



Nuansa  
Fajar  
Cemerlang

# **BUKU AJAR KELUARGA BERENCANA DAN PELAYANAN KONTRASEPSI**

**UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN**

Intan Widya Sari, S.ST, M.Keb  
Miratu Megasari, SST, M.Kes  
Kiki Megasari, SKM, M.Kes  
Nelly Karlinah, S.ST, M.Keb



**BUKU AJAR  
KELUARGA BERENCANA DAN  
PELAYANAN KONTRASEPSI**

**UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN**



**PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU  
T.A 2022/2023**

**BUKU AJAR  
KELUARGA BERENCANA DAN  
PELAYANAN KONTRASEPSI  
UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN**

**PENULIS:  
INTAN WIDYA SARI, S.ST, M.Keb  
MIRATU MEGASARI, SST, M.Kes  
KIKI MEGASARI, SKM, M.Kes  
NELLY KARLINAH, S.ST, M.Keb**

*Design Cover*  
Ivan Zumarano

*Lay Out*  
Achmad Faisal

Cetakan Pertama: September 2022

Penerbit  
PT Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower Lantai 5 Unit F  
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah, Jakarta Barat

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang  
Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh  
isi buku ini dengan bentuk dan cara apapun  
tanpa izin tertulis dari penerbit

# **UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU**

## **Visi**

Terwujudnya universitas unggul dalam teknologi tepat guna dan mampu bersaing ditingkat nasional pada tahun 2035.

## **Misi**

1. Melaksanakan proses pembelajaran yang berkualitas baik pada tenaga pendidik dan mahasiswa agar memiliki daya saing yang tinggi
2. Melaksanakan penelitian yang berkualitas, inovatif dan teruji sesuai kompetensi keilmuan
3. Melaksanakan pengabdian masyarakat sebagai implementasi hasil penelitian dan kepedulian lainnya / melaksanakan pengabdian masyarakat berbasis karya ilmiah civitas akademika baik terstruktur maupun insidental
4. Melakukan kerjasama dengan berbagai stakeholder seperti pemerintah, swasta, PT dan instansi terkait dalam menunjang kompetensi lulusan

# **PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI**

## **Visi**

Menghasilkan Bidan Profesional Dan Unggul dalam Penerapan Massage pada Ibu dan Anak dengan Pendekatan Teknologi Tepat Guna Tahun 2036

## **Misi**

1. Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Bidan Yang Berkualitas melalui penguatan sumber-sumber belajar untuk menghasilkan lulusan yang profesional
2. Menyelenggarakan Penelitian berkesinambungan khususnya pada massage Ibu dan Anak dengan pendekatan Teknologi Tepat Guna
3. Menyelenggarakan Pengabdian Kepada Masyarakat berdasarkan pada prinsip kemitraan untuk meningkatkan kesehatan Ibu dan Anak dengan mengimplementasikan hasil-hasil penelitian
4. Menjalinkan Kerjasama Dengan Berbagai instansi, serta aktif dalam organisasi profesi (IBI) dan Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) dalam rangka peningkatan kualitas pendidikan dan pemanfaatan lulusan.

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur kami ucapkan kepada Allah SWT berkat rahmat dan hidayahNya kami dapat menyelesaikan buku ajar ini. Buku Ajar yang berjudul “Keluarga Berencana dan Pelayanan Kontrasepsi” disusun dari berbagai sumber literatur yang telah disesuaikan dengan silabus mata kuliah, sehingga relevan digunakan untuk pembelajaran pada mata kuliah Keluarga Berencana dan Pelayanan Kontrasepsi.

Buku ajar ini dibuat dengan mengacu pada kurikulum pendidikan Sarjana Kebidanan sehingga bertujuan agar mahasiswa mampu memberikan pelayanan kontrasepsi berdasarkan sikap, keterampilan dan pengetahuan. Setelah menempuh mata kuliah ini secara khusus mahasiswa mampu menjelaskan tentang KB dan Pelayanan Kontrasepsi, menerapkan program KIE dalam pelayanan KB, memberikan asuhan dalam pelayanan kontrasepsi dengan berbagai metode, melakukan pembinaan pada akseptor dan penanggulangan pada akseptor bermasalah, serta melakukan pendokumentasian pelayanan KB.

Akhir kata, semoga buku ini bermanfaat

bagi para pembaca. Meskipun penulis telah berusaha menyusun buku ini secara sistematis dan mendalam, tetapi buku ini masih jauh dari kata sempurna. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan tulisan di edisi berikutnya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Pekanbaru, September 2021

Penulis

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I KONSEP DASAR KEPENDUDUKAN.....</b>	<b>1</b>
A. PENDAHULUAN.....	1
B. PENYAJIAN MATERI .....	1
1.1. Konsep Dasar Kependudukan.....	1
1.2. Kualitas dan Kuantitas Penduduk .....	5
1.3. Populasi Penduduk Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin.....	3
1.4. Sumber Data Kependudukan dan Dinamika Penduduk .....	6
1.5. Masalah Kependudukan di Indonesia .....	11
1.6. Ukuran Dasar Demografi.....	22
1.7. Pengertian dan Faktor yang Memengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk .....	23
C. LATIHAN.....	36
D. REFERENSI.....	36
<b>BAB II SEJARAH DAN PERKEMBANGAN KB....</b>	<b>38</b>
A. PENDAHULUAN.....	38
B. PENYAJIAN MATERI .....	38
2.1. Sejarah dan Perkembangan KB.....	38
2.2. Konsep Keluarga Berencana .....	54
2.3. Organisasi dan Program Keluarga Berencana .....	56
2.4. Manajemen Program Keluarga Berencana yang Berkualitas .....	64
2.5. Masalah dalam Pelayanan Keluarga Berencana .....	66



2.6. Keikutsertaan Pria dalam Ber-KB.....	69
2.7. Peran Bidan dalam Pelayanan Keluarga Berencana .....	74
2.8. Dampak Program Keluarga Berencana.....	76
C. LATIHAN.....	78
D. REFERENSI.....	79
<b>BAB III EVIDENCE BASED DALAM PELAYANAN KB.....</b>	<b>80</b>
A. PENDAHULUAN.....	80
B. PENYAJIAN MATERI .....	80
3.1. Evidence Based Dalam Pelayanan KB.....	80
C. LATIHAN.....	103
D. REFERENSI.....	104
<b>BAB IV JENIS METODE KONTRASEPSI.....</b>	<b>105</b>
A. PENDAHULUAN.....	105
B. KRITERIA KELAYAKAN PENGGUNA METODE KONTRASEPSI .....	107
1. Metode Sederhana.....	107
2. Metode Modern.....	129
3. Kontrasepsi Mantap .....	143
C. LATIHAN.....	149
D. REFERENSI.....	149
<b>BAB V PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM BER-KB .....</b>	<b>151</b>
A. PENGAMBILAN KEPUTUSAN ( <i>DECISION MAKING</i> ) .....	151
1. Pengertian Pengambilan Keputusan ( <i>Decision Making</i> ) .....	151
2. Dasar-Dasar Pengambilan Keputusan.....	155
3. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi	

Pengambilan Keputusan.....	158
4. Proses Pengambilan Keputusan.....	166
5. Jenis Pengambilan Keputusan.....	169
B. KELUARGA BERENCANA .....	172
1. Pengertian Keluarga Berencana .....	172
2. Wanita Usia Subur .....	173
3. Tujuan Program KB .....	175
4. Manfaat Mengikuti Program KB.....	178
5. Alasan WUS Menggunakan Alat Kontrasepsi (KB) .....	182
C. LATIHAN .....	192
D. REFERENSI .....	194
<b>BAB VI UPAYA-UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF TERKAIT DENGAN PERENCANAAN KELUARGA DAN KONTRASEPSI.....</b>	<b>195</b>
A. PROMOTIF .....	195
B. PREVENTIF .....	197
C. KURATIF.....	198
D. REHABILITATIF .....	200
E. PERENCANAAN KELUARGA .....	202
F. UPAYA PROMOTIF (PERENCANAAN PROMOSI KESEHATAN TERKAIT PERENCANAAN KELUARGA & KONTRASEPSI) .....	208
G. UPAYA PREVENTIF TERKAIT PERENCANAAN KELUARGA & KONTRASEPSI.....	213
H. LATIHAN .....	220
I. REFERENSI .....	220

## **BAB VII KONSELING KELUARGA**

### **BERENCANA .....221**

- A. KIE & KONSELING KB .....221
  - 1. Pengertian KIE .....221
  - 2. Pengertian Konseling .....222
  - 3. Tujuan konseling dalam kesehatan reproduksi dan KB.....225
  - 4. Tujuan Konseling KB Menurut Krumboltz .....226
  - 5. Tipe-Tipe Konseling .....227
  - 6. Jenis Konseling KB.....228
  - 7. Macam Macam Konseling.....230
  - 8. Keuntungan Konseling.....233
  - 9. Langkah-Langkah Konseling KB.....233
- B. FAKTOR YANG MEMENGARUHI KONSELING.....241
  - 1. Faktor Individual.....242
  - 2. Faktor eksternal .....243
- C. PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG KB .....244
- D. INFORMED CHOICE OF REPRODUCTIVE HEALTH .....247
- E. INFORMED CONSENT OF REPRODUCTIVE HEALTH .....250
- F. REFERENSI.....251

## **BAB VIII LAYANAN KONTRASEPSI PASCA**

### **ABORSI.....253**

- A. PENDAHULUAN .....253
- B. PENYAJIAN MATERI.....253
- C. LATIHAN .....263

D. REFERENSI .....	263
<b>BAB IX PENCATATAN DAN PELAPORAN.....</b>	<b>264</b>
A. PENDAHULUAN .....	264
B. PENYAJIAN MATERI.....	265
1. Mekanisme pencacatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi.....	265
2. Monitoring dan Evaluasi Sistem Pencacatan dan Pelaporan Pelayanan Kontrasepsi....	269
C. PENDOKUMENTASIAN RUJUKAN KB....	272
D. TATA LAKSANA .....	272
E. LATIHAN .....	275
F. REFERENSI .....	276

# **BAB I**

## **KONSEP DASAR KEPENDUDUKAN**

### **A. PENDAHULUAN**

Penduduk menurut UU RI Nomor 10 Tahun 1992 adalah orang dalam matranya sebagai pribadi, anggota keluarga, anggota masyarakat, warga negara dan himpunan kuantitas yang bertempat tinggal disuatu tempat dalam batas wilayah negara pada waktu tertentu.

Kependudukan adalah hal ihwal yang berkaitan dengan jumlah, persebaran, mobilitas, penyebaran, kualitas, kondisi kesejahteraan yang menyangkut politik, ekonomi, sosial, budaya, agama, serta lingkungan penduduk.

### **B. PENYAJIAN MATERI**

#### **1.1. Konsep Dasar Kependudukan**

##### **1.1.1. Pengertian Penduduk**

Pada Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga. Penduduk adalah warga negara Indonesia dan orang asing yang

bertempat tinggal di Indonesia. Kependudukan adalah hal ihwal yang berkaitan dengan jumlah, struktur, pertumbuhan, persebaran, mobilitas, penyebaran, kualitas, dan kondisi kesejahteraan yang menyangkut politik, ekonomi, sosial budaya, agama serta lingkungan penduduk setempat. Perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga adalah upaya terencana untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan mengembangkan kualitas penduduk pada seluruh dimensi penduduk.

Demikian pula, ketidakseimbangan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan, bisa mengakibatkan rendahnya fertilitas dan rendahnya angka pertumbuhannya. Ketidakseimbangan itu akan memengaruhi pola keadaan sosial, ekonomi, dan keluarga.

Pengelompokan penduduk berdasarkan ciri - ciri tertentu dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Biologi: umur dan jenis kelamin,

- b. Sosial: pendidikan dan status,
- c. Ekonomi: jenis pekerjaan, lapangan pekerjaan, dan tingkat pendapatan,
- d. Geografi: tempat tinggal,
- e. Budaya: agama dan adat istiadat.

### **1.1.2. Ruang Lingkup Ilmu Kependudukan**

Demografi menekankan pada kajian-kajian sebagai berikut:

1. Besar atau jumlah, komposisi dan distribusi penduduk dalam suatu wilayah.
2. Perubahan-perubahan dari jumlah penduduk, komposisi dan distribusinya.
3. Komponen-komponen dari perubahan tersebut.
4. Faktor-faktor yang memengaruhi perubahan komponen-komponen tersebut.
5. Konsekuensi dari perubahan baik jumlah, komposisi ataupun distribusi dalam komponen-komponen tersebut.

### **1.1.3. Tujuan Kajian Kependudukan**

Dilihat dari variabel dasar demografi dan karakteristik penduduk maka para pakar bersepakat menyatakan tujuan utama kajian ilmu kependudukan adalah:

1. Mengetahui kualitas dan distribusi penduduk dalam suatu daerah tertentu.
2. Menjelaskan pertumbuhan masa yang lampau, penurunannya dan persebarannya dengan data yang tersedia.
3. Mengembangkan sebab akibat antara perkembangan laju pertumbuhan penduduk dengan berbagai aspek sosial lainnya.
4. Mencoba meramalkan pertumbuhan penduduk di masa yang akan datang dengan kemungkinan-kemungkinan konsekuensinya.



## **1.2. Kualitas dan Kuantitas Penduduk**

### **1.2.1. Kualitas Penduduk**

Kualitas penduduk merupakan komponen terpenting, sebab dari penduduk yang berkualitas, upaya pembangunan dapat dilaksanakan dengan baik. Kualitas penduduk adalah keadaan penduduk baik individu maupun kelompok berdasarkan tingkat kemajuan yang telah dicapai. Untuk mengukur kualitas penduduk agak sulit karena manusia memiliki karakteristik dan latar belakang yang berbeda. Penampilan manusia itu merupakan campuran antara unsure fisik (pendidikan, kesehatan) dan non fisik (keimanan, kerjasama, solidaritas). Menurut PBB, kualitas penduduk dapat dilihat dari 3 aspek: pendidikan, kesehatan, pendapatan.

- **Pendidikan**

Pendidikan mencerminkan kemampuan penduduk beradaptasi dengan kemajuan IPTEK. Untuk mengukur tingkat pendidikan

penduduk dapat dilaksanakan dengan cara memperhatikan data penduduk yang buta huruf, tamat SD, SMP atau SMA. Semakin tinggi buta huruf, kualitas penduduk aspek pendidikan semakin rendah. Tingkat pendidikan di Indonesia masih sangat rendah yaitu sebagian besar tamat SD. Ada beberapa alasan yang menyebabkan kondisi tersebut:

- Biaya pendidikan yang relatif mahal.
- Minat sekolah sangat rendah terutama daerah terpencil.
- Sarana dan prasarana pendidikan masih sangat terbatas.
- Kesehatan  
Semakin banyak penduduk yang sakit, semakin rendah kualitas penduduk. Ukuran dasar yang biasa digunakan adalah angka kematian bayi.

Faktor penentu:

- Status gizi penduduk.
- Pelayanan kesehatan.
- Tingkat pendapatan dan pendidikan.
- Sanitasi lingkungan.
- Pendapatan  
Tingkat pendapatan berkaitan dengan jenis mata pencarian. Sebagian besar penduduk Indonesia memiliki mata pencarian sebagai petani. Untuk mengetahui tingkat pendapatan penduduk suatu negara, PBB telah membuat suatu patokan didasarkan pada rata-rata pendapatan perkapita. Pendapatan perkapita adalah pendapatan rata-rata setiap orang dalam suatu Negara dalam satu tahun.

### **1.3. Populasi Penduduk Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin**

#### **1.3.1. Komposisi Penduduk Menurut Umur**

Komposisi penduduk menurut umur dalam arti demografi adalah komposisi penduduk menurut kelompok umur tertentu. Komposisi menurut umur dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

- Usia belum produktif (kelompok umur  $< 14$  tahun),
- Usia produktif (kelompok umur antara 15 - 64 tahun), dan
- Usia tidak produktif (kelompok umur  $> 64$  tahun).

Berdasarkan pengelompokan umur tersebut dapat diketahui rasio beban tanggungan (*dependency ratio*) yang dapat digunakan untuk melihat angka ketergantungan suatu negara. Rasio beban tanggungan adalah angka yang menunjukkan perbandingan antara penduduk usia nonproduktif dengan penduduk usia produktif.

**Tabel 1.1**  
**Rasio Jenis Kelamin Menurut Kelompok Umur**  
**Tahun 1971-2010**

<b>Kelompok</b>	<b>Tahun</b>				
<b>Umur</b>	<b>1971</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
0-4	101,2	104,3	105,2	103,6	105,6
5-9	103,1	104,2	105,6	103,4	105,2
10-14	107,7	107,6	105,8	104,0	104,6
15-19	97,4	96,7	101,2	100,4	102,3
20-24	81,3	85,1	88,7	94,4	101,3
25-29	80,4	97,9	91,3	95,2	99,1
30-34	87,6	97,1	98,8	99,4	99,9
35-39	97,6	96,1	107,3	101,1	101,3
40-44	100,9	96,5	98,5	105,7	101,0
45-49	109,2	96,0	96,9	110,2	100,4
50-54	97,0	101,0	96,8	107,0	103,3
55-59	102,4	103,0	92,5	101,8	105,1
60-64	86,2	93,4	96,2	95,7	96,9
65-69	92,5	89,8	93,6	90,0	88,9
70-74	96,6	81,9	87,3	91,0	81,9
75+	93,6	82,3	78,5	79,2	68,6
<b>Jumlah</b>	<b>97,2</b>	<b>98,8</b>	<b>99,4</b>	<b>100,5</b>	<b>101,0</b>

### 1.3.2. Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin

Komposisi penduduk menurut jenis kelamin adalah pengelompokan penduduk berdasarkan jenis kelaminnya. Komposisi ini untuk mengetahui perbandingan antara jumlah penduduk laki-laki dan perempuan dalam satu wilayah tertentu. Adanya ketidakseimbangan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan (rasio jenis kelamin) dapat mengakibatkan rendahnya fertilitas dan rendahnya angka pertumbuhan penduduk. Perbandingan (rasio) jenis kelamin dapat diketahui dengan rumus berikut ini:

**Tabel 1. 2**  
**Rasio Penduduk Menurut Jenis Kelamin**

Kelompok Umur	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan
<i>Age Group</i>	<i>Male</i>	<i>Female</i>	<i>Male + Female</i>
0-4	11 658 856	11 013 204	22 672 060
5-9	11 970 804	11 276 366	23 247 170
10-14	11 659 310	11 018 180	22 677 490
15-19	10 610 119	10 260 967	20 871 086

20-24	9 881 969	9 996 448	19 878 417
25-29	10 626 458	10 673 629	21 300 087
30-34	9 945 211	9 876 989	19 822 200
35-39	9 333 720	9 163 782	18 497 502
40-44	8 319 453	8 199 015	16 518 468
45-49	7 030 168	7 005 784	14 035 952
50-54	5 863 756	5 693 103	11 556 859
55-59	4 398 805	4 046 531	8 445 336
60-64	2 926 073	3 130 238	6 056 311
65-69	2 224 273	2 467 877	4 692 150
70-74	1 530 938	1 924 247	3 455 185
75+	1 605 817	2 227 546	3 833 363
TT/Not Stated	45 183	36 507	81 690
<b>Jumlah/Total</b>	<b>119 630 913</b>	<b>118 010 413</b>	<b>237 641 326</b>

#### **1.4. Sumber Data Kependudukan dan Dinamika Penduduk**

##### **1.4.1. Sumber-Sumber Data Kependudukan**

Sumber-sumber data kependudukan yang pokok adalah sensus penduduk, registrasi penduduk dan penelitian (survei). Secara teoritis data registrasi penduduk lebih lengkap dari pada sumber-sumber data yang lain karena kemungkinan tercecernya pencatatan peristiwa-peristiwa kelahiran, kematian, dan mobilitas

penduduk sangat kecil. Namun demikian di negara-negara yang sedang berkembang, misalnya Indonesia, data-data kependudukan dari hasil registrasi masih jauh dari memuaskan. Hal ini disebabkan karena banyaknya kejadian-kejadian vital (kelahiran dan kematian) yang tidak tercatat sebagaimana mestinya. Sumber data kependudukan:

#### 1. Sensus Penduduk

Sensus penduduk merupakan suatu proses keseluruhan dari pada pengumpulan, pengolahan, penilaian, penganalisaan, dan penyajian data kependudukan yang menyangkut antara lain: ciri-ciri demografi, sosial ekonomi, dan lingkungan hidup. Kedudukan sensus penduduk menjadi amat penting terutama bagi negara-negara yang tidak atau belum tersedia sumber data lain seperti registrasi atau survei. Agar hasil sensus penduduk dapat diperbandingkan antara beberapa



negara, maka dapat disepakati untuk melaksanakan melaksanakan sensus penduduk tiap 10 tahun sekali yaitu pada tahun-tahun yang berakhir dengan angka nol.

Adapun ruang lingkup sensus penduduk mencakup seluruh wilayah geografis suatu negara dan seluruh penduduknya. Pelaksanaan sensus penduduk pada tahun 1980 di Indonesia misalnya, mencakup seluruh wilayah geografis Indonesia dan mencakup seluruh golongan umur penduduk baik yang bertempat tinggal tetap maupun yang tidak mempunyai tempat tinggal. Dan luasnya data yang ingin dicakup dalam suatu sensus tergantung pada tujuan yang ingin dicapai.

## 2. Registrasi Penduduk

Registrasi penduduk merupakan suatu sistem registrasi yang dilaksanakan oleh petugas pemerintahan setempat yang meliputi pencatatan kelahiran,

kematian, perkawinan, perceraian, perubahan tempat tinggal dan perubahan pekerjaan. Sistem registrasi penduduk telah dimulai sejak abad ke- 16, terutama dilaksanakan oleh gereja-gereja Kristen di Inggris dan negara-negara lain di Eropa. Disamping di Inggris, registrasi juga telah dilaksanakan di Finlandia (1628), Denmark (1646), Norwegia (1685), dan Swedia (1686). Di luar Eropa registrasi penduduk dilaksanakan di Cina kemudian menjalar ke Jepang pada abad ke-17. Sistem registrasi penduduk ini akhirnya menjalar juga ke negara-negara Asia dan Afrika dan diperkenalkan oleh negara-negara yang menjajahnya.

### 3. Survei Penduduk

Survey adalah cara pengumpulan data yang dilaksanakan melalui pencacahan sampel dari suatu populasi untuk memperkirakan karakteristik objek pada saat tertentu. Hasil sensus penduduk

dan registrasi penduduk mempunyai keterbatasan. Mereka hanya menyediakan data statistik kependudukan dan kurang memberikan informasi tentang sifat dan perilaku penduduk tersebut. Untuk mengatasi keterbatasan ini, perlu dilaksanakan survei penduduk yang sifatnya lebih terbatas dan informasi yang dikumpulkan lebih luas dan mendalam. Biasanya survei kependudukan ini dilaksanakan dengan sistem sampel atau dalam bentuk studi kasus. Badan Pusat Statistik (BPS) telah mengadakan survei-survei kependudukan, misalnya Survei Ekonomi Nasional yang dimulai sejak tahun 1963, Survei Angkatan Kerja Nasional (SAKERNAS) dan Survei Antar Sensus (SUPAS). Hasil-hasil survei ini melengkapi informasi yang didapat dari Sensus Penduduk dan Registrasi Penduduk.

#### **1.4.2. Dinamika Penduduk**

Dinamika penduduk (perubahan penduduk) merupakan hasil proses yang menambah dan mengurangi penduduk (pertumbuhan alamiah) di suatu wilayah tertentu pd waktu tertentu dibandingkan dengan waktu sebelum nya. Pertambahan penduduk secara alami di suatu wilayah tertentu dipengaruhi oleh jumlah kelahiran dan jumlah kematian Dinamika penduduk menyebabkan transisi demografi Dalam transisi demografi terjadi perubahan struktur penduduk (penduduk usia produktif dan non produktif. Ada beberapa faktor yang menyebabkan dinamika penduduk: kelahiran,kematian dan perpindahan.

## **1.5. Masalah Kependudukan di Indonesia**

### **1.5.1. Masalah Penduduk yang Bersifat Kuantitatif**

#### **1. Jumlah Penduduk Besar**

Penduduk dalam suatu negara menjadi faktor terpenting dalam pelaksanaan pembangunan karena menjadi subjek dan objek

pembangunan. Manfaat jumlah penduduk yang besar:

- Penyediaan tenaga kerja dalam masalah sumber daya alam.
- Mempertahankan keutuhan negara dari ancaman yang berasal dari bangsa lain.

Selain manfaat yang diperoleh, ternyata negara Indonesia yang berpenduduk besar, yaitu nomor 4 di dunia menghadapi masalah yang cukup rumit yaitu:

- Pemerintah harus dapat menjamin terpenuhinya kebutuhan hidupnya. Dengan kemampuan pemerintah yang masih terbatas masalah ini sulit diatasi sehingga berakibat seperti masih banyaknya penduduk kekurangan gizi makanan, timbulnya pemukiman kumuh.
- Penyediaan lapangan kerja, sarana dan prasarana kesehatan dan pendidikan serta fasilitas sosial lainnya. Dengan

kemampuan dana yang terbatas masalah ini cukup sulit diatasi, oleh karena itu pemerintah menggalakkan peran serta sektor swasta untuk mengatasi masalah ini.

2. Pertumbuhan Penduduk Cepat

Secara nasional pertumbuhan penduduk Indonesia masih relatif cepat, walaupun ada kecenderungan menurun. Antara tahun 1961–1971 pertumbuhan penduduk sebesar 2,1 % pertahun, tahun 1971–1980 sebesar 2,32% pertahun, tahun 1980–1990 sebesar 1,98% pertahun, dan periode 1990–2000 sebesar 1,6% pertahun dan periode 2000–2010 sebesar 1,49%.

3. Persebaran Penduduk Tidak Merata

Persebaran penduduk di Indonesia tidak merata baik persebaran antarpulau, provinsi, kabupaten maupun antara perkotaan dan pedesaan. Pulau Jawa dan Madura yang luasnya hanya  $\pm 7\%$  dari

seluruh wilayah daratan Indonesia, dihuni lebih kurang 60% penduduk Indonesia. Perkembangan kepadatan penduduk di Pulau Jawa dan Madura tergolong tinggi, yaitu tahun 1980 sebesar 690 jiwa tiap-tiap kilometer persegi, tahun 1990 menjadi 814 jiwa dan tahun 1998 menjadi 938 jiwa per km<sup>2</sup>.

Selain di Jawa ketimpangan persebaran penduduk terjadi di Irian Jaya dan Kalimantan. Luas wilayah Irian Jaya 21,99% dari luas Indonesia, tetapi jumlah penduduknya hanya 0,92% dari seluruh penduduk Indonesia. Pulau Kalimantan luasnya 28,11% dari luas Indonesia, tetapi jumlah penduduknya hanya 5% dari jumlah penduduk Indonesia.

Akibat dari tidak meratanya penduduk, yaitu luas lahan pertanian di Jawa semakin sempit. Lahan bagi petani sebagian dijadikan permukiman dan industri. Sebaliknya banyak lahan di luar Jawa belum dimanfaatkan secara optimal karena kurangnya sumber daya manusia. Sebagian besar tanah di luar Jawa dibiarkan begitu saja tanpa ada kegiatan pertanian. Keadaan demikian tentunya sangat tidak menguntungkan dalam melaksanakan pembangunan wilayah dan bagi peningkatan pertahanan keamanan negara.

Persebaran penduduk antara kota dan desa juga mengalami ketidakseimbangan. Perpindahan penduduk dari desa ke kota di Indonesia terus mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Urbanisasi yang terus terjadi menyebabkan terjadinya pemusatan penduduk di kota yang luas wilayahnya terbatas. Pemusatan



penduduk di kota-kota besar seperti Jakarta, Surabaya, Medan dan kota-kota besar lainnya dapat menimbulkan dampak buruk terhadap lingkungan hidup seperti Munculnya permukiman liar, ungai-sungai tercemar karena dijadikan tempat pembuangan sampah baik oleh masyarakat maupun dari pabrik-pabrik industry, terjadinya pencemaran udara dari asap kendaraan dan industri, timbulnya berbagai masalah sosial seperti perampokan, pelacuran dan lain-lain.

#### **1.5.2. Masalah Penduduk yang Bersifat Kualitatif**

1. **Tingkat Pendidikan yang Rendah**  
Meskipun telah mengalami perbaikan, tetapi kualitas kesehatan penduduk Indonesia masih tergolong rendah. Indikator untuk melihat kualitas kesehatan penduduk adalah dengan melihat Angka Kematian dan Angka Harapan Hidup.  
Angka kematian yang tinggi menunjukkan tingkat kesehatan

penduduk yang rendah. Angka harapan hidup yang tinggi menunjukkan tingkat kesehatan penduduk yang baik. Kualitas kesehatan penduduk tidak dapat dilepaskan dari pendapatan penduduk. Semakin tinggi pendapatan penduduk maka pengeluaran untuk membeli pelayanan kesehatan semakin tinggi. Penduduk yang pendapatannya tinggi dapat menikmati kualitas makanan yang memenuhi standar kesehatan.

2. Tingkat Pendidikan yang Rendah  
Keadaan penduduk di negara-negara yang sedang berkembang tingkat pendidikannya relatif lebih rendah dibandingkan penduduk di negara-negara maju, demikian juga dengan tingkat pendidikan penduduk Indonesia. Tingkat pendidikan bukanlah satu-satunya indikator untuk mengukur kualitas SDM penduduk suatu negara. Kualitas SDM berhubung-

an dengan produktivitas kerja. Orang yang tingkat pendidikannya tinggi diharapkan punya produktivitas yang tinggi. Kenyataan yang terjadi di Indonesia adalah banyak orang berpendidikan tinggi (sarjana) tetapi menganggur. Keadaan demikian tentu sangat memprihatinkan. Orang yang menganggur menjadi beban bagi orang lain (keluarganya). Tingkat pendidikan diharapkan berbanding lurus dengan tingkat kesejahteraan. Sehingga pembangunan dalam bidang pendidikan yang dilakukan oleh pemerintah membawa dampak positif yang signifikan terhadap kesejahteraan penduduk. Rendahnya tingkat pendidikan penduduk Indonesia disebabkan oleh:

- Pendapatan perkapita penduduk rendah, sehingga orang tua/penduduk tidak

mampu sekolah atau berhenti sekolah sebelum tamat.

- Ketidakseimbangan antara jumlah murid dengan sarana pendidikan yang ada seperti jumlah kelas, guru dan buku-buku pelajaran. Ini berakibat tidak semua anak usia sekolah tertampung belajar di sekolah.
- Masih rendahnya kesadaran penduduk terhadap pentingnya pendidikan, sehingga banyak orang tua yang tidak menyekolahkan anaknya.

Dampak yang ditimbulkan akibat dari rendahnya tingkat pendidikan terhadap pembangunan adalah rendahnya penguasaan teknologi maju, sehingga harus mendatangkan tenaga ahli dari negara maju. Keadaan ini sungguh ironis, di mana keadaan jumlah penduduk Indonesia besar, tetapi tidak mampu mencukupi kebutuhan tenaga ahli yang sangat diperlukan dalam pembangunan.

### 3. Tingkat Pendapatan (Kemakmuran) yang Rendah

Meskipun tidak termasuk negara miskin, jumlah penduduk Indonesia yang hidup di bawah garis kemiskinan cukup besar. Sebanyak 37,5 juta penduduk Indonesia hidup di bawah garis kemiskinan menurut standar yang ditetapkan PBB. Kemakmuran berbanding lurus dengan kualitas SDM. Semakin tinggi kualitas SDM penduduk, semakin tinggi pula tingkat kemakmurannya. Banyak negara yang miskin sumber daya alam tetapi tingkat kemakmuran penduduknya tinggi. Indonesia dikenal sebagai negara yang kaya sumber daya alam.

Dengan pendapatan perkapita yang masih rendah berakibat penduduk tidak mampu memenuhi berbagai kebutuhan hidupnya, sehingga sulit mencapai manusia yang sejahtera. Pendapatan per kapita rendah juga

berakibat kemampuan membeli (daya beli) masyarakat rendah, sehingga hasil-hasil industri harus disesuaikan jenis dan harganya. Bila hasil industri terlalu mahal tidak akan terbeli oleh masyarakat. Hal ini akan mengakibatkan industri sulit berkembang dan mutu hasil industri sulit ditingkatkan. Penduduk yang mempunyai pendapatan perkapita rendah juga mengakibatkan kemampuan menabung menjadi rendah. Bila kemampuan menabung rendah, pembentukan modal menjadi lambat, sehingga jalannya pembangunan menjadi tidak lancar.

## **1.6. Ukuran Dasar Demografi**

### **1.6.1. Rate**

Angka yang menunjukkan kemungkinan terjadinya suatu kejadian/penyakit tertentu dalam populasi dan waktu tertentu atau perbandingan antara kejadian dengan jumlah penduduk yang memiliki risiko kejadian tersebut. Digunakan untuk menyatakan dinamika dan kecepatan kejadian tertentu dalam masyarakat. Contoh: Morbidity rate, Mortality rate, Natality rate.

### **1.6.2. Rasio/Ratio**

Perbandingan antara nomerator dan denominator pada suatu waktu, atau perbandingan 2 bilangan yang tidak saling tergantung dan digunakan untuk menyatakan besarnya kejadian.

### **1.6.3. Proporsi**

Perbandingan antara pembilang (Numerator) dengan penyebut (denominator) dimana Numerator termasuk/bagian dari denominator, dengan satuan %.

### **1.6.4. Rata-rata**

Yaitu ukuran nilai tengah yang diperoleh dengan cara menjumlahkan semua nilai pengamatan yang didapat kemudian dibagi banyaknya pengamatan yang ada.

#### **1.6.5. Frekuensi**

Yaitu ukuran yang menyatakan berapa kali aktivitas/suatu kegiatan dilaksanakan pada periode waktu tertentu.

#### **1.6.6. Cakupan**

Ukuran untuk menilai pencapaian hasil pelaksanaan dari suatu target kegiatan yang ditentukan pada periode tertentu.

### **1.7. Pengertian dan Faktor yang Memengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk**

#### **1.7.1. Pengertian Pertumbuhan Penduduk**

Pertumbuhan penduduk adalah perubahan populasi sewaktu-waktu, dan dapat dihitung sebagai perubahan dalam jumlah individu dalam sebuah populasi menggunakan “per waktu unit” untuk pengukuran. Sebutan



pertumbuhan penduduk merujuk pada semua spesies, tapi selalu mengarah pada manusia, dan sering digunakan secara informal untuk sebutan demografi nilai pertumbuhan penduduk, dan digunakan untuk merujuk pada pertumbuhan penduduk dunia.

Pertumbuhan penduduk merupakan salah satu faktor yang penting dalam masalah sosial ekonomi umumnya dan masalah penduduk pada khususnya. Karena di samping berpengaruh terhadap jumlah dan komposisi penduduk juga akan berpengaruh terhadap kondisi sosial ekonomi suatu daerah atau negara maupun dunia.

### **1.7.2. Faktor-Faktor Pertambahan Penduduk**

Pertambahan penduduk pada dasarnya dipengaruhi oleh faktor-faktor demografi sebagai berikut:

#### **1. Kematian (Mortalitas)**

Kematian adalah hilangnya tanda-tanda kehidupan manusia secara

permanen. Kematian bersifat mengurangi jumlah penduduk dan untuk menghitung besarnya angka kematian caranya hampir sama dengan perhitungan angka kelahiran. Banyaknya kematian sangat dipengaruhi oleh faktor pendukung kematian (pro mortalitas) dan faktor penghambat kematian (anti mortalitas).

a) Faktor pendukung kematian (pro mortalitas)

Faktor ini mengakibatkan jumlah kematian semakin besar. Yang termasuk faktor ini adalah sarana kesehatan yang kurang memadai, rendahnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan, terjadinya berbagai bencana alam, terjadinya peperangan, terjadinya kecelakaan lalu lintas dan industri, tindakan bunuh diri dan pembunuhan.

b) Faktor penghambat kematian (anti mortalitas)

Faktor ini dapat mengakibatkan

tingkat kematian rendah. Yang termasuk faktor ini adalah lingkungan hidup sehat, fasilitas kesehatan tersedia dengan lengkap, ajaran agama melarang bunuh diri dan membunuh orang lain, tingkat kesehatan masyarakat tinggi, semakin tinggi tingkat pendidikan penduduk.

Ada beberapa jenis perhitungan angka kelahiran yaitu:

- Angka Kematian Kasar (*Crude Death Rate/CDR*)

Angka kematian kasar adalah yaitu angka yang menunjukkan jumlah kematian tiap 1000 penduduk tiap tahun tanpa membedakan usia dan jenis kelamin tertentu.

- Angka Kematian Khusus Menurut Umur Tertentu (*Age Specific Death Rate = ASDR*)

Angka kematian khusus menurut umur tertentu dapat digunakan untuk mengetahui

kelompok-kelompok usia manakah yang paling banyak terdapat kematian. Umumnya pada kelompok usia tua atau usia lanjut angka ini tinggi, sedangkan pada kelompok usia muda jauh lebih rendah.

- Angka Kematian Bayi (*Infant Mortality Rate* = IMR)

Angka kematian bayi adalah angka yang menunjukkan jumlah kematian bayi tiap seribu bayi yang lahir.

Bayi adalah kelompok orang yang berusia 0-1 tahun. Besarnya angka kematian bayi dapat dijadikan petunjuk atau indikator tingkat kesehatan dan kesejahteraan penduduk.

Pada umumnya bila masyarakat memiliki tingkat kesehatan yang rendah maka tingkat kematian bayi tinggi. Selain perhitungan di atas sering dihitung pula angka kematian ibu waktu melahirkan dan angka kematian bayi baru lahir.

Untuk angka kematian bayi ukurannya:

- Rendah, jika IMR antara 15-35.
- Sedang, jika IMR antara 36-75.
- Tinggi, jika IMR antara 76-125.

## 2. Kelahiran (Natalitas)

Kelahiran bersifat menambah jumlah penduduk. Ada beberapa faktor yang menghambat kelahiran (anti natalitas) dan yang mendukung kelahiran (pro natalitas) Faktor-faktor penunjang kelahiran (pro natalitas) antara lain:

- Kawin pada usia muda, karena ada anggapan bila terlambat kawin keluarga akan malu.
- Anak dianggap sebagai sumber tenaga keluarga untuk membantu orang tua.
- Anggapan bahwa banyak anak banyak rejeki.
- Anak menjadi kebanggaan bagi orang tua.
- Anggapan bahwa penerus keturunan adalah anak laki-laki, sehingga bila belum ada anak

laki-laki, orang akan ingin mempunyai anak lagi.

Faktor pro natalitas mengakibatkan pertambahan jumlah penduduk menjadi besar. Faktor-faktor penghambat kelahiran (anti natalitas), antara lain:

- Adanya program KB mengupayakan pembatasan jumlah anak.
- Adanya ketentuan batas usia menikah, untuk wanita minimal berusia 16 tahun dan bagi laki-laki minimal berusia 19 tahun.
- Anggapan anak menjadi beban keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidup.
- Adanya pembatasan tunjangan anak untuk pegawai negeri yaitu tunjangan anak diberikan hanya sampai anak ke - 2.
- Penundaaan kawin sampai selesai pendidikan akan memperoleh pekerjaan.

Faktor-faktor penunjang tingginya angka natalitas dalam suatu negara:

- a. Kepercayaan dan Agama  
Faktor kepercayaan me-  
mengaruhi orang dalam  
penerimaan KB. Ada agama atau  
kepercayaan tertentu yang tidak  
membolehkan penganut-nya  
mengikuti KB. Dengan  
sedikitnya peserta KB berarti  
kelahiran lebih banyak  
dibanding bila peserta KB  
banyak.
- b. Tingkat Pendidikan  
Semakin tinggi orang sekolah  
berarti terjadi penundaan  
pernikahan yang berarti pula  
penundaan kelahiran. Selain itu  
pendidikan mengakibatkan  
orang merencanakan jumlah  
anak secara rasional.
- c. Kondisi Perekonomian  
Penduduk yang perekonomiannya  
baik tidak memikirkan  
perencanaan jumlah anak karena  
merasa mampu mencukupi  
kebutuhannya. Jika suatu negara  
berlaku seperti itu maka

- penduduknya menjadi banyak.
- d. Kebijakan Pemerintah  
Kebijakan pemerintah memengaruhi apakah ada pembatasan kelahiran atau penambahan jumlah kelahiran. Selain itu kondisi pemerintah yang tidak stabil misalnya kondisi perang akan mengurangi angka kelahiran.
  - e. Adat istiadat di masyarakat  
Kebiasaan dan cara pandang masyarakat memengaruhi jumlah penduduk. Misalnya nilai anak, ada yang menginginkan anak sebanyak-banyaknya, ada yang menilai anak laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan atau sebaliknya, sehingga mengejar untuk mendapatkan anak laki-laki atau sebaliknya.
  - f. Kematian dan Kesehatan  
Kematian dan kesehatan berkaitan dengan jumlah kelahiran bayi. Kesehatan yang



baik memungkinkan bayi lebih banyak yang hidup dan kematian bayi yang rendah akan menambah pula jumlah kelahiran.

g. Struktur Penduduk

Penduduk yang sebagian besar terdiri dari usia subur, jumlah kelahiran lebih tinggi dibandingkan yang mayoritas usia non produktif (misalnya lebih banyak anak-anak dan orang-orang tua usia).

Untuk menentukan jumlah kelahiran dalam satu wilayah digunakan angka kelahiran (Fertilitas). Angka kelahiran yaitu angka yang menunjukkan rata-rata jumlah bayi yang lahir setiap 1000 penduduk dalam waktu satu tahun. Pengukuran Fertilitas tidak sederhana dalam pengukuran mortalitas, hal ini disebabkan adanya alasan sebagai berikut:

- a) Sulit memperoleh angka statistik lahir hidup karena

banyak bayi - bayi yang meninggal beberapa saat setelah kelahiran, tidak dicatatkan dalam peristiwa kelahiran atau kematian dan sering dicatatkan sebagai lahir mati.

- b) Wanita mempunyai kemungkinan melahirkan dari seorang anak (tetapi meninggal hanya sekali).
- c) Makin tua umur wanita tidaklah berarti, bahwa kemungkinan mempunyai anak makin menurun.
- d) Di dalam pengukuran fertilitas akan melibatkan satu orang saja. Tidak semua wanita mempunyai kemungkinan untuk melakukan.

### 3. Migrasi (Mobilitas)

Migrasi penduduk adalah perpindahan penduduk dari tempat yang satu ke tempat lain. Dalam mobilitas penduduk terdapat migrasi internasional yang merupakan perpindahan penduduk yang melewati batas suatu negara ke negara lain dan juga migrasi internal yang merupakan perpindahan penduduk yang berkulat pada sekitar wilayah satu negara saja. Faktor-faktor terjadinya migrasi:

- a. Persediaan sumber daya alam  
Pengertian mengenai perubahan ini sangat penting dalam kaitannya dengan sumber daya alam yang tidak dapat diperbaharui dan memang jenis sumberdaya inilah yang seringkali dikhawatirkan akan segera punah.
- b. Lingkungan sosial budaya  
Subyek utama dalam mengungkap permasalahan

lingkungan hidup adalah manusia. Manusia dan lingkungan hidup (alam) memiliki hubungan yang sangat erat. Keduanya saling memberi dan menerima pengaruh satu sama lain. Pengaruh alam terhadap manusia lebih bersifat pasif, sedangkan pengaruh manusia terhadap alam lebih bersifat aktif.

c. Potensi ekonomi

Pertumbuhan ekonomi yang diikuti oleh perubahan dalam struktur dan corak kegiatan ekonomi atau usaha meningkatkan pendapatan per kapita dengan jalan mengolah kekuatan ekonomi potensial menjadi ekonomi riil melalui penanaman modal, penggunaan teknologi, penambahan pengetahuan, peningkatan keterampilan, penambahan kemampuan berorganisasi, dan manajemen.

d. Alat masa depan

Perlu diketahui bahwa usia 15 – 49 tahun adalah usia subur bagi wanita. Pada usia itulah wanita mempunyai kemungkinan untuk dapat melahirkan anak.

### C. LATIHAN

1. Jelaskan yang dimaksud dengan penduduk!
2. Jelaskan tentang kualitas kependudukan!
3. Jelaskan dari mana saja sumber data kependudukan bisa diketahui!
4. Jelaskan tentang masalah kependudukan di Indonesia!
5. Sebutkan ukuran dasar demografi!
6. Jelaskan faktor yang memengaruhi laju pertumbuhan penduduk!

### D. REFERENSI

1. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care"

www.internationalmidwives.org  
KEPMEKES RI No. 1529 tahun 2010  
"Pedoman umum pengembangan desa  
dan kelurahan siaga aktif".

## **BAB II**

### **SEJARAH DAN PERKEMBANGAN KB**

#### **A. PENDAHULUAN**

Pada bab ini mahasiswa dapat menguasai materi konsep dasar keluarga berencana dan peran bidan dalam kebijakan maupun program keluarga berencana.

#### **B. PENYAJIAN MATERI**

##### **2.1. Sejarah dan Perkembangan KB**

Sejarah KB di Luar Negeri yaitu upaya keluarga berencana mula-mula timbul atas prakarsa kelompok orang-orang yang menaruh perhatian pada masalah kesehatan ibu, yaitu pada awal abad XIX di Inggris yaitu Marie Stopes (1880-1950) yang menganjurkan pengaturan kehamilan di kalangan buruh. Di Amerika Serikat dikenal dengan Margareth Sanger (1883-1966) dengan program "*birth control*" nya merupakan pelopor KB modern. Pada tahun 1917 didirikan *National Birth Control League* dan pada November 1921

diadakan *American National Birth Control Conference* yang pertama. Pada tahun 1925, ia mengorganisir Konferensi Internasional di New York yang menghasilkan pembentukan *International Federation of Birth Control League*. Pada tahun 1948, Margareth Sanger turut aktif di dalam pembentukan *International Committee on Planned Parenthood* yang dalam konferensi di New Delhi pada tahun 1952 meresmikan berdirinya *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*. Federasi ini memilih Margareth Sanger dan Lady Rama Ran dari India sebagai pimpinannya. Sejak saat itu berdirilah perkumpulan-perkumpulan keluarga berencana di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, yang merupakan cabang-cabang IPPF tersebut.

Sejarah KB dalam negeri dibagi menjadi 9 Periode:

### **2.1.1. Periode Perintisan (1950–1966)**

Sejalan dengan perkembangan KB di luar negeri, di



Indonesia telah banyak dilakukan usaha membatasi kelahiran secara tradisional dan bersifat individual. Dalam kondisi angka kematian bayi dan ibu yang melahirkan di Indonesia cukup tinggi, upaya mengatur kelahiran tersebut makin meluas terutama di kalangan dokter. Sejak tahun 1950-an para ahli kandungan berusaha mencegah angka kematian yang terlalu tinggi dengan merintis Bagian Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA). Diantara pelopor keluarga berencana tersebut Dr. Sulianti Saroso.

Pada tahun 1953, sekelompok kecil masyarakat yang terdiri dari berbagai golongan, khususnya dari kalangan kesehatan, memulai prakarsa kegiatan keluarga berencana. Kegiatan ini berkembang hingga berdirilah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dalam tahun 1957. Mula-mula

Departemen Kesehatan merupakan penunjang bagi Kegiatan-kegiatan PKBI, dengan menyediakan BKIA- BKIA serta tenaga kesehatan sebagai sarana pelayanan keluarga berencana (Depkes RI, 1985).

Namun dalam kegiatan penerangan dan pelayanan masih dilakukan terbatas mengingat PKBI, sebagai salah satu kegiatan penerangan dan pelayanan masih dilakukan terbatas mengingat PKBI, sebagai salah satunya organisasi sosial yang bergerak dalam bidang KB masih mendapat kesulitan dan hambatan, terutama KUHP nomor 283 yang melarang penyebarluasan gagasan keluarga berencana. Pada tahun 1967 PKBI diakui sebagai badan hukum oleh Departemen Kehakiman.

### **2.1.2. Periode Keterlibatan Pemerintah dalam program KB**

Didalam Kongres Nasional I PKBI di Jakarta diambil keputusan

diantaranya bahwa PKBI dalam usahanya mengembangkan dan memperluas usaha keluarga berencana (KB) akan bekerjasama dengan instansi pemerintah. Pada tahun 1967 Presiden Soeharto menandatangani Deklarasi Kependudukan Dunia yang berisikan kesadaran betapa pentingnya menentukan atau merencanakan jumlah anak, dan menjarangkan kelahiran dalam keluarga sebagai hak asasi manusia.

Pada tanggal 16 Agustus 1967 di depan Sidang DPRGR, Presiden Soeharto pada pidatonya *“Oleh karena itu kita harus menaruh perhatian secara serius mengenai usaha- usaha pembatasan kelahiran, dengan konsepsi keluarga berencana yang dapat dibenarkan oleh moral agama dan moral Pancasila”*. Sebagai tindak lanjut dari Pidato Presiden tersebut, Menkesra membentuk Panitia Ad Hoc yang bertugas

mempelajari kemungkinan program KB dijadikan Program Nasional. Selanjutnya pada tanggal 7 September 1968 Presiden mengeluarkan Instruksi Presiden No. 26 tahun 1968 kepada Menteri Kesejahteraan Rakyat, yang isinya antara lain:

- a. Membimbing, mengkoordinir serta mengawasi segala aspirasi yang ada di dalam masyarakat di bidang Keluarga Berencana.
- b. Mengusahakan segala terbentuknya suatu Badan atau Lembaga yang dapat menghimpun segala kegiatan di bidang Keluarga Berencana, serta terdiri atas unsur Pemerintah dan masyarakat.

Berdasarkan Instruksi Presiden tersebut Mankesra pada tanggal 11 Oktober 1968 mengeluarkan Surat Keputusan No. 35/KPTS/Kesra/X/1968 tentang Pembentukan Tim yang akan mengadakan persiapan bagi

Pembentukan Lembaga Keluarga Berencana. Setelah melalui pertemuan-pertemuan Menkesra dengan beberapa menteri lainnya serta tokoh-tokoh masyarakat yang terlibat dalam usaha KB. Maka pada tanggal 17 Oktober 1968 dibentuk **Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN)** dengan Surat Keputusan No. 36/KPTS/Kesra/X/1968.

Lembaga ini statusnya adalah sebagai Lembaga Semi Pemerintah.

### **2.1.3. Periode Pelita I (1969-1974)**

Periode ini mulai dibentuk **Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)** berdasarkan Keppres No. 8 Tahun 1970 dan sebagai Kepala BKKBN adalah dr. Suwardjo Suryaningrat. Dua tahun kemudian, pada tahun 1972 keluar Keppres No. 33 Tahun 1972 sebagai penyempurnaan Organisasi dan tata kerja BKKBN yang ada. Status badan ini berubah

menjadi Lembaga Pemerintah Non Departemen yang berkedudukan langsung dibawah Presiden.

Untuk melaksanakan program keluarga berencana di masyarakat dikembangkan berbagai pendekatan yang disesuaikan dengan kebutuhan program dan situasi serta kondisi masyarakat. Pada Periode Pelita I dikembangkan periode Klinik (*Clinical Approach*) karena pada awal program, tantangan terhadap ide keluarga berencana masih sangat kuat untuk itu pendekatan kesehatan paling tepat.

#### **2.1.4. Periode Pelita II (1974-1979)**

Kedudukan BKKBN dalam Keppres No. 38 Tahun 1978 adalah sebagai lembaga pemerintah non-departemen yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden. Tugas pokoknya adalah mempersiapkan kebijaksanaan umum dan mengkoordinasikan pelaksanaan program KB nasional

dan kependudukan yang mendukungnya, baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah serta mengoordinasikan penyelenggaraan pelaksanaan di lapangan.

Periode ini pembinaan dan pendekatan program yang semula berorientasi pada kesehatan ini mulai dipadukan dengan sector-sektor pembangunan lainnya, yang dikenal dengan Pendekatan Integratif (Beyond Family Planning). Dalam kaitan ini pada tahun 1973-1975 sudah mulai dirintis Pendidikan Kependudukan sebagai pilot project.

#### **2.1.5. Periode Pelita III (1979-1984)**

Periode ini dilakukan pendekatan Kemasyarakatan (partisipatif) yang didorong peranan dan tanggung jawab masyarakat melalui organisasi/institusi masyarakat dan pemuka masyarakat, yang bertujuan untuk membina dan mempertahankan

peserta KB yang sudah ada serta meningkatkan jumlah peserta KB baru. Pada masa periode ini juga dikembangkan strategi operasional yang baru yang disebut Panca Karya dan Catur Bhava Utama yang bertujuan mempertajam segmentasi sehingga diharapkan dapat mempercepat penurunan fertilitas. Pada periode ini muncul juga strategi baru yang memadukan KIE dan pelayanan kontrasepsi yang merupakan bentuk “Mass Campaign” yang dinamakan “Safari KB Senyum Terpadu”.

#### **2.1.6. Periode Pelita I (1983-1988)**

Pada masa Kabinet Pembangunan IV ini dilantik Prof. Dr. Haryono Suyono sebagai Kepala BKKBN menggantikan dr. Suwardjono Suryaningrat yang dilantik sebagai Menteri Kesehatan. Pada masa ini juga muncul pendekatan baru antara lain melalui Pendekatan



koordinasi aktif, penyelenggaraan KB oleh pemerintah dan masyarakat lebih disinkronkan pelaksanaannya melalui koordinasi aktif tersebut ditingkatkan menjadi koordinasi aktif dengan peran ganda, yaitu selain sebagai dinamisor juga sebagai fasilitator. Disamping itu, dikembangkan pula strategi pembagian wilayah guna mengimbangi laju kecepatan program.

Pada periode ini secara resmi KB Mandiri mulai dicanangkan pada tanggal 28 Januari 1987 oleh Presiden Soeharto dalam acara penerimaan peserta KB Lestari di Taman Mini Indonesia Indah. Program KB Mandiri dipopulerkan dengan kampanye Lingkaran Biru (LIBI) yang bertujuan memperkenalkan tempat-tempat pelayanan dengan logo Lingkaran Biru KB.

#### **2.1.7. Periode Pelita V (1988-1993)**

Pada masa Pelita V, Kepala BKKBN masih dijabat oleh Prof. Dr. Haryono Suyono. Pada periode ini gerakan KB terus berupaya meningkatkan kualitas petugas dan sumberdaya manusia dan pelayanan KB. Oleh karena itu, kemudian diluncurkan strategi baru yaitu Kampanye Lingkaran Emas (LIMAS). Jenis kontrasepsi yang ditawarkan pada LIBI masih sangat terbatas, maka untuk pelayanan KB LIMAS ini ditawarkan lebih banyak lagi jenis kontrasepsi, yaitu ada 16 jenis kontrasepsi.

Pada periode ini juga ditetapkannya UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, dan Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1993 khususnya sub sektor keluarga sejahtera dan Kependudukan, maka kebijaksanaan dan strategi gerakan KB

nasional diadakan untuk mewujudkan keluarga Kecil yang sejahtera melalui penundaan usia perkawinan, penjarangan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga.

#### **2.1.8. Periode Pelita VI (1993-1998)**

Dalam Kabinet Pembangunan VI sejak tanggal 19 Maret 1993 sampai dengan 19 Maret 1998, Prof. Dr. Haryono Suyono ditetapkan sebagai Menteri Negara Kependudukan/Kepala BKKBN, sebagai awal dibentuknya BKKBN setingkat Kementerian.

Pada tanggal 16 Maret 1998, Prof. Dr. Haryono Suyono diangkat menjadi Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat dan Pengentasan Kemiskinan merangkap sebagai Kepala BKKBN. Dua bulan berselang dengan terjadinya gerakan reformasi, maka Kabinet

Pembangunan VI mengalami perubahan menjadi Kabinet Reformasi Pembangunan Pada tanggal 21 Mei 1998, Prof. Haryono Suyono menjadi Menteri Koordinator Bidang Kesra dan Pengentasan Kemiskinan, sedangkan Kepala BKKBN dijabat oleh Prof. Dr. Ida Bagus Oka sekaligus menjadi Menteri Kependudukan.

Pada pelita VI, fokus kegiatan diarahkan pada pelayanan keluarga berencana dan pembangunan keluarga sejahtera, yang dilaksanakan oleh pemerintah, masyarakat dan keluarga untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Kegiatan yang dikembangkan dalam pelaksanaan pembangunan keluarga sejahtera diarahkan pada tiga gerakan, yaitu Gerakan Reproduksi Sejahtera (GRKS), Gerakan Ketahanan Keluarga Sejahtera (GKSS), dan

Gerakan Ekonomi Keluarga.

Sejahtera dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Kegiatan yang dikembangkan dalam pelaksanaan pembangunan keluarga sejahtera diarahkan pada tiga gerakan, yaitu Gerakan Reproduksi Sejahtera (GRKS), Gerakan Ketahanan Keluarga Sejahtera (GKSS), dan Gerakan Ekonomi Keluarga Sejahtera (GEKS).

#### **2.1.9. Periode Reformasi**

Pada Periode Kabinet Persatuan Indonesia, Kepala BKKBN dirangkap oleh Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan yang dijabat oleh Khofifah Indar Parawansa. Setelah itu digantikan oleh Prof. Dr. Yaumil C. Agoes Achir pada tahun 2001 dan meninggal dunia pada akhir 2003 akibat penyakit kanker dan yang kemudian terjadi kekosongan. Pada tanggal 10 November 2003, Kepala Litbangkes Departemen

Kesehatan dr. Sumarjati Arjoso, SKM dilantik menjadi Kepala BKKBN oleh Menteri Kesehatan Ahmad Sujudi sampai beliau memasuki masa pensiun pada tahun 2006.

Setelah itu digantikan oleh Dr. Sugiri Syarief, MPA yang dilantik sebagai Kepala BKKBN yang baru oleh Menteri Kesehatan DR.dr. Siti-Fadilah Supari, SPJP (K), Menteri Kesehatan pada tanggal 24 Nopember 2006. Pada tahun 2009, diterbitkan Undang Undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, BKKBN berubah dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menjadi **Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)**. Sebagai tindak lanjut dari UU 52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, di mana

BKKBN kemudian direstrukturisasi menjadi badan kependudukan, bukan lagi badan koordinasi, maka pada tanggal 27 September 2011 Kepala BKKBN, Dr. dr. Sugiri Syarief, MPA akhirnya dilantik sebagai Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) oleh Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih. Setelah dr. Sugir Syarief memasuki masa pensiun, terjadi kevakuman selama hampir sembilan bulan. Pada tanggal 13 Juni 2013 akhirnya Presiden Susilo Bambang Yudhoyono menetapkan mantan Wakil Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Prof. Fasli Jalal sebagai Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN).

## **2.2. Konsep Keluarga Berencana**

KB adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan

dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran (Depkes RI, 1999; 1). KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran (Hartanto, 2004; 27).

#### **2.2.1. Tujuan Keluarga Berencana**

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

#### **2.2.2. Sasaran Program KB**

- a. Sasaran langsung



Pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

- b. Sasaran tidak langsung  
Pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani,2010; 29).

## **2.3. Organisasi dan Program Keluarga Berencana**

### **2.3.1. PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia)**

Terbentuk tanggal 23 Desember 1957, di jalan Sam Ratulangi No. 29 Jakarta. Atas prakarsa dari dr. Soeharto yang didukung oleh Prof. Sarwono Prawirohardjo, dr. H.M. Judono, dr. Hanifa Wiknjosastro serta Dr.

Hurustiati Subandrio. Pelayanan yang diberikan berupa nasehat perkawinan termasuk pemeriksaan kesehatan calon suami isteri, pemeriksaan dan pengobatan kemandulan dalam perkawinan dan pengaturan kehamilan.

### **Visi PKBI**

Mewujudkan masyarakat yang sejahtera melalui keluarga.

### **Misi PKBI**

Memperjuangkan penerimaan dan praktek keluarga bertanggung jawab dalam keluarga Indonesia melalui pengembangan program, pengembangan jaringan dan kemitraan dengan semua pihak pemberdayaan masyarakat di bidang kependudukan secara umum, dan secara khusus di bidang kesehatan reproduksi yang berkesetaraan dan berkeadilan gender.

### **2.3.2. BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional)**

Keputusan Presiden Nomor 8 Tahun 1970 tentang pembentukan badan untuk mengelola program KB yang telah dicanangkan sebagai program nasional. Penanggung jawab umum penyelenggaraan program ada pada presiden dan dilakukan sehari-hari oleh Menteri Negara Kesejahteraan Rakyat yang dibantu Dewan Pembimbing Keluarga Berencana.

#### **Dasar pertimbangan pembentukan BKKBN**

1. Program keluarga berencana nasional perlu ditingkatkan dengan jalan lebih memanfaatkan dan memperluas kemampuan fasilitas dan sumber yang tersedia.
2. Program perlu digiatkan pula dengan pengikut sertaan baik

masyarakat maupun pemerintah secara maksimal.

3. Program keluarga berencana ini perlu diselenggarakan secara teratur dan terencana kearah terwujudnya tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

### **Tugas Pokok BBKBN**

1. Menjalankan koordinasi, integrasi dan sinkronisasi terhadap usaha-usaha pelaksanaan program keluarga berencana nasional yang dilakukan oleh unit-unit pelaksana.
2. Mengajukan saran-saran kepada pemerintah mengenai pokok kebijaksanaan dan masalah-masalah penyelenggaraan program Keluarga Berencana Nasional.
3. Menyusun Pedoman Pelaksanaan Keluarga Berencana atas dasar pokok-

pokok kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Pemerintah.

4. Mengadakan kerja sama antara Indonesia dengan negara-negara asing maupun badan-badan internasional dalam bidang keluarga berencana selaras dengan kepentingan Indonesia dan sesuai dengan prosedur yang berlaku.
5. Mengatur penampungan dan mengawasi penggunaan segala jenis bantuan yang berasal dari dalam negeri maupun yang berasal dari luar negeri sesuai dengan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh pemerintah.

Pelita I yaitu tahun 1969-1974 daerah program Keluarga Berencana meliputi 6 propinsi yaitu Jawa Bali (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali). Merupakan daerah perintis dari BKKBN. Tahun 1974 muncul program-program integral

(Beyond Family Planning) dan gagasan tentang fase program pencapaian akseptor aktif. Berdasarkan Keppres 38 tahun 1978 BKKBN bertambah besar jangkauan programnya tidak terbatas hanya KB tetapi juga program Kependudukan.

### **Misi**

Membangun setiap keluarga Indonesia untuk memiliki anak ideal, sehat, berpendidikan, sejahtera, berketahanan dan terpenuhi hak-hak reproduksinya melalui pengembangan kebijakan, penyediaan layanan promosi, fasilitasi, perlindungan, informasi kependudukan dan keluarga, serta penguatan kelembagaan dan jejaring KB.

### **Tugas pokok**

Melaksanakan tugas pemerintahan dibidang keluarga berencana dan keluarga sejahtera sesuai dengan

ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### **Landasan hukum**

- UU No. 22/1999 tentang Otda; UU No. 10/1992 ttg PKPKS;
- UU No. 25/2000 tentang Propenas;
- UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah;

### **Filosofi BBKBN**

Menggerakkan peran serta masyarakat dalam keluarga berencana.

### **Strategi**

1. *Re-Establishment* adalah membangun kembali sendi-sendi program KB nasional sampai ke tingkat lini lapangan pasca penyerahan kewenangan.
2. *Sustainability* adalah memantapkan komitmen program dan kesinambungan dukungan oleh segenap

stakeholders dari tingkat pusat sampai dengan tingkat daerah.

### **Tujuan**

Tujuannya adalah:

1. Keluarga dengan anak ideal.
2. Keluarga sehat.
3. Keluarga berpendidikan.
4. Keluarga sejahtera.
5. Keluarga berketahanan.
6. Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya.
7. Penduduk tumbuh seimbang (PTS).

### **Program KB**

1. Keluarga berencana.
2. Kesehatan reproduksi remaja.
3. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga.
4. Penguatan pelebagaan keluarga kecil berkualitas.
5. Keserasian kebijakan kependudukan.
6. Pengelolaan SDM aparatur.
7. Penyelenggaran pimpinan



kenegaraan dan pemerintahan.

8. Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur negara.

## **2.4. Manajemen Program Keluarga Berencana yang Berkualitas**

### **Strategi Program KB**

#### **1. Strategi Dasar**

- Meneguhkan kembali program di daerah.
- Menjamin kesinambungan program.

#### **2. Strategi Operasional**

- Peningkatan kapasitas sistem pelayanan Program KB Nasional.
- Peningkatan kualitas dan prioritas program.
- Penggalangan dan pemantapan komitmen.
- Dukungan regulasi dan kebijakan.
- Pemantauan, evaluasi, dan akuntabilitas pelayanan.

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 yang meliputi:

- Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 persen per tahun.
- Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
- Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6%.
- Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5persen.
- Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.
- Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
- Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera-1 yang aktif dalam

usaha ekonomi produktif.

- Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional.

## **2.5. Masalah dalam Pelayanan Keluarga Berencana**

### **2.5.1. *Unmet Need***

*Unmet need* didefinisikan sebagai kelompok yang belum terpenuhi kebutuhan kontrasepsinya, mencakup semua pria atau wanita yang sudah menikah atau hidup bersama dan dianggap aktif secara seksual yang tidak menggunakan metode kontrasepsi. *Unmet need* KB merupakan masalah yang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti karakteristik demografi, sosial ekonomi, sikap dan akses pelayanan. Secara umum, *unmet need* terjadi pada wanita yang menghadapi hambatan

keuangan, pendidikan, geografis dan sosial. Tingginya unmet need di Indonesia menjadi permasalahan bagi pemerintah, karena bukan hanya menyebabkan terjadinya ledakan penduduk, juga berpengaruh terhadap AKI di Indonesia. WUS yang tidak menggunakan KB berpeluang besar untuk hamil dan mengalami komplikasi dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas. Hal ini dapat disebabkan karena aborsi karena kehamilan yang tidak diinginkan, jarak kehamilan yang terlalu dekat, melahirkan terlalu banyak maupun komplikasi penyakit selama kehamilan, penyulit saat persalinan dan komplikasi masa nifas.

#### **2.5.2. Masalah Moral yang Terkait Keluarga Berencana**

Sebelum melakukan usaha-usaha pemasyarakatan program KB, perlu dipahami

beberapa nilai lama dalam bidang kependudukan khususnya masyarakat yang tinggal dipedesaan. Mengajak seseorang untuk mengikuti program KB, berarti mengajak mereka untuk meninggalkan nilai dan norma lama. Nilai-nilai lama tersebut antara lain:

1. Adanya anggapan bahwa anak adalah jaminan hari tua.
2. Khususnya dalam masyarakat agraris, semakin banyak anak semakin menguntungkan bagi keluarga dalam penyediaan tenaga kerja dalam bidang pertanian.
3. Kedudukan anak laki-laki sebagai factor penerus keturunan masih amat dominan. Karena tidak memiliki keturunan laki-laki dikalangan kelompok masyarakat tertentu, berarti putusnya hubungan dengan silsila kelompok.

4. Bagi masyarakat desa dan sebagian besar masyarakat kota pembicaraan terbuka mengenai seksualitas adalah sesuatu yang tabu. Adanya pola pikir masyarakat yang kurang sehat tentang makna keturunan.
5. Banyak anak banyak rezeki.

## **2.6. Keikutsertaan Pria dalam Ber-KB**

Peningkatan partisipasi pria dalam ber KB dan Kesehatan Reproduksi adalah keterlibatan dan keikutsertaan ber KB dan kesehatan reproduksi serta perilaku seksual yang sehat dan aman bagi dirinya, pasangan dan keluarganya. Partisipasi pria dalam ber-KB merupakan salah satu issue penting dalam kesehatan reproduksi. Sesuai dengan rekomendasi dari Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994 di kairo. Disepakati perubahan paradigma KB Nasional. Perubahan tersebut dari konsep dan

pelaksanaan program pengendalian kependudukan dan penurunan fertilitas/angka kelahiran menjadi kearah pendekatan kesehatan reproduksi yang lebih memperhatikan hak-hak reproduksi dan pembangunan yang berorientasi pada keadilan dan kesetaraan gender.

Sejalan dengan kondisi yang ditempuh, upaya peningkatan partisipasi pria dalam ber KB merupakan tantangan Program yang dihadapi bersama karena kondisi saat ini partisipasi pria dalam ber KB masih sangat rendah yaitu 4,4% (hasil SDKI, 2002-2003) yang meliputi vasektomi 0,4%, kondom 0,9%, senggama terputus 1,5% dan pantang berkala 1,6%, angka ini masih rendah apabila dibandingkan dengan negara-negara lain seperti Pakistan, Banglades dan Malaysia. Karena dengan meningkatnya partisipasi pria dalam KB dan KR diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap pengendalian pertumbuhan penduduk dan penanganan masalah

kesehatan reproduksi , yang pada akhirnya akan berdampak kepada penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Salah satu bentuk partisipasi pria dalam ber KB dapat dilakukan secara langsung, yaitu dengan menggunakan salah satu cara atau metoda pencegahan kehamilan seperti, alat kontrasepsi kondom, Vasektomi/MOP, metode senggama terputus dan metode pantang berkala atau sistem kalender. Selain itu partisipasi pria juga bisa dilakukan secara tidak langsung, seperti mendukung dan memberi kebebasan kepada istri untuk menggunakan kontrasepsi atau metode KB yang cocok yaitu kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi istri, membantu istri dalam menggunakan kontrasepsi secara benar, seperti mengingatkan istri untuk control kembali, membantu istri mencari pertolongan apabila terjadi komplikasi, serta memberikan motivasi kepada anggota keluarga dan masyarakat untuk menjadi peserta KB



dengan menggunakan salah satu alat kontrasepsi.

Banyak faktor yang menyebabkan rendahnya partisipasi pria dalam KB bila dilihat dari berbagai aspek seperti:

1. Dari pria/suami yang masih kurang Pengetahuan dan kesadaran dalam ber KB
2. Faktor lingkungan sosial, budaya, masyarakat dan keluarga yang masih mengaggap partisipasi pria tidak penting serta pandangan yang cenderung menyerahkan tanggung jawab pelaksanaan KB dan kesehatan reproduksi kepada wanita.
3. Keterbatasan informasi dan aksesibilitas terhadap pelayanan KB pria
4. Keterbatasan jenis/metode kontrasepsi pria
5. Dukungan dan politis dan operasional masih rendah disemua tingkatan.

Berkaitan dengan hal di atas,

upaya awal yang bias dilakukan untuk meningkatkan partisipasi pria dalam KB adalah memberikan informasi kepada calon pengantin baik pria maupun wanita, serta peningkatan dukungan baik dari para pengambilan keputusan, tokoh masyarakat, tokoh agama dan seluruh anggota keluarga, meningkatkan promosi dan konseling untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran para pria/suami. Selain itu dari BkbbN sendiri meningkatkan kualitas pelayanan seperti menyediakan tempat pelayanan kontrasepsi yang lebih mudah dijangkau oleh masyarakat, menyediakan berbagai ragam pilihan metode kontrasepsi bagi suami, serta meningkatkan kemampuan teknis provider melalui pelatihan dan penyegaran. Peningkatan partisipasi pria dalam ber KB dan kesehatan reproduksi dapat berhasil jika mendapat dukungan semua pihak terutama instansi terkait.

## **2.7. Peran Bidan dalam Pelayanan Keluarga Berencana**

### **Peran bidan sebagai konselor Keluarga Berencana**

Bidan merupakan satu profesi tertua didunia sejak adanya peradaban umat manusia. Peran dan posisi bidan dimasyarakat sangat dihargai dan dihormati karena tugasnya sangat mulia, memberi semangat, mendampingi serta menolong ibu yang akan melahirkan. Bidan sebagai konselor memiliki kemampuan teknik konseling, pengetahuan tentang alat kontrasepsi dan yang berkaitan dengan pemakaiannya.

Calon pemakai kontrasepsi untuk menggunakan salah satu alat KB adalah pilihan calon sendiri, setelah mereka memahami manfaat dari setiap alat kontrasepsi. Dan pemilihan alat kontrasepsi oleh bidan dan keluarganya merupakan hak calon dan keluarganya untuk dapat merencanakan dengan baik tentang pengaturan kelahiran mereka. Salah satu tugas mandiri bidan

yaitu memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana dimana mencakup:

1. Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada PUS.
2. Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan.
3. Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien.
4. Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
5. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
6. Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama.
7. Membuat pencatan dan pelaporan.

Bidan yang telah memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang kebidanan khususnya akan dapat berperan sebagai konselor, salah satunya konselor KB. Dalam tugasnya sebagai konselor KB, bidan memberikan penyuluhan pertama tentang pemanfaatan kontrasepsi kemudian

menjelaskan macam – macam alkon serta keuntungan dan kerugian dari masing-masing KB.

Peran bidan sebagai konselor keluarga berencana ini tidak hanya diperuntukan untuk wanita saja tapi pria juga. Dikarenakan alat kontrasepsi tidak hanya digunakan oleh wanita saja namun pria juga mempunyai alat kontrasepsi tersendiri. Konseling keluarga berencana pascapersalinan yang diberikan oleh bidan tidak hanya diberikan pada ibu sendiri tapi pada saat berlangsungnya konseling diikuti oleh suami istri.

## **2.8. Dampak Program Keluarga Berencana**

1. Untuk Ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:
  - a. Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
  - b. Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan

oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.

2. Untuk anak-anak yang dilahirkan, manfaatnya:
  - a. Anak tumbuh secara wajar karena ibu mengandungnya dalam keadaan sehat.
  - b. Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.
3. Untuk anak-anak yang lain, manfaatnya:
  - a. Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga
  - b. Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan

lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk setiap anak

- c. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata
- 4. Untuk ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat:
  - a. Memperbaiki kesehatan fisiknya.
  - b. Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terluang untuk keluarganya.
- 5. Untuk seluruh keluarga, manfaatnya: Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan.

### C. LATIHAN

1. Jelaskan tentang sejarah dan perkembangan keluarga berencana
2. Jelaskan organisasi dan program keluarga berencana
3. Jelaskan peran bidan dalam pelayanan keluarga berencana
4. Jelaskan masalah yang ada dalam pelayanan keluarga berencana

#### **D. REFERENSI**

1. Keluarga berencana kesehatan reproduksi, gender dan pembangunan kependudukan, Direktorat Advokasi dan KIE, BKKBN, UNFPA, Bank Dunia, ADB dan STARH, 2003
2. Pemahaman bagi pasutri tentang Partisipasi pria/suami dalam KB dan Kesehatan Reproduksi, BKKBN bekerjasama dengan UNFPA, Jakarta, 2006.



# **BAB III**

## ***EVIDENCE BASED DALAM***

### **PELAYANAN KB**

#### **A. PENDAHULUAN**

Evidence Based Practice merupakan strategi untuk memperoleh pengetahuan yang uptodate guna membuat keputusan klinis yang efisien dan efektif. EBP dapat dijadikan sarana untuk membentuk tingkah laku bidan yang positif dalam memimplementasikan EBP kedalam praktik.

#### **B. PENYAJIAN MATERI**

##### **3.1. Evidence Based Dalam Pelayanan KB**

###### **a. Kesehatan reproduksi dan KB**

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik,mental,dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya (WHO).

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan

kesejahteraan social dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan system reproduksi dan fungsi serta proses (ICPD, 1994).

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, spiritual yang memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (BKKBN, 1996).

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur

jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013).

**b. Contoh *Evidence Based***

**1) AKDR Update**

Tiga jenis AKDR yang tersedia saat ini adalah Cu T 380A dan levonogestrel-releasing intra uterine devices (LNG-IUDs) yang terdiri dari 20 mcg yang dikeluarkan per 24 jam (Mirena) dan dosis yang lebih kecil 14 mcg per 24 jam (Skyla). AKDR tembaga pertama kali dikembangkan tahun 1960 sampai 1970an dan Cu T 380A pertama kali disetujui oleh United States Food and Drug Administration (FDA) pada tahun 1984. Penggunaan Cu T 380A pertama kali adalah untuk 4-12 tahun saja, kemudian diperpanjang sampai 10 tahun

pada tahun 1994 (Rowe et al, 2016).

Pengembangan AKDR progesterone dimulai pada tahun 1970an dan menghasilkan antara lain dalam persetujuan peraturan obat di Finlandia tahun 1990 dimana AKDR dengan 52 mg LNG (mirena) yang melepaskan 20 mcg perhari dapat efektif selama 5 tahun. US FDA baru menyetujui LNG 20 mcg yang efektif selama 5 tahun pada tahun 2000. Tahun 2014 FDA menyetujui AKDR dengan 13,5 mg LNG-IUD dan ditahun 2015 52 mg LNG-Jenis.

AKDR terbaru yaitu skyla, memiliki ukuran yang lebih kecil dari AKDR mirena. Mengandung levonorgestrel. Jenis Skyla ini dapat digunakan dalam jangka waktu 3 tahun, sedangkan Mirena dapat digunakan dalam jangka waktu 5 tahun. Skyla dapat digunakan oleh wanita yang

belum memiliki anak dan mirena digunakan pada wanita yg sudah memiliki anak.

Jenis AKDR yang lain adalah AKDR progestin dengan dua jenis yaitu prigestase yang mengandung progesterone dan mirena yang mengandung levonorgestrel. Cara kerjanya menutup jalan pertemuan sperma dan sel telur, mengurangi jumlah sperma yang bisa masuk tuba falopi (tempat sel telur), menjadikan selaput lendir rahim tipis dan tidak siap ditempati sel telur, serta menginaktifkan sperma.

Kontrasepsi ini sangat efektif dan bisa dipasang selama satu tahun. Keuntungan lainnya adalah tidak berpengaruh terhadap ASI, kesuburan cepat kembali, dapat digunakan bersama dengan obat tuberculosis, epilepsi, dan hormon estrogen untuk wanita

perimenopause. Keterbatasannya perlu dilakukan pemeriksaan dalam, harga dan pemasangan relatif mahal, memerlukan tenaga kesehatan khusus, menyebabkan amenore pada penggunaan jangka panjang, menurunkan kadar HDL kolesterol, memicu pertumbuhan mioma dan kanker payudara, serta meningkatkan risiko rangang panggul. Kontraindikasi pengguna AKDR progestin adalah hamil (bisa menyebabkan keguguran), perdarahan per vagina yang belum jelas penyebabnya, keputihan, menderita salah satu penyakit reproduksi, dan menderita kanker.

AKDR progestin bisa dipasang selama siklus haid, 48 jam setelah melahirkan, enam bulan pertama untuk ibu yang menyusui secara eksklusif, serta pasca keguguran jika tidak mengalami infeksi. Kerugian

Progestin adalah versi sintetis dari progesteron, yaitu hormon seks wanita, yang memainkan peran penting dalam kehamilan. Progestin adalah salah satu hormon yang digunakan dalam terapi penggantian hormon yang banyak digunakan untuk mengobati gejala-gejala menopause. Akan tetapi, suntikan progestin juga telah dikaitkan dengan kegagalan perawatan kesuburan. Peneliti menemukan risiko baru dalam penelitian terhadap ketiga kelompok wanita tersebut. Semua alat kontrol kelahiran yang digunakan dalam penelitian ini terbukti efektif dan tidak satupun dari peserta mengalami perubahan berat badan dan peningkatan kadar kolesterol atau tekanan darah. Yang mana Skyla dan lilleta efektif selama 3 tahun (Rowe et al, 2016).

## **2) MOW tanpa sayatan**

Teknik terbaru sterilisasi wanita yakni operasi tanpa sayatan pada perut mulai dikembangkan. Teknik tersebut menggunakan pendekatan histereskopi streilisasi wanita. Sebelumnya, ada dua teknik operasi sterilisasi wanita pada umumnya, yaitu melalui sayatan  $\pm 10$  cm pada perut (minilaparotomi) atau menggunakan teknik minim sayatan  $\pm 1,5 - 2$  cm pada perut (laparoscopi).

Teknik terbaru telah dikembangkan sejak lama dan terus dimodifikasi sehingga lebih aman dan nyaman. Sekarang, dengan teknologi terkini dan penemuan peralatan-peralatan terbaru yang sangat kecil serta menggunakan bahan dasar terpercaya, teknik tersebut mulai diterima dunia kedokteran dan masyarakat awam. Teknik ini menggunakan alat berupa



histereskopi yang dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mulut rahim.

### **3) Implant Terkini**

Susuk/implant disebut alat kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang di bawah kulit pada lengan atas, alat kontrasepsi ini disusupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam. Bentuknya semacam tabung-tabung kecil atau pembungkus plastik berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Susuk dipasang seperti kipas dengan enam buah kapsul atau tergantung jenis susuk yang akan dipakai. Di dalamnya berisi zat aktif berupa hormon. Susuk tersebut akan mengeluarkan hormon sedikit demi sedikit. Jadi, konsep kerjanya menghalangi terjadinya ovulasi dan menghalangi migrasi sperma. Pemakaian susuk dapat diganti setiap 5 tahun, 3 tahun, dan ada juga yang diganti setiap

tahun. Pencabutan bisa dilakukan sebelum waktunya jika memang ingin hamil lagi.

Macam Implant:

- a) Non Biodegradable Implan
- b) Norplant (6 kapsul), berisi hormon levonorgestrel, daya kerja 5 tahun.
- c) Norplant-2 (2 batang), berisi hormon levonorgestrel, daya kerja 3 tahun.
- d) Norplant 1 batang, berisi hormon ST - 1435, daya kerja 2 tahun.
- e) Norplant 1 batang, 1 batang berisi hormon 3 keto desogestrel, daya kerja 2,5 - 4 tahun.

#### **4) Pengembangan Model Konseling KB Berbasis Video**

Salah satu rendahnya cakupan MKJP adalah karena rendahnya pengetahuan calon akseptor mengenai MKJP. Video dapat menjadi alternatif media konseling KB yang menarik dan

mudah diingat oleh calon akseptor untuk mengatasi permasalahan tersebut. Pemilihan subjek penelitian dilakukan dengan cara *consecutive sampling*. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian eksperimen semu dengan *prepost test design* yang Responden dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, kelompok perlakuan adalah ibu nifas yang diberikan konseling KB menggunakan video.

Sampel penelitian adalah 62 ibu nifas 10–14, terdiri atas kelompok kontrol dan perlakuan. Pre-test pengetahuan dan pemilihan metode kontrasepsi dilakukan pada ibu 10–14 hari postpartum, dengan memberikan pertanyaan essay terbuka menggunakan kuesioner pada saat kunjungan rumah, setelah pre test dilaksanakan, untuk kelompok kontrol langsung

diberikan konseling KB oleh bidan tanpa menggunakan video, sedangkan untuk kelompok perlakuan diberikan konseling KB oleh bidan dengan menggunakan video.

Post test untuk pengetahuan dilakukan sebelum ibu datang ke bidan yaitu pada hari ke 36-40 masa nifas dengan tujuan untuk menghindari bias karena pemberian konseling tambahan oleh bidan, sedangkan untuk post test pemilihan MKJP diobeservasi sampai dengan akseptor menggunakan alat kontrasepsi.

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer langsung dari responden penelitian, mencakup data demografi, pengetahuan MKJP, serta pemilihan MKJP. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner dengan 6 soal essay pengetahuan yang kemudian dilakukan pemberian skor pada

jawaban responden dengan skala penilaian 1–100. Instrumen penelitian lain yang digunakan adalah video yang dirancang oleh peneliti berisi fungsi KB, jenis alat kontrasepsi, kekurangan dan kelebihan alat kontrasepsi, serta dilengkapi dengan testimoni akseptor, pemasangan, pencabutan IUD, implan, serta pelaksanaan tindakan MOW dan MOP.

Perbedaan signifikan pada kedua kelompok terjadi karena kedua kelompok diberikan konseling KB, konseling KB merupakan upaya pemecahan masalah dengan harapan sesudah konseling diberikan terdapat perbedaan pengetahuan dan perilaku responden mengenai KB. Penggunaan media pada saat pemberian informasi sangat berpengaruh terhadap daya ingat seseorang, karena pemberian informasi melibatkan aktivitas

otak kiri dan kanan. Informasi yang diberikan dengan menggunakan gambar, gerak, warna dan suara lebih banyak melibatkan kerja otak kanan dibandingkan dengan pemberian informasi melalui tulisan, yang berarti bahwa informasi dalam bentuk video lebih dapat diingat dibandingkan informasi dalam bentuk tulisan atau gambar tidak bergerak. Hal tersebut menyebabkan responden yang diberikan konseling KB menggunakan video memiliki peningkatan pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang diberikan konseling tanpa menggunakan video.

Penggunaan media video merupakan hal yang baru dilakukan pada konseling KB di Kabupaten Karawang. Konseling KB yang biasa dilakukan oleh bidan pada umumnya

menggunakan media lembar balik alat bantu pengambilan keputusan ber-KB (ABPK) atau tanpa menggunakan media. Hal ini menyebabkan penggunaan media video menjadi lebih menarik bagi responden, responden penelitian akan memperhatikan dengan seksama isi yang terdapat dalam video, sehingga secara tidak disadari memori responden bekerja untuk mendapatkan informasi tentang MKJP tersebut dapat diingat secara baik oleh responden. Responden yang diberikan konseling menggunakan video 41,69 kali lebih berpeluang memiliki pengetahuan yang baik dibandingkan dengan responden yang diberikan konseling tanpa video. Intelligent Television (INT) dalam laporannya tentang "Video Use and Higher Education" mengatakan bahwa penggunaan video sebagai media

pembelajaran mengalami peningkatan sejak tahun 2008, penggunaan media memiliki pengaruh yang besar bagi siswa dilihat dari kepuasan siswa, akses yang mudah didapat serta operasionalisasi video yang mudah, meskipun begitu tetap terdapat keterbatasan yaitu diperlukannya alat untuk mengakses video tersebut.

**5) Penerapan e-file multimedia dan pendampingan suami pada konseling pengambilan keputusan calon akseptor KB baru IUD di BPM diana yulita alian**

Konseling menggunakan e-file multimedia merupakan inovasi baru yang memiliki kemampuan menyajikan informasi KB dalam bentuk animasi bergerak, yang dapat meningkatkan pengetahuan tentang KB. Selain itu, adanya pendampingan suami juga dapat



membantu PUS dalam pengambilan keputusan KB, maka dari itu penulis tertarik untuk menerapkan e-file multimedia dan pendampingan suami pada konseling KB IUD. Tujuan penerapan e-file multimedia dan pendampingan suami pada konseling pengambilan keputusan calon akseptor KB baru IUD, mengetahui peningkatan pengetahuan calon akseptor setelah diberi konseling dan kemantapan responden dengan melakukan pemasangan IUD.

Menggunakan metode deskriptif analitik, yang menggambarkan dan mendeskripsikan fakta yang didapat melalui pengkajian menggunakan kuesioner, wawancara dan dokumentasi. Waktu penerapan dimulai bulan Februari sampai Juni 2017. Hasil: E-file multimedia dan

pendampingan suami telah diterapkan pada 5 partisipan, terjadi peningkatan pengetahuan dengan skor tertinggi yang diperoleh oleh Ny. M dan Tn. R yaitu 6 nilai benar (pretest) meningkat menjadi 34 nilai benar (posttest). Setelah pemberian asuhan, 2 partisipan mantap melakukan pemasangan IUD, 1 partisipan memilih IUD tetapi belum mantap melakukan pemasangan IUD karena faktor biaya dan 2 partisipan tidak memilih IUD karena faktor agama, paritas dan takut menggunakan IUD. Hasil konseling menggunakan e-file multimedia dan pendampingan suami dapat menambah pengetahuan dan kemantapan responden menggunakan KB IUD.

**6) Aplikasi Pembelajaran Generasi Berencana pada Pusat Informasi dan Konseling Remaja Gerami**

## **Naungan BKKBN Sumatera Barat**

Aplikasi multimedia memungkinkan pemakai komputer untuk memperoleh output dalam bentuk yang lebih menarik dibandingkan dengan media-media cetak atau majalah. Salah satu bentuk media pembelajaran yaitu multimedia interaktif yang merupakan penggabungan komputer dengan multimedia. Multimedia interaktif dapat memberikan kemudahan bagi pengguna untuk memperoleh informasi yang lebih jelas, karena penyampaian informasinya ditampilkan secara multimedia (banyak media) sehingga lebih mudah dimengerti dan lebih menarik.

Membuat *software* multimedia profesional untuk mensosialisasikan materi Generasi Berencana dapat menjadi mudah dan menyenangkan dengan AutoPlay

Media Studio. Dengan lingkungan desain visual, memungkinkan semua orang dapat menggunakannya cukup drag dan drop konten media (teks, foto, video, Adobe Flash, QuickTime, PDF, dan banyak lagi) ke "halaman" dan kemudian menambah interaktivitas dengan lebih dari 865 tindakan yang bisa dilakukan. Lua yang berarti "Bulan" dalam bahasa Portugis dengan pengucapan "LOOah". Lua merupakan bahasa scripting yang efisien dan ringan. Mendukung pemrograman prosedural, pemrograman berorientasi objek, pemrograman fungsional, pemrograman berbasis data, dan deskripsi data (Dikutip dari: <https://www.lua.org/about.html>). Lua merupakan bahasa pemrograman yang dinamis, multi paradigma dan menyediakan seperangkat kecil atas fitur-fitur

umum yang dapat dikembangkan lebih lanjut untuk memenuhi ragam kebutuhan yang berbeda.

Generasi Berencana (GenRe) merupakan program yang dikembangkan oleh BKKBN dengan kelompok sasaran remaja usia 10-24 tahun yang belum menikah dan keluarga serta masyarakat yang peduli tentang isu kehidupan remaja, dengan membentuk sebuah organisasi bernama Pusat Informasi dan Konseling Remaja untuk merangkul remaja dan mensosialisasikan isu serta materi seputar remaja. Metode penelitian ini : 1. Penelitian Pustaka (Library Research). Studi pustaka melalui buku-buku, internet atau bahan lainnya yang berkaitan dengan masalah ini yang berguna untuk mendapatkan informasi dan data yang bersifat teoritis. 2. Studi Lapangan (Field Research). Dalam penelitian ini Penulis

mengumpulkan data informasi dengan meninjau langsung ke lokasi dan memperoleh melalui pengamatan, wawancara, dan dokumentasi. 3. Penelitian Labor (Laboratory Research) yang meliputi kegiatan perancangan, pembuatan, pendeteksian kesalahan dan mencoba aplikasi agar dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Spesifikasi komputer meliputi hardware dan software. Merancang konsep dimaksudkan agar aplikasi yang dibuat menjadi lebih terarah dan tepat sasaran. Aplikasi yang dibuat menggambarkan simulasi menggunakan sistem operasi yang dapat dipahami secara utuh serta dapat mengulang kembali.

Dalam hal ini sasarannya adalah remaja yang menjadi peserta penyuluhan materi generasi berencana. Rancangan menu hirarki aplikasi ini berisi tentang alur antara halaman

perhalaman yang akan dibuat. Yang bermula pada halaman petunjuk hingga ke halaman video. Setiap halamannya mampu berpindah ke halaman menu, sehingga memudahkan user dalam menggunakannya.

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan serta hasil yang telah diperoleh selama perancangan dan pembuatan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut. 1. Aplikasi multimedia dibuat lebih interaktif dari bahan ajar sebelumnya untuk mengurangi kebosanan remaja terhadap materi yang diberikan. 2. Aplikasi menyajikan teks, gambar, suara, dan video untuk meningkatkan ketertarikan remaja terhadap penyampaian materi. 3. Aplikasi ini dibuat menggunakan software AutoPlay Media Studio dan dirancang dengan bahasa pemrograman Lua. Menggabungkan obyek-

obyek multimedia secara interaktif dan menarik, sehingga menghasilkan media pembelajaran berbasis multimedia dalam bentuk aplikasi dengan format \*.EXE. Kemudian dikemas dalam CD sebagai sarana pembelajaran.

### **C. LATIHAN**

1. Apa yang dimaksud dengan *Evidence Based*?
2. Apa Evidence Based Dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB?



#### **D. REFERENSI**

1. Ikhwani, Susanto. 2019. Evidence Based practice dalam pelayanan kesehatan. Jakarta: CV. Trans info media.
2. Saifuddin A. 2003. Buku panduan praktis pelayanan kontrasepsi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

## **BAB IV**

### **JENIS METODE KONTRASEPSI**

#### **A. PENDAHULUAN**

Perkembangan penduduk di Indonesia dari tahun ke tahun semakin meningkat. Masalah kependudukan merupakan salah satu masalah yang dihadapi dalam pembangunan nasional di Indonesia. Penemuan Penicillin tahun 1930 dan program kesehatan masyarakat yang semakin meningkat, sejak tahun 1960-an mengakibatkan turunnya angka kematian di dunia, tetapi tidak diimbangi dengan angka kelahiran yang semakin meningkat.

Keadaan ini berpengaruh terhadap pertambahan pertumbuhan penduduk yang semakin cepat sehingga menimbulkan banyak permasalahan. Oleh karena itu diperlukan langkah kebijakan secara terpadu dan terkoordinasi dalam menurunkan angka kelahiran agar pertambahan penduduk dapat dikendalikan. Salah satu upaya untuk menurunkan tingkat pertumbuhan penduduk adalah melalui program Keluarga Berencana (KB) yang dilaksanakan mulai tahun 1970.

Keluarga Berencana (KB) adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Keluarga Berencana memiliki dua program, yaitu KEI (Komunikasi, Edukasi, dan Informasi) dan Pelayanan Kontrasepsi. Berbagai macam pilihan alat kontrasepsi yang disediakan oleh pemerintah khususnya bagi wanita, antara lain: pil, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim (IUD), implant, tisu KB, tubektomi (MOW), cream, jelly, dan foam. Pemilihan alat kontrasepsi bagi wanita harus menimbang berbagai faktor, termasuk status kesehatan mereka, efek samping potensial suatu metode, konsekuensi terhadap kehamilan yang tidak diinginkan, besarnya keluarga yang diinginkan, penghasilan keluarga, dan kerjasama pasangan.

Salah satu tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam pemberian pelayanan kontrasepsi adalah Bidan. Saat ini lulusan pendidikan Profesi Bidan harus mampu melakukan pelayanan kontrasepsi serta bisa menganalisa kelayakan penggunaan metode kontrasepsi agar tidak

terjadi akseptor yang drop out dari penggunaan kontrasepsinya.

## **B. KRITERIA KELAYAKAN PENGGUNA METODE KONTRASEPSI**

### **1. Metode Sederhana**

#### **a) Tanpa Alat**

##### **1) KB Alamiah**

##### **(a)Metode Kalender**

Metode kalender atau pantang berkala merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang paling tua. Pencetus KBA sistem kalender adalah dr. Knaus (ahli kebidanan dari Vienna) dan dr. Ogino (ahli ginekologi dari Jepang). Metode kalender ini berdasarkan pada siklus haid/menstruasi wanita.

Knaus berpendapat bahwa ovulasi terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Sedangkan Ogino berpendapat bahwa ovulasi tidak selalu terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi, tetapi dapat terjadi antara 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya. Hasil

penelitian kedua ahli ini menjadi dasar dari KBA sistem kalender.

i) Pengertian

Metode kalender atau pantang berkala adalah cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

ii) Manfaat

Metode kalender atau pantang berkala dapat bermanfaat sebagai kontrasepsi maupun konsepsi.

➤ Manfaat kontrasepsi

Sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan.

➤ Manfaat konsepsi

Dapat digunakan para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan hubungan seksual saat masa subur/ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bisa hamil.

iii) Keuntungan

Metode kalender atau pantang berkala mempunyai keuntungan sebagai berikut.

- (1) Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana.
- (2) Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat.
- (3) Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya.
- (4) Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual.
- (5) Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- (6) Tidak memerlukan biaya.
- (7) Tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi.

iv) Keterbatasan

Sebagai metode sederhana dan alami, metode kalender atau pantang berkala ini juga memiliki keterbatasan, antara lain:

- (1) Memerlukan kerjasama yang

baik antara suami istri.

- (2) Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya.
- (3) Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat.
- (4) Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur.
- (5) Harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus.
- (6) Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat).
- (7) Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

v) Penerapan

Hal yang perlu diperhatikan pada siklus menstruasi wanita sehat ada tiga tahapan:

- (1) *Pre ovulatory infertility phase* (masa tidak subur sebelum ovulasi).
- (2) *Fertility phase* (masa subur).

- (3) *Post ovulatory infertility phase*  
(masa tidak subur setelah ovulasi).

Perhitungan masa subur ini akan efektif bila siklus menstruasinya normal yaitu 21-35 hari. Pemantauan jumlah hari pada setiap siklus menstruasi dilakukan minimal enam kali siklus berturut-turut. Kemudian hitung periode masa subur dengan melihat data yang telah dicatat.

- Bila haid teratur (28 hari)

Hari pertama dalam siklus haid dihitung sebagai hari ke-1 dan masa subur adalah hari ke-12 hingga hari ke- 16 dalam siklus haid.

Contoh:

Seorang wanita/istri mendapat haid mulai tanggal 9 Maret. Tanggal 9 Maret ini dihitung sebagai hari ke-1. Maka hari ke-12 jatuh pada tanggal 20 Maret dan hari ke 16 jatuh pada tanggal 24 Maret. Jadi masa subur yaitu



sejak tanggal 20 Maret hingga tanggal 24 Maret. Sehingga pada masa ini merupakan masa pantang untuk melakukan senggama. Apabila ingin melakukan hubungan seksual harus menggunakan kontrasepsi.

➤ Bila haid tidak teratur

Jumlah hari terpendek dalam 6 kali siklus haid dikurangi 18. Hitungan ini menentukan hari pertama masa subur. Jumlah hari terpanjang selama 6 siklus haid dikurangi 11. Hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur.

Rumus:

Hari pertama masa subur=

Jumlah hari terpendek -18 Hari

Terakhir masa subur=

Jumlah hari terpanjang -11

Contoh:

Seorang wanita/istri mendapat haid dengan siklus terpendek 25 hari dan siklus terpanjang 30 hari (mulai hari pertama haid sampai

haid berikutnya).

Langkah 1:  $25 - 18 = 7$

Langkah 2:  $30 - 11 = 19$

Jadi masa suburnya adalah mulai hari ke-7 sampai hari ke-19. Sehingga masa ini, suami istri tidak boleh melakukan senggama. Apabila ingin melakukan senggama harus menggunakan kontrasepsi.

**(b) Metode Suhu Tubuh Basal**

i) Pengertian

Suhu tubuh basal adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat (tidur). Pengukuran suhu basal dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas lainnya. Tujuan pencatatan suhu basal untuk mengetahui kapan terjadinya masa subur/ovulasi. Suhu basal tubuh diukur dengan alat yang berupa termometer

basal. Termometer basal ini dapat digunakan secara oral, per vagina, atau melalui dubur dan ditempatkan pada lokasi serta waktu yang sama selama 5 menit.

ii) Manfaat

Metode suhu basal tubuh dapat bermanfaat sebagai konsepsi maupun kontrasepsi.

➤ Manfaat konsepsi

Metode suhu basal tubuh berguna bagi pasangan yang menginginkan kehamilan.

➤ Manfaat kontrasepsi

Metode suhu basal tubuh berguna bagi pasangan yang menghindari atau mencegah kehamilan.

iii) Petunjuk Bagi Pengguna

Metode Suhu Basal Tubuh

Aturan perubahan suhu/temperatur sebagai berikut:

1) Suhu diukur pada waktu

yang hampir sama setiap pagi (sebelum bangun dari tempat tidur).

- 2) Catat suhu ibu pada kartu yang telah tersedia.
- 3) Gunakan catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid untuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang “normal dan rendah” dalam pola tertentu tanpa kondisi-kondisi di luar normal atau biasanya.
- 4) Abaikan setiap suhu tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain.
- 5) Tarik garis pada 0,05 derajat celcius -0,1 derajat celcius di atas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut. Garis ini disebut garis pelindung (*cover line*) atau garis suhu.
- 6) Periode tak subur mulai pada sore hari setelah hari ketiga berturut-turut suhu

tubuh berada di atas garis pelindung/suhu basal.

- 7) Hari pantang senggama dilakukan sejak hari pertama haid hingga sore ketiga kenaikan secara berurutan suhu basal tubuh (setelah masuk periode masa tidak subur).
- 8) Masa pantang untuk senggama pada metode suhu basal tubuh lebih panjang dari metode ovulasi billings.
- 9) Perhatikan kondisi lendir subur dan tak subur yang dapat diamati.

**(c) Metode Lendir Serviks**

Metode mukosa serviks atau ovulasi billings ini dikembangkan oleh Drs. John, Evelyn Billings dan Fr Maurice Catarinich di Melbourne, Australia kemudian menyebar ke seluruh dunia. Metode ini tidak menggunakan obat atau alat

sehingga dapat diterima oleh pasangan taat agama dan budaya yang berpantang dengan kontrasepsi modern.

i) Kelebihan

Metode mukosa serviks ini memiliki kelebihan, antara lain:

- 1) Mudah digunakan.
- 2) Tidak memerlukan biaya.
- 3) Metode mukosa serviks merupakan metode keluarga berencana alami lain yang mengamati tanda-tanda kesuburan.

ii) Keterbatasan

Sebagai metode keluarga berencana alami, metode mukosa serviks ini memiliki keterbatasan. Keterbatasan tersebut antara lain:

- 1) Tidak efektif bila digunakan sendiri, sebaiknya dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain (misal metode

simptothermal).

- 2) Tidak cocok untuk wanita yang tidak menyukai menyentuh alat kelaminnya.
- 3) Wanita yang memiliki infeksi saluran reproduksi dapat mengaburkan tanda-tanda kesuburan.
- 4) Wanita yang menghasilkan sedikit lendir.

iii) Hal yang Memengaruhi Pola Lendir Serviks

Pola lendir serviks pada wanita dapat dipengaruhi hal-hal berikut:

- 1) Menyusui.
- 2) Operasi serviks dengan *cryotherapy* atau *electrocautery*.
- 3) Penggunaan produk kesehatan wanita yang dimasukkan dalam alat reproduksi.
- 4) Perimenopause.
- 5) Penggunaan kontrasepsi

hormonal termasuk  
kontrasepsi darurat.

6) Spermisida.

7) Infeksi penyakit menular  
seksual.

8) Terkena vaginitis.

**(d) Metode Sim To Termal**

Metode simpto-thermal merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang mengidentifikasi masa subur dari siklus menstruasi wanita. Metode simpto-thermal

mengkombinasikan metode suhu basal tubuh dan mukosa serviks. Tetapi ada teori lain yang menyatakan bahwa metode ini mengamati tiga indikator kesuburan yaitu perubahan suhu basal tubuh, perubahan mukosa/lendir serviks, dan perhitungan masa subur melalui metode kalender.

- Hal yang memengaruhi Metode Simpto-thermal Menjadi Efektif



Metode simptoothermal akan menjadi efektif apabila:

1. Pencatatan dilakukan secara konsisten dan akurat.
  2. Tidak menggunakan kontrasepsi hormonal, karena dapat mengubah siklus menstruasi dan pola kesuburan.
  3. Penggunaan metode barrier dianjurkan untuk mencegah kehamilan.
  4. Kerja sama dengan pasangan perlu karena ia harus bersedia membantu untuk menghindari kehamilan baik dengan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan beberapa metode penghalang selama hari-hari paling subur.
- Hal yang memengaruhi Metode Simptoothermal Tidak Efektif
    - a) Wanita yang mempunyai

bayi, sehingga harus bangun pada malam hari.

b) Wanita yang mempunyai penyakit.

c) Pasca perjalanan.

d) Konsumsi alkohol.

- Pola Grafik Kesuburan pada Metode Simptothermal

Pola grafik kesuburan tidak sesuai digunakan wanita pada kasus sebagai berikut:

1) Wanita yang memiliki pasangan seksual lebih dari satu.

2) Tidak ada komitmen antara pasangan suami istri untuk menggunakan metode simptothermal.

3) Wanita yang tidak dapat mengamati hari suburnya karena sifat wanita itu sendiri atau alasan lain.

4) Wanita yang ragu apakah dia mampu tidak melakukan hubungan seksual tanpa alat

kontrasepsi barier minimal 10 hari setiap bulan atau menerapkan metode kontrasepsi lain di hari tidak amannya.

- 5) Wanita yang mempunyai risiko kesehatan/medis tertentu yang membahayakan jika dia hamil.
- 6) Wanita yang mengkonsumsi obat-obatan tertentu yang dapat memengaruhi suhu basal tubuh, keteraturan menstruasi maupun produksi lendir serviks.

**(e) Coitus Interruptus**

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional/alamiah, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.

- Keterbatasan

Metode coitus interruptus ini mempunyai keterbatasan.

- (a) Sangat tergantung dari pihak pria dalam mengontrol ejakulasi dan tumpahan sperma selama senggama.
- (b) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (orgasme).
- (c) Sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat, dan setelah interupsi coitus.
- (d) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual.
- (e) Kurang efektif untuk mencegah kehamilan.

**(f) Metode amenorea Laktasi (MAL)**

Menyusui secara eksklusif merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, selama ibu belum mendapat haid, dan waktunya kurang dari 6 bulan

pascapersalinan. Efektivitasnya dapat mencapai 98%. Hal ini dapat efektif bila ibu menyusui secara penuh dan sering, lebih efektif apabila menyusui lebih dari 8 kali sehari dan bayi mendapat cukup asupan per laktasi; ibu belum mendapat haid, dan atau dalam 6 bulan pasca persalinan.

Keterbatasan yaitu tingkat efektivitas tergantung tingkat eksklusifitas menyusui bayi, tidak melindungi pengguna dari PMS (HIV/AIDS), pada wanita yang bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam. Laktasi dikaitkan dengan adanya prolaktinemia dan prolaktin menekan adanya ovulasi. Tetapi ovulasi pada suatu saat akan terjadi dan dapat mendahului haid pertama sehingga apabila hanya mengandalkan pemberian ASI saja dapat memberikan risiko kehamilan untuk itu dapat

dipertimbangan pemakaian  
kontrasepsi lain.

**b) Dengan Alat**

**1) Mekanisme/Barrier**

**(a)Kondom**

i. Profil

- Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS dan HIV AIDS.
- Efektif jika dipakai dengan benar.

ii. Cara Kerja

- Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang di penis sehingga sperma tersebut tidak curah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- Mencegah penularan mikro-organisme dari satu pasangan ke pasangan yang lain.

iii. Efektifitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap

kali berhubungan seksual.

iv. Manfaat

- Efektif jika digunakan secara benar.
- Tidak mengganggu produksi ASI.
- Tidak mengganggu kesehatan klien.
- Murah dan dapat dibeli secara umum.

v. Keterbatasan

- Efektifitas tidak terlalu tinggi.
- Cara penggunaanya sangat memengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan.
- Agak mengganggu hubungan seksual.
- Beberapa klien malu membeli kondom di tempat umum.

**(b) Barrier Intra Vaginal**

Menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita dan immobilisasi/mematikan

spermatozoa oleh spermisidnya.  
(Hartanto & Hanafi, 2004: 57)

- i. Keuntungan Metode Barrier Intra-vaginal
  - Mencegah kehamilan.
  - Mengurangi insidens penyakit akibat hubungan seks.
- ii. Kerugian Metode Barrier Intra-vaginal
  - Angka kegagalan relatif tinggi.
  - Aktivitas hubungan seks harus dihentikan sementara untuk memasang alatnya.
  - Perlu dipakai secara konsisten, hati-hati, dan terus-menerus pada setiap sanggama.
- iii. Efektivitas Barrier Intra-Vaginal

Untuk mendapatkan efektivitas yang lebih tinggi, metode Barrier Intra-vaginal harus dipakai bersama dengan spermisida. Faktor yang dapat memengaruhi efektifitas metode ini, antara lain:

  - 1) Paritas.
  - 2) Frekuensi sanggama.
  - 3) Kemampuan untuk memakainya



dengan benar Kebiasaan-kebiasaan akseptor.

- 4) Motivasi akseptor dalam pencegahan kehamilan (Hartanto & Hanafi, 2004: 67).

**(c) Spermisida**

i. Pengertian

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk:

- Aerosol (busa).
- Tablet vagina, suppositoria, atau dissolvable film.
- Krim.

ii. Keterbatasan

- 1) Efektifitas kurang, efektifitas aplikasi hanya 1- 2 jam.
- 2) Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual.
- 3) Ketergantungan pengguna.

## **2. Metode Modern**

### **a) Kontrasepsi Hormonal**

#### **1) Oral Kontrasepsi**

Pil KB adalah alat kontrasepsi oral yang berfungsi untuk mencegah kehamilan:

##### **(a) Pil KB kombinasi**

Pil ini berisi 2 hormon wanita yaitu esterogen dan progesterone. Cara kerjanya:

- i. Mencegah pematangan dan pelepasan sel telur.
- ii. Mengentalkan lendir leher rahim, sehingga menghalangi penetrasi sperma..
- iii. Membuat dinding rongga rahim tidak siap untuk menerima dan menghidupi hasil pembuahan

##### **(b) Pil KB progesteron**

Pil ini hanya berisi hormon progesteron, cara kerjanya:

- Mengentalkan cairan leher rahim.
- Membuat rahim tidak dapat menghidupi janin.

##### **(c) PIL KB untuk ibu menyusui**

Hanya ada 1 macam pil KB yang dibuat untuk ibu menyusui yakni minipil (*progesteron only*), tidak mengandung estrogen. Pil ini mempunyai efek KB seperti suntikan KB karena tidak mengandung estrogen, sehingga tidak mengganggu laktasi baik kualitas maupun kuantitas ASI (air susu ibu). Nama dagang yang tersedia di Indonesia: Excluton

Adapun yang dapat menggunakan Pil KB:

- Dapat digunakan oleh semua wanita usia produktif..
- Dapat digunakan oleh wanita yang belum pernah hamil

Sebelum mengkonsumsi pil KB sebaiknya berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter atau bidan anda karena pil KB memiliki beragam spesifikasi. Perlu diketahui juga mengenai mitos dan fakta pil KB yang beredar di masyarakat agar tidak salah informasi.

## **2) Suntikan/Injeksi**

Kontrasepsi suntikan adalah cara

untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal. Kontrasepsi hormonal jenis KB suntikan ini di Indonesia semakin banyak dipakai karena kerjanya yang efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relatif murah, dan aman. Sebelum disuntik, kesehatan ibu harus diperiksa dulu untuk memastikan kecocokannya. Suntikan diberikan saat ibu dalam keadaan tidak hamil. Umumnya pemakai suntikan KB mempunyai persyaratan sama dengan pemakai pil. Begitu pula bagi orang yang tidak boleh memakai suntikan KB, termasuk penggunaan cara KB hormonal selama maksimal 5 tahun.

**a. Suntikan** *Depot*  
*Medroksiprogesteron* *Asetat*  
**(DMPA)**

Kontrasepsi suntik DMPA berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormone esterogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml *depot medroksiprogesteron asetat* yang disuntikkan secara *intramuscular* (IM)

setiap 12 minggu (Varney, 2006).

**b. Suntikan Cycloferm**

Suntik 1 bulan menggunakan kombinasi hormon progesteron dan estrogen sehingga dikenal pula dengan nama suntik KB kombinasi. Kelebihan suntik KB 1 bulan adalah adanya tambahan hormon estrogen yang berperan melancarkan siklus menstruasi serta baik untuk membantu merawat kesehatan kulit dan rambut.

**c. Kelebihan**

Kelebihan penggunaan suntik menurut BKKBN (2003):

- 1) Sangat efektif.
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- 4) Untuk suntikan 3 bulan Tidak memengaruhi ASI sedangkan suntikan 1 bulan tidak bisa digunakan bagi ibu yang menyusui
- 5) Sedikit efek samping.

- 6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 7) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
- 8) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- 9) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 10) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.

#### **d. Keterbatasan**

Keterbatasan penggunaan suntik menurut BKKBN (2003):

- 1) Sering ditemukan gangguan haid.
- 2) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 3) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- 4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.

- 5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B dan virus HIV.
- 6) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum.

**e. Indikasi**

Indikasi pada pengguna suntik menurut BKKBN (2003) :

- 1) Wanita usia reproduktif.
- 2) Wanita yang telah memiliki anak.
- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi.
- 4) Menyusui untuk penggunaan suntikkan 3 bulan.
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- 6) Setelah abortus dan keguguran.
- 7) Memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
- 8) Masalah gangguan pembekuan darah.
- 9) Menggunakan obat *epilepsy* dan *tuberculosis*.

#### **f. Kontra Indikasi**

Menurut BKKBN (2003), kontra indikasi pada pengguna suntik yaitu:

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- 4) Penderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara.
- 5) Penderita *diabetes mellitus* disertai komplikasi.

#### **g. Waktu Mulai Menggunakan**

Menurut Saifuddin (2003), waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik yaitu :

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal tidak hamil.
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- 3) Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak



boleh melakukan hubungan seksual.

- 4) Ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.
- 5) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

#### **h. Cara Penggunaan**

Cara penggunaan kontrasepsi suntik menurut Saifuddin (2003) :

- 1) Kontrasepsi suntikan diberikan

setiap 3 bulan dan 1 bulan dengan cara disuntik *intramuscular* (IM) dalam daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan tiap 90 hari.

- 2) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi *etil/ isopropyl alcohol* 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik, setelah kering baru disuntik.
- 3) Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terjadi endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dan dengan menghangatkannya.

### **3) Sub-kutis/bawah kulit : Implant**

Implan adalah kontrasepsi jangka panjang bersifat reversibel berisi hanya

progestin saja (*progestin-only*) yang melepaskan sejumlah kecil progestin secara terus-menerus ke dalam aliran darah. Kontrasepsi implan yang beredar di Indonesia antara lain Norplant, Jadena, dan Implanon.

Norplant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastic-silicone dan disusukkan dibawah kulit sebanyak 6 kapsul dan masing-masing kapsul panjangnya 34 mm dan berisi 36 mg levonorgestrel. Setiap hari sebanyak 30 mcg levonorgestrel dilepaskan ke dalam darah secara difusi melalui dinding kapsul. Levonorgestrel adalah suatu progestin yang dipakai juga dalam pil KB seperti mini-pill atau kombinasi atau pun pada AKDR yang bioaktif.

- Indikasi
  - a. Wanita-wanita yang ingin memakai kontrasepsi untuk jangka waktu yang lama tetapi tidak bersedia menjalani kontap atau menggunakan AKDR.

- b. Wanita-wanita yang tidak boleh menggunakan pil KB yang mengandung estrogen.
- Kontraindikasi
  1. Kehamilan atau disangka hamil.
  2. Penderita penyakit hati.
  3. Kanker payudara.
  4. Kelainan jiwa (psikosis, neurosis).
  5. Varikosis.
  6. Riwayat kehamilan ektopik.
  7. Diabetes mellitus.
  8. Kelainan kardiovaskuler.

#### **4) Kontrasepsi dengan AKDR**

Memasukkan benda-benda atau alat ke dalam uterus untuk tujuan mencegah kehamilan, yang telah dikenal sejak zaman dahulu kala. dengan tujuan untuk mencegah terjadinya kehamilan. Mekanisme kerja dari AKDR sampai saat ini belum diketahui dengan pasti, tetapi pendapat yang terbanyak mengatakan bahwa dengan adanya AKDR dalam kavum uteri menimbulkan reaksi peradangan endometrium yang disertai dengan sebutan leukosit yang dapat

menghancurkan blastokista dan sperma. Pada pemeriksaan cairan uterus pada pemakai AKDR sering kali dijumpai sel-sel makrofag (fagosit) yang mengandung spermatozoa. Disamping itu ditemukan juga sering timbulnya kontraksi uterus pada pemakai AKDR, yang dapat menghalangi nidasi. Diduga ini disebabkan karena meningkatnya prostaglandin dalam uterus pada wanita tersebut.

Kontraindikasi pemasangan AKDR dibagi atas 2 golongan, yaitu kontraindikasi yang relatif dan kontraindikasi mutlak.

Yang termasuk *kontraindikasi relatif* ialah:

1. Mioma uteri dengan adanya perubahan bentuk rongga uterus.
2. Insufisiensi serviks uteri.
3. Uterus dengan parut pada dindingnya, seperti pada bekas SC, enukleasi mioma, dsb.
4. Kelainan jinak serviks uteri, seperti erosio porsiones uteri.

Yang termasuk *kontraindikasi*

*mutlak* ialah :

1. Kehamilan.
2. Adanya infeksi yang aktif pada traktus genitalis (Penyakit Menular Seksual).
3. Adanya tumor ganas pada traktus genitalis.
4. Adanya metrorrhagia yang belum disembuhkan.
5. Pasangan yang tidak lestari/harmonis.

AKDR dapat dipasang dalam keadaan berikut:

- Sewaktu haid sedang berlangsung  
Pemasangan dapat dilakukan pada hari pertama atau pada hari terakhir haid. Keuntungannya: pemasangan lebih mudah karena serviks saat itu sedang terbuka dan lembek, rasa nyeri tidak seberapa keras, perdarahan yang timbul akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan, kemungkinan pemasangan pada uterus yang sedang hamil tidak ada.
- Sewaktu postpartum

Pemasangan AKDR setelah melahirkan dapat dilakukan:

1. Secara dini (*immediate insertion*); dipasang pada wanita yang melahirkan sebelum dipulangkan dari rumah sakit.
2. Secara langsung (*direct insertion*); dipasang dalam masa tiga bulan setelah partus atau abortus.
3. Secara tidak langsung (*indirect insertion*); dipasang sesudah masa tiga bulan setelah partus atau abortus; atau pada saat tidak ada hubungan sama sekali dengan partus atau abortus.

Bila pemasangan AKDR tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin, menurut beberapa sarjana, sebaiknya AKDR ditangguhkan sampai 6-8 minggu postpartum oleh karena jika pemasangan AKDR dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar.

- Sewaktu postabortum

Sebaiknya AKDR dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologi dan psikologi waktu itu adalah paling ideal. Tetapi, *septic abortion* merupakan kontraindikasi

- Beberapa hari setelah haid terakhir  
Dalam hal ini wanita yang bersangkutan dilarang untuk bersenggama sebelum AKDR dipasang. Pemasangan AKDR/IUD terdiri atas tindakan pra pemasangan dan tindakan pemasangan. Tindakan pra pemasangan, jelaskan proses pemasangan AKDR dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan dan persilahkan klien untuk mengajukan pertanyaan.

### **3. Kontrasepsi Mantap**

#### **a) Sterilisasi**

##### **1) Pada Wanita (MOW)**

##### **(a) Pengertian**

Tubektomi ialah tindakan yang dilakukan pada kedua tuba fallopi wanita. Dahulu tubektomi dilakukan



dengan jalan laparotomi atau pembedahan vaginal. Sekarang dengan alat-alat dan teknik baru. Tindakan ini diselenggarakan secara lebih ringan dan tidak perlu perawatan rumah sakit.

Tubektomi atau Sterilisasi adalah metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukkan bagi mereka yang memang tidak ingin atau boleh memiliki anak (karena alasan kesehatan). Disebut permanen karena metode kontrasepsi ini hampir tidak dapat dibatalkan (reversal) bila kemudian Anda ingin punya anak. Pembatalan masih mungkin dilakukan, tetapi membutuhkan operasi besar dan tidak selalu berhasil.

**(b) Syarat-syarat melakukan tubektomi**

**(1) Persyaratan peserta tubektomi**

- Syarat sukarela

Calon peserta secara sukarela, tetap memilih kontak setelah diberi konseling mengenai jenis-jenis kontrasepsi, efek samping, keefektifan, serta setelah diberikan waktu untuk berpikir

lagi.

- Syarat bahagia

Setelah syarat sukarela terpenuhi, perlu dinilai pula syarat kebahagiaan keluarga. Yang meliputi terikat dalam perkawinan yang sah dan harmonis, memiliki sekurang-kurangnya dua anak yang hidup dan sehat baik fisik maupun mental, dan umur istri sekitar 25 tahun (kematangan kepribadian).

- Syarat sehat

Setelah syarat bahagia terpenuhi, syarat kesehatan perlu dilakukan pemeriksaan

(2) Indikasi dan Kontraindikasi melaksanakan Tubektomi

- Indikasi

(a) Wanita pada usia >26 tahun.

(b) Wanita dengan paritas >2.

(c) Wanita yang yakin telah mempunyai keluarga besar yang dikehendaki.

(d) Wanita yang pada

kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius.

- (e) Wanita pascapersalinan.
  - (f) Wanita pascakeguguran.
  - (g) Wanita yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.
- Kontraindikasi
    - (a) Wanita yang hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai).
    - (b) Wanita dengan perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya.
    - (c) Wanita dengan infeksi sistemik atau pelvik yang akut.
    - (d) Wanita yang tidak boleh menjalani proses pembedahan.
    - (e) Wanita yang kurang pasti mengenai keinginan fertilitas di masa depan.
    - (f) Wanita yang belum memberikan persetujuan tertulis.

## **2) Pada Pria (MOP)**

### **(a) Pengertian**

Vasektomi adalah istilah dalam ilmu bedah yang terbentuk dari dua kata yaitu vas dan ektomi. Vas atau vasa deferensia artinya adalah saluran benih yaitu saluran yang menyalurkan sel benih jantan (spermatozoa) keluar dari buah zakar (testis) yaitu tempat sel benih itu diproduksi menuju kantung mani (vesikulaseminalis) sebagai tempat penampungan sel benih jantan sebelum dipancarkan keluar pada saat puncak sanggama (ejakulasi). Ektomi atau ektomia artinya pemotongan sebagian. Jadi vasektomi artinya pemotongan sebagian (0.5cm–1cm) saluran benih sehingga terdapat jarak di antara ujung saluran benih bagian sisi testis dan saluran benih bagian sisi lainnya yang masih tersisa dan pada masing-masing kedua ujung saluran yang tersisa tersebut dilakukan pengikatan sehingga saluran menjadi buntu/tersumbat.

## **(b) Indikasi dan Kontraindikasi**

- Indikasi:
  - a) Menunda kehamilan.
  - b) Mengakhiri kesuburan.
  - c) Membatasi kehamilan.
  - d) Setiap pria, suami dari suatu pasangan usia subur yang telah memiliki jumlah anak cukup dan tidak ingin menambah anak.
- Kontraindikasi:
  - a) Peradangan kulit atau jamur pada kemaluan.
  - b) Peradangan pada alat kelamin pria.
  - c) Penyakit kencing manis.
  - d) Kelainan mekanisme pembekuan darah.
  - e) Infeksi di daerah testis (buah zakar) dan penis.
  - f) Hernia (turun bero).
  - g) Varikokel (varises pada pembuluh darah balik buah zakar).
  - h) Buah zakar membesar karena tumor.
  - i) Hidrokel (penumpukan cairan

- pada kantong zakar).
- j) Buah zakar tidak turun (kriptokismus).

### C. LATIHAN

1. Sebutkan Kontraindikasi dan Indikasi Penggunaan Kontrasepsi AKDR?
2. Sebutkan Syarat Penggunaan Kontrasepsi Implant?
3. Sebutkan Indikasi Penggunaan Kontrasepsi Suntik?

### D. REFERENSI

1. Baziad, Ali. 2002. *Kontrasepsi Hormonal*. Jakarta : YBP-Sarwono
2. Hartanto, Hanafi. 2004. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
3. Saifuddin, Abdul Bari. 2003. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: YBP-Sarwono P
4. Siswosudarmo, Moch. Anwar, Ova Emilia. 2001. *Teknologi Kontrasepsi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press



## **BAB V**

### **PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM BER-KB**

#### **A. PENGAMBILAN KEPUTUSAN (DECISION MAKING)**

##### **1. Pengertian Pengambilan Keputusan (Decision Making)**

Keputusan merupakan hasil pemecahan dalam suatu masalah yang harus dihadapi dengan tegas. Dalam Kamus Besar Ilmu Pengetahuan pengambilan keputusan (*Decision Making*) didefinisikan sebagai pemilihan keputusan atau kebijakan yang didasarkan atas kriteria tertentu. Proses ini meliputi dua alternatif atau lebih karena seandainya hanya terdapat satu alternatif tidak akan ada satu keputusan yang akan diambil. Menurut J. Reason, Pengambilan keputusan dapat dianggap sebagai suatu hasil atau keluaran dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan suatu jalur tindakan di antara beberapa alternatif yang tersedia. Setiap proses pengam-bilan keputusan selalu menghasilkan satu pilihan final.



G. R. Terry mengemukakan bahwa pengambilan keputusan adalah sebagai pemilihan yang didasarkan kriteria tertentu atas dua atau lebih alternatif yang mungkin. Sedangkan Claude S. Goerge, Jr Mengatakan proses pengambilan keputusan itu dikerjakan oleh kebanyakan manajer berupa suatu kesadaran, kegiatan pemikiran yang termasuk pertimbangan, penilaian dan pemilihan diantara sejumlah alternatif.

Ahli lain yaitu Horold dan Cyril O'Donnell mengatakan bahwa pengambilan keputusan adalah pemilihan diantara alternatif mengenai suatu cara bertindak yaitu inti dari perencanaan, suatu rencana tidak dapat dikatakan tidak ada jika tidak ada keputusan, suatu sumber yang dapat dipercaya, petunjuk atau reputasi yang telah dibuat dan P. Siagian mendefinisikan pengambilan keputusan adalah suatu pendekatan sistematis terhadap suatu masalah, pengumpulan fakta dan data, penelitian yang matang atas alternatif dan tindakan.

Pengambilan keputusan merupakan

salah satu bentuk perbuatan berpikir dan hasil dari suatu perbuatan itu disebut keputusan. Pengambilan keputusan dalam Psikologi Kognitif difokuskan kepada bagaimana seseorang mengambil keputusan. Dalam kajiannya, berbeda dengan pemecahan masalah yang mana ditandai dengan situasi dimana sebuah tujuan ditetapkan dengan jelas dan dimana pencapaian sebuah sasaran diuraikan menjadi sub tujuan, yang pada saatnya membantu menjelaskan tindakan yang harus dan kapan diambil. Pengambilan keputusan juga berbeda dengan penalaran, yang mana ditandai dengan sebuah proses oleh perpindahan seseorang dari apa yang telah mereka ketahui terhadap pengetahuan lebih lanjut.

Menurut Suharnan, pengambilan keputusan adalah poses memilih atau menentukan berbagai kemungkinan diantara situasi-situasi yang tidak pasti. Pembuatan keputusan terjadi di dalam situasi-situasi yang meminta seseorang harus membuat prediksi kedepan, memilih salah satu diantara dua pilihan atau lebih,

membuat estimasi (prakiraan) mengenai frekuensi prakiraan yang akan terjadi. Salah satu fungsi berpikir adalah menetapkan keputusan. Keputusan yang diambil seseorang beraneka ragam. Tapi tanda-tanda umumnya antara lain: keputusan merupakan hasil berpikir, hasil usaha intelektual, keputusan selalu melibatkan pilihan dari berbagai alternatif, keputusan selalu melibatkan tindakan nyata, walaupun pelaksanaannya boleh ditangguhkan atau dilupakan.

Berdasarkan beberapa definisi diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Pengambilan Keputusan (*Decision Making*) merupakan suatu proses pemikiran dari pemilihan alternatif yang akan dihasilkan mengenai prediksi kedepan.

Fungsi Pengambilan Keputusan individual atau kelompok baik secara institusional ataupun organisasional, sifatnya futuristik. Tujuan Pengambilan Keputusan tujuan yang bersifat tunggal (hanya satu masalah dan tidak berkaitan dengan masalah lain) Tujuan yang bersifat ganda (masalah saling berkaitan, dapat

bersifat kontradiktif ataupun tidak kontradiktif). Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam organisasi itu dimaksudkan untuk mencapai tujuan organisasinya yang dimana diinginkan semua kegiatan itu dapat berjalan lancar dan tujuan dapat dicapai dengan mudah dan efisien. Namun, kerap kali terjadi hambatan- hambatan dalam melaksanakan kegiatan. Ini merupakan masalah yang harus dipecahkan oleh pimpinan organisasi. Pengambilan keputusan dimaksudkan untuk memecahkan masalah tersebut.

## **2. Dasar-Dasar Pengambilan Keputusan**

George R. Terry menjelaskan dasar-dasar dari pengambilan keputusan yang berlaku, antara lain:

### **a. Intuisi**

Keputusan yang diambil ber-dasarkan intuisi atau perasaan lebih bersifat subjektif yaitu mudah terkena sugesti, pengaruh luar, dan faktor kejiwaan lain. Sifat subjektif dari keputusan intuitif ini terdapat beberapa keuntungan, yaitu:

(1) Pengambilan keputusan oleh satu

pihak sehingga mudah untuk memutuskan.

- (2) Keputusan intuitif lebih tepat untuk masalah-masalah yang bersifat kemanusiaan.

Pengambilan keputusan yang berdasarkan intuisi membutuhkan waktu yang singkat. Untuk masalah-masalah yang dampaknya terbatas, pada umumnya pengambilan keputusan yang bersifat intuitif akan memberikan kepuasan. Akan tetapi, pengambilan keputusan ini sulit diukur kebenarannya karena kesulitan mencari pembandingnya dengan kata lain hal ini diakibatkan pengambilan keputusan intuitif hanya diambil oleh satu pihak saja sehingga hal-hal yang lain sering diabaikan.

b. Pengalaman

Dalam hal tersebut, pengalaman memang dapat dijadikan pedoman dalam menyelesaikan masalah. Keputusan yang berdasarkan pengalaman sangat bermanfaat bagi pengetahuan praktis. Pengalaman dan

kemampuan untuk memperkirakan apa yang menjadi latar belakang masalah dan bagaimana arah penyelesaiannya sangat membantu dalam memudahkan pemecahan masalah.

c. Fakta

Keputusan yang berdasarkan sejumlah fakta, data atau informasi yang cukup itu memang merupakan keputusan yang baik dan solid, namun untuk mendapatkan informasi yang cukup itu sangat sulit.

d. Wewenang

Keputusan yang berdasarkan pada wewenang semata maka akan menimbulkan sifat rutin dan mengasosiasikan dengan praktik diktatorial. Keputusan berdasarkan wewenang kadangkala oleh pembuat keputusan sering melewati permasalahan yang seharusnya dipecahkan justru menjadi kabur atau kurang jelas.

e. Rasional

Keputusan yang bersifat rasional berkaitan dengan daya guna. Masalah-masalah yang dihadapi merupakan

masalah yang memerlukan pemecahan rasional. Keputusan yang dibuat berdasarkan pertimbangan rasional lebih bersifat objektif. Dalam masyarakat, keputusan yang rasional dapat diukur apabila kepuasan optimal masyarakat dapat terlaksana dalam batas-batas nilai masyarakat yang diakui saat itu. Jadi, dasar-dasar pengambilan Keputusan antara lain berdasarkan intuisi, pengalaman, fakta, wewenang dan rasional.

### **3. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pengambilan Keputusan**

Menurut Terry faktor-faktor yang memengaruhi dalam pengambilan keputusan, yaitu

- a. Hal-hal yang berwujud maupun yang tidak berwujud, yang emosional maupun yang rasional perlu diperhitungkan dalam pengambilan keputusan.
- b. Setiap keputusan harus dapat dijadikan bahan untuk mencapai tujuan. Setiap keputusan jangan berorientasi pada kepentingan pribadi, tetapi harus lebih

mementingkan kepentingan.

- c. Jarang sekali pilihan yang memuaskan, oleh karena itu buatlah alternatif-alternatif tandingan.
- d. Pengambilan keputusan merupakan tindakan mental dari tindakan ini harus diubah menjadi tindakan fisik.
- e. Pengambilan keputusan yang efektif membutuhkan waktu yang cukup lama.
- f. Diperlukan pengambilan keputusan yang praktis untuk mendapatkan hasil yang lebih baik.
- g. Setiap keputusan hendaknya dilembagakan agar diketahui keputusan itu benar.
- h. Setiap keputusan merupakan tindakan permulaan dari serangkaian kegiatan mata rantai berikutnya.

Arroba, menyebutkan lima faktor yang memengaruhi Pengambilan Keputusan, antara lain:

- a. Informasi yang diketahui perihal masalah yang dihadapi.
- b. Tingkat pendidikan.
- c. Personality.
- d. *Coping*, dalam hal ini dapat berupa



pengalaman hidup yang terkait dengan pengalaman (proses adaptasi).

e. *Culture*.

Sedangkan menurut Kotler, faktor-faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan antara lain:

- a. Faktor Budaya, yang meliputi peran budaya, sub budaya dan kelas sosial.
- b. Faktor sosial, yang meliputi kelompok acuan, keluarga, peran dan status.
- c. Faktor pribadi, yang termasuk usia dan tahap siklus hidup, pekerjaan, keadaan ekonomi, gaya hidup, kepribadian dan konsep diri.
- d. Faktor Psikologis, yang meliputi motivasi, persepsi, pengetahuan, keyakinan dan pendirian.

Engel, Blackwell, dan Miniard menjelaskan bahwa proses pengambilan keputusan seseorang dipengaruhi oleh faktor lingkungan, faktor perbedaan individu dan proses psikologi.

- a. Faktor lingkungan
  1. Lingkungan Sosial

Dalam lingkungan sosial, pada dasarnya masyarakat memiliki strata

sosial yang berbeda-beda. Statifikasi lebih sering ditemukan dalam bentuk kelas sosial, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan sebagainya.

Keberadaan lingkungan sosial memegang peranan kuat terhadap proses pengambilan keputusan seseorang untuk melakukan perilaku baik yang positif ataupun negatif. Karena dalam lingkungan sosial tersebut individu berinteraksi antara satu dengan lainnya.

## 2. Lingkungan keluarga

Keluarga adalah kelompok yang terdiri atas dua atau lebih orang yang berhubungan melalui darah, perkawinan, adopsi serta tinggal bersama. Lingkungan keluarga sangat berperan penting pada bagaimana keputusan untuk melakukan perilaku negatif seperti seks pranikah, minum-minuman keras, balap motor dan sebagainya itu dibuat karena keluarga adalah lingkungan terdekat individu sebelum lingkungan sosialnya.

Bila dalam suatu keluarga tidak

harmonis, atau seorang anak mengalami *"broken home"* dan kurangnya pengetahuan agama dan pendidikan, maka tidak menuntut kemungkinan seorang anak akan melakukan perilaku yang berisiko.

Keluarga dapat didefinisikan sebagai suatu unit masyarakat yang terkecil dan juga berpengaruh dalam pengambilan keputusan. Sedangkan menurut Mufidah keluarga merupakan bagian terkecil dari masyarakat, namun memiliki peranan yang sangat penting. Dalam keluarga, seseorang mulai berinteraksi dengan orang lain. Keluarga merupakan tempat belajar pertama yang nantinya memengaruhi kepribadian seseorang.

b. Faktor Perbedaan Individu

1. Status Sosial

Kartono status sosial merupakan kedudukan yang dimiliki seseorang dalam hubungannya dengan atau untuk membedakannya dari anggota-anggota lainnya dari suatu kelompok sosial. Status sosial dapat dijadikan

alasan seseorang melakukan perilaku negatif.

Sedangkan menurut Kotler, status sosial merupakan kelompok yang relatif homogen dan tetap dalam suatu masyarakat yang tersusun secara hierarkis dan anggotanya memiliki nilai, minat dan perilaku yang mirip. Status sosial akan menunjukkan bagaimana seseorang tersebut berperilaku dalam kehidupan sosialnya.

## 2. Kebiasaan

Kebiasaan adalah respon yang sama cenderung berulang-ulang untuk stimulus yang sama. Kebiasaan merupakan perilaku yang telah menetap dalam keseharian baik pada diri sendiri maupun lingkungan sosialnya.

## 3. Simbol Pergaulan

Simbol pergaulan adalah segala sesuatu yang memiliki arti penting dalam lingkungan pergaulan sosial. Lingkungan pergaulan yang terdiri dari mahasiswa yang senang gonta-

ganti pasangan dan melakukan perilaku berisiko menunjukkan simbol dan ciri pada kelompok tersebut. Sehingga apabila seseorang ingin menjadi salah satu kelompoknya, mau tidak mau harus mengikuti kebiasaan dalam kelompok tersebut.

#### 4. Tuntutan

Adanya pengaruh dominan dalam keluarganya, baik itu lingkungan keluarga, pergaulan maupun lingkungan sosialnya, maka dengan kesadaran diri ataupun dengan terpaksa seseorang akan melakukan perilaku berisiko.

#### c. Faktor Psikologi

##### 1. Persepsi

Menurut Walgito, persepsi merupakan yang didahului oleh proses penginderaan, yaitu merupakan proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera. Sedangkan menurut Rakhmat, persepsi seseorang sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai, harapan dan kebutuhan yang sifatnya individual

sehingga antara individu satu dengan yang lainnya dapat terjadi perbedaan individu terhadap objek yang sama.

## 2. Sikap

Menurut Notoatmojo, sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesiapan terhadap reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

## 3. Motif

Motif adalah kekuatan yang terdapat pada diri organism yang mendorong untuk berbuat. Motif tidak dapat diamati secara langsung tetapi motif dapat diketahui atau terinferensi dari perilaku. Motif merupakan suatu alasan atau dorongan yang menyebabkan seseorang berbuat sesuatu, melakukan tindakan, dan bersikap tertentu untuk mencapai suatu tujuan.

## 4. Kognitif

Menurut Rakhmat, kognisi

adalah kualitas dan kuantitas pengetahuan yang dimiliki seseorang.

#### 5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penglihatan terjadi melalui penginderaan, penglihatan, penciuman, perasa dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

#### 4. Proses Pengambilan Keputusan

Kotler, menjelaskan proses pengambilan keputusan antara lain sebagai berikut:

##### a. Identifikasi masalah

Dalam hal ini diharapkan mampu mengidentifikasikan masalah yang ada di dalam suatu keadaan.

##### b. Pengumpulan dan penganalisis data

Pengambil keputusan diharapkan dapat mengumpulkan dan menganalisis data yang dapat membantu memecahkan masalah yang ada.

- c. Pembuatan alternatif-alternatif kebijakan  
Setelah masalah dirinci dengan tepat dan tersusun baik, maka perlu dipikirkan cara-cara pemecahannya.
- d. Pemilihan salah satu alternatif terbaik  
Pemilihan satu alternatif yang dianggap paling tepat untuk memecahkan masalah tertentu dilakukan atas dasar pertimbangan yang matang atau rekomendasi. Dalam pemilihan satu alternatif dibutuhkan waktu yang lama karena hal ini menentukan alternatif yang dipakai akan berhasil atau sebaliknya.
- e. Pelaksanaan keputusan  
Dalam pelaksanaan keputusan berarti seorang pengambil keputusan harus mampu menerima dampak yang positif atau negatif. Ketika menerima dampak yang negatif, pemimpin harus juga mempunyai alternatif yang lain.
- f. Pemantauan dan pengevaluasian hasil pelaksanaan  
Setelah keputusan dijalankan seharusnya pimpinan dapat mengukur



dampak dari keputusan yang telah dibuat.

Jadi, proses pengambilan keputusan terstruktur atas identifikasi masalah, pengumpulan dan penganalisis data, pembuatan alternatif- alternatif kebijakan, pemilihan salah satu alternatif terbaik, pelaksanaan keputusan, pemantauan dan pengevaluasian hasil pelaksanaan.

Menurut Munandar A.S, proses pengambilan keputusan dimulai berdasarkan adanya masalah antara keadaan yang diinginkan dan keadaan yang ada. Keadaan yang diinginkan biasanya dipengaruhi oleh:

- a. Kebudayaan.
- b. Kelompok acuan, perubahan dalam kelompok dapat mengubah hal diinginkan.
- c. Ciri-ciri keluarga.
- d. Status atau harapan finansial.
- e. Keputusan-keputusan sebelumnya memengaruhi pengenalan masalah.
- f. Perkembangan individu dapat memengaruhi keadaan yang diinginkan, kematangan seseorang

memengaruhi pilihannya.

- g. Situasi perorangan yang sedang berlangsung saat ini.

## **5. Jenis Pengambilan Keputusan**

### **a. Pengambilan Keputusan Terprogram**

Jenis pengambilan keputusan ini mengandung suatu respons otomatis terhadap kebijaksanaan-kebijaksanaan yang telah ditetapkan sebelumnya. Masalah yang bersifat pengulangan dan rutin dapat diselesaikan dengan pengambilan keputusan jenis ini. Tantangan yang besar bagi seorang analis adalah mengetahui jenis- jenis keputusan ini dan memberikan atau menyediakan metode- metode untuk melaksanakan pengambilan keputusan yang terprogram di mana saja. Agar pengambilan keputusan harus didefinisikan dan dinyatakan secara jelas. Bila hal ini dapat dilaksanakan, pekerjaan selanjutnya hanyalah mengembangkan suatu algoritma untuk membuat keputusan rutin dan

otomatik.

Dalam kebanyakan organisasi terdapat kesempatan-kesempatan untuk melaksanakan pengambilan keputusan terprogram karena banyak keputusan diambil sesuai dengan prosedur pelaksanaan standar yang sifatnya rutin. Akibat pelaksanaan pengambilan keputusan yang terprogram ini adalah membebaskan manajemen untuk tugas-tugas yang lebih penting. Misalkan keputusan pemesanan barang, keputusan penagihan piutang, dan lain-lain.

b. Pengambilan Keputusan Tidak Terprogram

Menunjukkan proses yang berhubungan dengan masalah-masalah yang tidak jelas. Dengan kata lain, pengambilan keputusan jenis ini meliputi proses-proses pengambilan keputusan untuk menjawab masalah-masalah yang kurang dapat didefinisikan. Masalah-masalah ini umumnya bersifat kompleks, hanya sedikit parameter - parameter yang

diketahui dan kebanyakan parameter yang diketahui bersifat probabilistik. Untuk menjawab masalah ini diperlukan seluruh bakat dan keahlian dari pengambilan keputusan, ditambah dengan bantuan sistem informasi.

Hal ini dimaksud untuk mendapatkan keputusan tidak terprogram dengan baik. Perluasan fasilitas pabrik, pengembangan produk baru, pengolahan dan pengiklanan kebijaksanaan-kebijaksanaan, manajemen kepegawaian, dan perpaduan semuanya adalah contoh masalah-masalah yang memerlukan keputusan-keputusan yang tidak terprogram. Sangat banyak waktu yang dikorbankan oleh pegawai-pegawai tinggi pemerintahan, pemimpin-pemimpin perusahaan, administrator sekolah dan manajer organisasi lainnya dalam menjawab masalah dan mengatasi konflik. Ukuran keberhasilan mereka dapat dihubungkan secara langsung.

## **B. KELUARGA BERENCANA**

### **1. Pengertian Keluarga Berencana**

Menurut Arum (2009), pengertian Keluarga Berencana atau KB menurut UU No.10 Tahun 1992 tentang Perkembangan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), peningkatan kesejahteraan, pengaturan kelahiran, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera, serta pembinaan ketahanan keluarga.

Sedangkan menurut Sulistyawati (2013) Keluarga Berencana merupakan upaya untuk mengukur jumlah anak dan jarak antar kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah menerapkan suatu program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.

Menurut Yuhaedi Kurniawati (2013), keluarga berencana (KB) adalah upaya dari pemerintah untuk meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat dengan cara pendewasaan usia nikah, mengatur jarak kelahiran, membina

ketahanan keluarga, dan meningkatkan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil yang sejahtera dan bahagia. Jadi Program KB yaitu program pemerintah untuk menekan jumlah penduduk dengan cara mengatur jarak kelahiran. Selain itu, program ini digunakan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kebahagiaan suatu keluarga. Dan orang yang menggunakan alat kontrasepsi yang berasal dari program pemerintah disebut sebagai akseptor KB.

## **2. Wanita Usia Subur**

Program Keluarga Berencana atau KB memiliki sasaran salah satunya yaitu wanita usia subur (WUS). Menurut Novitasary dkk. (2013) wanita usia subur adalah wanita yang masih dalam usia reproduktif (sejak mendapatkan haid pertama sampai berhentinya haid), yaitu antara usia 15 sampai 49 tahun, dengan status belum menikah, menikah, atau janda yang masih berpotensi untuk memiliki keturunan. Sedangkan menurut Suprayitno (2011), wanita usia subur (WUS) adalah wanita yang keadaan organ reproduksinya

berfungsi secara baik dan optimal dengan rentang usia sekitar 20 sampai 45 tahun. Pada wanita usia subur biasanya melakukan kegiatan seksual sekitar 1 sampai 2 kali dalam satu minggu.

Bukan pengguna KB adalah Wanita Usia Subur (WUS) yang ingin mengontrol kehamilannya tetapi tidak ingin menggunakan alat kontrasepsi apapun. Keinginan wanita usia subur atau wus untuk mengontrol kehamilan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu keinginan untuk menunda, menjarangkan, dan mengakhiri kelahiran. Yang masuk dalam kriteria bukan pengguna KB yaitu, (1) Wanita hamil yang tidak menginginkan kehamilannya karena tidak menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan, (2) Wanita nifas yang tidak menginginkan kehamilannya karena tidak menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan, (3) Wanita yang belum haid setelah melahirkan dan menunda kehamilan tetapi tidak menggunakan KB, (4) Wanita yang tidak hamil dan tidak ingin memiliki anak tetapi tidak menggunakan KB, dan (5) Wanita

yang belum memutuskan untuk memiliki anak tetapi tidak menggunakan KB (Listyaningsih & Sumini, 2016). Menurut Uljanah, Khaerunnisa, dkk. (2016), Bukan pengguna KB adalah persentase wanita yang pada saat ini tidak menggunakan alat KB atau alat kontrasepsi dan tidak ingin anak lagi atau menunda kelahiran, tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun. Menurut Fadhila, Nurul Huda dkk. (2017), bukan pengguna KB adalah wanita usia subur yang ingin menunda kehamilan atau mengakhiri kehamilan untuk masa dua tahun berikutnya ataupun lebih tetapi tidak mau menggunakan alat kontrasepsi.

### **3. Tujuan Program KB**

Menurut Sulistyawati (2013), tujuan dilaksanakannya program KB adalah untuk membentuk suatu keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan jumlah kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga yang bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidup suatu keluarga. Selain mengatur kelahiran anak, tujuan KB juga untuk menekan jumlah



kematian ibu, bayi, dan anak, menekan jumlah pertumbuhan penduduk, meningkatkan kesehatan ibu, bayi, dan anak, serta meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi. Keluarga Berencana juga dapat mencegah munculnya bahaya-bahaya akibat :

a. Kehamilan dini

Wanita yang sudah hamil saat umurnya belum mencapai 17 tahun sangat berbahaya karena terdapat ancaman, salah satu contohnya adalah kematian sewaktu persalinan. Karena tubuhnya belum sepenuhnya tumbuh dengan cukup matang dan siap untuk dilewati oleh bayi. Sedangkan bayinya juga terdapat ancaman kekurangan asupan gizi dan mengalami kematian saat berada dalam kandungan (Sulistyawati, 2013).

b. Kehamilan yang terlambat

Wanita yang usianya sudah tergolong tua yaitu umur lebih dari 35 tahun untuk mengandung dan melahirkan akan terancam lebih banyak lagi bahaya. Khususnya apabila wanita yang berumur tua memiliki riwayat penyakit serius,

contohnya adalah penyakit diabetes (Sulistyawati, 2013).

- c. Kehamilan yang jaraknnya berdekatan  
Wanita yang sedang mengandung dan nantinya melahirkan anak dituntut untuk memakai banyak energi dan kekuatan dari tubuh wanita ini. Apabila wanita yang barusan melahirkan kemudian mengalami kehamilan lagi maka terjadi kelelahan pada wanita ini karena belum sempat memulihkan stamina dan kebugaran tubuh wanita. Hal ini sangat berbahaya karena bisa terancam oleh kematian (Sulistyawati, 2013).
- d. Terlalu sering hamil dan melahirkan  
Wanita yang sudah punya lebih dari 4 anak maka akan dihadap oleh bahaya kematian akibat perdarahan yang hebat dan macam-macam kelainan dan komplikasi yang berbahaya apabila wanita terus saja mengalami kehamilan dan melahirkan anak (Sulistyawati, 2013). Menurut Andini dkk (2012), tujuan dari program KB yaitu mencegah semakin banyaknya kehamilan dan kelahiran seseorang, menurunkan angka kelahiran

atau fertilitas, membantu pasangan suami dan istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengontrol waktu kelahiran, dan menentukan jumlah anak yang diinginkan dalam keluarga.

#### **4. Manfaat Mengikuti Program KB**

##### **a. Menurunkan Risiko Kanker Rahim**

Rahim adalah bagian penting dalam organ reproduksi wanita. Salah satu penyakit berbahaya yang dapat menyerang sistem reproduksi ini adalah kanker rahim. Kanker rahim menyerang sel-sel pada dinding rahim. Sementara kanker serviks adalah kanker yang muncul pada leher rahim organ wanita. Serviks berfungsi sebagai pintu masuk menuju rahim. Kedua kanker ini disebabkan oleh virus HPV atau Human Papillomavirus. Penggunaan alat-alat kontrasepsi seperti spiral dapat menurunkan risiko terserang kanker ini secara signifikan. Hal ini dikarenakan spiral yang ditanam di dalam rahim dapat mencegah serangan dari virus

HPV.

b. Menghindari Kehamilan Yang Tidak Diharapkan

Kehamilan yang tidak diharapkan sering kali terjadi di tengah masyarakat dan biasanya disebabkan oleh kecerobohan. Kasus ini umumnya terjadi pada pasangan muda yang belum terikat pernikahan atau keluarga yang sudah memiliki terlalu banyak momongan. Maraknya pergaulan bebas di Indonesia juga membuat jumlah kehamilan di luar nikah kian meningkat. Kehamilan-kehamilan tersebut biasanya diakhiri dengan tindakan berbahaya yaitu aborsi untuk menggugurkan kandungan. Jika janin tersebut akhirnya dilahirkan, tetap akan ada masalah seperti kesiapan mental orang tua dalam membina momongan atau beban ekonomi keluarga yang akan meningkat. Program KB dibuat dengan tujuan meminimalisir kasus-kasus seperti ini.

c. Mencegah Penyakit Menular Seksual

Berhubungan seksual tidak terlepas dari risiko menderita penyakit menular

seksual (PMS). Penggunaan alat kontrasepsi dapat mencegah penyakit-penyakit seperti HIV/AIDS, sipilis, dan penyakit menular seksual lainnya.

d. Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak

Proses kehamilan yang direncanakan dengan matang akan memberikan dampak baik bagi kesehatan ibu dan bayi. Program keluarga berencana akan memberikan pengarahan kepada orangtua untuk langkah-langkah menjaga kesehatan ibu hamil dan kesehatan kandungan.

e. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak

Kasus ibu dan bayi yang meninggal pada proses persalinan masih sering dijumpai. Kasus tersebut bisa terjadi sewaktu proses persalinan maupun di hari-hari awal kelahiran sang bayi. Hal seperti ini terjadi karena sang ibu kurang mengerti hal-hal yang harus dilakukan sewaktu masa hamil atau belum siap untuk melahirkan. Program keluarga berencana juga akan memberikan pengarahan kepada ibu hamil dan keluarga tentang

cara merawat kesehatan ibu dan janin. Selain itu pengarahan tentang proses persalinan juga akan diberikan.

- f. Menghasilkan Keluarga Yang Berkualitas  
Kualitas keluarga banyak ditentukan oleh perencanaan keluarga yang matang mengenai jumlah anak, jarak kelahiran dan usia ideal untuk hamil. Keluarga yang merencanakan hal tersebut secara mendalam memiliki kesempatan lebih besar untuk menjadi keluarga berkualitas dari berbagai aspek kehidupan. Kesehatan yang terjaga, ekonomi yang stabil, serta pendidikan yang baik adalah beberapa aspek penting untuk keluarga berkualitas.
- g. Menjamin Pendidikan Anak Lebih Baik  
Dewasa ini, banyak dijumpai anak di bawah umur yang seharusnya bersekolah, terlihat membanting tulang untuk mencari uang sendiri. Hal tersebut dilakukan untuk membantu menghidupi dan mengurangi beban keluarganya. Masalah ini terjadi karena kurangnya perencanaan dalam keluarga. Jumlah momongan harus disesuaikan dengan

kondisi ekonomi keluarga, jika memang sedang berkekurangan, sebaiknya berpikir lebih matang sebelum menambah momongan.

#### **5. Alasan WUS Menggunakan Alat Kontrasepsi (KB)**

Alasan mengapa wanita usia subur menggunakan atau tidak menggunakan alat KB dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang berhubungan terhadap keputusan wanita usia subur untuk memakai KB atau tidak terdiri dari umur, jumlah anak yang diinginkan. Menurut Bernadus (2013), faktor yang berhubungan dengan keputusan pasangan usia subur dalam memilih alat kontrasepsi yaitu tingkat pendidikan dan pengetahuan, ekonomi, tarif alat kontrasepsi, persetujuan pasangan, serta adat budaya. Sedangkan faktor yang diperkirakan berpengaruh terhadap wus yang tidak menggunakan KB antara lain umur, tingkat pendidikan dan pengetahuan, jumlah anak masih hidup, sikap suami terhadap KB, pengalaman pernah memakai KB, aktivitas ekonomi, jenis pekerjaan, dan indeks kesejahteraan

hidup (Porouw, 2015).

a. Tingkat Pendidikan

Menurut Andini dkk (2012), tingkat pendidikan seorang wanita memengaruhi dalam berKB. Wanita dengan pendidikan tinggi cenderung menjadi akseptor KB sedangkan wanita berpendidikan rendah cenderung menjadi unmeet need KB. Menurut Bernadus (2013), tingkat pendidikan pada seorang wanita berpengaruh pada pemilihan alat kontrasepsi AKDR bagi akseptor KB. Menurut Mahmudah dan Indrawati (2015), responden rata-rata memiliki pendidikan dasar yaitu sampai SMA. Menurut Putriningrum (2012), rata-rata responden juga memiliki pendidikan dasar yaitu sampai SMA. Dita Arlina dkk (2013), menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemilihan jenis KB pada akseptor KB. Rata-rata pada responden memiliki pendidikan sampai SMA.

Menurut Rahma dkk (2011), tidak terdapat hubungan antara tingkat



pendidikan dengan pemilihan jenis alat kontrasepsi pada akseptor KB. Menurut Uljanah dkk (2016), tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan terhadap kejadian bukan pengguna KB atau yang tidak menggunakan KB. Menurut Suseno (2011), tingkat pendidikan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian bukan pengguna KB atau wanita yang tidak menggunakan KB. Menurut Novianto dkk. (2018), tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian bukan pengguna KB keluarga berencana. Menurut Fadhila (2017), Tingkat pendidikan ibu berpengaruh pada kejadian bukan pengguna KB keluarga berencana karena semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin banyak pula informasi tentang KB.

b. Jumlah Anak

Menurut Arlina Dita dkk. (2013), alasan wanita mau menggunakan KB yaitu jumlah anak yang hidup. Wanita menggunakan KB untuk mengatur

kelahiran dan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Menurut Andini dkk. (2012), alasan wanita tidak mau menggunakan alat kontrasepsi karena masih ingin menambah jumlah anak. Menurut Uljanah dkk. (2016), alasan wanita tidak menggunakan alat kontrasepsi karena suami atau pasangan ingin menambah jumlah anak. Menurut Sariyati dkk. (2015), alasan wanita tidak menggunakan KB salah satunya yaitu suami ingin menambah jumlah anak dalam jumlah banyak dengan rerata 3 anak.

c. Alasan Kesehatan

Menurut Syaifuddin dkk. (2011), alasan wanita tidak menggunakan KB dikarenakan dari alasan kesehatan untuk tidak menggunakan KB. Kondisi tersebut adalah (1) alergi terhadap bahan dasar kondom, (2) alat kontrasepsi diafragma dan spermisida tidak boleh digunakan pada wanita yang terinfeksi saluran uretra dan mempunyai sindrom syok karena keracunan, (3) pil kombinasi dan suntikan kombinasi tidak diperbolehkan

untuk wanita yang memiliki penyakit hati akut, perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya, riwayat penyakit jantung, stroke, hipertensi, hemofilia, migrain, dan epilepsi, (4) alat kontrasepsi suntikan progestin dan pil progestin (minipil) tidak boleh diberikan pada wanita yang memiliki gangguan haid terutama amenorea, perdarahan pervaginam yang tidak jelas penyebabnya, menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsi, memiliki riwayat kanker payudara, mioma uterus, stroke, dan diabetes mellitus dengan komplikasi. (5) kontrasepsi implan tidak boleh digunakan pada wanita yang memiliki riwayat kanker payudara dan mioma uterus, dan perdarahan pervaginam yang tidak jelas penyebabnya, (6) AKDR tidak diperbolehkan untuk wanita yang terdapat perdarahan yang tidak jelas penyebabnya, menderita infeksi alat genital, sedang mengalami abortus septik, menderita TBC pelvik, penyakit trofoblas yang ganas, kanker alat genital,

dan tumor jinak rahim, (7) kontrasepsi mantap tidak diperbolehkan untuk wanita yang terdapat perdarahan pervaginam yang tidak jelas sumbernya, dan infeksi sistemik atau pelvik akut.

d. Biaya Alat Kontrasepsi

Menurut Andini dkk. (2012), alasan dominan wanita yang tidak menggunakan KB yaitu mahalnya alat kontrasepsi yang berhubungan dengan kondisi sosial ekonomi. Menurut Uljanah dkk. (2016), alasan Wanita mengalami kejadian tidak mau berKB karena pendapatan kurang sehingga harga alat kontrasepsi mahal.

e. Efek Samping Dari Alat Kontrasepsi

Menurut Andini dkk (2012), alasan yang dominan dari wanita yang tidak menggunakan KB yaitu masalah kesehatan yang ditimbulkan dari efek samping alat kontrasepsi. Menurut Fadhila dkk. (2017), alasan yang mendasari wanita untuk tidak berKB yaitu efek samping dari alat kontrasepsi seperti kegemukan, pola haid berubah, dan timbul jerawat. Menurut Uljanah

dkk. (2016), alasan yang menentukan wanita tidak mau menggunakan alat kontrasepsi yaitu takut pada efek samping yang ditimbulkan dari alat kontrasepsi. Menurut Novianto dkk. (2018), alasan yang tersering wanita Kota Yogyakarta tidak menggunakan KB yaitu takut terhadap efek samping dari alat kontrasepsi. Menurut Nugroho dkk. (2017), alasan terbanyak pada wanita yang tidak menggunakan KB yaitu takut pada efek samping dari alat kontrasepsi. Menurut Ulsafitri dan Fastin (2015), alasan wanita tidak menggunakan KB karena takut pada efek samping dari alat kontrasepsi karena dapat terjadi gangguan kesehatan akibat kesalahan menggunakan alat kontrasepsi. Menurut Suseno (2011), alasan terbanyak dari wanita tidak mau menggunakan KB yaitu takut terhadap efek samping dari alat kontrasepsi. Menurut Sariyati dkk. (2015), wanita tidak mau menggunakan alat kontrasepsi dengan alasan takut pada efek samping dari alat kontrasepsi yang menurut mereka, kesuburannya

tidak lekas kembali.

f. Dukungan Pasangan

Menurut Bernadus (2013), dukungan pasangan bisa menjadi faktor anteseden (pemungkin) dalam keputusan wanita usia subur untuk memakai alat KB atau tidak. Dalam penelitian disebutkan bahwa terdapat hubungan antara persetujuan pasangan dengan penggunaan alat kontrasepsi terutama AKDR. Menurut Rahma (2011), dukungan pasangan atau suami juga berperan penting pada wanita usia subur untuk memakai alat KB atau tidak. Dari penelitian didapatkan sebagian besar responden mendapatkan dukungan suami. Menurut Mahmudah dan Indrawati (2015), dari hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat hubungan antara persetujuan pasangan terhadap pemilihan jenis alat KB. Rafidah dan Arief (2012), dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan untuk memakai alat KB terutama KB suntik. Menurut Fadhila Huda dkk. (2017), alasan wanita

tidak menggunakan alat kontrasepsi karena tidak mendapat persetujuan dari pasangan atau suaminya. Menurut Ulsanah dkk. (2016), alasan wanita tidak menggunakan alat kontrasepsi juga karena tidak mendapat dukungan dari suami. Menurut Ulsafitri dan Fastin (2015), alasan wanita tidak menggunakan KB karena kurangnya dukungan suami dan keluarga dalam memilih alat kontrasepsi. Menurut Suseno (2011), alasan lain dari wanita tidak mau menggunakan KB karena adanya penolakan suami terhadap alat kontrasepsi. Menurut Sariyati dkk. (2015), wanita usia subur tidak menggunakan alat kontrasepsi karena dilarang oleh suaminya karena masih ingin menambah anak lagi.

g. Usia

Menurut Bernadus (2013), usia wanita dewasa muda atau berusia lebih dari 20 tahun lebih memilih menggunakan alat kontrasepsi dalam rahim atau AKDR karena secara fisik kesehatan reproduksi dari wanita berusia

diatas 20 tahun sudah lebih matang dan merupakan tolak ukur tingkat kedewasaan pada wanita. Pada wanita usia diatas 20 tahun biasanya mengalami masa menjarangkan dan mencegah kehamilan sehingga pilihan alat kontrasepsi ditujukan pada kontrasepsi jangka panjang misalnya AKDR. Sedangkan pada wanita yang berusia kurang dari 20 tahun lebih memilih alat kontrasepsi non AKDR karena pada usia tersebut merupakan masa menunda kehamilan sehingga lebih memilih menggunakan alat kontrasepsi selain AKDR yaitu pil, suntik hormon, implan, dan alat kontrasepsi sederhana. Menurut Mahmudah dan Indrawati (2015), responden pada usia lebih dari 30 tahun lebih memilih memakai alat kontrasepsi jangka pendek. Menurut Dita Arlina dkk (2013), hubungan usia wanita dengan pemilihan jenis KB pada akseptor KB termasuk lemah. Pada usia diatas 20 tahun atau kurang dari 30 tahun lebih banyak memilih alat kontrasepsi yang efektivitasnya tinggi contohnya AKDR.



Menurut Novianto dkk (2018), menyatakan bahwa wanita usia subur yang berusia  $\leq 34$  tahun sebesar 28% menjadi bukan pengguna KB dan wus yang berusia  $>35$  tahun sebesar 72% menjadi bukan pengguna KB. Menurut Porouw (2015), menyatakan bahwa pengguna KB mayoritas berusia  $>32$  tahun dengan persentase sebesar 51% dan bukan pengguna KB mayoritas berusia  $\leq 32$  tahun dengan persentase sebesar 57%. Menurut Sariyati dkk (2015), menyatakan bahwa usia bukan pengguna KB mayoritas  $>35$  tahun dengan persentase sebesar 58,2%. Menurut Uljanah dkk (2016), menyatakan bahwa wanita berusia  $>35$  tahun lebih memilih menjadi pengguna KB dengan persentase sebesar 70,6% sedangkan wanita berusia  $\leq 35$  tahun lebih memilih memilih tidak menggunakan KB dengan persentase sebesar 56,9%.

### C. LATIHAN

1. Jelaskan pengertian pengambilan keputusan!

2. Jelaskan dasar-dasar pengambilan keputusan!
3. Jelaskan faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan!
4. Jelaskan manfaat mengikuti Program KB!
5. Jelaskan alasan WUS Menggunakan alat kontrasepsi!

#### **D. REFERENSI**

1. BKKBN. 2012. Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta: BKKBN.
2. Handayani, S. 2010. Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
3. Hartanto, H. 2010. Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
4. Kemenkes RI. 2013. Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana Tahun 2014-2015. Jakarta: Kemenkes RI.
5. Kurniawati, T. 2014. Buku Ajar Kependudukan dan Pelayanan KB. Jakarta: EGC.

## **BAB VI**

### **UPAYA-UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF TERKAIT DENGAN PERENCANAAN KELUARGA DAN KONTRASEPSI**

#### **A. PROMOTIF**

Istilah promotif diartikan sebagai “peningkatan”, hal tersebut tidak terlepas dari asal mula digunakannya istilah promotif itu sendiri. Promotif atau promosi kesehatan merupakan terjemahan dari bahasa Inggris *promotion of health*. Istilah ini muncul dari terjemahan lima tingkatan pencegahan (*five levels of prevention*) yang dijelaskan dalam buku yang berjudul “*Preventive Medicine for The Doctor in His Community*” karangan dari H.R. Leavell dan E.G. Clark.

*Promotion of Health* yang terjemahan aslinya adalah promosi kesehatan, merupakan tingkatan pencegahan pertama, yang oleh para ahli Kesehatan Masyarakat di Indonesia diartikan sebagai peningkatan kesehatan. Hal ini dikarenakan makna yang terkandung di dalam istilah *promotion of*

health tersebut adalah meningkatkan kesehatan seseorang, yaitu dengan melalui asupan gizi seimbang, olah raga teratur, dan lain sebagainya agar orang tersebut tetap sehat, tidak terserang penyakit.

Hubungan antara istilah peningkatan kesehatan dan istilah promosi kesehatan dijelaskan oleh H.R. Leavell dan E.G. Clark dalam bukunya disebutkan, selain melalui peningkatan gizi, peningkatan kesehatan juga dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan adalah suatu kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan atau perilakunya, untuk mencapai kesehatan secara optimal.

Sedangkan WHO (*World Health Organization*) yang merupakan organisasi kesehatan dunia di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) merumuskan promosi kesehatan sebagai perluasan makna dari pendidikan kesehatan, sebagai berikut. Promosi kesehatan adalah proses untuk kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk

mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya.

## **B. PREVENTIF**

Istilah preventif diartikan sebagai "pencegahan". Yang dimaksud dengan preventif kesehatan atau upaya kesehatan preventif adalah suatu upaya melakukan berbagai tindakan untuk menghindari terjadinya berbagai masalah kesehatan yang mengancam diri kita sendiri maupun orang lain di masa yang akan datang. Usaha pencegahan suatu penyakit lebih baik dari pada mengobati, hal ini dikarenakan usaha pencegahan suatu penyakit akan memunculkan hasil yang lebih baik dan biaya yang lebih murah.

Menurut H.R. Leavell dan E.G. Clark usaha pencegahan (preventif) penyakit dapat dilakukan dalam lima tingkatan yang dapat dilakukan, yaitu:

1. Pada Masa Sebelum Sakit, yaitu dengan mempertinggi nilai kesehatan (health promotion); Memberikan perlindungan khusus terhadap suatu penyakit (specific protection).
2. Pada Masa Sakit, yaitu:
  - a. Dengan mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal, serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera (early diagnosis and prompt treatment).
  - b. Dengan pembatasan kecacatan dan berusaha untuk menghilangkan gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan oleh suatu penyakit (*disibility limitation*).
  - c. Rehabilitasi (pemulihan).

### C. KURATIF

Istilah kuratif diartikan sebagai "penyembuhan". Yang dimaksud dengan kuratif kesehatan atau upaya kesehatan kuratif adalah suatu upaya kesehatan yang dilakukan untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah melalui pengobatan. Upaya kesehatan kuratif juga dapat diartikan sebagai

usaha medis yang dilakukan untuk menyembuhkan atau mengurangi rasa sakit yang diderita seseorang. Termasuk dalam tindakan ini adalah mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera. Tujuan utama dari usaha pengobatan (kuratif) adalah pengobatan yang setepat-tepatnya dan secepat-cepatnya dari setiap jenis penyakit sehingga tercapai penyembuhan yang sempurna dan segera.

Upaya kuratif cenderung bersifat reaktif, maksudnya upaya kesehatan kuratif umumnya dilakukan setelah adanya suatu penyakit atau setelah masalah datang. Upaya kesehatan kuratif ini juga cenderung hanya melihat dan menangani penderita penyakit lebih kepada sistem biologis-nya saja. Dengan kata lain penderita hanya dilihat secara parsial, padahal sebagai manusia seutuhnya, kesehatan seseorang tidak hanya sebatas pada sistem biologis saja tetapi meliputi juga kesehatan psikologis dan sosial.



#### **D. REHABILITATIF**

Istilah rehabilitative diartikan sebagai "pemulihan". Yang dimaksud dengan rehabilitatif kesehatan atau upaya kesehatan rehabilitatif adalah suatu upaya maupun rangkaian kegiatan yang ditujukan kepada bekas penderita (pasien yang sudah tidak menderita penyakit) agar dapat berinteraksi secara normal dalam lingkungan sosial. Usaha rehabilitatif ini memerlukan bantuan dan pengertian dari seluruh anggota masyarakat untuk dapat mengerti dan memahami keadaan mereka (bekas penderita), sehingga memudahkan mereka (bekas penderita) dalam proses penyesuaian dirinya dalam masyarakat dengan kondisinya yang sekarang ini. Rehabilitasi bagi bekas penderita terdiri dari hal berikut:

1. Rehabilitasi fisik, yaitu agar penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimalnya.
2. Rehabilitasi mental, yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan.

3. Rehabilitasi sosial vokasional, yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan atau jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
4. Rehabilitasi aesthetis, yaitu usaha yang dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan dari bagian anggota tubuh, walaupun fungsinya tidak bekerja seperti anggota tubuh aslinya.

Jadi, Yang dimaksud dengan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sebagai pendekatan pelayanan kesehatan tersebut di atas, dijelaskan dalam ketentuan Pasal 1 angka 12 sampai dengan angka 15 Undang-Undang Nomor: 36 Tahun 2009, yaitu sebagai berikut.

Pelayanan kesehatan promotif, yaitu suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.

Pelayanan kesehatan preventif, yaitu suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.

Pelayanan kesehatan kuratif, yaitu suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.

Pelayanan kesehatan rehabilitatif, yaitu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

#### **E. PERENCANAAN KELUARGA**

Salah satu dari tujuan perkawinan adalah menginginkan adanya keturunan (Zurriat) atau anak sebagai pelanjut kehidupan. Merencanakan kelahiran anak seharusnya sudah mulai direncanakan pada saat-saat awal pernikahan. Pasangan suami istri seyogyanya mempunyai perencanaan

dan kesepakatan tentang berapa jumlah anak yang akan dilahirkan.

Merencanakan jumlah anak yang akan dilahirkan adalah salah satu program keluarga yang penting dalam perjalanan sebuah keluarga. Seorang penjahit pakaian misalnya sebelum menjadi baju yang siap pakai, terlebih dahulu harus memilih dan menyiapkan bahan yang berkualitas, kemudian membentuk pola sesuai dengan ukuran badan sang pemesan baju. Demikian juga Seorang lelaki yang akan membuat bangunan rumah, tentu akan mempersiapkan bahan material bangunan terlebih dahulu disamping perencanaan-perencanaan lainnya semisal besar, ukuran dan model rumah yang akan dibangun dan rencana anggaran yang dibutuhkan.

Walaupun melahirkan anak tidak selaras dengan mendesain pakaian dan membangun sebuah bangunan rumah, namun melihat kepentingannya sangatlah bijak apabila kelahiran anak diawali dengan niat dan perencanaan yang matang. Kalau saja untuk membuat pakaian dang membangun rumah tempat tinggal

dibutuhkan perencanaan dan perhitungan yang matang, maka sudah sepantasnya dan seharusnya apabila sebuah keluarga membuat perencanaan dan perhitungan yang rasional tentang jumlah anak ideal yang bakal mereka miliki dimasa-masa yang akan datang. Lebih-lebih kalau kelahiran anak dikaitkan dengan sumber daya manusia yang unggul, cerdas dan berkualitas yang di dalam bahasa agamanya disebut dengan istilah anak yang *“Sholeh dan Sholehah”*.

Salah satu faktor yang menyebabkan keluarga-keluarga kita (keluarga Indonesia) menjadi lemah dan tidak berkualitas adalah tidak adanya keseimbangan antara keadaan/kemampuan dengan kebutuhan, pendapatan dan pengeluarannya. Untuk mewujudkan keluarga yang bahagia dan sejahtera, dan untuk mendapatkan keturunan yang berkualitas, agama Islam memberikan tuntunan dan pedoman yang sangat jelas. Dalama hal menyusui misalnya, di dalam Al Qur'an dijelaskan: *“Dan ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna. Dan kewajiban ayah menanggung*

*nafkah dan pakaian mereka dengan cara yang patut... (Q.S. 2: 233). Dalam Surah dan ayat yang lain juga dijelaskan: “Dan Kami perintahkan kepada manusia agar berbuat baik kepada kedua orang tuanya. Ibunya telah mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkannya dengan susah payah (pula). Masa mengandung sampai menyapihnya selama tiga puluh bulan...(Q.S.46 : 15).*

Berdasarkan dua ayat tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa dalam mengembangkan keturunan, setiap keluarga harus mempunyai rencana yang jelas terutama tentang jumlah anak yang akan dilahirkan, dan interval waktu jarak kelahiran yang direkomendasikan oleh ahli medis antara 3 sampai 4 tahun antara anak yang pertama dan anak berikutnya. Perencanaan jumlah anak dan jarak kelahiran akan memudahkan para keluarga Indonesia untuk menata keluarganya menjadi keluarga bahagia dan sejahtera, menjadi generasi yang unggul dan maju.

Karena itu calon ayah dan ibu perlu menentukan keluarga impian, pilihan, dan harapannya serta perlu memiliki perencanaan

untuk menjadi orangtua yang hebat. Untuk itu, diperlukan perencanaan yang matang, antara lain:

1. Merencanakan Usia Pernikahan

Rencana pernikahan idealnya sudah dipersiapkan mandiri sejak remaja. Oleh karena itu, faktor terpenting yang menentukan keberhasilan implementasi keluarga berencana adalah kemampuan keluarga dan anggota keluarga dalam merencanakan kehidupan di semua tahapannya: mulai dari kesehatan reproduksi remaja, merencanakan berkeluarga, merencanakan kehamilan dan jaraknya, merencanakan pola asuh anak, dan merencanakan kehidupan hari tua.

Jadi kesadaran untuk merencanakan masa depan keluarga sudah harus diketahui dan dilakukan sejak remaja. Remaja yang sadar untuk berencana akan menjaga pergaulannya dan menghindari perilaku berisiko.

2. Membina Hubungan Antar Pasangan Dengan Keluarga Lain dan Kelompok Sosial

Pada dasarnya manusia adalah makhluk sosial, selalu membutuhkan orang lain dan tidak bisa hidup sendiri. Karena itu dasar perencanaan keluarga membutuhkan hubungan antar pasangan dengan keluarga lain dan kelompok sosial. Setelah mendapatkan pasangan, kita harus bisa menyesuaikan dengan keluarganya, juga kelompok sosial yang dikenal pasangan.

Pembangunan keluarga dilakukan melalui pendekatan siklus hidup manusia, yaitu mulai dari peningkatan kualitas anak, remaja, lansia, sampai dengan peningkatan kualitas lingkungan keluarga. Terbangunnya ketahanan keluarga remaja dan kualitas remaja dalam menyiapkan kehidupan berkeluarga akan menjadi pondasi keluarga yang berkualitas di masa depan.

3. Merencanakan kelahiran anak pertama persiapan menjadi orang tua

Membicarakan keluarga berencana pada remaja bukan hal yang tabu. Jadi tak ada salahnya jika remaja bertanya dan diberikan jawaban yang benar. Karena



pra konsepsi atau proses perencanaan kehamilan mestinya dilakukan saat remaja. Bahkan dari masa pubertas. Bukan cuma untuk perempuan tetapi laki-laki juga. Karena sel sperma dan sel telur sudah ada setelah pubertas.

Masa pra konsepsi saat remaja bukan berarti menganjurkan remaja untuk hamil, tetapi mempersiapkan kesadaran remaja untuk menjaga kesehatan karena tubuhnya siap bereproduksi. Bertanggungjawab untuk fungsi reproduksi harus dimulai sejak remaja.

4. Mengatur jarak kelahiran dengan menggunakan alat kontrasepsi

Mengingat salah satu fungsi keluarga adalah memberikan anak kesempatan hidup dalam keluarga yang lengkap fungsinya, maka perencanaan kehamilan adalah kewajiban suami istri. Perencanaan kehamilan bisa dimulai dengan memahami kehamilan berisiko tinggi.

## **F. UPAYA PROMOTIF (PERENCANAAN**

## **PROMOSI KESEHATAN TERKAIT PERENCANAAN KELUARGA & KONTRASEPSI)**

Aktivitas promosi kesehatan merupakan bagian dari program pemerintah yang ada di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan khususnya Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Terdapat petugas promosi kesehatan yang ditempatkan di setiap puskesmas sebagai lembaga pelayanan kesehatan yang berinteraksi langsung dengan tingkatan masyarakat.

Petugas promosi kesehatan dapat menjadi elemen penting dari kampanye gerakan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah. Hal ini disebabkan karena petugas promosi kesehatan merupakan sosok yang berinteraksi langsung di tingkatan masyarakat serta mengetahui kondisi di lapangan sebagai bagian dari institusi puskesmas.

Program atau gerakan kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah merupakan sebuah upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Beberapa gerakan

seperti *Gerakan Masyarakat Hidup Sehat; Gerakan 5 M dalam mencegah penularan Covid-19* dan *Gerakan Ayo Ber-KB, Dua Anak Lebih Baik* dapat menjadi sebuah gerakan yang melekat dihati masyarakat dengan dukungan promosi kesehatan.

Tujuan promosi kesehatan yang utama adalah memberikan informasi yang pada tingkatan lebih lanjut dapat memicu kesadaran masyarakat mengenai program atau gerakan yang tengah dicanangkan oleh pemerintah. Direktorat Promosi Kesehatan menjadi bagian yang secara khusus membawahi segala aktivitas promkes atau promosi kesehatan yang ditujukan bagi masyarakat. Dalam melakukan upaya promotif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat perlu dilakukan perencanaan promosi kesehatan agar upaya promotif yang dilakukan lebih baik dan kena sasaran. Adapun upaya perencanaan promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Menentukan tujuan promosi kesehatan

Pada dasarnya tujuan utama promosi kesehatan adalah untuk mencapai 3 hal, yaitu:

- a. Peningkatan pengetahuan atau sikap masyarakat.
- b. Peningkatan perilaku masyarakat.
- c. Peningkatan status kesehatan masyarakat.

Menurut Lawrence Green (1990) tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan, yaitu:

- a. Tujuan Program  
Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan
- b. Tujuan Pendidikan  
Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.
- c. Tujuan Perilaku  
Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Oleh sebab itu, tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

- 2. Menentukan sasaran promosi kesehatan  
Di dalam promosi kesehatan yang

dimaksud dengan sasaran adalah kelompok sasaran, yaitu individu, kelompok maupun keduanya.

3. Menentukan Isi/Materi Promosi Kesehatan

Isi promosi kesehatan harus dibuat sesederhana mungkin sehingga mudah dipahami oleh sasaran. Bila perlu buat menggunakan gambar dan bahasa setempat sehingga sasaran mau melaksanakan isi pesan tersebut.

4. Menentukan Metode

- a. Pengetahuan: penyuluhan langsung, pemasangan poster, spanduk, penyebaran leaflet, dan lain-lain.
- b. Sikap: memberikan contoh konkrit yang dapat menggugah emosi, perasaan dan sikap sasaran, misalnya dengan memperlihatkan foto, slide atau melalui pemutaran film/video.
- c. Keterampilan: sasaran harus diberi kesempatan untuk mencoba keterampilan tersebut.
- d. Pertimbangkan sumber dana & sumber daya.

5. Menetapkan Media
  - a. Teori pendidikan: belajar yang paling mudah adalah dengan menggunakan media.
  - b. Media yang dipilih harus bergantung pada jenis sasaran, tk pendidikan, aspek yang ingin dicapai, metode yang digunakan dan sumber daya yang ada.
6. Menyusun Rencana Evaluasi

Harus dijabarkan tentang kapan evaluasi akan dilaksanakan, dimana akan dilaksanakan, kelompok sasaran yang mana akan dievaluasi & siapa yang akan melaksanakan evaluasi tersebut.
7. Menyusun Jadwal Pelaksanaan

Merupakan penjabaran dari waktu, tempat & pelaksanaan yang biasanya disajikan dalam bentuk gan chart.

#### **G. UPAYA PREVENTIF TERKAIT PERENCANAAN KELUARGA & KONTRASEPSI**

Isu mengenai *baby boom* menjadi topik hangat dan banyak diperbincangkan sejak adanya pandemi Covid-19 dan sejak pemerintah menghimbau untuk *stay at home*

atau *work from home*, yang mengharuskan interaksi yang lebih lama bagi keluarga di dalam rumah yang berpotensi terjadinya kehamilan. UNICEF sudah mengingatkan kemungkinan akan ada peningkatan jumlah bayi yang lahir di tahun 2021 ini, yang diperkirakan akan ada 116 juta bayi lahir. Selain itu, Indonesia diperkirakan menjadi negara nomor lima dengan jumlah paling banyak bayi lahir. elayanan kesehatan salah satunya pelayanan Keluarga Berencana (KB) di fasilitas kesehatan juga terdampak Covid-19, dikhawatirkan bahwa pasangan usia subur atau akseptor KB kemungkinan khawatir untuk datang ke fasilitas kesehatan, di lain pihak fasilitas kesehatan juga kekurangan Alat Pelindung Diri, sehingga timbul risiko putus-pakai pemakaian kontrasepsi yang akan berdampak kehamilan tidak direncanakan. Agar tidak terjadi kehamilan yang tidak direncanakan yang dapat berdampak pada kondisi baby boom maka perlu dilakukan upaya preventif atau upaya pencegahan. Menurut Undang-Undang No.36 Tahun 2009 upaya preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap

suatu masalah kesehatan penyakit. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan terkait perencanaan keluarga dan alat kontrasepsi adalah:

1. Melakukan penyuluhan kesehatan tentang manfaat ber KB dengan sasaran Pasangan Usia Subur (PUS) dengan berbagai metode penyuluhan dengan harapan agar PUS mengetahui dan memahami tentang manfaat mengikuti program KB; Dampak tidak ber-KB; Macam-macam jenis alat kontrasepsi yang dapat digunakan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan serta bagaimana prosedur penggunaannya.
2. Melakukan promosi kesehatan ke berbagai tatanan dengan berbagai metode promosi dan media yang menarik tentang manfaat ber-KB dan memperkenalkan berbagai macam jenis alat kontrasepsi yang bisa digunakan.
3. Melakukan advokasi atau pendekatan kepada beberapa pihak (misalnya kepada tokoh masyarakat, tokoh agama atau orang yang disegani/dihormati masyarakat yang dapat memengaruhi



perilaku masyarakat untuk dapat melaksanakan perencanaan keluarga dengan mengikuti program KB dengan harapan agar mendapat dukungan dari pihak-pihak tersebut dan dijadikan Gerakan Keluarga Berencana ini menjadi Gerakan yang penting dilakukan sehingga ditetapkan dalam kebijakan pemerintah bahwa Gerakan Keluarga Berencana ini dapat mensejahterakan rakyat dengan metode pengendalian jumlah penduduknya.

4. Melakukan pemberdayaan masyarakat dengan membentuk kader-kader kesehatan di setiap wilayah melalui pelatihan untuk dapat melakukan pendekatan kepada masyarakat dan juga dapat memberikan penyuluhan kesehatan terkait tentang manfaat ber-KB.
5. Melakukan bina suasana yaitu upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan.
6. Melakukan konseling kesehatan terkait dengan KB dan alat kontrasepsi terhadap

klien yang ingin mengetahui lebih banyak tentang alat kontrasepsi dengan harapan mereka nantinya mau memilih KB sesuai dengan kesehatan dan kebutuhan mereka.

7. Melakukan pemasangan alat kontrasepsi atau melakukan asuhan kebidanan terhadap klien yang ingin menggunakan alat kontrasepsi yang telah setuju memilih alat kontrasepsi yang diinginkannya sesuai kebutuhan dan kesehatannya.
8. Melaksanakan kegiatan safari KB atau kegiatan pemasangan KB gratis kepada PUS untuk memudahkan PUS memperoleh alat kontrasepsi yang diinginkannya.
9. Pembinaan kesertaan ber KB dan pencegahan putus pakai melalui berbagai media terutama media daring.
10. Penyuluh KB (PKB) bersama kader Institusi Masyarakat Pedesaan (IMP) melakukan analisis PUS untuk mengetahui persebaran PUS yang memerlukan pelayanan KB pil, Suntik, IUD dan Implan.

11. PKB dapat mendistribusikan Pil dan Kondom dibawah supervise faskes/dokter/bidan setempat
12. PKB berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan /Praktik Mandiri Bidan (PMB) dalam rangka persiapan dan pelaksanaan pelayanan Kb serta pembinaan kesertaan ber KB.
13. Mengajak PMB/Bidan sebagai pengawas dan Pembina dalam hal distribusi alkon yang dilakukan PKB.
14. Alternatif penggunaan alokon jangka pendek selama masa pandemi seperti Pil, Suntik dan kondom..
15. Menggerakkan secara aktif pola KIE yang gencar untuk memberikan pemahaman tentang tetap perlunya dilakukan pelayanan KB dengan mengikuti prosedur pencegahan covid
16. Pemberdayaan peran PKB/PLKB untuk berperan aktif dalam menggerakkan pelayanan KB pada masa pandemic covid-19..
17. Memantau pelayanan KB di Faskes dan PMB..

18. Memberikan bantuan APD (masker dan handscoon) untuk pelayanan KB bagi PMB.
19. Mengembangkan hotline informasi pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi.
20. Membuat aplikasi pemantauan bumil, KB PPPK dan keberlangsungan pemakaian alat kontrasepsi (kerjasama dengan PD IBI dan UGM)
21. Memperkuat jaringan kemitraan dengan stakeholder dan mitra kerja (termasuk provider pelayanan KB KR) melalui WA group dan webinar.
22. Membuat ILM tentang himbauan memutus rantai penyebaran covid dan tetap ker KB di masa pandemic covid-19
23. Memastikan ketersediaan alat kontrasepsi, baik di Kab/kota maupun di faskes dan PMB.
24. Memberikan KIE kepada PUS untuk menuda kehamilan pada masa pandemic covid-19.
25. Melakukan pengadaan minipil untuk meningkatkan cakupan peserta KB bari pasca persalinan dan pasca keguuran.

## **H. LATIHAN**

1. Jelaskan pengertian Promosi Kesehatan!
2. Jelaskan Pengertian Preventif!
3. Jelaskan upaya perencanaan Promosi kesehatan!
4. Jelaskan upaya preventif terkait dengan perencanaan keluarga dan kontrasepsi!

## **I. REFERENSI**

1. Mulyani, N. S., & M, R. (2013). Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi. Yogyakarta: Nuha Medika.
2. Kemenkes. (2020). Panduan Pelayanan Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi Dalam Situasi Pandemi Covid-19. Jakarta: Retrieved from <https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/panduan-pelayanan-kb-dan-kespro-dalam-situasi-pandemi-covid-19/>.
3. Yulianto, D. (2020). New Normal Covid-19 Panduan Menjalani Tatanan Hidup Baru Di Masa Pandemi. Yogyakarta: Hikam Pustaka

## **BAB VII**

### **KONSELING KELUARGA**

### **BERENCANA**

#### **A. KIE & KONSELING KB**

##### **1. Pengertian KIE**

Komunikasi adalah penyampaian pesan secara langsung/tidak langsung melalui saluran komunikasi kepada penerima pesan untuk mendapatkan efek. Komunikasi kesehatan adalah usaha sistematis untuk memengaruhi perilaku positif dimasyarakat, dengan menggunakan prinsip dan metode komunikasi pribadi maupun komunikasi massa.

Informasi adalah keterangan, gagasan maupun kenyataan yang perlu diketahui masyarakat (pesan yang disampaikan). Edukasi adalah proses perubahan perilaku kearah yang positif. Pendidikan kesehatan merupakan kompetensi yang dituntut dari tenaga kesehatan karena merupakan salah satu peranan yang harus dilaksanakan dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan.

## **2. Pengertian Konseling**

Secara etimologi, konseling berasal dari bahasa Latin “Consilium” artinya dengan atau bersama yang dirangkai dengan menerima atau memahami sedangkan dalam bahasa Anglo Saxon istilah konseling berasal dari “Sellan” yang berarti menyerahkan atau menyampaikan. Menurut Kamus Bahasa Indonesia, konseling berarti pemberian bimbingan oleh orang yang ahli kepada seseorang. Dalam situs Wikipedia bahasa Indonesia, konseling adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli (konselor) kepada individu yang mengalami sesuatu masalah yang berakhir pada teratasinya masalah yang dihadapi klien. Bantuan yang diberikan kepada individu yang sedang mengalami hambatan, memecahkan sesuatu melalui pemahaman terhadap fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-perasaan klien. Konseling adalah proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dengan panduan keterampilan interpersonal, bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang

sedang dihadapi dan menentukan jalan keluar atau upaya untuk mengatasi masalah tersebut. Konseling KB adalah tindakan yang dapat membantu klien untuk keluar dari berbagai pilihan masalah KB dan kesehatan reproduksi. Juga membantunya dalam menggunakan metoda KB secara konsisten dan sukses. Konseling yang baik, klien puas dalam menggunakan salah satu dari kontrasepsi terutama untuk klien yang baru pertama kali menggunakan kontrasepsi. Proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan KB dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kali kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan

Menurut BKKBN, konseling adalah Proses pertukaran informasi dan interaktif positif antara klien dan petugas KB untuk membantu klien mengetahui kebutuhannya. Jadi dapat disimpulkan bahwa konseling adalah proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dengan paduan keterampilan interpersonal, bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi dan



menentukan jalan keluar atau upaya untuk mengatasi masalah tersebut.

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan Keluarga Berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan. Dengan informasi yang lengkap dan cukup akan memberikan keleluasaan kepada klien dalam memutuskan untuk memilih kontrasepsi (*Informed Choice*).

Dalam konseling diadakan percakapan dua arah, untuk:

- a. Membahas dengan calon akseptor berbagai pilihan kontrasepsi yang

tersedia.

- b. Memberikan informasi selengkap mungkin mengenai konsekuensi pilihannya, baik ditinjau dari segi medis teknis maupun hal lain yang non-medis agar tidak ada penyesalan kemudian.
- c. Membantu calon akseptor memutuskan pilihannya atas metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan dan keadaan klien.
- d. Membantu calon akseptor menyesuaikan diri terhadap kondisi barunya, terutama bila ia mengalami berbagai permasalahan.

### **3. Tujuan konseling dalam kesehatan reproduksi dan KB**

- a. Memberikan informasi yang tepat dan objektif sehingga klien merasa puas.
- b. Mengidentifikasi dan menampung perasaan keraguan/kekhawatiran klien tentang metode kontrasepsi.
- c. Membantu klien memilih metode kontrasepsi yang terbaik bagi mereka sehingga aman dan sesuai keinginan klien.
- d. Membantu klien agar menggunakan cara

kontrasepsi yang mereka pilih dengan aman dan efektif.

- e. Memberikan informasi tentang cara mendapatkan bantuan dan tempat pelayanan KB.
- f. Khusus Kontap, menyeleksi calon akseptor yang sesuai dengan metode kontrasepsi alternatif.

#### **4. Tujuan Konseling KB Menurut Krumboltz**

- a. Mengubah perilaku yang salah penyesuaian  
Melalui konseling, diharapkan klien menjadi lebih tahu dan pemahaman atau pendapat yang salah dapat dikonfirmasi melalui konseling tentang kebenarannya.
- b. Belajar membuat keputusan  
Hal yang paling penting bagi klien adalah bukan penyesuaian dengan tuntutan masyarakat karena adanya perubahan sosial, personal, politik namun disesuaikan dengan kebutuhannya.
- c. Mencegah munculnya masalah  
Mencegah jangan sampai mengalami masalah dikemudian hari Mencegah

agar masalah yang sekarang tidak bertambah.

## **5. Tipe-Tipe Konseling**

### **a. Konseling krisis**

Krisis dapat diartikan sebagai suatu keadaan disorganisasi dimana seseorang mengalami frustrasi dalam upaya mencapai tujuan penting hidupnya atau mengalami gangguan dalam perjalanan hidup dan hal itu ditanggapi dengan stress. Situasi seperti itu memerlukan respon khusus dari konselor guna membantu kliennya. Tipe konseling ini dapat terlihat di langkah tanyakan apa keluhan klien.

### **b. Konseling fasilitatif**

Konseling ini membantu klien untuk menjelaskan apa permasalahannya yang sebenarnya, bantuan penerimaan diri, menemukan rencana tindakan dalam mengatasi masalah dan akhirnya melaksanakan semuanya atas tanggung jawab sendiri. Tipe konseling ini dapat dilihat dalam langkah membantu klien dalam memilih

keputusannya.

c. **Konseling preventif**

Konseling tipe ini dapat dilihat dalam langkah menjelaskan secara rinci pilihan yang telah idbuat dengan klien, dengan tujuan mengatasi kecemasan dan ketakutan klien akan kejadian yang akan menimpa dirinya berkaitan dengan pemakaian kontrasepsi.

d. **Konseling *developmental***

Konseling ini adalah suatu proses yang berkelanjutan yang dijalankan dalam seluruh jangka kehidupan individu. Tipe konseling ini dapat dilihat dalam langkah kunjungan ulang.

**6. Jenis Konseling KB**

Kenyataan yang ada di lapangan adalah tidak semua sarana kesehatan dapat dijangkau oleh masyarakat, oleh karena itu tempat pelayanan konseling untuk melayani masyarakat yang membutuhkan dapat dilakukan pada dua jenis tempat pelayanan konseling berikut.

a. **Konseling KB di lapangan (nonklinik)**

Dilaksanakan oleh petugas di lapangan yaitu petugas penyuluh lapangan

keluarga berencana (PPLKB), pembina keluarga berencana (PKB), pos pembina KB desa (PPKBD), sub-PPKBD, dan kader yang sudah mendapatkan pelatihan konseling standar. Tugas utama dipusatkan pada pemberian informasi KB, baik dalam kelompok kecil maupun secara perorangan. Adapun informasi yang diberikan yaitu pengertian dan manfaat perencanaan keluarga, proses terjadinya kehamilan, informasi berbagai kontrasepsi yang benar dan lengkap (cara kerja, manfaat, kemungkinan efek samping, komplikasi, kegagalan, kontraindikasi, tempat kontrasepsi yang bisa dituju, rujukan, serta biaya).

b. Konseling KB di klinik

Dilaksanakan oleh petugas medis dan paramedis terlatih di klinik seperti dokter, bidan, perawat, serta bidan di desa. Pelayanan konseling yang dilakukan di klinik diupayakan agar diberikan secara perorangan di ruangan khusus. Pelayanan konseling di klinik dilakukan untuk melengkapi dan

sebagai pemantapan hasil konseling di lapangan, yang mencakup hal-hal sebagai berikut yaitu: memberikan informasi KB yang lebih rinci sesuai dengan kebutuhan klien, memastikan bahwa pilihan klien telah sesuai dengan kondisi kesehatannya, membantu klien memilih kontrasepsi lain apabila kontrasepsi yang dipilih ternyata tidak sesuai dengan kondisi kesehatannya, merujuk klien apabila kontrasepsi yang dipilih tidak tersedia di klinik atau membutuhkan bantuan dari ahli medis jika ditemui masalah kesehatan lain, memberikan konseling pada kunjungan ulang untuk memastikan bahwa klien tidak mengalami keluhan dalam penggunaan kontrasepsi pilihannya (Sulistyawati, 2014).

## **7. Macam Macam Konseling**

### **a. Konseling Umum**

Konseling umum dapat dilakukan oleh petugas lapangan keluarga berencana atau PLKB. Konseling umum meliputi penjelasan umum dari berbagai metode kontrasepsi untuk mengenalkan kaitan

antara kontrasepsi, tujuan dan fungsi reproduksi keluarga.

b. **Konseling Spesifik**

Konseling spesifik dapat dilakukan oleh dokter/ bidan/ konselor. Konseling spesifik berisi penjelasan spesifik tentang metode yang diinginkan, alternatif, keuntungan-keterbatasan, akses, dan fasilitas layanan.

c. **Konseling Pra dan Pasca Tindakan**

Konseling pra dan pasca tindakan dapat dilakukan oleh operator/ konselor/ dokter/ bidan. Konseling ini meliputi penjelasan spesifik tentang prosedur yang akan dilaksanakan (pra, selama dan pasca) serta penjelasan lisan/ instruksi tertulis asuhan mandiri.

Selain itu terdapat tiga jenis konseling yang juga merupakan komponen penting dalam pelayanan KB:

a. **Konseling awal**

Konseling awal ini bertujuan untuk menentukan metode apa yang diambil oleh klien. Bila dilakukan dengan objektif langkah ini akan membantu



klien untuk memilih jenis KB apa yang cocok untuknya. Dalam langkah ini petugas harus menanyakan langkah apa yang disukai klien dan apa yang klien ketahui tentang cara kerja, kelebihan dan kekurangannya dari langkah tersebut.

b. **Konseling khusus**

Dalam konseling khusus, petugas harus memberikesempatan klien untuk bertanya tentang cara berKB dan membicarakan pengalamannya. Klien berhak mendapat informasi lebih rinci tentang KB yang diinginkannya, mendapatkan bantuan untuk memilih metode KB yang diinginkannya, mendapatkan bantuan untuk memilih metode KB yang cocok dan mendapatkan penerangan lebih jauh tentang penggunaannya

c. **Konseling tindak lanjut**

Konseling pada konseling tindak lanjut ini lebih bervariasi dari konseling awal. Pemberian pelayanan harus dapat membedakan masalah yang serius memerlukan rujukan dan masalah yang ringan yang dapat di atasi di tempat.

## **8. Keuntungan Konseling**

Konseling KB yang diberikan pada klien memberikan keuntungan kepada pelaksana kesehatan maupun penerima layanan KB. Adapun keuntungannya adalah:

- a. Klien dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Klien akan puas terhadap pilihannya dan mengurangi keluhan atau penyesalan.
- c. Klien akan memilih cara dan lama penggunaan yang sesuai serta efektif baginya.
- d. Membangun rasa saling percaya antara klien dan provider.
- e. Mengormati hak klien dan petugas.
- f. Menambah dukungan terhadap pelayanan KB.
- g. Menghilangkan rumor dan konsep yang salah terhadap beberapa metode kontrasepsi yang selama ini dipahami masyarakat umum.

## **9. Langkah-Langkah Konseling KB**

- a. Langkah SATU TUJU

Dalam memberikan konseling,

khususnya bagi klien yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJUH.

Penerapan satu tujuh tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan, karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Beberapa klien membutuhkan lebih banyak perhatian pada langkah yang satu dibandingkan langkah yang lainnya. Kata kunci satu tujuh adalah sebagai berikut:

**SA:** Sapa dan Salam pada klien secara terbuka dan sopan. Memberikan perhatian sepenuhnya pada mereka dan berbicara pada tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan yang dapat diperolehnya.

**T:** Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi,

tujuan,kepentingan,harapan,serta keadaan kesehatan dan kehiduypn keluarganya. Tanyaka kontrasepsi yang di inginkan oleh klien. Berikan perhatian perhatian pada keliien apa yang di sampaikan klien sesuai dengan kata-kata , gerak isarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita didalam hati klien. Perlihatkan bahwa kita memahami. Dengan memahami penngetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingin, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Juga jelaskan alternatif kontrasepsi lain yang mungkin diingini olrh klien. Uraikan juga mengenai risiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda.

U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa piihan reproduksi yang paling mungkin,

termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Juga jelaskan alternatif kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien. Uraikan juga mengenai risiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda.

**TU:** Bantu lah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka. Petugas membantu klien mempertimbangkan kritwria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukunga dengan pilihan tersebut. Jika memungkinkan diskusikan mengenai pilihan tersebut pada pasangannya. Pada akhirnya yakinkan bahwa klien telah membuat suatu keputusan yang tepat. Petugas dapat

menanyakan:apakah anda sudah memutuskan jenis kontrasepsi?atau apa jenis kontrasepsi terpilih yang akan digunakan?

**J:** Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat atau obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaanya. Sekalilagi doronglah klien untuk bertanya dan petugas menjawab secara jelas dan terbuka. Beripenjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi, misalnya kondom yang dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS). Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar .

**U:** Perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk

melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

b. **Konseling dengan metode GATHER**

Menurut Gallen dan Leitenmaier (1987) memberikan satu akronim yang dapat dijadikan panduan bagi petugas klinik KB untuk melakukan konseling. Akronim tersebut adalah **GATHER** yang merupakan singkatan dari:

**G : Greet**

Berikan salam, mengenalkan diri dan membuka komunikasi.

**A : Ask atau Assess**

Menanyakan keluhan atau kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/keinginan yang disampaikan memang sesuai dengan kondisi yang dihadapi.

**T : Tell**

Beritahukan bahwa persoalan pokok yang dihadapi oleh pasien adalah seperti yang tercermin dari hasil tukar informasi dan harus dicarikan upaya

penyelesaian masalah tersebut.

**H : Help**

Bantu pasien untuk memahami masalah utamanya dan masalah itu yang harus diselesaikan. Jelaskan beberapa cara yang dapat menyelesaikan masalah tersebut, termasuk keuntungan dan keterbatasan dari masing – masing cara tersebut. Minta pasien untuk memutuskan cara terbaik bagi dirinya.

**E : Explain**

Jelaskan bahwa cara terpilih telah diberikan atau dianjurkan dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat atau diobservasi beberapa saat hingga menampakkan hasil seperti yang diharapkan. Jelaskan pula siapa dan dimana pertolongan lanjutan atau darurat dapat diperoleh.

**R : Refer dan Return visit**

Rujuk apabila fasilitas ini tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai atau buat jadwal kunjungan ulang apabila pelayanan terpilih telah diberikan.

- c. Konseling dengan metode SOLER



Dalam melakukan konseling, bidan sebagai konselor harus bersikap **SOLER** selama melakukan konseling dengan klien.

- R** : *Face your clients squarely* (menghadap klien) dan *smile/nod at clients* (senyum/menganggukkan kepala)
- O** : *Open and non-judgemental facia expression* (ekspresi muka menunjukkan terbuka dan tidak menilai)
- L** : *Lean towards client* (tubuh condong kearah klien)
- E** : *Eye contact in culturally – acceptable manner* (kontak mata/tatap mata sesuai dengan cara yang diterima budaya setempat)
- R** : *Relaxed and friendly manner* (santai dan sikap bersahabat)

Dalam melakukan konseling, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh seorang konselor untuk menentukan keberhasilan konseling:

- a. Memberikan informasi yang baik dan

benar

Dengarkan dengan baik apa yang sebenarnya dibutuhkan oleh klien. Dengan begitu konselor dapat memberikan informasi yang benar-benar dibutuhkan oleh klien dengan bahasa yang baik dan mudah dimengerti oleh klien.

- b. Menghindari member informasi berlebihan

Terlalu banyak informasi yang disampaikan oleh konselor akan menyebabkan klien sulit untuk mengingat informasi penting, sehingga klien akan kesulitan dalam membuat keputusan.

- c. Membantu klien mengerti dan mengingat

Dengan penggunaan media konseling seperti leaflet, flipcharts, alat peraga ataupun contoh langsung dari objek konseling akan membantu dan memudahkan klien untuk mengingat informasi yang disampaikan.

## **B. FAKTOR YANG MEMENGARUHI**

## KONSELING

Faktor yang memengaruhi keberhasilan konseling adalah:

### 1. Faktor Individual

- Bahasa  
Kesamaan bahasa yang digunakan pada saat konseling akan memengaruhi pemahaman klien terhadap informasi yang disampaikan oleh bidan.
- Sudut pandang  
Nilai-nilai budaya dan pendidikan tertentu yang dianut oleh klien akan memengaruhi pemahamannya tentang materi yang diberikan dalam konseling
- Kondisi sosial ekonomi  
Status sosial ekonomi akan berpengaruh terhadap tingkah laku individu. Individu yang berasal dari kalangan sosial ekonomi yang baik akan mempunyai sikap positif dan pandangan yang baik tentang masa depannya dibandingkan dengan individu dengan sosial ekonomi rendah.
- Pendidikan  
Pendidikan seseorang memengaruhi cara pandangnya terhadap diri dan

lingkungan. Sehingga cara menyikapi konseling antara klien yang berpendidikan tinggi dengan klien yang berpendidikan rendah akan berbeda.

## **2. Faktor eksternal**

- Lingkungan fisik dan tempat wawancara berlangsung  
Pemilihan perabot serta warna cat ruangan sangat berpengaruh terhadap kenyamanan konseling nantinya. Sofa yang dipilih hendaknya yang nyaman untuk diduduki dalam waktu lama. Serta cat yang dipilih sebaiknya bewarna terang dan sejuk agar terasa lebih nyaman.
- Penataan ruangan  
Ruangan konseling hendaknya bersih dan rapi, agar menimbulkan kesan bahwa klien diterima dan dihargai pada saat konseling. Meja konselor yang berantakan dan banyak barang diatasnya akan menimbulkan persepsi bahwa konselor tidak menghormati klien dan tidak tahu sopan santun.
- Kerapian pakaian konselor  
Konselor yang berpakaian dengan rapi

akan mencerminkan bahwa klien dihormati dan diterima serta menimbulkan kesan yang formal namun tidak tegang.

### **C. PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG KB**

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk intervensi mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, dimana tenaga kesehatan berperan sebagai pendidik didalamnya. Komunikasi interpersonal dalam pelayanan kesehatan menggunakan:

#### **a. Motivasi**

Motivasi pada klien meliputi:

- Berfokus mewujudkan permintaan, bukan pada kebutuhan individu klien.
- Menggunakan komunikasi satu arah.
- Menggunakan komunikasi individu.

#### **b. Edukasi/Pendidikan KB**

Pelayanan KB yang diberikan pada klien mengandung unsur pendidikan sebagai berikut:

- Menyediakan seluruh informasi metode yang tersedia.
- Menyediakan informasi terkini dan isu yang ada.
- Menggunakan komunikasi satu arah dan dua arah.
- Dapat melalui komunikasi individu, kelompok atau massa.
- Menghilangkan rumor dan konsep yang salah.

c. Konseling

Konseling KB antara lain:

- a. Mengajukan klien untuk mengajukan permasalahan.
- b. Menjadi pendengar aktif, menjami klien penuh informasi.
- c. Membantu klien membuat pilihan sendiri.

Proses pendidikan kesehatan terbagi menjadi 3 pokok persoalan, diantaranya:

a. Masukan (input)

Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar dengan berbagai latar belakangnya.

b. Proses

Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri klien. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbale balik antara berbagai faktor, antara lain subjek, belajar, pengajar (pendidik/fasilitator), metode dan teknik belajar, alat bantu belajar, serta materi atau bahan yang dipelajari.

c. Keluaran (output)

Keluaran adalah hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar (klien).

#### **D. INFORMED CHOICE OF REPRODUCTIVE HEALTH**

Informed choice berasal dari 2 kata yaitu informed dan choice. Informed berarti telah mendapatkan informasi yang lengkap dan benar, sedangkan choice berarti pilihan. Dengan demikian informed choice berarti pilihan yang didasari atas pengetahuan yang cukup setelah mendapatkan informasi yang memadai (lengkap, jelas, dan benar). Informed choice merupakan bentuk persetujuan pilihan tentang metode kontrasepsi yang dipilih oleh klien setelah memahami kebutuhan reproduksi yang paling sesuai dengan dirinya/keluarganya. Pilihan tersebut merupakan hasil bimbingan dan pemberian informasi oleh petugas yang obyektif, akurat, dan mudah dimengerti oleh klien. Pilihan yang diambil oleh klien merupakan pilihan yang terbaik dari berbagai alternatif yang tersedia.

Tujuan dari informed choice adalah untuk meyakinkan bahwa semua klien akan memutuskan sebuah keputusan untuk diri mereka sendiri mengenai pelayanan kesehatan yang terbaik bagi kebutuhan



mereka. Informed choice memiliki banyak keuntungan, diantaranya:

1. Pilihan kontrasepsi yang nantinya akan dipilih adalah pilihan klien sendiri yang telah didasari oleh pengetahuan yang cukup, sehingga sesuai dengan kebutuhan dan keinginan klien.
2. Klien dapat memahami kontra indikasi, efek samping dan komplikasi dari jenis kontrasepsi atau cara KB yang dipilih.
3. Apabila nantinya klien mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan, klien tidak terkejut karena sudah paham terhadap kontrasepsi yang dipilihnya, dan akan cepat berobat ke tempat pelayanan.
4. Klien tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul di kalangan masyarakat, karena telah mendapat informasi yang benar.

Petugas pelayanan KB wajib memberikan pelayanan yang terbaik untuk klien dengan melakukan:

1. Memberikan para klien metode KB yang mereka inginkan, kecuali jika secara medis tidak dapat diberikan.

2. Menyediakan informasi yang jelas dan tidak bias mengenai keuntungan dan kerugian dari berbagai metoda kontrasepsi serta menjelaskan penggunaan yang benar dari metode yang dipilih.
3. Memberikan konseling dan nasihat sesuai dengan setiap kebutuhan klien dan situasi individual mereka masing-masing.
4. Menahan diri untuk tidak menilai klien dan tidak menganggap bahwa dirinyalah yang paling tahu apa yang terbaik bagi klien.
5. Menghormati keputusan klien, bahkan jika klien memilih metode yang kurang efektif dibandingkan dengan yang telah disarankan.
6. Menghormati keputusan klien yang ingin ganti metode, apalagi jika si klien sering melakukan pergantian tersebut.
7. Menghormati keputusan klien untuk menolak sebagian atau seluruh pelayanan.

Setelah klien memahami dan dapat menentukan keputusan tentang pelayanan kontrasepsi yang dia pilih pada saat proses

informed choice, maka klien diberikan informed consent atau lembar persetujuan tindakan medik pelayanan kontrasepsi.

#### **E. INFORMED CONSENT OF REPRODUCTIVE HEALTH**

Informed consent adalah bukti tertulis tentang persetujuan terhadap prosedur klinik suatu metode kontrasepsi yang akan dilakukan pada klien. Informed consent harus ditandatangani oleh klien sendiri atau walinya apabila akibat kondisi tertentu klien tidak dapat melakukan hal tersebut. Persetujuan diminta apabila prosedur klinik mengandung risiko terhadap keselamatan klien (baik yang terduga atau tak terduga sebelumnya).

Informed consent berisi tentang kebutuhan reproduksi klien, informed choice, dan prosedur klinik yang akan dilakukan. Terdapat penjelasan tentang risiko dalam melakukan prosedur klinik tersebut, standar prosedur yang akan dilakukan dan upaya untuk menghindarkan risiko. Klien akan menyatakan mengerti tentang semua informasi yang telah tercantum/tersebut

diatas dan secara sadar memberikan persetujuannya.

Selain pada klien itu sendiri, Informed consent juga dilakukan pada pasangannya sebagai saksi yang mengetahui bahwa pasangannya secara sadar telah memberikan persetujuan terhadap tindakan medis dari metode kontrasepsi yang telah dipilih, suami tidak dapat menggantikan posisi istrinya untuk memberikan persetujuan (atau sebaliknya) kecuali pada kondisi khusus/tertentu. Selain itu, secara kultural di Indonesia suami selalu menjadi penentu dalam memberikan persetujuan tetapi secara hukum, hal tersebut hanya merupakan persetujuan terhadap konsekuensi biaya dan pemahaman risiko yang telah dijelaskan sebelumnya yang mungkin timbul dari prosedur klinik yang akan dilakukan.

## **F. REFERENSI**

1. Saifuddin, Abdul Bari. 2006. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

2. Sulistyawati, Ari. 2011. Pelayanan KB. Jakarta: Salemba Medika
3. Yulifah, Rita dan Yuswanto Tri Johan Agus. 2009. Komunikasi dan Konseling dalam Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

## **BAB VIII**

### **LAYANAN KONTRASEPSI PASCA ABORSI**

#### **A. PENDAHULUAN**

Ibu yang baru keguguran tidak dianjurkan untuk langsung hamil lagi, perlu waktu interval. Dengan ber-KB, pasangan mengatur jarak kehamilan anak mereka sehingga akan meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan angka harapan hidup anak-anak dan ibunya. Merencanakan kehamilan kembali setelah keguguran, para ahli memang merekomendasikan untuk menunggu paling tidak 1 kali siklus haid sebelum mencoba untuk hamil kembali. Namun, setelah keguguran kesuburan akan segera datang dalam waktu 2 hingga 4 minggu.

#### **B. PENYAJIAN MATERI**

1. Tata Cara Konseling KB Pasca Persalinan Dan Pasca Keguguran
  - a. Enam Langkah dalam memberikan konseling salah satunya dengan kunci “SATU TUJU”

- SA** : Sapa dan salam kepada peserta KB secara sopan dan ramah.
  - T** : Tanyakan kepada peserta KB informasi tentang dirinya, pengalaman ber-KB dan keinginan metode yang akan digunakan
  - U** : Uraikan kepada peserta KB tentang beberapa pilihan Metode KB PP persalinan yang direkomendasikan
  - TU** : Ban**TU** peserta KB dalam memilih dan memutuskan Pilihan
  - J** : Jelaskan secara lengkap tentang metode kontrasepsi yang dipilih peserta KB
  - U** : Buat rencana kunjungan Ulang dan kapan peserta KB akan kembali
- b. Konseling yang berhasil adalah disaat pemberian konseling dapat membantu peserta KB dalam memilih dan menggunakan metode KB yang sesuai untuk mereka.

- c. Konseling terbaik dilakukan dengan pendekatan yang berbeda disesuaikan dengan kondisi klien. Pendekatan konseling yang dapat dilakukan apabila:
- 1) Peserta KB kembali tanpa masalah;
    - a) Memberikan persediaan lebih atau tindak lanjut rutin.
    - b) Menanyakan secara bersahabat pertanyaan tentang pengalaman peserta KB menggunakan metode kontrasepsi yang digunakan.
  - 2) Peserta KB kembali dengan masalah;  
Memahami masalah dan membantu menyelesaikan; apakah masalah efek samping, masalah dalam menggunakan metode, pasangan tidak kooperatif atau masalah lain.
  - 3) Peserta KB baru dengan metode kontrasepsi yang dipikirkannya:
    - a) Periksa apakah pemahaman peserta KB akurat.
    - b) Dukung pilihan klien, jika peserta KB layak secara medis.
    - c) Diskusikan bagaimana menggunakan metode yang



diinginkan dan mengatasi efek samping.

- 4) Peserta KB baru tanpa metode kontrasepsi yang dipikirkannya ;
  - a) Diskusikan situasi dan rencana klien, dana apa yang penting untuknya mengenai suatu metode kontrasepsi.
  - b) Bantu peserta KB mempertimbangkan metode yang mungkin sesuai untuknya, jika perlu bantu peserta KB untuk mengambil keputusan.
  - c) Dukung pilihan klien, berikan informasi tentang penggunaan, dan diskusikan bagaimana mengatasi efek samping.
- d. Konseling yang baik pada KB Pasca keguguran sangat penting sekali dilakukan, namun tetap memperhatikan:
  - 1) Perasaan yang sedang dialami ibu pasca keguguran.
  - 2) Memperlakukan calon peserta kb dengan hormat dan hindari menghakimi dan mengintimidasi.

- 3) Privasi dan kerahasiaan calon peserta KB.
  - 4) Apabila calon peserta kb ingin seseorang yang dipercaya untuk menemani selama konseling.
- e. Faktor individual yang perlu dipertimbangkan dalam konseling KB Pasca Keguguran adalah:

No	Faktor Individu	Rekomendasi	Rasional
1	Jika ibu tidak ingin hamil segera	Dapat dipertimbangkan semua jenis metode KB	Tangani komplikasi aborsi dan pastikan bahwa ibu tidak ingin hamil segera
2	Jika ibu dalam keadaan stress dan kesakitan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dapat dipertimbangkan semua jenis metode kontrasepsi</li> <li>• Jangan disarankan untuk metode kontrasepsi permanen</li> <li>• Rujuk ibu untuk penanganan kontrasepsi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress dan kesakitan yang dialami dapat memengaruhi keputusan ber-KB</li> <li>• Saat penanganan komplikasi bukanlah waktu yang tepat untuk membuat keputusan yang tetap</li> </ul>
3	Jika ibu mengalami kegagalan kontrasepsi (hamil saat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selidiki penyebab kegagalan kontrasepsi yang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kegagalan kontrasepsi, penggunaan yang tidak efektif,</li> </ul>

	menggunakan kontrasespi).	<p>digunakan dan keefektifan-nya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantu ibu untuk menggunakan metode KB yang efektif.</li> <li>• Pastikan ibu memahami KB yang akan digunakan kemudian, penanganan lanjutan, keberlangsungan penggunaan dan kemungkinan untuk ganti metode</li> </ul>	<p>kekurangan suplai kontrasepsi dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktor-faktor yang diatas dapat ditemukan lagi dan menimbulkan kehamilan yang tidak diinginkan dikemudian hari</li> </ul>
4	Jika ibu berhenti menggunakan kontrasepsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selidiki kenapa ibu berhenti menggunakan kontrasepsi (efek samping, sulitnya akses ulangan)</li> <li>• Bantu ibu untuk menggunakan metode KB yang efektif</li> <li>• Pastikan ibu memahami metode KB yang akan digunakan kemudian, penanganan</li> </ul>	Efek samping dan minimnya akses untuk kontrasepsi lanjutan dapat menimbulkan kehamilan yang tidak diinginkan

		lanjutan, keberlangsungan penggunaan dan kemungkinan untuk ganti metode	
5	Jika pasangan (suami) tidak ingin menggunakan kondom atau tidak mengizinkan ibu menggunakan metode lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libatkan pasangan dalam memberikan konseling</li> <li>• Lindungi ibu (kerahasiaannya) apabila ibu tidak melibatkan pasangannya</li> <li>• Diskusikan metode yang dapat digunakan ibu tanpa pasangan dapat mengetahui-nya (mis; suntikan)</li> <li>• Jangan rekomendasikan metode yang tidak dapat digunakan secara efektif oleh ibu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melibatkan pasangan pada konseling akan memengaruhi kepesertaan pria dalam ber-KB ataupun dukungannya</li> <li>• Apabila ibu tidak ingin melibatkan pasangannya dalam ber-KB, maka keputusannya harus tetap dihargai</li> </ul>
6	Jika wanita adalah korban dari kejahatan	Informasikan tentang Kontrasepsi darurat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanita memiliki risiko terhadap kejahatan dan</li> </ul>

	seksual dan perkosaan	(dimungkinkan metode yang lainnya)	<p>pemeriksaan berulang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membutuhkan penggunaan kontrasepsi dan metode kontrasepsi lainnya</li> </ul>
	Jika ibu ingin segera hamil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jangan pengaruhi ibu untuk menggunakan metode KB</li> <li>• Berikan informasi apabila ibu memberikan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya</li> <li>• Kehamilan disarankan setelah 6 bulan pasca keguguran</li> </ul>	Apabila ibu telah mengalami keguguran yang berulang, perlu penanganan infertilitas

f. Pertimbangan berdasarkan kondisi klinis klien abortus:

Kondisi Klinis	Rekomendasi	Perhatian
Abortus inkomplet tanpa komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semua jenis metode kontrasepsi</li> </ul>	Tidak disarankan untuk KB alami sampai siklus menstruasi kembali

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implan, suntikan dan pil dapat digunakan segera</li> </ul>	<p>normal</p> <p>MOW dapat dilakukan</p>
<p>Dicurigai adanya kemungkinan infeksi ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda dan gejala sepsis</li> <li>• Tanda aborsi induksi dan aborsi tidak aman</li> <li>• Infeksi yang tidak dapat disingkirkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semua jenis metode kontrasepsi</li> <li>• Implan, suntikan dan pil dapat digunakan segera</li> </ul>	<p>MOW dan IUD tidak disarankan sampai infeksi dapat ditangani sepenuhnya (biasanya sampai 3 bulan) atau sampai risiko infeksi dapat disingkirkan</p>
<p>Perlukaan daerah genital;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perforasi uteri</li> <li>• Perlukaan pada vagina atau serviks, termasuk karena bahan kimia</li> </ul>	<p>Implan, suntikan dan pil dapat digunakan segera</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOW dan IUD dapat dilakukan setelah perlukaan sembuh</li> <li>• Segala metode yang dimasukkan ke vagina (IUD, kondom) dilakukan setelah perlukaan sembuh</li> </ul>
<p>Perdarahan yang berat atau dan disertai dengan anemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IUD dengan progestin</li> <li>• Pil kombinasi oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOW jangan dilakukan sampai penyebab anemia teratasi</li> <li>• Hati-hati penggunaan Pil progestin pada penderita anemia</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implan, suntikan dan IUD tunda penggunaan sampai anemia teratasi</li> </ul>
Aborsi trimester kedua	Implan, suntikan, pil dapat digunakan segera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOW gunakan minilaparotomi, jika tehnik tidak memungkinkan, tunda prosedur hingga ukuran uterus (4 sampai 6 minggu)</li> <li>• IUD dapat dipasang setinggi uterus, jika tidak memungkinkan tunda hingga 4 sampai 6 minggu)</li> </ul>

### **C. LATIHAN**

1. Jelaskan faktor individual yang perlu dipertimbangkan dalam konseling KB Pasca Keguguran!
2. Jelaskan pertimbangan kontrasepsi berdasarkan kondisi klinis klien abortus!

### **D. REFERENSI**

1. Asuhan Pasca Keguguran JNPK-KR /POGI Edisi 1 Tahun 2001



## **BAB IX**

### **PENCATATAN DAN PELAPORAN**

#### **A. PENDAHULUAN**

Kegiatan pencacatan dan pelaporan program KB Nasional merupakan suatu proses untuk mendapatkan data dan informasi yang merupakan suatu substansi pokok dalam sistem informasi program KB Nasional dan dibutuhkan untuk kepentingan operasional program. Data dan informasi tersebut juga merupakan bahan pengambilan keputusan, perencanaan dan pemantauan dan penilaian serta pengendalian program. Oleh karena itu data dan informasi yang dihasilkan harus akurat, tepat waktu dan dapat dipercaya. Dalam upaya memenuhi harapan data dan informasi yang dihasilkan merupakan data dan informasi yang berkualitas, maka selalu dilakukan langkah-langkah penyempurnaan sesuai dengan perkembangan program dengan visi dan misi program baru serta perkembangan kemajuan teknologi informasi.

## **B. PENYAJIAN MATERI**

### **1. Mekanisme pencacatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi**

Sistem pencacatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi, diharapkan dapat menyediakan berbagai data dan informasi pelayanan kontrasepsi di seluruh wilayah sampai ke tingkat kecamatan dan desa. Adapun mekanisme pencacatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi sebagai berikut:

- Pada waktu mendaftar untuk pembukaan klinik KB dan pendaftaran ulang setiap bulan Januari, semua klinik KB mengisi kartu pendaftaran klinik KB.
- Setiap peserta KB baru dan pindahan dibuatkan kartu status peserta KB (K/O/IV/KB) yang antara lain memuat cirri-ciri peserta KB yang bersangkutan. Kartu ini disimpan di klinik KB dan digunakan pada waktu kunjungan ulang.
- Setiap peserta KB baru atau pindahan dari klinik KB dibuatkan kartu peserta (K/I/KB/00).
- Setiap pelayanan KB di klinik KB, dicatat dalam register klinik KB (R/I/KB/00)

dan pada akhir bulan dijumlahkan karena register ini merupakan sumber data untuk membuat laporan bulanan klinik.

- Setiap penerimaan dan pengeluaran jenis alat kontrasepsi oleh klinik dicatat dalam register alat kontrasepsi klinik KB (R/II?KB/00), setiap akhir bulan dijumlahkan sebagai sumber membuat laporan bulanan.
- Pelayanan KB yang dilakukan oleh dokter/bidan praktetk swasta setiap hari dicatat dalam buku hasil pelayanan kontrasepsi pada Dokter/Bidan Swasta (B/I/DBS/00). Setiap akhir bulan dijumlahkan dan merupakan data dalam membuat laporan bulanan petugas penghubung DBS/PBS.
- Setiap bulan PKB/PLKB atau petugas yang ditunjuk sebagai petugas penghubung dokter/bidan praktek swasta membuat laporan bulanan ini merupakan sumber data untuk pengisian laporan bulanan klinik KB.
- Setiap bulan, petugas klinik KB membuat laporan klinik KB (F/I/KB/00) yang datanya diambil dari Register Hasil

Pelayanan di Klinik KB (R/KB/00), Laporan bulanan petugas penghubung Dokter/Bidan praktik swasta (F/I/PH-DBS/00) dan register alat kontrasepsi klinik KB (R/II/KB/00).

Arus Pelaporan pelayanan informasi adalah sebagai berikut:

- Kartu pembinaan klinik KB (Kb/O/KB/00) dibuat oleh klinik KB rangkap 2, 1 lembar untuk kantor BKKBN Kabupaten/Kota yang dikirim selambat-lambatnya 7 februari setiap bulan ke kantor BKKBN Kabupaten/Kota dan arsip.
- Laporan bulanan petugas penghubung hasil pelayanan kontrasepsi oleh Dokter/Bidan praktek swasta dalam rangkap 2, dikirimkan selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya ke klinik KB induk di wilayah kerjanya dan arsip.
- Laporan bulanan klinik KB (F/II/KB/00) dibuat oleh klinik KB dalam rangkap 4 dikirim selambat-lambatnya pada tanggal 7 bulan berikutnya, masing-masing ke kantor BKKBN

Kabupaten/Kota, Mitra Kerja Tingkat II, Kantor Camat dan Arsip..

- Rekapitulasi kartu pendaftaran Klinik KB tingkat Kabupaten/Kota (RekKab.K/0/KB/00) dibuat rangkap 2 oleh kantor BKKBN Kabupaten/Kota dan dikirimkan selambat-lambatnya pada tanggal 14 februari setiap tahun, masing-masing ke Kanwil BKKBN Kabupaten Propinsi dan arsip.
- Rekapitulasi laporan bulanan klinik KB tingkat kabupaten/kota (Rek-Kab.F/II/KB/00) dibuat rangkap 2 setiap bulan oleh Kantor BKKBN Kabupaten/kota dikirimkan selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya ke Kanwil BKKBN Propinsi dan Arsip.
- Rekapitulasi Kartu pendaftaran Klinik KB tingkat Propinsi (Rek-Prop.K/O/KB/00) dibuat rangkap 2 oleh Kanwil BKKBN Propinsi dan dikirimkan selambat-lambatnya tanggal 21 Februari setiap tahun ke BKKBN Pusat dan arsip.
- BKKBN Propinsi (Bidan Informasi Keluarga dan Analisis Program) setiap bulan menyampaikan laporan umpan

balik ke Kantor BKKBN Pusat, ke Kanwil BKKBN, Kabupaten dan Mitra Kerja Tingkat I.

- BKKBN Pusat (Direktorat Pelaporan dan Statistik) setiap bulan menyampaikan umpan balik kepada semua pimpinan di jajaran BKKBN Pusat, ke Kanwil BKKBN, Propinsi dan Mitra Kerja Tingkat Pusat.

## **2. Monitoring dan Evaluasi Sistem Pencacatan dan Pelaporan Pelayanan Kontrasepsi**

Dalam pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan kontrasepsi masih dirasakan adanya kelebihan dan kekurangan, sehingga perlu selalu dilakukan monitoring dan evaluasi. Melalui sistem pencacatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi dari hasil monitoring dan evaluasi tersebut dapat diketahui hambatan dan permasalahan yang timbul, sehingga dapat dilakukan perbaikan kegiatan sistem pencacatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi.

### **❖ Cakupan laporan**

Dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap cakupan laporan meliputi jumlah, ketepatan waktu data

yang dilaporkan, mulai dari tingkat di lapangan sampai tingkat pusat.

❖ **Kualitas Data**

Dalam melakukan evaluasi terhadap kualitas data pencacatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi perlu dilihat bagaimana masukan laporannya, baik laporan bulanan maupun laporan tahunan serta bagaimana informasi yang disajikan di setiap bulanan/tahunan. Dalam hal ini sering/dapat terjadi laporan mengalami keterlambatan dan cakupannya belum dapat optimal maupun kualitas dan kuantitas datanya serta informasi yang disampaikan belum optimal. Keterlambatan penyajian data dan informasi setiap bulannya dapat disebabkan oleh proses pengumpulan laporannya terlambat serta banyak kesalahan pengolahan ke bawah dan ke samping sehingga memperlambat proses pengolahannya.

❖ **Tenaga**

Dalam melakukan evaluasi terhadap tenaga pencacatan dan pelaporan

elayanan kontrasepsi, hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu ketersediaan/jumlah tenaga dan kualitas tenaga:

- Ketersediaan / jumlah tenaga  
Bagaimana kondisi jumlah petugas RR Klinik yang melakukan pencatatan pelaporan pelayanan kontrasepsi.
- Kualitas tenaga  
Apakah Petugas RR Klinik Sudah mengikuti Pelatihan RR.

❖ Sarana

Dalam melakukan evaluasi terhadap sarana, perlu dilihat bagaimana sarana mendukung kelancaran pelaksanaan pencatatan dan pelaporan diantaranya:

- Ketersediaan formulir kartu.
- Ketersediaan Buku Petunjuk Teknis Pencatatan dan Pelaporan Kontrasepsi.
- Ketersediaan faksimil untuk seluruh Kabupaten/Kota untuk kecepatan pelaporan.
- Ketersediaan komputer sampai dengan tingkat kabupaten/kota.



### **C. PENDOKUMENTASIAN RUJUKAN KB**

Tujuan sistem rujukan disini adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi.

Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional. Tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Dengan pengertian tersebut, maka merujuk berarti meminta pertolongan secara timbal balik kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten untuk penanggulangan masalah yang sedang dihadapi.

### **D. TATA LAKSANA**

Rujukan Medik dapat Berlangsung:

- 1) Internal antara petugas di satu puskesmas.
- 2) Antara puskesmas pembantu dan puskesmas.
- 3) Antara masyarakat dan puskesmas.
- 4) Antara satu puskesmas dan puskesmas yang lain.
- 5) Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- 6) Internal antar bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit.
- 7) Antar rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dan rumah sakit laboratorium atau fasilitas pelayanan yang lain.

Rangkaian jaringan fasilitas pelayanan dalam sistem rujukan tersebut berjenjang dari yang paling sederhana di tingkat keluarga sampai satuan fasilitas pelayanan kesehatan nasional dengan dasar pemikiran rujukan ditujukan secara timbal balik ke satuan fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, dan rasional serta tanpa dibatasi oleh wilayah administrasi.

Rujukan bukan berarti melepaskan

tanggung jawab dengan menyerahkan klien-klien ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, akan tetapi karena kondisi klien yang mengharuskan pemberian pelayanan yang lebih kompeten dan bermutu melalui upaya rujukan.

Untuk itu dalam melaksanakan rujukan harus telah pula diberikan :

- 1) Konseling tentang kondisi klien-klien yang menyebabkan perlu dirujuk.
- 2) Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh kondisi yang diharapkan diperoleh ditempat rujukan.
- 3) Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju.
- 4) Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi klien saat ini riwayat sebelumnya serta upaya/tindakan yang telah diberikan.
- 5) Bila perlu berikan upaya mempertahankan keadaan umum klien.
- 6) Bila perlu, karena kondisi klien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi perawat/bidan.

- 7) Menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar memungkinkan segera menerima rujukan klien.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan, setelah memberikan upaya penanggulangan dan kondisi klien telah memungkinkan, harus segera mengembalikan klien ke tempat fasilitas pelayanan asalnya dengan terlebih dahulu memberikan:

- 1) Konseling tentang kondisi klien sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan.
- 2) Nasehat yang perlu diperhatikan klien mengenai kelanjutan penggunaan kontrasepsi.
- 3) Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang merujuk mengenai kondisi klien berikut upaya pelayanan lanjutan yang harus dilaksanakan, terutama tentang penggunaan kontrasepsi.

#### **E. LATIHAN**

1. Jelaskan Arus Pelaporan Pelayanan Informasi KB?

2. Sebutkan hasil kegiatan operasional pencatatan dan pelaporan kontrasepsi program KB?
3. Jelaskan mekanisme pencatatan dan pelaporan kontrasepsi?
4. Sebutkan isi cakupan laporan Monitoring dan Evaluasi dalam Pelayanan Kontrasepsi?
5. Jelaskan tata laksana rujukan medis dalam pelayanan Kontrasepsi?

#### **F. REFERENSI**

1. BKKBN, Panduan Upaya Peningkatan Peserta Kontrasepsi Mantap, Jakarta 2004
2. Panduan Konseling Kontrasepsi bagi Bidan, Jakarta BKKBN, 1994
3. Hartanto, H, KB dan Kontrasepsi, Pustaka Sinar Harapan Jakarta, 2004
4. EGC, Obstetri Williams Edisi 21, 2006
5. Helen V dkk, Buku Asuhan Kebidanan, 2007 EGC Jakarta

**Buku Ajar Keluarga Berencana dan Pelayanan kontrasepsi ini membahas tentang konsep dasar kependudukan, sejarah dan perkembangan KB, evidence Based dalam pelayanan KB, Jenis metode Kontrasepsi, pengambilan keputusan dalam ber KB, Upaya-upaya promotif dan preventif dengan perencanaan keluarga dan kontrasepsi, konseling kontrasepsi dengan metode sederhana, alami, modern dan kontrasepsi darurat, layanan pasca aborsi dan catatan dalam kontrasepsi.**

**Buku Ajar ini dibuat sebagai pedoman dalam melakukan kegiatan proses pembelajaran Keluarga berencana dan pelayanan kontrasepsi. Diharapkan dapat membantu mahasiswa/i dalam mempersiapkan dan melaksanakan pembelajaran dengan lebih baik, terarah, dan terencana.**

ISBN 978-623-09-0624-4



**Penerbit :**

**PT Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24**

**Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919**