BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga Berencana

2.1.1 Pengertian

Keluarga berencana menurut Undang-Undang No.10 tahun 1992 adalah upaya peningkatkan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera. Sedangkan menurut WHO (*Expert Committe*, 1970), keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.[8]

2.1.2 Tujuan Keluarga Berencana

Gerakan KB dan pelayanan kontrasepsi memiliki beberapa tujuan yang ingin dicapai dalam pelaksanaannya. Tujuan dari keluarga berencana sebagai berikut:

a) Tujuan demografi yaitu mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk dan hal ini tentunya akan diikuti dengan menurunnya angka kelahiran atau TFR (*Total Fertility Rate*). Pertambahan penduduk yang tidak terkendalikan akan mengakibatkan kesengsaraan dan menurunkan sumber daya alam serta banyaknya kerusakan yang ditimbulkan dan kesenjangan penyediaan bahan pangan dibandingkan jumlah penduduk. Hal ini diperkuat dengan teori Malthus (1766-1834) yang menyatakan bahwa pertumbuhan manusia cenderung mengikuti deret ukur, sedangkan pertumbuhan bahan pangan mengikuti deret hitung.[9]

b) Mengatur kehamilan dengan menunda perkawinan, menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan bila dirasakan anak telah cukup.[9]

c) Mengobati kemandulan atau infertilitas bagi pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun tetapi belum juga mempunyai keturunan, hal ini memungkinkan untuk tercapainya keluarga bahagia.[9]

d) *Married Conseling* atau nasehat perkawinan bagi remaja atau pasangan yang akan menikah dengan harapan bahwa pasangan akan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang cukup tinggi dalam membentuk keluarga yang bahagia dan berkualitas.[9]

e) Tujuan akhir KB adalah tercapainya NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera) dan membentuk keluarga berkualitas, keluarga berkualitas artinya suatu keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan dan produktif dari segi ekonomi.[9]

2.1.3 Sasaran Program Keluarga Berencana

Terdapat dua sasaran dari program keluarga berencana yang ingin dicapai dalam pelaksanaanya yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung.

a) Sasaran Langsung

Pasangan usia subur yaitu pasangan yang wanitanya berusia antara 15– 49 tahun, karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. PUS diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilisasi.[9]

b) Sasaran Tidak Langsung

1. Kelompok remaja usia 15 - 19 tahun, remaja ini memang bukan merupakan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara

langsung tetapi merupakan kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual akibat telah berfungsinya alat-alat reproduksinya. Sehingga program KB disini lebih berupaya promotif dan preventif untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta kejadian aborsi.[9]

2. Organisasi-organisasi, lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi-instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (alim ulama, wanita, dan pemuda), yang diharapkan dapat memberikan dukungannya dalam pelembagaan NKKBS.[9]
3. Sasaran wilayah dengan laju pertumbuhan penduduk yang tinggi.[9]

2.1.4 Manfaat Keluarga Berencana

Program keluarga berencana memberikan manfaat, yaitu penurunan angka kematian ibu dan anak, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, peningkatan kesejahteraan keluarga, peningkatan derajat kesehatan, peningkatan sistem pengelolaan dan kapasitas sumber daya manusia, pelaksanaan tugas pimpinan dan fungsi manajemen dalam penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintahan berjalan lancar.[8]

2.1.5 Akseptor Keluarga Berencana

A. Pengertian

Akseptor Keluarga Berencana (KB) adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang menggunakan salah satu alat atau obat kontrasepsi.[9]

B. Jenis-jenis Akseptor KB

Terdapat enam jenis akseptor KB yang dibedakan berdasarkan waktu penggunaan kontrasepsi, diantaranya sebagai berikut:[9]

a) Akseptor Aktif adalah akseptor yang pada saat ini menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.
b) Akseptor Aktif Kembali adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang telah tidak menggunakan kontrasepsi selama tiga bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti atau istirahat kurang lebih tiga bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.
c) Akseptor KB Baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat atau obat kontrasepsi atau PUS yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.
d) Akseptor KB Dini adalah para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
e) Akseptor Langsung adalah para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.
f) Akseptor *dropout* adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan.

2.2 Kontrasepsi

2.2.1 Pengertian

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti 'mencegah' atau 'melawan' dan konsepsi yang berarti 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 yang matang dengan sperma tersebut.[1,9]

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya itu dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen. Penggunaan kontrasepsi merupakan variabel yang mempengaruhi fertilitas.[9]

2.2.2 Akseptor KB Menurut Sasarannya

Akseptor KB menurut sasarannya terbagi menjadi 3 fase yaitu fase menunda kehamilan, fase mengatur atau menjarangkan kehamilan, dan fase mengakhiri kesuburan atau tidak hamil lagi. Berikut ini akan dijelaskan masing-masing dari fase tersebut.

a) Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama, sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena umur dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR dan cara sederhana.[9]

b) Fase mengatur atau menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2–4 tahun. Umur terbaik bagi ibu untuk melahirkan adalah usia antara 20-30 tahun. Kriteria kontrasepsi yang perlukan yaitu : efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi, dapat dipakai 3–4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan, serta tidak menghambat produksi air susu ibu (ASI). Kontrasepsi yang cocok dan disarankan menurut kondisi ibu yaitu : AKDR, suntik KB, pil KB atau implant.[9]

c) Fase mengakhiri kesuburan atau tidak hamil lagi

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil lagi. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi

kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Disamping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontap, AKDR, implant, dan suntik KB.[9]

2.2.3 Syarat-Syarat Kontrasepsi

Terdapat beberapa syarat kontrasepsi yang harus diketahui oleh para pengguna kontrasepsi. Kontrasepsi yang baik hendaknya memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:[1,9]

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

2.2.4 Jenis Kontrasepsi

Kontrasepsi dibagi menjadi 2 metode yaitu metode sederhana dan metode modern. Dibawah ini akan dijelaskan pembagian jenis kontrasepsi berdasarkan kedua metode tersebut.

1. Metode Sederhana[1]

   Kontrasepsi sederhana tanpa alat dapat dengan senggama terputus dan pantang berkala. Sedangkan kontrasepsi dengan alat atau obat salah satunya dapat dilakukan dengan menggunakan kondom.

2. Metode Modern atau Efektif[1]

   a) Kontrasepsi Hormonal

- Peroral: Pil
- Injeksi atau suntikan
- Subkutis: Implant (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit = AKBK)

b) Intra Uterine Devices (IUD, AKDR)

c) Kontrasepsi Mantap
- Pada wanita: Penyinaran, Operatif (Medis Operatif Wanita/MOW), Penyumbatan tuba fallopi secara mekanis.
- Pada pria: Operatif (Medis Operatif Pria/MOP), Penyumbatan vas deferens secara mekanis, Penyumbatan vas deferens secara kimiawi.

Berdasarkan lama efektivitasnya, kontrasepsi dapat dibagi menjadi :[1]

a) MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang), yang termasuk dalam kategori ini adalah jenis susuk/implant, IUD, MOP, dan MOW.

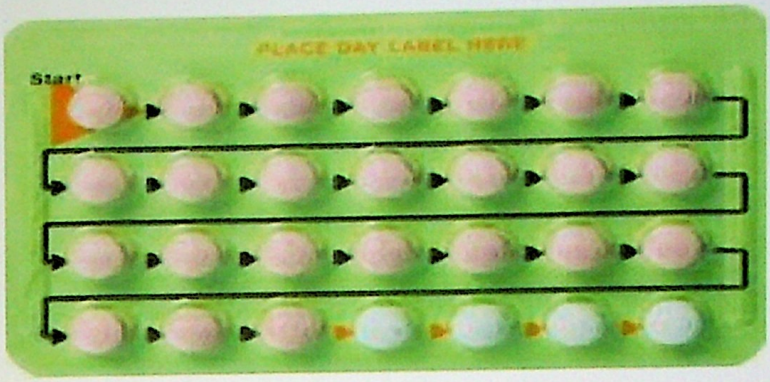
b) Non MKJP (Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang), yang termasuk dalam kategori ini adalah kondom, pil, suntik, dan metode-metode lain selain metode yang termasuk dalam MKJP.

2.3 Kontrasepsi Oral (Pil KB)

2.3.1 Jenis

Ada 4 tipe pil KB atau kontrasepsi oral yaitu tipe kombinasi, sekuensial, pil mini dan *morning after pill*. Dibawah ini akan dijelaskan masing-masing tipe dari pil KB tersebut.

1. **Tipe kombinasi:** terdiri dari 21-22 pil KB atau kontrasepsi oral dan setiap pilnya berisi derivat estrogen dan progestin dosis kecil, untuk penggunaan satu siklus.[5]



Gambar 1. Pil Kombinasi[18]

a) Jenis Pil Kombinasi

Pil kombinasi terbagi menjadi 3 jenis yaitu:[10]

- Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin dalam dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin dalam tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b) Mekanisme Kerja

Pencegahan ovulasi paling dominan. Baik estrogen maupun progesteron sendiri memiliki kemampuan menghambat LH dan FSH untuk mencegah ovulasi.[10]

c) Cara Menggunakan Pil Kombinasi

Pil kombinasi tidak bisa digunakan dengan sembarangan jadi ada cara dan aturan dalam penggunannya. Cara menggunakan pil kombinasi yaitu:[11]

- Sebaiknya dimakan setiap hari, lebih baik dalam waktu yang sama.
- Pil pertama dimulai hari pertama siklus haid, ini sangat dianjurkan.
- Bila paket 28 pil habis mulai makan dari paket yang baru. Paket 21 pil habis sebaiknya tunggu 1 minggu baru makan pil dari paket yang baru.
- Bila muntah dalam waktu 2 jam, makan pil lain atau gunakan kontrasepsi lain.
- Pil oral bukan barier mekanis terhadap penularan penyakit menular seksual dan tidak melindungi akseptor terhadap virus HIV.
- Bila lupa makan 1 pil setelah ingat segera makan pil yang lupa dan makanlah pil untuk hari ini seperti biasa.
- Bila lupa 2 pil setelah ingat segera makan 2 pil hari itu dan 2 pil lagi hari berikutnya → dampak *spotting* lebih besar, gunakan kondom atau abstines sampai terjadi haid.
- Lupa makan 3 pil berturut-turut atau lebih hentikan pemakaian, gunakan metode lain bila ingin menggunakan pil lagi tunggu menstruasi dan gunakan dari kemasan yang baru.
- Waktu mulai makan pil
    - Setiap saat asalkan ibu tidak hamil.
    - Hari pertama – hari ke-7 siklus haid.
    - Boleh menggunakan hari ke-8, perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain sampai hari ke 14 atau tidak melakukan hubungan seksual.
    - Setelah melahirkan : setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pascakeguguran.

- Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid.

d) Efektivitas

Secara teoritis hampir 100% dengan angka kegagalan 0,1-0,7%.[10]

e) Kelebihan

Kontrasepsi pil kombinasi memiliki banyak kelebihan yang bisa dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk digunakan oleh para wanita. Kelebihan dari pil kombinasi yaitu:[12,13]

- Efektivitas tinggi, dapat dipercaya jika digunakan sesuai aturan pakainya.
- Pemakai pil dapat hamil lagi, bilamana dikehendaki kesuburan dapat dikembalikan dengan cepat.
- Tidak mengganggu kegiatan seksual suami istri.
- Siklus haid menjadi teratur.
- Dapat menghilangkan keluhan nyeri haid (dismenore).
- Untuk pengobatan kemandulan, kadang-kadang dapat dipakai untuk memancing kesuburan.
- Untuk mengobati pendarahan haid pada wanita usia muda.
- Dikatakan dapat mengurangi angka kejadian kanker ovarium.

f) Kekurangan

Selain memiliki kelebihan, pil kombinasi juga memiliki kekurangan yaitu sebagai berikut:[10,12,13]

- Tidak melindungi diri dari penyakit menular seksual.
- Harus diresepkan oleh dokter.
- Membutuhkan waktu lama agar siklus haid kembali normal setelah penggunaan pil kombinasi dihentikan.
- Tidak dianjurkan pada ibu menyusui.

- Pil harus dimakan setiap hari, kurang cocok bagi wanita yang pelupa.
- Motivasi harus diberikan secara lebih intensif.
- Bagaimanapun juga tetap ada efek sampingnya.

g) **Efek Samping**

Pil kombinasi mempunyai beberapa efek samping yang harus diketahui dan diwaspadai oleh pengguna pil kombinasi tersebut. Efek samping dari pil kombinasi diantaranya:[12,13]

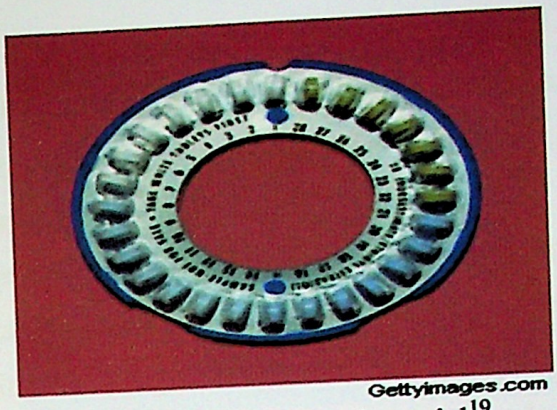
- Ringan: berupa mual, muntah, pertambahan berat badan, pendarahan tidak teratur, retensi cairan, edema, mastalgia, sakit kepala, timbul jerawat, dan keluhan ringan lainnya. Keluhan ini berlangsung pada bulan-bulan pertama pemakaian pil.
- Berat: dapat terjadi tromboembolisme, mungkin karena terjadi peningkatan faktor-faktor pembekuan, atau karena pengaruh vasikuler secara langsung.

h) **Kontraindikasi**

Terdapat beberapa kontraindikasi dari penggunaan pil KB kombinasi yang dibedakan menjadi kontraindikasi absolut dan relatif.[12,13]

- Absolut: adanya gangguan fungsi hati, trombofleibitis atau riwayat trombofleibitis, kelainan serebrovaskuler, keganasan pada kelenjar mammae dan alat reproduksi, serta adanya varises yang berat.
- Relatif: hipertensi, diabetes melitus, penyakit tiroid, pendarahan abnormal pervaginam yang tidak jelas penyebabnya, penyakit jantung dan penyakit ginjal, serangan asma bronkial, eksema luas, migrain yang hebat, sering serangan epilepsi, serta mioma uteri.

2. **Tipe sekuensial:** terdiri dari 14-15 pil KB atau kontrasepsi oral yang berisi derivat estrogen dan 7 pil berikutnya berisi kombinasi estrogen dan progestin.[5]



Gambar 2. Pil Sekuensial[19]

a) **Mekanisme Kerja**

Mekanisme utama dari pil sekuensial adalah menghambat ovulasi. Dosis estrogen yang ada lebih tinggi daripada dosis estrogen dalam pil kombinasi. Tidak adanya progesteron pada 2 minggu pertama akan menyebabkan ovulasi jika lupa minum pil ini dalam 1 hari saja sehingga masih mungkin terjadinya kehamilan.[12,13]

b) **Cara Menggunakan Pil Sekuensial**

Mula-mula makanlah pil yang berisi estrogen selama 2 minggu, diteruskan dengan menggunakan pil kombinasi selama 1 minggu, lalu selama 1 minggu tidak makan pil apapun. Pada akhir minggu keempat akan terjadi pendarahan haid (*withdrawl bleeding*).[12,13]

c) **Efektivitas**

Pil sekuensial saat ini kurang populer dibandingkan pil kombinasi. Angka kegagalan lebih tinggi daripada pil kombinasi, yaitu 0,5 -1,41%. Ini disebabkan bila makan pil sekuensial ini tidak boleh lupa, karena dapat terjadi kehamilan.[12,13]

d) **Kelebihan**

Kelebihan dari pil sekuensial yaitu perubahan pada endometrium mendekati keadaan alamiah, pendarahan atau *spotting* jarang terjadi, dan jumlah darah haid biasa atau normal.[14]

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL UNIVERSITAS SRIWIJAYA UPT PERPUSTAKAAN

e) **Indikasi**

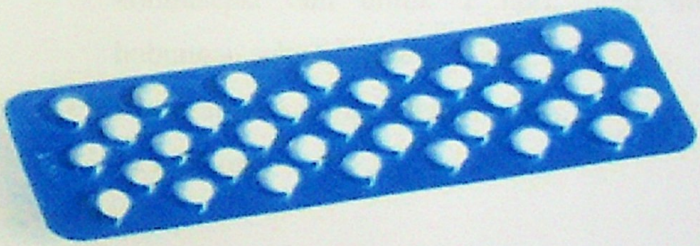
Pada wanita hipoestrogenik, haid yang tidak teratur, hipofertil, haid yang sering terlambat, dan wanita dengan jerawat.[12,13]

f) **Efek Samping**

Pil sekuensial mempunyai beberapa efek samping yang dibedakan berdasarkan berat ringannya, diantaranya sebagai berikut:[12,13]

- Ringan: berupa mual, muntah, pertambahan berat badan, pendarahan tidak teratur, retensi cairan, edema, mastalgia, sakit kepala, timbul jerawat, dan keluhan ringan lainnya. Keluhan ini berlangsung pada bulan-bulan pertama pemakaian pil.
- Berat: dapat terjadi tromboembolisme, mungkin karena terjadi peningkatan faktor-faktor pembekuan, atau karena pengaruh vasikuler secara langsung.

3. **Tipe pil mini:** hanya berisi derivat progestin, noretindron atau norgestrel dosis kecil, terdiri dari 21-22 pil.[5]



Gambar 3. Pil Mini[20]

a) **Mekanisme Kerja**

Menekan ovulasi, mempengaruhi siklus haid, meningkatkan viskositas lendir serviks.[10]

b) **Cara Menggunakan Pil Mini**

Dalam penggunaan pil mini terdapat cara dan aturan yang harus diketahui oleh pengguna pil mini tersebut, diantaranya:[11]

- Makanlah pil pertama pada hari yang pertama masa haid anda.
- Habiskanlah semua pil dalam kemasan tersebut. Mulai dengan kemasan baru lagi pada hari setelah anda memakan pil terakhir dari kemasan terdahulu.
- Jika muntah dalam waktu 30 menit setelah makan pil, makanlah satu lagi.
- Jika lupa makan 1 pil atau lebih, harus segera makan pil berikutnya bila ingat.
- Jika tidak mengalami haid sebanyak dua kali atau lebih, harus pergi ke klinik untuk memeriksakan apakah hamil. Jangan berhenti makan pil kecuali jika sudah tahu bahwa anda sudah hamil
- Waktu makan pil :
  - Setiap saat tetapi yakin tidak sedang hamil.
  - Hari pertama sampai hari ke-5 siklus menstruasi.
  - Bila menggunakan setelah hari ke-5 gunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari, atau tidak melakukan hubungan seksual selama 2 hari.
  - Pascasalin : 6 minggu dan 6 bulan.
  - Pascaaborsi.

c) Efektivitas

Angka kegagalan agak tinggi, yaitu 0,2-1,2%.[12]

d) Kelebihan

Terdapat beberapa kelebihan dari penggunaan pil mini yang seharusnya diketahui oleh pengguna pil mini tersebut, diantaranya:[10]

- Angka kejadian yang berhubungan dengan estrogen (misalnya thromboemboli) minimal.
- Penurunan dismenore.
- Penurunan *"premenstrual syndrome symptoms"*.

- Fertilitas dengan cepat kembali seperti semula setelah penggunaan dihentikan.
- Kontrasepsi yang efektif selama episode menyusui.

e) **Kekurangan**

Selain memiliki beberapa kelebihan, pil mini juga memiliki beberapa kekurangan, diantaranya:[10,15]

- Meningkatnya insiden kehamilan ektopik apabila kontrasepsi gagal.
- Pendarahan uterus yang tidak teratur.
- Kista ovarium fungsional terbentuk lebih sering pada wanita yang menggunakan pil ini.
- Kebutuhan untuk terus menggunakan.
- Diperlukan kontrasepsi lain sebagai *backup* dalam waktu 48 jam bila terlambat mengkonsumsi pil (3 jam dari waktu yang ditentukan).

f) **Efek Samping**

Sering terjadi pendarahan yang tidak teratur, efek samping lainnya lebih sedikit daripada pil kombinasi.[12]

g) **Kontraindikasi**

Pil khusus progestin dikontraindikasikan bagi wanita berumur dengan pendarahan uterus yang tidak jelas. Riwayat kehamilan ektopik atau kista ovarium fungsional juga harus dianggap sebagai kontraindikasi relatif.[15]

4. **Tipe pil pasca sanggama (*morning after pill*):** berisi dietilstilbestrol 25 mg dan levonorgestrel, diminum 2 kali sehari, dalam waktu kurang dari 72 jam pasca sanggama, selama 5 hari berturut-turut.[5]

Gambar 4. *Morning After Pill*[21]

a) **Mekanisme Kerja**

Mekanisme utama adalah inhibisi atau penundaan ovulasi. Mekanisme lain adalah perubahan endometrium, penetrasi sperma, dan motilitas tuba.[15]

b) **Kelebihan**

Sangat efektif untuk situasi darurat, kehamilan terjadi pada 2 per 100 wanita bila digunakan dalam waktu 72 jam.[16]

c) **Efek Samping**

Karena diberikan estrogen dosis tinggi, maka efek samping yang sering terjadi adalah mual-mual (50%) dan muntah (20%).[12]

2.3.2 Cara Kerja

Mekanisme kerja dari pil KB dibedakan menjadi mekanisme kerja hormon estrogen dan mekanisme kerja hormon progesterone.

Mekanisme kerja hormon estrogen:[12,17]

a) Ovulasi: dengan menghambat ovulasi melaui efek pada hipothalamus, yang kemudian mengakibatkan supresi pada FSH dan LH kelenjar hipofisis.

b) Implantasi: kadar estrogen atau progesterone yang berlebihan atau kurang atau keseimbangan estrogen-progesteron yang tidak tepat,

menyebabkan pola endometrium yang abnormal sehingga tidak baik untuk implantasi, menghambat implantasi ovum yang telah dibuahi.

c) Transpor gamet atau ovum: mempercepat transpor gamet atau ovum, ini disebabkan karena efek hormonal pada sekresi dan peristaltik tuba serta kontraktilitas uterus.

d) Luteolisis: degenerasi dari korpus luteum, yang menyebabkan penurunan yang cepat dari produksi estrogen dan progesterone oleh ovarium, yang selanjutnya menyebabkan dibuangnya jaringan endometrium dan mencegah implantasi yang normal.

Mekanisme kerja hormon progesterone:[12,17]

a) Ovulasi: menghambat ovulasi karena terganggunya fungsi poros hipothalamus-hipofisis-ovarium dan karena modifikasi dari FSH dan LH pada pertengahan siklus yang disebabkan oleh progesteron.

b) Implantasi: pemberian progesterone-eksogenous dapat mengganggu kadar puncak FSH dan LH, sehingga meskipun terjadi ovulasi produksi progesterone yang berkurang dari korpus luteum menyebabkan penghambatan dari implantasi.

c) Transpor gamet atau ovum: pengangkatan ovum dapat diperlambat bila diberikan progesterone sebelum terjadi fertilisasi.

d) Luteolisis: pemberian jangka lama progesterone saja mungkin menyebabkan fungsi korpus luteum yang tidak adekuat pada siklus haid sehingga menghambat folikulogenesis.

e) Lendir serviks yang kental: membuat motilitas dan daya penetrasi dari spermatozoa sangat terhambat.

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan pil KB

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan pil KB. Faktor sosiodemografi merupakan faktor yang paling signifikan mempengaruhi

penggunaan pil KB. Faktor sosiodemografi yang akan dibahas yaitu usia, paritas, dan pekerjaan.

1. **Usia**

Usia dalam hubungannya dengan pemakaian KB berperan sebagai faktor intrinsik. Usia berhubungan dengan struktur organ, fungsi faaliah, komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal seorang wanita. Perbedaan fungsi faaliah, komposisi biokimiawi, dan sistem hormonal pada suatu periode umur menyebabkan perbedaan pada kontrasepsi yang dibutuhkan.[21] Selain itu, usia juga mempengaruhi kesuburan. Masa reproduktif seorang wanita adalah antara 15-49 tahun, karena usia 15 tahun dianggap sudah mulai berada dalam masa reproduktif dan usia 50 tahun dianggap sudah melewati masa reproduktif. Menurut Hartanto (1996), bahwa risiko tinggi kehamilan dapat timbul bila usia $\leq$ 18 tahun atau $\geq$ 35 tahun. Untuk itu perlu dilakukan pencegahan dengan menggunakan kontrasepsi. Dari data hasil SDKI 2002 tingkat pemakaian kontrasepsi pada wanita tertinggi berada diantara usia 20-39 tahun, dan terendah berada diantara usia 40-49 tahun, dan 15-19 tahun.[17]

2. **Paritas**

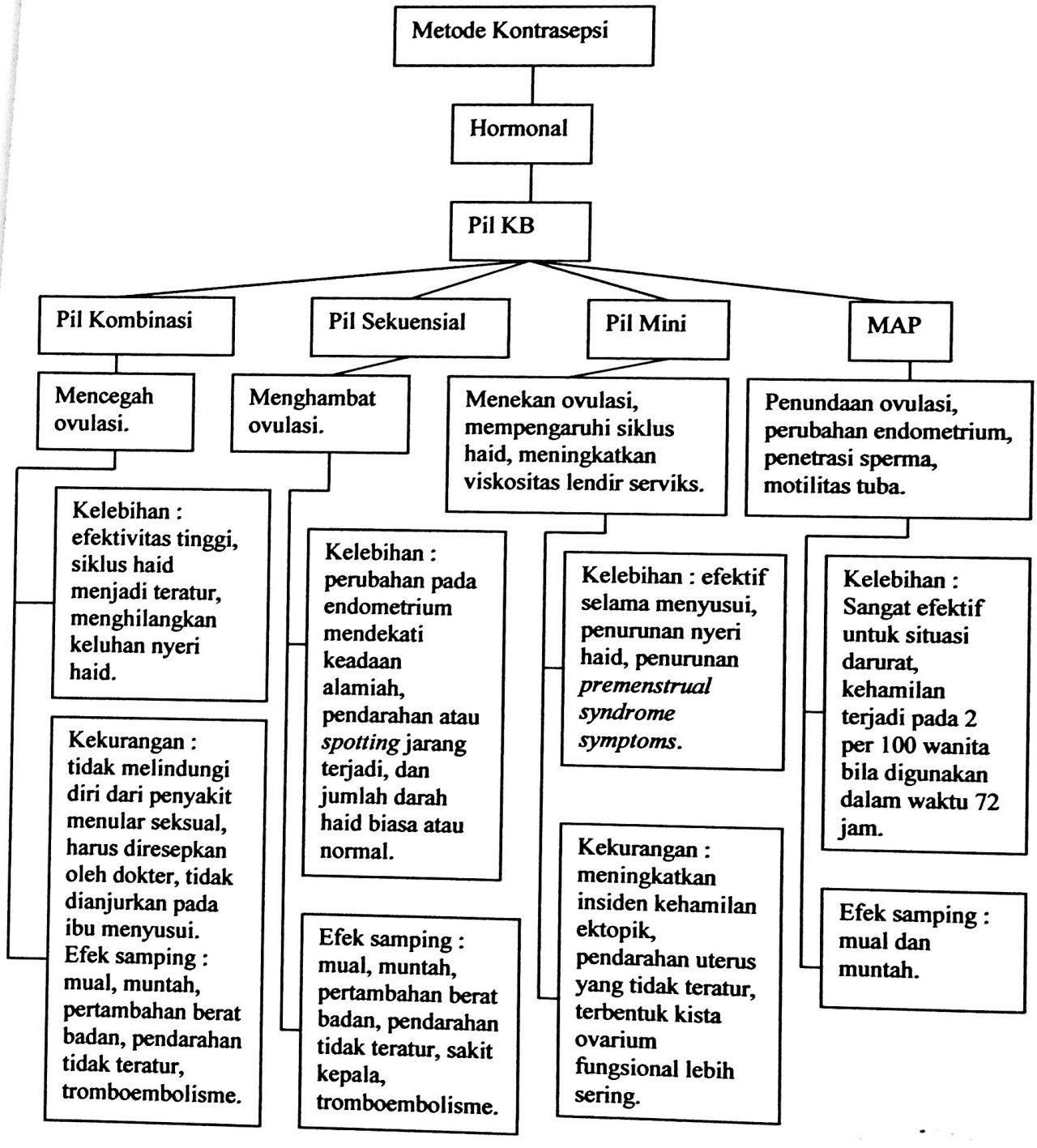
Kemungkinan seorang ibu untuk menambah kelahiran tergantung jumlah anak yang telah dilahirkannya. Seorang ibu mungkin menggunakan alat kontrasepsi setelah mempunyai jumlah anak tertentu dan juga umur anak yang masih hidup. Semakin sering seorang ibu melahirkan anak, maka akan semakin memiliki risiko kematian dalam persalinan. Hal ini berarti jumlah anak akan sangat mempengaruhi kesehatan ibu dan dapat meningkatkan taraf hidup keluarga secara maksimal.[17]

3. Pekerjaan

Status pekerjaan istri berpengaruh terhadap pemakaian kontrasepsi, terlebih pada istri yang bekerja di sektor formal. Mereka yang sebagian waktunya digunakan diluar rumah sehingga waktu untuk mengurus anak terbatas, oleh karena itu istri yang bekerja cenderung memilih memiliki anak sedikit sehingga lebih banyak memerlukan pelayanan kontrasepsi daripada istri yang tidak bekerja.[17]

Studi yang dilakukan oleh Pusat Kajian Pembangunan Atmajaya yang bekerja sama dengan Puslitbang Biomedis dan Reproduksi di DKI (1999), menyatakan bahwa tingkat pendapatan suatu keluarga sangat berpengaruh terhadap kesetaraan suami dalam menggunakan kontrasepsi. Dengan kata lain, bila PUS keduanya bekerja, berarti istri mempunyai pendapatan sendiri, maka kesadaran pria untuk ber-KB jauh lebih tinggi. PUS yang tidak ber-KB ternyata sebagian besar berasal dari istri yang tidak bekerja.[17]

2.4 Kerangka Teori

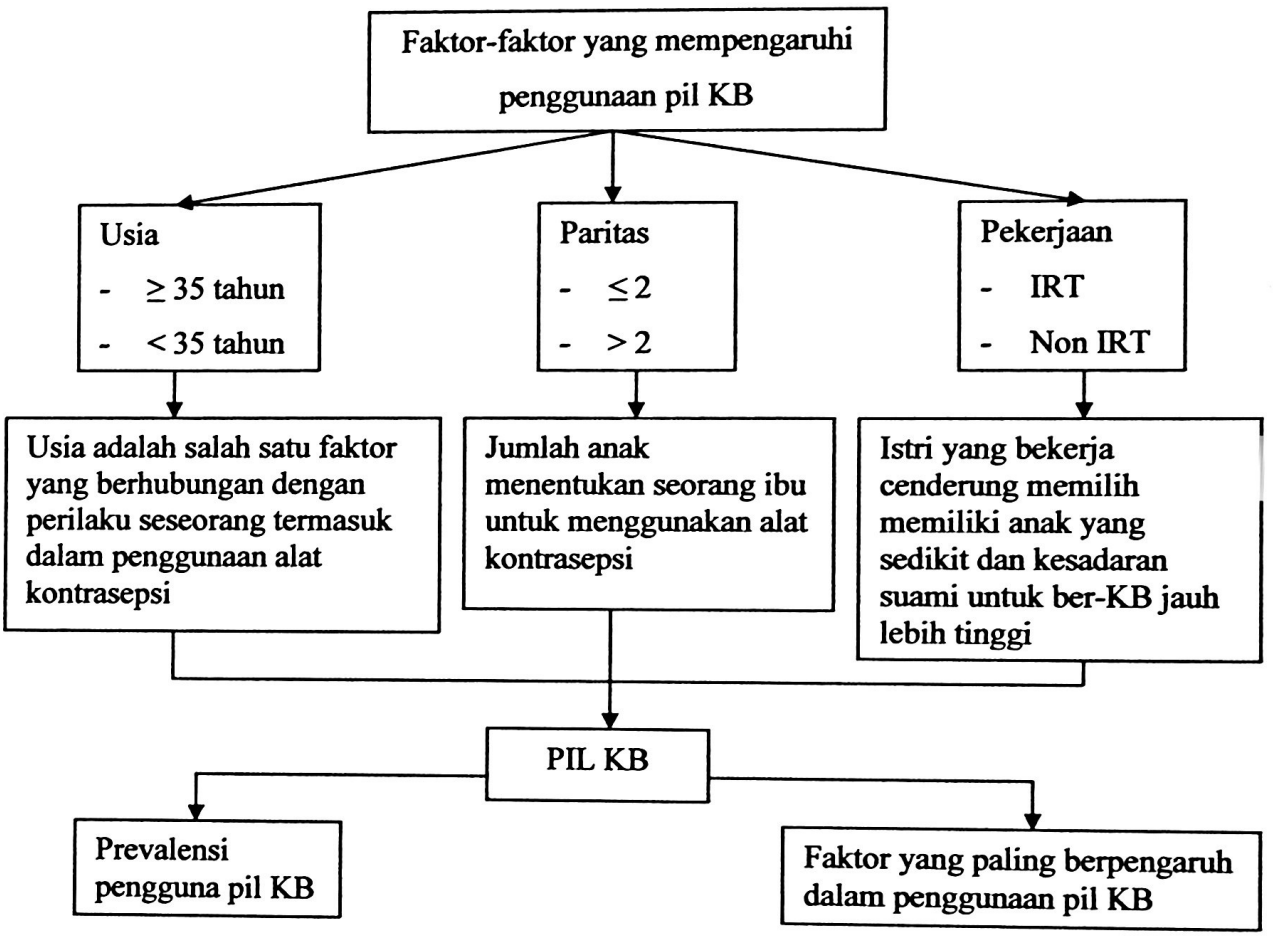


Gambar 5. Bagan Kerangka Teori

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL UNIVERSITAS SRIWIJAYA UPT PERPUSTAKAAN

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur dalam penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep dalam penelitian ini, sebagai berikut :



Gambar 6. Bagan Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

H0 : Tidak ada hubungan antara faktor usia, paritas, dan pekerjaan dengan penggunaan pil KB.

H1 : Ada hubungan antara faktor usia, paritas, dan pekerjaan dengan penggunaan pil KB.