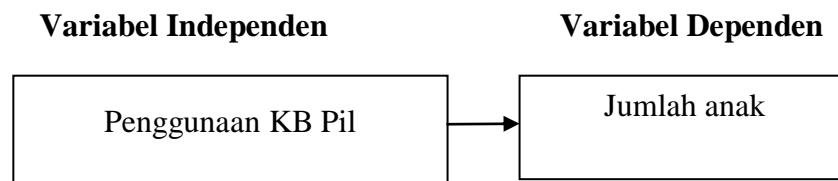


Sumber: Iswarati (2009)

C. Kerangka konsep

Kerangka konsep dalam suatu penelitian adalah kerangka yang berhubungan antara konsep-konsep yang akan diteliti atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012).

Gambar 2.2 Kerangka konsep penelitian



F. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ha: Ada hubungan kontrasepsi Pil terhadap jumlah anak pada Akseptor KB Di Puskesmas Panaragan Jaya Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2018.