

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

##### 2.1.1 Pengertian Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

Menurut kamus istilah program keluarga berencana, kehamilan tidak diinginkan adalah kehamilan yang dialami oleh seorang perempuan yang sebenarnya belum menginginkan atau sudah tidak menginginkan hamil (BKKBN, 2007). Sedangkan menurut PKBI, kehamilan tidak diinginkan merupakan suatu kondisi dimana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran akibat dari kehamilan. Kehamilan juga merupakan akibat dari suatu perilaku seksual yang bisa disengaja maupun tidak disengaja. Banyak kasus yang menunjukkan bahwa tidak sedikit orang yang tidak bertanggung jawab atas kondisi ini. Kehamilan yang tidak diinginkan ini dapat dialami, baik oleh pasangan yang sudah menikah maupun belum menikah (PKBI, 1998).

Istilah kehamilan yang tidak diinginkan merupakan kehamilan yang tidak tidak menginginkan anak sama sekali atau kehamilan yang diinginkan tetapi tidak pada saat itu/*mistimed pregnancy* (kehamilan terjadi lebih cepat dari yang telah direncanakan), sedangkan kehamilan yang diinginkan adalah kehamilan yang terjadi pada waktu yang tepat. Sementara itu, konsep kehamilan yang diinginkan merupakan kehamilan yang terjadinya direncanakan saat si ibu menggunakan metode kontrasepsi atau tidak ingin hamil namun tidak menggunakan kontrasepsi apapun. Kehamilan yang berakhir dengan aborsi dapat diasumsikan sebagai

kehamilan yang tidak diinginkan. Semua definisi ini menunjukkan bahwa kehamilan merupakan keputusan yang disadari (Santelli, 2003: 4).

Definisi kehamilan tidak diinginkan menurut Jain (1999) adalah gabungan dari kehamilan yang tidak diinginkan sama sekali (*unwanted pregnancy*) dan kehamilan yang diinginkan tetapi tidak pada saat itu (*mistimed pregnancy*).

Kehamilan tidak diinginkan berhubungan dengan meningkatnya risiko morbiditas wanita dan dengan perilaku kesehatan selama kehamilan yang berhubungan dengan efek yang buruk. Sebagai contoh, wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mungkin menunda ke pelayanan prenatal yang pada akhirnya akan mempengaruhi kesehatan bayinya ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)).

### 2.1.2 Alasan Kehamilan Tidak Diinginkan

Terdapat banyak alasan bagi seorang perempuan tidak menginginkan kehadiran seorang anak pada saat tertentu dalam hidupnya. Menurut Kartono Muhamad, ada beberapa alasan yang membuat kehamilan itu tidak diinginkan, yaitu (Mohamad, 1998: 122 – 126):

- a. Kehamilan yang terjadi akibat perkosaan
- b. Kehamilan datang pada saat yang belum diharapkan
- c. Bayi dalam kandungan ternyata menderita cacat majemuk yang berat
- d. Kehamilan yang terjadi akibat hubungan seksual diluar nikah

Pada penelitian kualitatif studi kasus *unsafe abortion* yang bertujuan untuk menelusuri alasan-alasan mengapa perempuan Indonesia banyak yang melakukan aborsi tidak aman beserta akibatnya, diperoleh jawaban atas terjadinya kehamilan

yang tidak diinginkan pada informan dewasa yang sudah menikah, yaitu (Habsjah, 2005: 19):

- a. Anak sudah banyak, suami jarang kerja, dan sering mabuk.
- b. Informan masih dalam kontrak kerja.
- c. Ketika informan dalam masa subur, suami selalu tidak mau tahu dan tidak pernah mau pakai kondom.
- d. Umur informan sudah tua dan anak sudah cukup
- e. Tidak boleh hamil anak keempat karena sudah tiga kali operasi Caesar
- f. Suami tidak bersedia menerima kehamilan lagi walaupun anak baru satu
- g. Jarak antara anak terlalu dekat
- h. Suami baru PHK, dan sering sakit sedangkan gaji isteri kecil
- i. Tidak sanggup menanggung anak tambahan

Sedangkan menurut PKBI (1998), banyak alasan yang dikemukakan mengapa kehamilan tidak diinginkan adalah sebagai berikut:

- a. Penundaan dan peningkatan jarak usia perkawinan, dan semakin dininya usia menstruasi pertama (*menarche*). Usia menstruasi yang semakin dini dan usia kawin yang semakin tinggi menyebabkan “masa-masa rawan” semakin panjang. Hal ini terbukti dengan banyaknya kasus hamil diluar nikah.
- b. Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat mengakibatkan kehamilan.
- c. Tidak menggunakan alat kontrasepsi, terutama untuk perempuan yang sudah menikah.

- d. Kegagalan alat kontrasepsi.
- e. Kehamilan yang diakibatkan oleh pemerkosaan.
- f. Kondisi kesehatan ibu yang tidak mengizinkan kehamilan.
- g. Persoalan ekonomi (biaya untuk melahirkan dan membesarkan anak).
- h. Alasan karir atau masih sekolah (karena kehamilan dan konsekuensi lainnya yang dianggap dapat menghambat karir atau kegiatan belajar).
- i. Kehamilan karena *incest* (hubungan seksual antara yang masih sedarah)
- j. Kondisi janin yang dianggap cacat berat atau berjenis kelamin yang tidak diharapkan.

### 2.1.3 Penyebab Kehamilan Tidak Diinginkan

Salah satu penyebab kehamilan tidak diinginkan menurut PKBI (1998) adalah kegagalan kontrasepsi, hasil penelitian menemukan bahwa sedikitnya 8 juta kasus per tahunnya terjadi kegagalan metode kontrasepsi yang digunakan. Sedangkan menurut WHO (1998), penyebab terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan adalah karena pasangan yang tidak menggunakan kontrasepsi atau metode kontrasepsi yang digunakan gagal.

Meskipun metode KB sudah tersedia, namun masih ada para ibu yang tetap tidak menggunakan metode kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, hal ini dikarenakan kurangnya akses informasi dan pelayanan KB, *incest* atau perkosaan, kepercayaan suatu agama, tidak cukupnya pengetahuan tentang risiko kehamilan akibat hubungan seks yang tidak aman, alasan ekonomi, dilarang oleh anggota keluarga, takut akan efek samping yang

dirasakan terhadap kesehatan, dan terbatasnya kemampuan perempuan untuk mengambil keputusan dengan melihat dari hubungan seksual dan kontrasepsi yang digunakan. Begitu pula dengan metode kontrasepsi, meskipun terdapat metode yang paling efektif, kemungkinan gagal selalu ada karena berbagai alasan yang berhubungan dengan teknologi dan cara menggunakannya (WHO, 1998).

#### 2.1.4 Akibat yang Ditimbulkan oleh Kehamilan yang Tidak Diinginkan

Berbagai akibat yang mungkin dapat ditimbulkan oleh kehamilan yang tidak diinginkan, antara lain (PKBI, 1998):

- a. Kehamilan yang tidak diinginkan dapat mengakibatkan lahirnya seorang anak yang tidak diinginkan (*unwanted child*), dimana anak ini akan mendapat cap buruk sepanjang hidupnya. Masa depan “anak yang tidak diinginkan” ini sering mengalami keadaan yang menyedihkan karena anak ini tidak mendapat kasih sayang dan pengasuhan yang semestinya dari orang tuanya, selain itu perkembangan psikologisnya juga akan terganggu. Besar kemungkinannya bahwa anak yang tumbuh tanpa kasih sayang dan asuhan ini akan menjadi manusia yang tidak mengenal kasih sayang terhadap sesamanya.
- b. Terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan juga dapat memicu terjadinya pengguguran kandungan (aborsi) karena sebagian besar perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mengambil keputusan atau jalan keluar dengan melakukan aborsi, terlebih lagi aborsi yang tidak aman.

## 2.2 Status Pemakaian KB/Kontrasepsi

### 2.2.1 Keluarga Berencana

Salah satu dari empat pilar dalam upaya *Safe Motherhood* adalah Keluarga Berencana (KB). Program KB memiliki peranan dalam menurunkan risiko kematian ibu melalui upaya pencegahan kehamilan, penundaan usia kehamilan, serta menjarangkan kehamilan. Pelayanan keluarga berencana harus menyediakan informasi dan konseling yang lengkap dan juga pilihan metode kontrasepsi yang memadai, termasuk kontrasepsi darurat, dan pelayanan ini harus merupakan bagian dari program komprehensif pelayanan kesehatan reproduksi (WHO, 1999: 1).

### 2.2.2 Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata: **kontra** berarti mencegah atau melawan, sedangkan **konsepsi** adalah pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah cara yang digunakan untuk menunda, menjarangkan, atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma (BKKBN, 2007).

Cara kerja kontrasepsi pada umumnya mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma, dan menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma. Pembagian cara-cara kontrasepsi pada umumnya adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1994):

- a. Cara kontrasepsi sederhana, yaitu suatu cara yang dapat dikerjakan sendiri oleh peserta keluarga berencana tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu. Cara kontrasepsi sederhana tanpa alat/obat diantaranya senggama terputus dan pantang berkala, sedangkan yang menggunakan alat/obat, seperti: kondom, diafragma atau cap, cream, jelly, dan cairan berbusa, tablet berbusa (vaginal tablet).
- b. Cara kontrasepsi dengan metode efektif, yaitu penggunaan obat, suntikan, alat yang mengakibatkan pencegahan yang efektif terhadap kemungkinan timbulnya kehamilan. Untuk menggunakan cara-cara tersebut perlu pemeriksaan medis terlebih dahulu. Cara kontrasepsi dengan metode efektif diantaranya: pil, suntikan, implant, IUD.
- c. Cara kontrasepsi mantap, yaitu cara kontrasepsi melalui suatu tindakan operasi kecil dengan cara mengikat atau memotong saluran telur pada isteri atau mengikat dan memotong saluran sperma pada suami sehingga mengakibatkan pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan. Cara kontrasepsi mantap pada isteri disebut tubektomi sedangkan pada suami vasektomi. Cara kontrasepsi ini belum termasuk dalam Program Keluarga Berencana Nasional, karena pada saat ini masih merupakan kebijaksanaan pelayanan kesehatan.

Di Indonesia, pemakaian kontrasepsi jangka panjang, seperti kontrasepsi mantap masih menunjukkan persentase yang rendah karena masih ditemui berbagai permasalahan seperti permintaan masyarakat akan pelayanan kontrasepsi mantap yang masih rendah. Hal ini disebabkan masih belum diterimanya

kontrasepsi mantap dikalangan tokoh agama karena metode ini dianggap sebagai metode permanen, selain itu masih adanya anggapan dikalangan pengambil keputusan bahwa kontrasepsi mantap belum masuk program KB sehingga sosialisasi kontrasepsi mantap sangat terbatas (Komite, 2007: 23).

### **2.2.3 Kegagalan Kontrasepsi dengan Kehamilan Tidak Diinginkan**

#### **2.2.3.1 Tidak Menggunakan Kontrasepsi**

Di seluruh dunia, antara 120 – 150 juta perempuan yang menikah ingin membatasi atau menjarangkan kehamilan tidak menggunakan kontrasepsi. Meskipun metode KB tersedia, masih banyak para perempuan yang belum menggunakannya. Hal ini dikarenakan kendala keuangan, kepercayaan/agama tertentu, dilarang oleh anggota keluarga atau perhatian tentang efek buruk yang dirasakan mengganggu kesehatan atau fertilitas (WHO, 2000: 6).

BKKBN (1998) menyatakan bahwa dari beberapa penelitian dan *indepth interview* dapat disimpulkan penyebab utama yang berkembang mengapa sebagian besar wanita yang umumnya berkeinginan menghindari kehamilan namun mereka tidak menggunakan kontrasepsi. Hal itu ditandai dengan alasan-alasan sebagai berikut:

1. Kesenjangan terhadap akses dan kualitas Keluarga Berencana berupa penyediaan kontrasepsi dan fasilitas pelayanan yang memadai.
2. Alasan kesehatan, alasan akan kecemasan karena takut efek samping yang diakibatkan karena pengaruh kontrasepsi.
3. Kesenjangan informasi / KIE (komunikasi, Informasi, dan Edukasi)

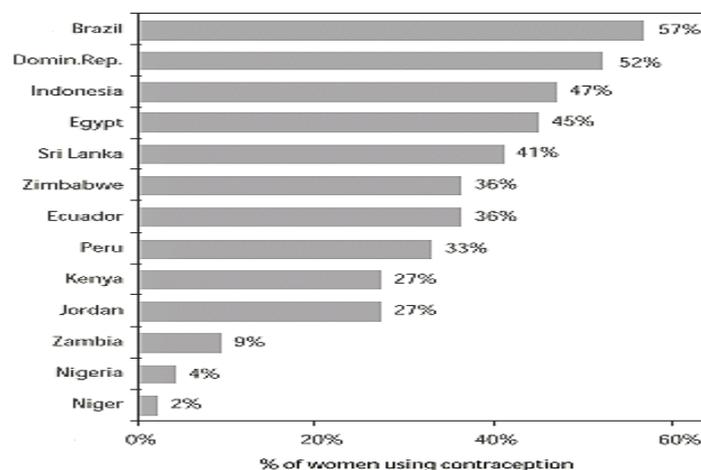
4. Oposisi dari suami, keluarga, dan masyarakat.
5. Kurang peduli (*less aware*) terhadap risiko kehamilan.

### 2.2.3.2 Kegagalan Kontrasepsi

Tidak ada metode kontrasepsi yang sampai saat ini terbukti 100% efektif. Diperkirakan 8 – 30 juta kehamilan setiap tahunnya merupakan hasil dari kegagalan kontrasepsi yang tidak konsisten atau tidak benar dalam penggunaan metode kontrasepsi atau justru karena kegagalan metode itu sendiri (WHO, 1998). Bagi yang sudah termotivasi untuk tidak memiliki anak lagi dan sudah menggunakan kontrasepsi tetapi masih juga mengalami kegagalan, biasanya akan mencari jalan keluar dengan cara aborsi (Mohammad, 1998: 83).

Pada gambar 2.1 dapat dilihat bahwa Indonesia merupakan negara ketiga yang cukup banyak menggunakan kontrasepsi setelah Brazil dan Republik Dominika. Semakin banyak kontrasepsi yang digunakan, maka angka kegagalannya pun juga semakin besar, baik kegagalan metode maupun kegagalan pemakai.

**Gambar 2.1**  
**Penggunaan Metode Kontrasepsi di Berbagai Negara**



Biran Affandi memperkirakan bahwa kegagalan kontrasepsi di Indonesia dalam tahun 1981 – 1982 berkisar antara 558.404 sampai 1.118.561 kasus dari 9.708.089 orang pemakai kontrasepsi. Angka kegagalan tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini (Mohamad, 1998: 127):

**Tabel 2.1 Angka kegagalan kontrasepsi menurut jenis kontrasepsi di Indonesia tahun 1981 – 1982**

| Jenis Kontrasepsi | Angka Kegagalan                                   |
|-------------------|---|
| AKDR              | 132.028 – 158.434                                 |
| Pil               | 218.626 – 546.565                                 |
| Suntikan          | 5.824 – 9.708                                     |
| Kondom            | 79.606 – 159.212                                  |
| Lain-lain         | 122.321 – 244.742                                 |
| <b>Jumlah</b>     | <b>9.708.089 orang</b> <b>558.404 – 1.118.561</b> |

Sumber: Mohamad, 1998, Kontradiksi dalam Kesehatan Reproduksi

Angka kegagalan kontrasepsi dalam jangka waktu tahun pertama pemakaian di Amerika Serikat menunjukkan 3% pengguna pil, 1% pengguna IUD, dan 0,3% pengguna kontrasepsi suntik menjadi hamil, sama halnya dengan 12% perempuan yang pasangannya menggunakan kondom.

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

dengan mereka yang tidak ingin hamil lagi tetapi tidak menggunakan kontrasepsi sama sekali (Mohamad, 1998: 127 - 128).

Penelitian Abbaasi-Shavazi (2004) di Iran yang menyatakan bahwa sebagian besar responden (67,2%) yang mengalami kehamilan tidak diinginkan menggunakan kontrasepsi sebelum kehamilan ini terjadi. Banyak dari mereka yang tidak menginginkan kehamilan dilaporkan menggunakan pil sebelum hamil saat itu.

Berdasarkan penelitian yang diterbitkan oleh *Family Planning Perspective*, 50% dari semua kehamilan di Amerika Serikat merupakan kehamilan yang tidak diinginkan, termasuk kehamilan yang berakhir dengan aborsi, keguguran, atau yang lahir hidup. Sebagian wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan ini ternyata memakai kontrasepsi sebelum mereka hamil. Dikarenakan tingginya angka kegagalan ini, maka perlu diketahui alasan utama kegagalan kontrasepsi yang merupakan faktor risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan (Trierweiler, 2000). Berikut ini merupakan beberapa alasan mengenai kegagalan kontrasepsi yang sering terjadi ([www.womenshealth.about.com](http://www.womenshealth.about.com)):

1. Tidak mengikuti petunjuk penggunaan kontrasepsi secara benar.

Jika menggunakan pil, konsumsi di waktu yang sama setiap hari dan pastikan mengikuti petunjuk yang ada. Jika menggunakan kondom, pastikan menggunakan secara tepat dan kondom yang digunakan dalam kondisi yang baik sebelum digunakan. Jika menggunakan diafragma atau *cervical cap*, pastikan langsung ditangani oleh dokter atau petugas yang

professional. Sedangkan, wanita yang menggunakan IUD, sebaiknya mengikuti petunjuk dokter untuk selalu memeriksakan setiap bulan.

2. Penggunaan kontrasepsi yang tidak konsisten.

Kontrasepsi harus digunakan secara teratur dan sesuai dengan petunjuk untuk mencapai keefektivitasan yang maksimum. Jika menggunakan kontrasepsi oral dan lupa meminum pil meskipun hanya satu kali, risiko mengalami kehamilan akan meningkat. Metode penghalang kontrasepsi seperti kondom, *cervical cap*, dan diafragma harus digunakan secara teratur agar efektif. Wanita yang memakai KB alami harus menggunakannya secara tepat dan konsisten untuk mencegah kehamilan yang efektif. Satu tindakan yang tidak terlindungi dalam berhubungan seks dapat mengakibatkan terjadinya kehamilan.

3. Kondom bocor saat berhubungan seks

Diperkirakan 2 – 5% kondom yang bocor atau robek saat digunakan. Hal ini lebih sering dikarenakan penyalahgunaan; tidak menggunakan pelicin yang cukup dapat menyebabkan kerusakan kondom; selain itu kerobekan kecil juga dapat terjadi karena perhiasan, kuku pada jari tangan, dan lain-lain. Kondom yang dipakai sudah kadaluwarsa, salah penyimpanan, kerusakan selama atau setelah pembuatan secara besar-besaran oleh pabrik, atau penyebab lain yang dapat menimbulkan kegagalan kondom. Spermisida vagina sebaiknya digunakan bersama dengan kondom untuk membantu menurunkan kemungkinan kehamilan karena kejadian kegagalan kondom.

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

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

5. Mempercayai bahwa pada periode ketidaksuburan tidak bisa hamil atau tidak merasa berisiko karena hanya melakukan hubungan seks satu kali tanpa menggunakan jenis kontrasepsi apapun.

Kehamilan normal terjadi pada pertengahan siklus, bagaimanapun, banyak wanita yang mengalami kehamilan di saat periode ketidaksubarannya. Peneliti dari *National Institute of Environmental Health* menemukan secara potensial kemungkinan untuk menjadi hamil di hampir semua hari saat siklus menstruasi anda.

Kegagalan kontrasepsi dapat menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Kasus KTD justru banyak dialami oleh pasangan suami isteri yang mengalami kegagalan dalam ber-KB. Kegagalan KB kasus KTD juga bisa dialami oleh mereka yang tidak menggunakan kontrasepsi dalam 3 bulan

terakhir padahal mereka termasuk aktif secara seksual (kelompok unmet need) ([www.bkkbn.go.id](http://www.bkkbn.go.id)).

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

Penelitian terbaru dari the Guttmacher Institute menemukan bahwa setiap tahun, sebagian wanita mencari cara menghindari kehamilan yang berisiko – beberapa tidak menggunakan kontrasepsi sama sekali (8%), beberapa tidak menggunakan selama periode tertentu (15%), dan beberapa orang menggunakan metode kontrasepsi tidak konsisten dan tidak benar (27%). Beberapa metode kontrasepsi sulit untuk digunakan secara konsisten dan benar karena harus digunakan saat berhubungan seks (seperti kondom dan diafragma) atau harus mengingat minum pil setiap hari. Data terbaru menunjukkan bahwa dua dari lima pengguna pil melewati sekurangnya satu pil selama tiga bulan sebelumnya ([www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)).

Penelitian ini juga melakukan survei pada wanita dan penyedia pelayanan KB di seluruh dunia yang mengemukakan sejumlah faktor yang menghalangi

kemampuan wanita untuk menggunakan kontrasepsi secara konsisten dan benar dalam jangka waktu lama, diantaranya ([www.planetfire.org](http://www.planetfire.org)):

- Masalah metode

Hampir 4 dari 10 pengguna kontrasepsi tidak puas dengan metode yang mereka gunakan. Pengguna yang tidak puas lebih berisiko tinggi terhadap kehamilan tidak direncanakan, dengan melewati pemakaian pil atau tidak menggunakan kondom setiap waktu.

- Sikap menentang

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

- Akses

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

- Perbedaan

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

Berdasarkan artikel *Journal of The American Medical Association* 1999 terlihat bahwa 53% kehamilan yang tidak direncanakan terjadi pada wanita yang menggunakan kontrasepsi. Dari mayoritas kehamilan tidak direncanakan ini, 76% diantaranya terjadi pada wanita berumur lebih dari 20 tahun.

Perbandingan keefektivitasan metode kontrasepsi (Hartanto, 2002: 37):

- *Typical use (use effectiveness)*; angka kegagalan pada wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi secara benar dan konsisten dalam mengendalikan kelahiran atau dengan kata lain karena kegagalan pemakai (*user failure*).
- *Perfect use (theoretical atau biological effectiveness)*; angka kegagalan pada wanita yang menggunakan kontrasepsi secara benar dan konsisten atau dengan kata lain karena kegagalan metode (*method failure*)

### **2.3 Beberapa Faktor yang Berkontribusi terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)**

Ada beberapa penelitian yang pernah dilakukan terhadap kejadian kehamilan yang tidak diinginkan. Hasil penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

Penelitian Bohrani (1998) di kota Shiraz, Persia menemukan bahwa jumlah anak yang diinginkan, umur suami dan isteri, umur pernikahan, jumlah kehamilan, dan jumlah anak pernah dilahirkan hidup pada wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi dibandingkan wanita yang mengalami kehamilan yang diinginkan. Selain itu angka kehamilan tidak diinginkan tinggi pada wanita yang berpendidikan rendah. Penelitian Paydarfar dan Malekafzali

(1998) menemukan bahwa 40% wanita yang menikah di usia reproduktifnya mengalami kehamilan tidak diinginkan pada kehamilan terakhirnya atau kehamilan saat itu.

Eggleston (1999) yang melakukan penelitian di Equador pada tahun 1994 menemukan bahwa variabel independen yang signifikan dengan kehamilan tidak diinginkan adalah wanita yang tinggal di daerah Sierra (atau dataran tinggi), tinggal di daerah metropolitan besar, jumlah kelahiran sebelumnya rata-rata 3,7 dan menggunakan metode kontrasepsi sebelum kehamilan ini terjadi.

Penelitian Okonofua (1999) yang dilakukan untuk menentukan prevalensi dan determinan sosiodemografi kehamilan tidak diinginkan dan kejadian aborsi di daerah pemerintah local Jos dan Ife di Nigeria menemukan bahwa hampir 20% wanita dilaporkan mengalami kehamilan tidak diinginkan, dengan 58% dilaporkan berhasil menghentikan kehamilannya, 32% melanjutkan kehamilannya, dan hampir 9% berusaha menghentikan kehamilannya namun gagal.

Abbaasi-Shavazi, et. al. (2004) yang melakukan penelitian kehamilan tidak diinginkan di Iran menyatakan bahwa terdapat 35% kehamilan yang tidak diinginkan. Angka kejadian kehamilan tidak diinginkan ini lebih tinggi pada wanita yang umurnya lebih tua, jumlah kelahiran yang tinggi, berpendidikan rendah, dan bertempat tinggal di desa. Berdasarkan penelitian sebelumnya didapatkan bahwa pendidikan, pekerjaan, pengetahuan tentang metode kontrasepsi, pengetahuan tentang periode fertilitas, dan penggunaan kontrasepsi ditemukan sebagai variabel yang memiliki hubungan yang signifikan dengan kehamilan tidak diinginkan.

Goto Aya, et. al. (2004) yang menganalisis kejadian kehamilan tidak diinginkan di Yamagata, Jepang tahun 1999 mengemukakan proporsi wanita yang mengalami kehamilan tidak direncanakan sebanyak 46,2% dan 40,1% dari mereka mengalami kejadian berulang. Dari 312 wanita menikah pre-menopause yang tidak menginginkan terjadinya kehamilan, 15,4% tidak menggunakan berbagai macam kontrasepsi. Faktor yang berhubungan signifikan dengan kehamilan tidak direncanakan adalah umur suami yang lebih tua 4 tahun atau lebih [Odds Ratio (OR)<sup>+</sup> 1,83], dan umur hubungan seks pertama (OR 1,86) dan menikah saat remaja (OR 11,14). Analisis dari 1.255 kehamilan yang dialami subjek menunjukkan bahwa 51,2% merupakan kehamilan yang diinginkan kemudian dengan 39,5% berakhir dengan aborsi, dan 52,9% merupakan kehamilan tidak diinginkan yang terjadi sebagai akibat tidak menggunakan kontrasepsi dengan 71,1% berakhir dengan aborsi. Jumlah kehamilan tidak direncanakan terakhir ini berhubungan secara signifikan ( $p < 0,001$ ) dengan jumlah kehamilan, kelahiran hidup, dan aborsi.

Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan masalah di Amerika Serikat saat ini. Meskipun banyak jenis metode untuk mengendalikan kelahiran tersedia, namun Amerika Serikat masih memiliki angka yang tinggi terhadap kejadian kehamilan tidak diinginkan dibandingkan dengan negara industri lainnya. Data yang didapat dari *National Survey of Family Growth* tahun 2002 memberikan informasi terakhir mengenai kehamilan tidak diinginkan yang dapat mempengaruhi satu dari 20 wanita di Amerika Serikat setiap tahunnya. Pada penelitian ini ditemukan bahwa 49% semua kehamilan merupakan kehamilan

tidak diinginkan; sebanyak 3,1 juta kehamilan tidak diinginkan terjadi pada tahun 2001; 44% kehamilan tidak diinginkan berakhir dengan lahir hidup, 42% berakhir aborsi, dan 14% berakhir dengan keguguran; 48% perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mengaku memakai kontrasepsi sebelum terjadi kehamilan (Finer & Henshaw, 2006: 90).

Satu dari setiap dua wanita berumur 15 – 44 tahun di Amerika Serikat mengalami sekurangnya satu kali kehamilan tidak diinginkan. Informasi tentang tingkat dan trend penggunaan kontrasepsi berdasarkan *the National Survey of Family Growth (NSFG) 2002*, yang dilakukan oleh Pusat Statistik Kesehatan Nasional yang mewawancarai wanita berumur 15 – 44 tahun tentang topik yang berhubungan dengan kemampuan bereproduksi, KB, dan kesehatan anak. Dari 61,6 juta wanita berumur reproduktif di tahun 2002, sebanyak 62% (38,1 juta) menggunakan beberapa metode kontrasepsi, sedangkan 38% (23,5 juta) tidak menggunakan kontrasepsi, dan hanya satu dari lima wanita yang berisiko kehamilan tidak diinginkan. Empat dari lima wanita tersebut tidak berisiko karena mereka steril (mandul) sehingga mereka tidak menggunakan kontrasepsi, yang steril, yang mencoba untuk hamil, yang hamil, diwawancarai selama 2 bulan setelah melahirkan atau yang tidak berhubungan seks selama 3 bulan sebelum survei dilakukan (Trussel and Wynn, 2008).

Hampir 90% wanita berisiko mengalami kehamilan tidak diinginkan menggunakan metode kontrasepsi. Saat ini, metode kontrasepsi yang paling populer adalah pil (11,6 juta pemakai), sterilisasi wanita (10,3 juta pemakai), kondom (6,8 juta pemakai), dan sterilisasi pria (3,5 juta pemakai). Meskipun

mayoritas wanita yang berisiko kehamilan tidak diinginkan menggunakan beberapa metode kontrasepsi, 10,7% dari semua wanita yang berisiko ini tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun. Dalam penelitian ini didapatkan 3,1 juta kehamilan di tahun 2001; kurang dari setengah (48%) kehamilan tidak diinginkan ini merupakan hasil dari kegagalan KB, sedangkan 52% karena 10,7% wanita tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun (Trussel and Wynn, 2008).

Di Indonesia, Afifah (2000) yang melakukan analisis terhadap SDKI tahun 1997 mengemukakan bahwa kehamilan tidak diinginkan berhubungan dengan ibu yang tinggal di daerah perkotaan dan berhubungan dengan ibu yang tidak pernah berpartisipasi terhadap KB dan berhubungan dengan ibu yang tidak memiliki akses ke fasilitas pelayanan kesehatan/KB. Sedangkan Henny Lestari (2004) yang melakukan penelitian terhadap data sekunder SDKI 2002 – 2003 menyatakan bahwa angka kejadian kehamilan tidak diinginkan dikalangan wanita pernah kawin berusia 15 – 49 tahun di Indonesia adalah 19,1%.

Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) bekerja sama dengan sejumlah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Perempuan dan Perkumpulan Obstetrik dan Ginekologi Indonesia (POGI) melakukan penelitian Penghentian Kehamilan Tidak Diinginkan Berbasis Konseling di Sembilan Kota Besar di Indonesia (Medan, Jakarta, Bandung, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Mataram, Manado, dan Batam). Data dari Batam terpaksa dikeluarkan karena tidak dilengkapi dengan catatan medis, sehingga penelitian ini hanya mencakup delapan klinik yang tersebar di delapan kota besar di Indonesia dengan jumlah responden 1.446 orang. Periode pengumpulan data dilakukan selama enam bulan, dari tanggal 1 Juni 2002

hingga 31 Desember 2002. Setiap klien mengikuti alur pelayanan dengan urutan berikut: 1) Pendaftaran; 2) Pemeriksaan medis; 3) Konseling pra tindakan; 4) Tindakan medis; 5) Kunjungan ulang dengan konseling pasca tindakan (39). Hasil yang didapat, antara lain (Widyantoro, 2004: 42 – 44):

- Lebih dari separuh klien (58%) berusia di atas 30 tahun, sedangkan klien yang berusia dibawah 30 tahun hanya 3%.
- Lebih dari tiga perempat klien (87%) berstatus menikah, hanya 12% yang berstatus tidak menikah.
- Sebanyak 54% klien berpendidikan setingkat SLTA, 21% tamat akademi/universitas, 14% berpendidikan SLTP, dan tamat SD atau lebih rendah hanya sebesar 11%.
- Hampir separuh jumlah klien (49%) adalah ibu rumah tangga, sedangkan yang bekerja sebesar 43%.
- Sekitar 44,5% klien sudah mengalami lebih dari tiga kali kehamilan (termasuk kehamilan yang terakhir), walaupun ada juga yang telah 10 kali hamil.
- Dilihat dari jumlah anak lahir hidup, kebanyakan klien (47%) pernah mengalami 1 – 2 kali persalinan.
- Sekitar 20,5% klien pernah melakukan aborsi dengan jumlah maksimal 4 kali. Klien yang pernah aborsi kebanyakan berstatus menikah (96%) dan berusia diatas 30 tahun (74%).
- Keluhan terbanyak penyebab KTD adalah karena “gagal KB” (61,4%). Walaupun tidak digali secara lebih mendalam, namun diduga

kemungkinan besar kegagalan terjadi karena pengetahuan klien yang tidak patuh pada aturan atau cara pakai yang keliru sehingga derajat efektivitas metode menjadi rendah.

- Dari sekitar 72% klien yang mengatakan pernah menggunakan kontrasepsi, 4,8% diantaranya tidak pakai kontrasepsi selama tiga bulan terakhir. Dengan demikian, ada 39% klien termasuk dalam kelompok unmet need, yaitu mereka yang tidak pernah memakai kontrasepsi atau mereka sedang tidak menggunakan kontrasepsi selama tiga bulan terakhir.
- Menurut klien yang mengaku menggunakan kontrasepsi tiga bulan terakhir, metode terbanyak yang dipakai adalah pil, suntik, kondom, dan KB alami (pantang berkala dan *coitus interruptus*), yang tingkat perlindungannya (*efficacy*) sangat tergantung pada pengetahuan dan tingkat kepatuhan (disiplin) klien dalam penggunaannya. Hanya sekitar 11% klien menggunakan kontrasepsi IUD.

Pelayanan bagi kehamilan tidak diinginkan yang dilakukan oleh Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Pematang selama bulan Agustus 2007 sampai Mei 2008 menunjukkan adanya klien kehamilan tidak diinginkan yang berjumlah 145 orang. Dari jumlah tersebut, sebanyak 84% merupakan kehamilan yang tidak diinginkan dan kegagalan kontrasepsi dari pasangan menikah ([www.pematangkab.go.id](http://www.pematangkab.go.id)).

Berikut ini merupakan uraian faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan tidak diinginkan:

### 2.3.1 Umur

Salah satu faktor yang penting dalam kehamilan adalah umur ibu waktu hamil, baik untuk kepentingan si ibu sendiri maupun janin.

- Umur 10 – 15 tahun dianggap sangat berbahaya untuk kehamilan sebab secara fisik tubuh si ibu masih dalam pertumbuhan, organ-organ reproduksi masih sangat muda dan belum kuat sekali.
- Umur 15 – 20 tahun dianggap masih berbahaya, hal ini dikarenakan meskipun secara fisik alat reproduksi relatif lebih kuat, tetapi secara mental psikologis dianggap belum matang dan dewasa untuk menghadapi kehamilan dan kelahiran.
- Umur 20 – 30 tahun adalah kelompok umur yang dianggap paling baik untuk kehamilan karena secara fisik sudah cukup kuat dan secara mental sudah dewasa.
- Umur 30 – 35 tahun dianggap sudah mulai berbahaya sebab secara fisik sudah mulai menurun, ditambah lagi jumlah kelahiran sebelumnya sudah lebih dari tiga.
- Umur 35 – 45 tahun. Kehamilan diatas umur 35 tahun dianggap sangat berbahaya sebab baik alat reproduksi maupun fisik ibu sudah jauh berkurang dan menurun.

Berdasarkan uraian diatas, maka Depkes RI (2000) membagi kelompok ibu dalam masa reproduksi yang dihubungkan dengan kehamilan menjadi 3 kelompok, yaitu: pertama, umur < 20 tahun, pada masa ini ibu diharapkan menunda kesuburan (kehamilan) karena pada masa ini ibu masih terlalu muda

untuk hamil; kedua, umur 20 – 35 tahun, pada masa ini ibu harus mengatur kesuburan (menjarangkan kehamilan); dan ketiga, umur diatas 35 tahun, pada masa ini si ibu sudah harus mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi) karena ibu sudah terlalu tua untuk hamil.

Umur ibu yang paling aman untuk hamil adalah 20 – 35 tahun karena pada wanita mulai umur 20 tahun, rahim dan bagian tubuh lainnya sudah benar-benar siap untuk menerima kehamilan, juga pada umur tersebut biasanya wanita sudah merasa siap untuk menjadi ibu (Depkes RI, 2000). Jadi umur ibu waktu hamil antara 20 – 35 tahun memiliki risiko kehamilan dan persalinan yang paling minim. Dengan demikian berarti umur ibu waktu hamil  $< 20$  tahun atau  $> 35$  tahun memiliki risiko kehamilan dan persalinan sangat tinggi yang merugikan kesehatan ibu dan anak yang akan dilahirkan. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2 – 5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 – 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 – 35 tahun (Prawirihardjo, 1997).

Menurut Depkes RI (1992), penelitian telah membuktikan bahwa kehamilan yang terjadi pada usia yang terlalu dini (remaja), pada usia terlalu tua (lebih dari 35 tahun), terlalu dekat jarak kelahiran setiap anak, dan terlalu banyak anak membuat kehamilan menjadi berisiko tinggi.

Hasil penelitian Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) tahun 2002 menunjukkan bahwa 58% kehamilan tidak diinginkan terjadi pada kelompok umur diatas 30 tahun (Widyantoro, 2004: 42). Sedangkan hasil studi retrospektif pemulihan haid yang dilakukan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia

(PKBI) di klinik di sembilan kota di Indonesia tahun 2000 - 2003 menyebutkan bahwa kejadian kehamilan tidak diinginkan pada kelompok umur 21 – 30 tahun dan diatas 30 tahun distribusinya relatif seimbang (PKBI, 2004: 23).

### 2.3.2 Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan upaya yang diberikan kepada orang lain guna mengubah sikap atau perilaku seseorang yang berlangsung seumur hidup kearah yang diinginkan (Notoatmodjo, 1993:4). Pendidikan pada kaum perempuan tidak hanya akan meningkatkan kemampuannya untuk menjaga kesehatan diri sendiri, tetapi juga untuk kesehatan seluruh keluarganya. Peningkatan pengetahuan masalah reproduksi akan membuat ia lebih percaya diri dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Ia juga akan menetapkan pilihan yang terbaik bagi dirinya dan keluarganya berdasarkan informasi yang ia peroleh dari pendidikan tersebut (Mohamad, 1998: 14).

Ada suatu anggapan yang mengatakan bahwa semakin tinggi pendidikan semakin mudah menerima perubahan yang terjadi disekelilingnya. Hal ini disebabkan karena semakin tinggi pendidikan diharapkan semakin luas pula pergaulan yang mereka lakukan. Keadaan ini sudah tentu akan membawa pengaruh pada tingkat pengetahuan mereka karena seseorang yang mempunyai pergaulan yang luas akan lebih terbuka untuk memperoleh informasi baru. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat berasal dari pendidikan formal ataupun pendidikan non-formal. Makin tinggi pendidikan seseorang, makin banyak peluang orang itu untuk mengenyam ilmu pengetahuan. Demikian pula,

makin tinggi pendidikan seseorang, makin tahu banyak hal yang sebelumnya dia tidak tahu menjadi tahu dan kemana dia bisa mencari tahu. Ilmu pengetahuan yang didapat seseorang selalu dimanfaatkan untuk mengatasi kesulitas-kesulitas dalam upaya dia memenuhi kebutuhannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mampu mencari tahu sesuatu yang akan bermanfaat bagi usahanya mengatasi masalah-masalah hidup yang dihadapinya (Palada, 1997).

Kejadian kehamilan tidak diinginkan yang terjadi pada kelompok ibu hamil yang tidak berpendidikan mungkin juga berkaitan dengan ketidaktahuan wanita tersebut dalam mengatasi masalah, seperti halnya dalam mencegah agar tidak terjadi kehamilan tidak diinginkan. Bagi wanita yang berpendidikan lebih tinggi akan lebih memahami tentang mencegah kehamilan dengan cara memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang telah disediakan diantaranya mengikuti program keluarga berencana. Hal tersebut terjadi mungkin dikarenakan pada wanita-wanita yang tidak berpendidikan atau berpendidikan rendah biasanya akan cenderung berlatar belakang ekonomi lemah, sehingga anak merupakan salah satu masalah yang berhubungan dengan ekonomi. Hal ini sesuai dengan penelitian di Iran yang menyatakan 48% wanita yang tidak berpendidikan dilaporkan mengalami kejadian kehamilan tidak diinginkan dibandingkan 18,8% wanita yang berpendidikan (Abbaas-Shavazi, et. al., 2004: 32).

Menurut Eckholm dan Newland (1984) terlihat bahwa wanita yang berpendidikan tinggi memiliki kesempatan bekerja yang lebih besar dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah, sehingga pada ibu yang berpendidikan tinggi, kemungkinan waktu yang tersita untuk bekerja atau untuk melanjutkan

pendidikannya ke jenjang yang lebih tinggi akan mengakibatkan tidak ingin menambah anak lagi.

### **2.3.3 Status Bekerja**

Suatu pekerjaan seseorang dapat menggambarkan keadaan sosial ekonominya. Keadaan ekonomi keluarga yang rendah berpengaruh dalam menentukan jumlah anak yang dimiliki, seperti yang telah dikemukakan diatas bahwa anak merupakan beban buat keluarga. Ketika seseorang hamil pada saat keadaan ekonomi rendah, dan belum siap menerima kehamilannya, kemungkinan besar mengalami kehamilan tidak diinginkan yang berisiko untuk melakukan aborsi. Kelompok wanita lainnya yang berisiko mengalami kehamilan tidak diinginkan adalah wanita pekerja. Keadaan ini cenderung terjadi pada mahasiswa atau wanita pekerja yang putus asa memikirkan putus kuliah atau pekerjaan akibat kehamilan yang tidak diinginkan.

### **2.3.4 Tempat Tinggal**

Afifah (2000) menyebutkan bahwa kejadian kehamilan di daerah perkotaan mempunyai risiko sebagai kejadian kehamilan yang tidak diinginkan daripada di daerah pedesaan. Wanita di daerah perkotaan lebih memiliki kelebihan dalam paparan informasi maupun kemudahan akses ke pelayanan kesehatan / KB, juga lebih banyak yang bekerja sehingga cenderung untuk membatasi jumlah anak. Hal tersebut merupakan alasan-alasan yang dapat mempertegas wanita di perkotaan untuk mengatakan bahwa kehamilannya memang tidak diinginkan.

Namun, tidak demikian dengan penelitian Abbaas-Shavazi, et al. (2004) di Iran yang menemukan bahwa angka kehamilan tidak diinginkan lebih tinggi di desa dibandingkan di kota (35,7% vs 34,0%). Hal ini dikarenakan angka kehamilan lebih tinggi di desa dibandingkan di kota (6,6 vs 6,2).

### **2.3.5 Jumlah Anak Hidup**

Pada dasarnya keinginan seorang wanita untuk mempunyai anak lagi atau tidak, dilatarbelakangi oleh jumlah anak yang telah mereka punyai namun dirasakan belum mencukupi dan keinginan untuk memperoleh anak dalam suatu jenis kelamin tertentu. Beberapa daerah tertentu di Indonesia mempunyai kecenderungan untuk memperoleh anak dalam suatu jenis kelamin tertentu karena jenis kelamin tersebut memiliki nilai yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan jenis kelamin lainnya, sesuai dengan adat istiadat dan latar belakang dari daerah tersebut. Pada kalangan masyarakat tertentu, ditanamkan budaya keyakinan bahwa memiliki anak laki-laki lebih baik daripada anak perempuan. Oleh karena itu, mereka akan terus bereproduksi hingga diperoleh seorang anak laki-laki dalam keluarganya, tanpa mempertimbangkan jumlah anak yang sudah ada (Mohamad, 1998: 51).

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Paydarfar dan Malekafzali (1998) mengenai kebudayaan masyarakat Iran yang menunjukkan keinginan memiliki anak dalam jenis kelamin tertentu berhubungan dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan, dan hal ini dipertimbangkan sebagai faktor penyebab tingginya jumlah kelahiran.

Banyaknya jumlah anak yang dilahirkan seorang perempuan selama hidupnya sangat mempengaruhi kesehatannya. Pada kelahiran pertama, terdapat bahaya komplikasi yang agak tinggi bila dibandingkan pada kelahiran kedua atau ketiga. Kelahiran kedua atau ketiga umumnya lebih aman, namun pada kelahiran keempat dan selanjutnya, angka kematian bayi dan ibu semakin naik (Eckholm & Newland, 1984: 21). Hal ini sesuai pernyataan Depkes & UNICEF (1989) yang mengatakan bahwa seorang ibu yang memiliki anak lebih dari 3 dapat meningkatkan risiko terhadap kesehatan pada saat kehamilan dan melahirkan. Risiko kematian anak meningkat kurang lebih 50% jika jarak antara 2 kelahiran kurang dari 2 tahun.

### **2.3.6 Pengetahuan tentang Alat/Cara KB**

Diperkirakan 350 juta pasangan di dunia kekurangan informasi tentang kontrasepsi dan akses menjangkau metode dan pelayanan. Perempuan seringkali tidak tahu dimana mendapatkan pelayanan KB. Delapan dari 21 negara yang dilakukan survey di sub-Sahara Afrika, kurang dari setengah wanita yang menikah berumur 15 – 49 tahun tahu dimana mendapatkan metode kontrasepsi modern. Berbagai macam tingkat pengetahuan mengenai alat/cara KB dari 22% di Mali sampai 96% di Zimbabwe, 45% di Pakistan sampai 99% di Thailand, 61% di Bolivia sampai 98% di Colombia dan 99% di Trinidad dan Tobago. Di banyak tempat, remaja dan wanita yang belum menikah memiliki akses yang terbatas terhadap kontrasepsi dan tidak diperkenankan menggunakan pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pelayanan KB (WHO, 2000: 6).

Dalam menyebarkan program pelayanan KB, diperlukan adanya komunikasi, informasi, dan edukasi dari pemerintah. Ibu yang sudah tahu KB belum tentu akan menggunakannya karena takut akan efek samping dari alat/cara KB itu sendiri, sementara ia tidak mendapatkan penjelasan yang cukup mengenai hal tersebut. Angka kejadian unmet need KB (mereka yang ingin ber-KB tetapi belum terlayani) yang terdapat pada SDKI 2002 – 2003 sebesar 8,6%. Mereka mengalami unmet need KB dikarenakan berbagai alasan, antara lain karena tidak terjangkau pelayanan, ketidaktahuan mengenai jenis kontrasepsi, ketidaksesuaian jenis kontrasepsi dengan yang diinginkan sehingga mengakibatkan *drop-out* dan lain sebagainya (BKKBN, 2003).

#### **2.4 Desain Penelitian *Case Control***

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan desain penelitian *case control*. (studi kasus kontrol), yakni suatu penelitian mengenai dinamika korelasi faktor risiko dan efek menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospektif*. Maksud pendekatan retrospektif adalah bahwa efek diidentifikasi lebih dahulu, baru kemudian faktor risiko dipelajari secara retrospektif untuk data sekunder. Dengan kata lain, efek berupa penyakit atau status kesehatan tertentu diidentifikasi masa kini, sementara faktor risiko (kausa) diidentifikasi adanya pada masa lalu (Pratiknya, 1986).

**Tabel 2.2**  
**Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Risiko Kejadian**  
**Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)**

| Faktor Risiko | Status Kehamilan Ibu       |                      | Jumlah        |
|---------------|----------------------------|----------------------|---------------|
|               | Kehamilan Tidak Diinginkan | Kehamilan Diinginkan |               |
| Ya            | a                          | b                    | a + b         |
| Tidak         | c                          | d                    | c + d         |
| Jumlah        | a + c                      | b + d                | a + b + c + d |

Keterangan:

a = Responden yang mempunyai risiko kehamilan tidak diinginkan dan mengalami kehamilan tidak diinginkan.

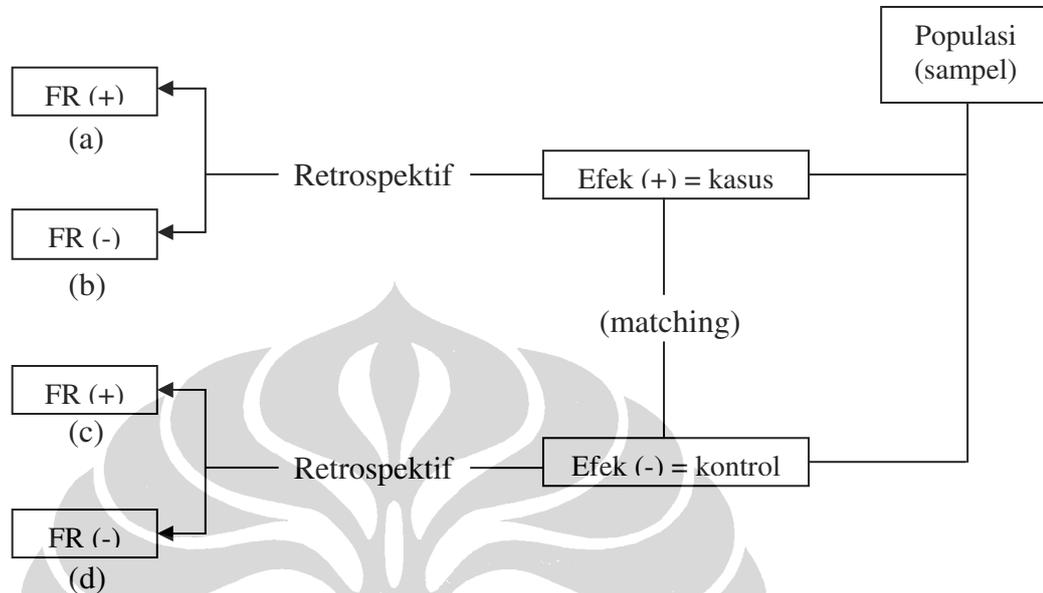
b = Responden yang mempunyai risiko kehamilan tidak diinginkan, tetapi tidak mengalami kehamilan tidak diinginkan.

c = Responden yang tidak mempunyai risiko kehamilan tidak diinginkan, tetapi mengalami kehamilan tidak diinginkan.

d = Responden yang tidak mempunyai risiko kehamilan tidak diinginkan dan tidak mengalami kehamilan tidak diinginkan.

Risiko relatif untuk rancangan *case control* dihitung secara tidak langsung, yaitu dengan menggunakan *Odds Ratio* (OR). Secara sederhana desain kasus control dapat dilihat pada skema dibawah ini (Pratiknya, 1986):

**Gambar 2.2 Skema Desain Studi Kasus Kontrol**



**Odds pada kelompok kasus (risiko kehamilan tidak diinginkan):**

$$a / (a + c) : c (a + c) = a / c$$

**Odds pada kelompok control (tidak berisiko kehamilan tidak diinginkan):**

$$b / (b + d) : d (b + d) = b / d$$

**Odds Ratio:**

$$a / c : b / d$$

**Interpretasi:**

**OR = 1**, tidak ada hubungan antara kegagalan kontrasepsi, karakteristik ibu, dan pengetahuan tentang alat/cara KB dengan risiko kehamilan tidak diinginkan.

**OR > 1**, ada hubungan antara kegagalan kontrasepsi, karakteristik ibu, dan pengetahuan tentang alat/cara KB dengan risiko kehamilan tidak diinginkan.

**OR** < 1, faktor risiko dapat sebagai preventif terhadap kehamilan tidak diinginkan.

Desain *case control* memiliki beberapa keunggulan dan keterbatasan, antara lain (Pratiknya, 1986):

**Keunggulan:**

- Tidak menghadapi kendala etik, seperti pada desain eksperimental atau kohort.
- Adanya kesamaan kurun waktu antara kelompok kasus dengan kelompok control, serta adanya pembatasan atau pengendalian faktor risiko membuat hasil penelitian lebih “tajam”.
- Tidak diperlukan investasi waktu dan lebih ekonomis, baik dari segi terbatasnya subjek, pengukuran, maupun aspek teknis yang lain.

**Keterbatasan:**

- Tidak dapat diketahui efek variabel luar karena keterbatasan teknis tidak ikut terkendali dengan *matching*.
- Pengukuran variabel yang retrospektif mempunyai kelemahan, terutama objektivitas dan reliabilitasnya, sehingga untuk faktor-faktor risiko yang tidak dapat diperoleh dengan pasti informasinya, baik dengan anamnesis maupun data sekunder, sangat riskan untuk diteliti dengan desain ini.
- *Bias* penilaian dapat terjadi karena tidak dapat dilakukan *blind measurement*.

- Terkadang sulit untuk melakukan pemilihan kelompok kontrol dengan *matching*, baik karena banyaknya faktor risiko yang harus dikendalikan, maupun sedikitnya subjek penelitian.

## 2.5 Analisis Data

Setelah dilakukan pengolahan data, maka langkah selanjutnya adalah menganalisis data. Analisis data yang dilanjutkan dengan interpretasi data merupakan kegiatan yang sangat penting dalam suatu penelitian karena dengan melakukan analisis dan interpretasi, data dapat mempunyai arti/makna yang dapat berguna untuk memecahkan masalah penelitian. Pada umumnya, analisis data bertujuan untuk (Hastono, 2006: 63):

- Memperoleh gambaran/deskripsi masing-masing variabel.
- Membandingkan dan menguji teori atau konsep dengan informasi yang ditemukan.
- Menemukan adanya konsep baru dari data yang dikumpulkan.
- Mencari penjelasan apakah konsep baru yang diuji berlaku umum atau hanya berlaku pada kondisi tertentu.

Analisis data statistik dapat dibedakan menurut banyaknya variabel yang akan dianalisis, yaitu (Arikunto, 1990: 363):

1. Analisis data satu variabel yang disebut analisis univariat.
2. Analisis data dua variabel disebut analisis bivariat.
3. Analisis data lebih dari dua variabel disebut analisis multivariat.

Berikut ini penjelasan masing-masing analisis data menurut banyaknya variabel yang akan di analisis, yaitu :

### **2.5.1 Analisis Data Univariat**

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan/mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Bentuknya tergantung dari jenis datanya. Dalam penelitian ini akan digunakan data yang berjenis katagorik. Oleh karena itu, untuk mendeskripsikan datanya hanya bisa menggunakan proporsi/persentase (Hastono, 2006: 67).

### **2.5.2 Analisis Data Bivariat**

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (sampel) (Hastono, 2006: 67). Jenis uji statistik yang digunakan sangat tergantung pada jenis data/variabel yang akan dianalisis. Pada penelitian ini digunakan jenis data katagorik, maka uji statistik yang akan digunakan adalah uji beda dua proporsi (uji *chi-square*) yang bertujuan untuk melihat hubungan dua variabel (variabel independen dan variabel dependen) berbentuk katagorik.

Prinsip uji *chi-square* adalah membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi). Apabila nilai observasi dengan nilai harapan sama, maka dapat dikatakan tidak ada perbedaan yang bermakna sehingga disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel dependen dengan variabel independen. Begitu sebaliknya, jika nilai observasi

berbeda dengan nilai harapan, maka dapat dikatakan ada perbedaan yang bermakna sehingga disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara variabel dependen dengan variabel independen (Hastono, 2006: 115).

Uji hipotesis dengan menggunakan uji *chi-square* pada dasarnya menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$df = (k-1)(b-1)$$

Keterangan:

O : nilai observasi

k : jumlah kolom

E : nilai ekspektasi (harapan)

b : jumlah baris

Uji *chi square* menuntut frekuensi harapan/ekspektasi (E) dalam masing-masing sel tidak boleh terlampau kecil. Jika frekuensi sangat kecil, penggunaan uji ini kurang tepat. Oleh karena itu, dalam penggunaan uji *chi-square* ini harus memperhatikan keterbatasan-keterbatasan uji ini, antara lain: nilai harapan pada setiap sel tidak boleh ada yang kurang dari 1 dan frekuensi nilai harapan pada setiap sel yang mempunyai nilai kurang dari 5 tidak boleh melebihi 20% dari keseluruhan sel (Hastono, 2006: 117).

Jika keterbatasan tersebut terjadi pada saat uji *chi square*, peneliti harus menggabungkan kategori-kategori yang berdekatan dalam rangka memperbesar frekuensi harapan dari sel-sel tersebut (penggabungan ini dapat dilakukan untuk analisis tabel silang lebih dari  $2 \times 2$ , misalnya  $3 \times 2$ ,  $3 \times 4$ , dan sebagainya). Penggabungan ini tentunya diharapkan tidak sampai membuat datanya kehilangan makna. Jika keterbatasan tersebut terjadi pada tabel  $2 \times 2$  (hal ini berarti penggabungan kategori tidak dapat dilakukan lagi), maka dianjurkan menggunakan uji *Fisher's Exact* (Hastono, 2006: 117 - 118).

Hasil uji *chi square* hanya dapat menyimpulkan ada tidaknya perbedaan proporsi antar kelompok atau dengan kata lain kita hanya dapat menyimpulkan ada tidaknya hubungan dua variabel kategorik. Dengan demikian, uji *chi square* tidak dapat menjelaskan derajat hubungan, dalam hal ini uji *chi square* tidak dapat menentukan kelompok mana yang memiliki risiko lebih besar dibandingkan dengan kelompok lain. Dalam bidang kesehatan, untuk mengetahui derajat hubungan, dikenal ukuran *Relative Risk* (RR) dan *Odds Ratio* (OR). Risiko relatif membandingkan risiko pada kelompok terpapar dengan kelompok tidak terpapar, sedangkan rasio odds membandingkan odds pada kelompok terpapar dengan kelompok tidak terpapar. Ukuran RR biasanya digunakan untuk penelitian dengan desain *cohort*, sedangkan ukuran OR untuk desain *case control* atau *cross-sectional* (Hastono, 2006: 118).

Pada penelitian ini desain yang digunakan adalah desain *case control*, maka ukuran yang digunakan untuk melihat derajat hubungan adalah ukuran OR.

### 2.5.3 Analisis Data Multivariat

Proses analisis multivariat dilakukan dengan menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Dalam analisis multivariat dikenal konsep konfounding dan interaksi (Hastono, 2006: 139).

Konfounding merupakan kondisi bias dalam mengestimasi efek pajanan/ekspose terhadap kejadian penyakit/masalah kesehatan akibat dari perbandingan yang tidak seimbang antara kelompok pajanan dengan kelompok yang tidak terpajan. Masalah ini terjadi karena pada dasarnya sudah ada perbedaan risiko terjadinya penyakit pada kelompok pajanan dengan kelompok yang tidak terpajan, artinya risiko terjadinya penyakit pada kedua kelompok tersebut berbeda meskipun pajanan dihilangkan pada kedua kelompok tersebut. Suatu variabel dikatakan sebagai *confounder* bila variabel tersebut merupakan faktor risiko terjadinya penyakit dan memiliki hubungan dengan pajanan atau dengan kata lain jika variabel tersebut merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit (*outcome*) dan berhubungan dengan variabel independen tetapi bukan merupakan hasil dari variabel independen (Hastono, 2006: 140).

Interaksi atau efek modifikasi adalah heterogenitas efek dari satu pajanan pada tingkat pajanan yang lain. Tidak adanya efek modifikasi berarti efek pajanan homogen. Modifikasi efek merupakan konsep penting dalam analisis karena pada saat analisis harus menentukan apakah akan melaporkan efek bersama (yang terkontrol *confounder*) atau efek yang terpisah untuk masing-masing strata. Pada analisis multivariat, jika ditemukan adanya interaksi antar variabel pajanan

dengan variabel lainnya, maka nilai koefisien (misalnya OR) harus dilaporkan secara terpisah menurut strata dari variabel tersebut. Nilai OR yang tertera pada variabel menjadi tidak berlaku dan nilai OR untuk masing-masing strata harus dihitung (Hastono, 2006: 140).

Dalam analisis multivariat, jenis uji yang digunakan diantaranya adalah: uji regresi linear, uji regresi logistik, ANOVA, uji diskriminan, dan uji regresi cox. Prosedur pengujian tergantung dari jenis data yang diuji apakah menggunakan data kategorik atau numerik (Hastono, 2006: 139). Dikarenakan dalam penelitian ini, baik variabel independen maupun variabel dependennya menggunakan data kategorik, maka uji yang digunakan adalah uji regresi logistik.

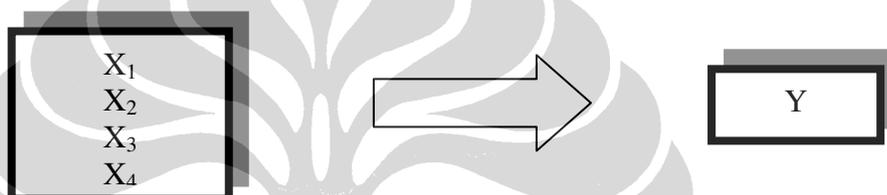
Analisis regresi logistik merupakan salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan antara satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom atau *binary*. Analisis regresi logistik ini dapat dibagi menjadi dua, yakni: analisis regresi logistik sederhana dan analisis regresi logistik ganda (Hastono, 2006: 173).

Pada analisis regresi logistik sederhana hanya bisa menganalisis satu variabel independen dengan satu variabel dependen, sedangkan analisis regresi logistik ganda memiliki kemampuan untuk memasukkan beberapa variabel independen dalam satu model. Kegunaan analisis regresi logistik ganda mencakup dua hal, yaitu (Hastono, 2006: 181 - 183):

- **Model Prediksi**

Pemodelan dengan tujuan untuk mendapatkan model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Pada pemodelan ini, semua variabel dianggap penting, sehingga estimasi dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus.

Bentuk kerangka konsep model regresi:



Prosedur pemodelan:

- Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $Pvalue < 0,25$  maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Namun,  $Pvalue > 0,25$  dapat diikuti kedalam model multivariat bila variabel tersebut secara substansi dianggap penting. Penetapan nilai  $p < 0,25$  ini berdasarkan pengalaman empiris dari berbagai penelitian terdahulu, dimana bila kita memasukkan nilai  $p$  yang lazim (0,05) seringkali tidak berhasil mengidentifikasi variabel independen yang dianggap penting.
- Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk kedalam model multivariat dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai  $Pvalue < 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang  $Pvalue$ -nya  $> 0,05$ .

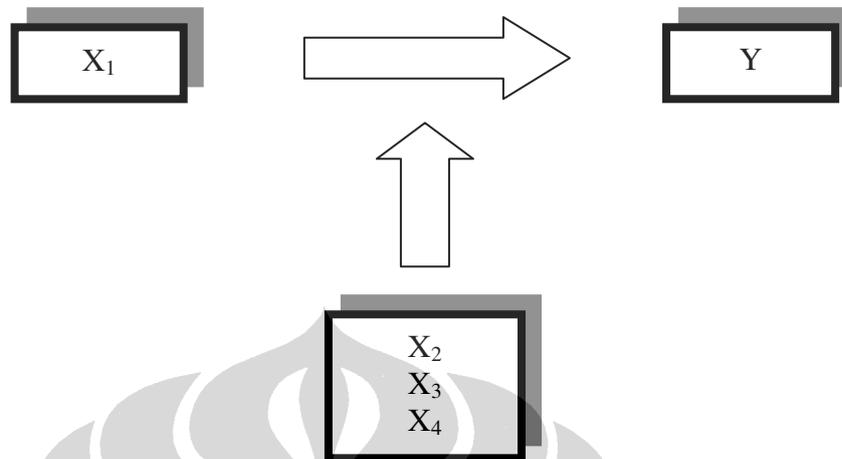
Pengeluaran variabel yang memiliki  $Pvalue > 0,05$  dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang memiliki  $Pvalue$  terbesar.

- c. Identifikasi linearitas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan apakah variabel numerik dapat dijadikan variabel kategorik atau tetap variabel numerik. Caranya adalah dengan mengelompokkan variabel numerik kedalam 4 kelompok berdasarkan nilai kuartilnya, kemudian dilakukan analisis regresi logistik dan dihitung nilai OR-nya. Bila nilai OR masing-masing kelompok menunjukkan bentuk garis lurus, maka variabel numerik dapat dipertahankan. Namun bila hasilnya menunjukkan adanya patahan, maka dapat dipertimbangkan untuk diubah menjadi bentuk kategorik.
- d. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel kedalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan logika substantif. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan kedalam model.

- **Model Faktor Risiko**

Pemodelan dengan tujuan mengestimasi secara valid hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel *counfounding*.

Bentuk kerangka konsep model faktor risiko:



Tahapan pemodelan:

- a. Lakukan analisis bivariat, kemudian dipilih variabel dengan  $p < 0,25$  untuk diikutkan dalam analisis selanjutnya.
- b. Lakukan analisis full model dimana semua variabel yang nilai  $p < 0,25$  dimasukkan secara serentak kedalam analisis (metode Enter), kemudian dilihat nilai  $p$  wald, bila nilai  $p > 0,05$  dikeluarkan secara berurutan.
- c. Pengeluaran variabel dari analisis dilakukan dari variabel dengan nilai  $p$  yang tertinggi sampai akhirnya tidak ada lagi nilai  $p > 0,05$ , sehingga didapatkanlah model akhir.
- d. Lakukan penilaian *confounding* dengan cara mengeluarkan variabel *confounding* satu persatu dimulai dari yang memiliki nilai *Pvalue* wald terbesar. Bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel *confounder* dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada dalam model.

Teknik statistik yang ada umumnya adalah untuk penelitian dengan menggunakan sampel acak sederhana (*simple random sampling*), perangkat lunak statistik pun dalam perhitungan uji statistiknya menggunakan asumsi sampel acak sederhana, sehingga untuk analisis data survei dengan desain sampel lebih kompleks, penggunaan teknik dan perangkat lunak statistik tersebut kurang sesuai. Akibatnya hasil yang diperoleh menjadi kurang akurat dan bahkan kesimpulan dapat saling bertolak belakang (Ariawan, 1996: 1).

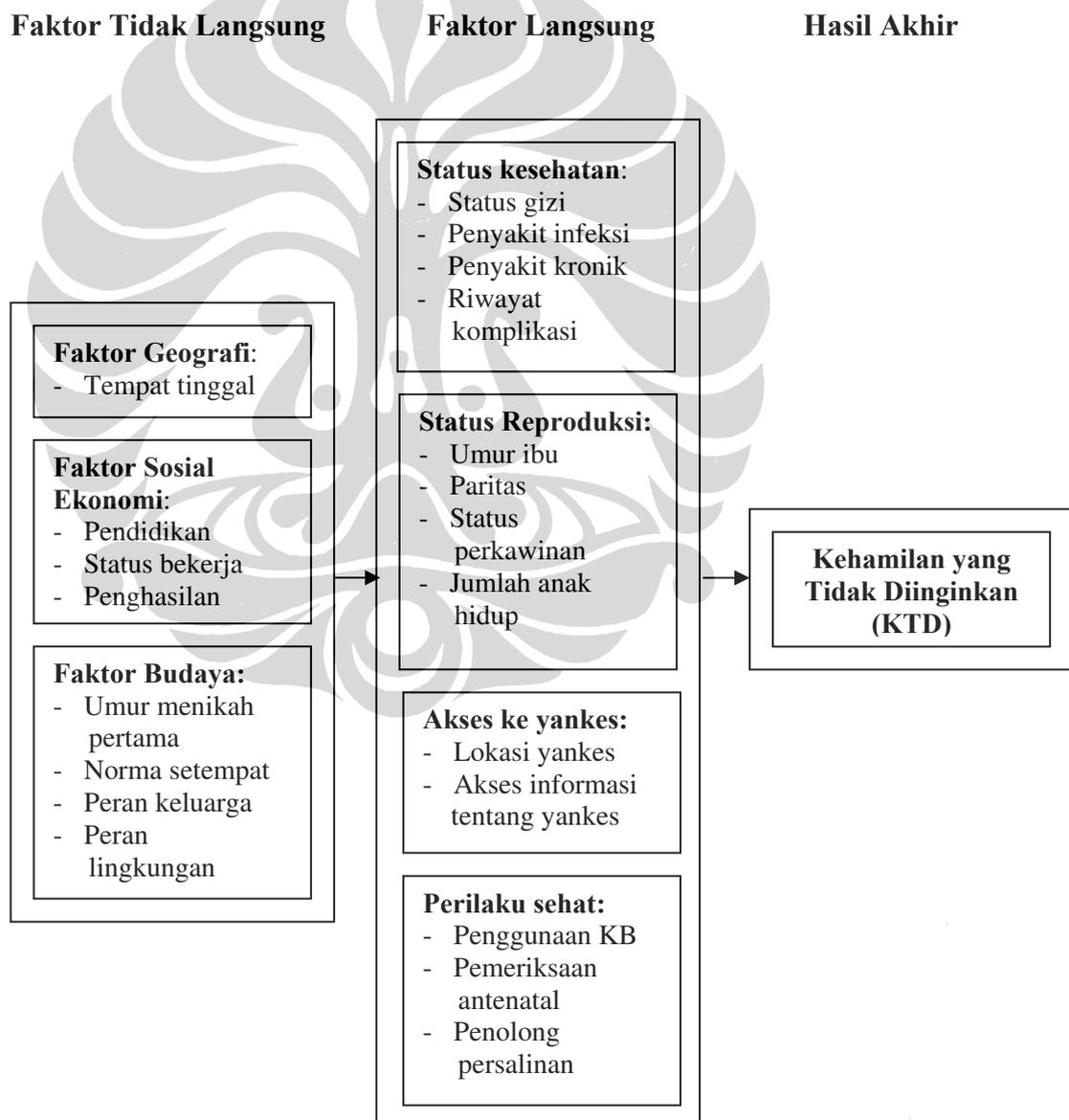
Dalam penelitian ini digunakan perangkat lunak statistik (*software*) Stata. Penggunaan *software* Stata dilakukan karena pengambilan sampel bukan dengan cara *simple random sampling*.

Stata merupakan perangkat lunak statistik yang dapat digunakan sebagai alat bantu analisis data penelitian. Kelebihan Stata adalah mempunyai prosedur analisis data survei dengan desain kompleks, maksudnya bukan sampel acak sederhana, tetapi merupakan sampel *multistage*, stratifikasi, sampel dengan pembobotan yang berbeda atau kluster. Stata perlu digunakan untuk analisis data survei dengan desain sampel kompleks karena estimasi parameter, varians, standard error dan uji statistik pada desain sampel kompleks berbeda dengan estimasi ukuran-ukuran tersebut pada desain sampel acak sederhana, maka hasil yang diperoleh menjadi bias. Pada umumnya perangkat lunak statistik yang beredar masih menggunakan asumsi desain sampel acak sederhana untuk melakukan estimasi parameter, varians, standard error, dan uji statistik. Hanya ada beberapa perangkat lunak statistik yang menyediakan fasilitas untuk melakukan

perhitungan dengan desain sampel kompleks, seperti CSampel, Epi Info, dan Stata (Ariawan, 1996: 1).

## 2.6 Kerangka Teori

Dari bahasan teori di atas maka dapat dibuat suatu bagan kerangka teori, yang dapat dilihat pada bagan berikut ini :



(WHO, 1999: 11)

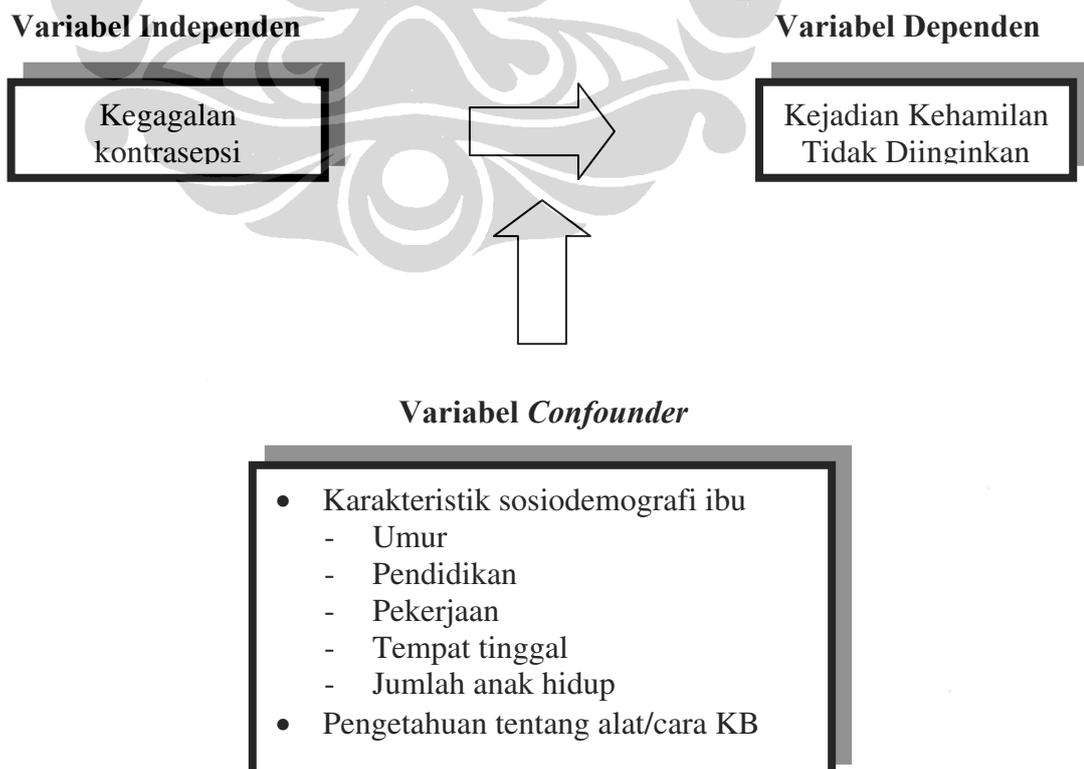
## BAB III

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tujuan penelitian, maka variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah hubungan antara kegagalan kontrasepsi dan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Selain itu, variabel-variabel yang diperkirakan berkontribusi pada hubungan tersebut, antara lain: karakteristik sosiodemografi ibu (umur, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, jumlah anak hidup), dan pengetahuan tentang alat/cara KB.

Pola pemikiran yang mendasari kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada bagan berikut ini:



### 3.2 Hipotesis

1. Ada hubungan antara kegagalan kontrasepsi terhadap kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia.
2. Ada hubungan antara karakteristik sosiodemografi ibu (umur, tingkat pendidikan, status bekerja, tempat tinggal, dan jumlah anak hidup) terhadap kejadian kehamilan tidak diinginkan.
3. Ada hubungan antara pengetahuan tentang alat/cara KB terhadap kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia.
4. Ada pengaruh kegagalan kontrasepsi terhadap kejadian kehamilan tidak diinginkan di Indonesia setelah dikontrol dengan variabel karakteristik sosiodemografi ibu (umur, tingkat pendidikan, status bekerja, tempat tinggal, dan jumlah anak hidup) dan pengetahuan tentang alat/cara KB.

### 3.3 Definisi Operasional

| No.                      | Variabel                        | Definisi Operasional   | Cara Ukur | Alat Ukur         | Hasil Ukur  | Skala Ukur |
|--------------------------|---------------------------------|--|-----------|-------------------|---|------------|
| <b>Variabel Dependen</b> |                                 |  |           |                   |   |            |
| 1.                       | Kehamilan yang tidak diinginkan | Kejadian kehamilan yang sebenarnya tidak diharapkan pada waktu itu karena menginginkan kehamilan kemudian atau sama sekali tidak ingin hamil | Wawancara | Kuesioner (P.228) | <p>0 = Ya (kasus), jika ibu menjawab tidak menginginkan sama sekali kehamilan tersebut (<i>unwanted pregnancy</i>) atau diinginkan tetapi tidak pada saat itu (<i>mistimed pregnancy</i>).</p> <p>1 = Tidak (kontrol), jika ibu menjawab kehamilan tersebut diinginkan atau diharapkan pada saat itu (<i>wanted pregnancy</i>).</p> | Nominal    |

| <b>Variabel Independen</b> |                        |   |           |                           |   |         |
|----------------------------|------------------------|---|-----------|---------------------------|---|---------|
| 2.                         | Kegagalan kontrasepsi  | Responden yang pernah menggunakan alat kontrasepsi tertentu menjadi hamil saat ini (saat survei dilakukan responden sedang hamil) | Wawancara | Kuesioner (P.304 & P.318) | 0 = Gagal, bila kehamilan responden saat ini terjadi karena pernah menggunakan alat kontrasepsi tertentu<br><br>1 = Tidak gagal, bila kehamilan responden saat ini terjadi karena tidak menggunakan kontrasepsi | Ordinal |
| <b>Variabel Confounder</b> |                        |   |           |                           |   |         |
| 3.                         | Umur ibu               | Lama hidup (dalam tahun) responden pada ulang tahun terakhir saat survei  | Wawancara | Kuesioner (P.106)         | 0 = < 20 tahun – > 35 tahun (kelompok berisiko)<br><br>1 = 20 – 35 tahun (tidak berisiko)   | Ordinal |
| 4.                         | Tingkat pendidikan ibu | Tingkat pendidikan formal terakhir yang telah dicapai responden   | Wawancara | Kuesioner (P.107, P.108)  | 0 = Rendah, jika responden tidak berpendidikan/tidak sekolah sampai tamat SD<br><br>1 = Tinggi, jika responden minimal berpendidikan sekolah menengah hingga tingkat selanjutnya                                | Ordinal |

|    |                                  |  |           |   |  |         |
|----|----------------------------------|--|-----------|---|--|---------|
| 5. | Status bekerja                   | Kegiatan sehari-hari responden yang menghasilkan sesuatu dalam 12 bulan terakhir selain mengurus rumah tangga  | Wawancara | Kuesioner (P.709)   | 0 = Bekerja<br>1 = Tidak bekerja                     | Nominal |
| 6. | Tempat tinggal                   | Daerah tempat kediaman responden pada saat survei  | Wawancara | Kuesioner (P.5)   | 0 = Perkotaan<br>1 = Pedesaan                        | Nominal |
| 7. | Jumlah anak hidup                | Jumlah anak yang pernah dilahirkan responden dan masih hidup sampai saat survei dilakukan, baik yang tinggal bersama maupun yang tidak tinggal bersama responden.  | Wawancara | Kuesioner (P.203, P.204, P.205)   | 0 = > 3 orang<br>1 = ≤ 3 orang                       | Ordinal |
| 8. | Pengetahuan tentang alat/cara KB | Jika responden mengetahui alat/cara KB, diantaranya: sterilisasi wanita, sterilisasi pria, pil, IUD/AKDR/spiral, suntikan, susuk KB, kondom, intravag/diafragma, metode menyusui alami, pantang berkala/kalender, senggama terputus, atau cara-cara lainnya. | Wawancara | Kuesioner (P.301.1, P.301.2, P.301.3, P.301.4, P.301.5, P.301.6, P.301.7, P.301.8, P.301.9, P.301.10, P.301.11, P.301.12) | 0 = Rendah (skor < mean)<br>1 = Tinggi (skor ≥ mean) | Ordinal |