



**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PEMILIHAN JENIS KONTRASEPSI YANG DIGUNAKAN  
PADA KELUARGA MISKIN**

**LAPORAN AKHIR PENELITIAN KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan untuk memenuhi tugas dan melengkapi syarat dalam menempuh  
Program Pendidikan Sarjana Kedokteran**

Disusun oleh:

**Laksmi Indira K T  
G2A 005 111**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2009**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Telah disetujui oleh dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah pada tanggal 15 Agustus 2009, Laporan Akhir Penelitian Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama Mahasiswa : Laksmi Indira Kartini Tedjo  
Nomor Induk Mahasiswa : G2A 005 111  
Tingkat : Program Pendidikan Sarjana  
Judul : Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis  
Kontrasepsi yang Digunakan pada Keluarga Miskin  
Fakultas : Kedokteran  
Universitas : Diponegoro  
Bagian : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Pembimbing : dr. Budi Palarto, SpOG

Semarang, 15 Agustus 2009

Mengetahui

Dosen Pembimbing

dr. Budi Palarto, SpOG

## HALAMAN PENGESAHAN

Artikel Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang Pada tanggal 18 Agustus 2009 dan telah dilakukan perbaikan sesuai dengan saran yang diberikan.

Mengetahui

Penguji

Dosen Pembimbing

Dr. Soeharto, M.Kes

dr. Budi Palarto, SpOG

Ketua Penguji

dr. Hari Peni Julianti, M.Kes

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
DAFTAR TABEL .....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	vii
ABSTRAK .....	viii
<i>ABSTRACT</i> .....	ix
BAB 1. PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar belakang masalah .....	1
1.2. Perumusan masalah .....	4
1.3. Tujuan penelitian .....	5
1.3.1. Tujuan umum .....	5
1.3.2. Tujuan khusus .....	5
1.4. Manfaat .....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....	7
2.1. Kontrasepsi .....	7
2.1.1. Pengertian kontrasepsi .....	7
2.1.2. Tujuan kontrasepsi .....	7
2.1.3. Jenis-jenis kontrasepsi .....	7
2.1.3.1. Kondom pria .....	9
2.1.3.2. Pil KB .....	10
2.1.3.3. Kontrasepsi suntik .....	12
2.1.3.4. Susuk/Implant .....	13

2.1.3.5. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) atau IUD (Intra Uterine Devices) .....	14
2.1.3.6. Metode Operatif Pria (MOP) .....	15
2.1.3.7. Metode Operatif Wanita (MOW) .....	16
2.1.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi ....	17
2.2. Tingkat kesejahteraan .....	20
2.3. Umur istri .....	25
2.4. Jumlah anak .....	29
2.5. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) .....	30
2.6. Pendidikan .....	31
2.7. Tingkat pengetahuan .....	31
2.8. Dukungan pasangan .....	32
2.9. Agama .....	35
2.10. Kerangka teori .....	37
2.11. Kerangka konsep .....	38
2.12. Hipotesis .....	38
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
3.1. Ruang lingkup penelitian .....	39
3.2. Desain penelitian .....	39
3.3. Populasi dan sampel penelitian .....	40
3.3.1. Populasi .....	40
3.3.2. Sampel .....	40
3.3.2.1. Teknik pemilihan sampel .....	40
3.3.2.2. Besar sampel .....	40
3.3.2.3. Kriteria inklusi untuk sampel penelitian .....	41

3.3.2.4. Kriteria eksklusi untuk sampel penelitian .....	41
3.4. Instrumen penelitian .....	41
3.5. Cara pengumpulan data .....	42
3.6. Data yang dikumpulkan .....	42
3.7. Definisi operasional .....	42
3.7.1. Variabel tergantung (dependen) .....	42
3.7.2. Variabel bebas (independen) .....	43
3.7.2.1. Umur istri .....	43
3.7.2.2. Jumlah anak .....	43
3.7.2.3. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) .....	43
3.7.2.4. Tingkat pendidikan akseptor KB .....	44
3.7.2.5. Tingkat pengetahuan .....	44
3.7.2.6. Dukungan pasangan .....	45
3.8. Pengolahan dan analisis data .....	45
BAB 4. HASIL PENELITIAN .....	46
BAB 5. PEMBAHASAN .....	58
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN .....	65
DAFTAR PUSTAKA .....	66
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perbandingan Jenis Kontrasepsi .....	19
Tabel 2. Klasifikasi Tingkat Kesejahteraan Keluarga .....	24
Tabel 3. Matriks Paritas Umur .....	28
Tabel 4. Distribusi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin berdasarkan umur istri .....	53
Tabel 5. Distribusi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin berdasarkan jumlah anak .....	54
Tabel 6. Distribusi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin berdasarkan keikutsertaan dalam Jamkesmas .....	54
Tabel 7. Distribusi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin berdasarkan tingkat pendidikan akseptor KB .....	55
Tabel 8. Distribusi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin berdasarkan tingkat pengetahuan.....	55
Tabel 9. Distribusi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin berdasarkan dukungan pasangan .....	56
Tabel 10. Distribusi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin berdasarkan pengaruh agama .....	56
Tabel 11. Perbandingan pengaruh faktor keikutsertaan dalam Jamkesmas dan faktor dukungan pasangan dalam memilih jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin .....	57

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Gambaran distribusi jenis kelamin responden .....	46
Gambar 2.	Gambaran distribusi agama responden .....	47
Gambar 3.	Gambaran distribusi jenis kontrasepsi yang digunakan saat ini .....	47
Gambar 4.	Gambaran jenis kontrasepsi kontrasepsi yang digunakan saat ini .....	48
Gambar 5.	Gambaran distribusi alasan memilih jenis kontrasepsi yang digunakan ....	48
Gambar 6.	Gambaran distribusi umur istri .....	49
Gambar 7.	Gambaran distribusi jumlah anak .....	50
Gambar 8.	Gambaran distribusi keikutsertaan dalam Jamkesmas .....	50
Gambar 9.	Gambaran distribusi tingkat pendidikan akseptor .....	51
Gambar 10.	Gambaran distribusi tingkat pengetahuan responden .....	51
Gambar 11.	Gambaran distribusi dukungan pasangan .....	52
Gambar 12.	Gambaran distribusi pengaruh agama dalam memilih jenis kontrasepsi yang digunakan .....	52



## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMILIHAN JENIS KONTRASEPSI YANG DIGUNAKAN PADA KELUARGA MISKIN

Laksmi Indira KT<sup>a</sup>, Budi Palarto<sup>b</sup>

### Abstrak

**Latar belakang :** Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin tidak hanya dipengaruhi oleh faktor kesejahteraan keluarga tetapi juga oleh faktor-faktor lain seperti umur ibu, jumlah anak, keikutsertaan dalam Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, jumlah anak, dukungan pasangan, dan agama.

**Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan antara umur ibu, jumlah anak, keikutsertaan dalam Jamkesmas, tingkat pendidikan akseptor KB (Keluarga Berencana), tingkat pengetahuan, dukungan pasangan, dan agama dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin.

**Metode :** Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan desain cross sectional dengan sampel Pasangan Usia Subur yang merupakan akseptor KB dan termasuk dalam kriteria keluarga miskin yang ditetapkan oleh BKKBN serta bertempat tinggal di lokasi penelitian. Penentuan lokasi penelitian berdasarkan data BKKBN untuk Kecamatan Blado pada tahun 2008. Lokasi yang dipilih adalah lokasi dengan CPR (Contraceptive Prevalence Rate) atau tingkat penggunaan kontrasepsi di atas CPR nasional dan memiliki jumlah keluarga miskin terbanyak. Berdasarkan data tersebut didapatkan Desa Kambangan, Kecamatan Blado, Kabupaten Batang sebagai lokasi penelitian. Penentuan sampel dilakukan secara acak sederhana. Besar sampel minimal adalah 78 responden. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner penelitian yang sebelumnya telah diuji validitasnya. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara dengan responden. Data yang diperoleh diuji menggunakan analisa Chi Square dan uji Fisher lalu dilanjutkan dengan uji Binary Logistic.

**Hasil :** Pada penelitian ini didapatkan bahwa keikutsertaan dalam Jamkesmas dan dukungan pasangan memiliki hubungan yang bermakna dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin. Setelah dilakukan uji Binary logistic diketahui bahwa dukungan pasangan lebih besar pengaruhnya dibandingkan dengan keikutsertaan dalam Jamkesmas. Faktor umur istri, jumlah anak, tingkat pendidikan akseptor KB, tingkat pengetahuan, dan pengaruh agama tidak memiliki hubungan bermakna dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin.

**Kesimpulan :** Keluarga miskin cenderung memilih menggunakan kontrasepsi yang termasuk dalam jenis non MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang). Responden yang memilih untuk menggunakan jenis non MKJP sebanyak 60 orang (76,9%), sedangkan yang menggunakan MKJP hanya 18 orang (23,1%). Faktor-faktor yang memiliki hubungan yang signifikan dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin adalah keikutsertaan dalam Jamkesmas ( $p = 0,022$ ) dan dukungan pasangan ( $p = 0,032$ ). Faktor umur istri ( $p = 0,109$ ), jumlah anak ( $p = 0,251$ ), tingkat pendidikan akseptor KB ( $p = 0,427$ ), tingkat pengetahuan ( $p = 0,234$ ), dan pengaruh agama ( $p = 0,411$ ) tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin.

**Kata Kunci :** Jenis kontrasepsi, keluarga miskin, umur istri, jumlah anak, Jamkesmas, tingkat pendidikan akseptor KB, tingkat pengetahuan, dukungan pasangan, agama.

a) Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

b) Staf Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

## FACTORS INFLUENCING THE CHOICE OF CONTRACEPTION TYPE USED BY POOR FAMILY

Laksmi Indira KT <sup>a</sup>, Budi Palarto <sup>b</sup>

### Abstract

**Background** : The choice of contraception type used by poor family is not only influenced by family prosperity factor, but also by the others, such as wife's age, the number of children, the participation of Jamkesmas, the degree of KB acceptor's education, the degree of knowledge, life partner support, and religion.

**Aim** : This research was aimed to analyze the relationship between the factors, that were, the age of mother, the number of children, the participation of Jamkesmas, the degree of KB acceptor's education, the degree of knowledge, life partner support, and religion with the choice of contraception type used by poor family.

**Method** : This research was an analytic observational research applying cross sectional design. The sample criteria were fertile couple that was acceptor of KB fulfilling poor family criteria released by BKKBN and lived on research location. The determination of research location based on BKKBN data for Blado region in 2008. The location should have CPR (Contraceptive Prevalence Rate) above national CPR and the most number of poor families. Based on those criteria, Desa kambangan, Kecamatan Blado, Kabupaten Batang was determined as research location. The sample was determined using Simple Random Sampling. The total numbers of sample were 78 respondents. Instrument used in this research was research questioner which had been tested using validity test. Data collecting was done by interviewing the respondent. The data was tested with chi square analysis ( $\chi^2$ ) and Fisher Test, continued with Logistic Binary Test.

**Result**: In this research, we found that the participation in Jamkesmas and life partner support have a significant correlation with the choice of contraception type used by poor family. After It has been done Binary Logistic Test, it is known that life partner's support has stronger correlation than the participation on Jamkesmas. The factor of wife's age, the amount of children, the degree of KB acceptor's education, the degree of knowledge, and the influence of religion don't have significant correlation with the choice of contraception type which is used on poor family.

**Conclusion**: Poor family inclined to choose using contraception that is included on the non MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) type. The respondents that choose to use the non MKJP type are 60 people (76,9%), while the user of MKJP is only 18 people (23,1%). The factors which have significant correlation with the choice of contraception type which is used on poor family is the participation of Jamkesmas ( $p = 0,022$ ) and life partner support ( $p = 0,032$ ). The wife's age factor ( $p = 0,109$ ), the amount of children ( $p = 0,251$ ), the degree of KB acceptor's education ( $p = 0,427$ ), the degree of knowledge ( $p = 0,234$ ), and the influence of religion ( $p = 0,411$ ) don't have significant correlation with the choice of contraception type which is used on poor family.

**Key word**: Contraception type, Poor family, wife's age, The number of children, Jamkesmas, the degree of education, the degree of knowledge, life partner support, religion.

<sup>a)</sup> Undergraduate student, Medical Faculty of Diponegoro University, Semarang

<sup>b)</sup> Lecturer, Department of Society Healthy Science, Medical Faculty of Diponegoro

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar belakang masalah

Laju pertumbuhan penduduk di Indonesia meningkat dengan cukup cepat. Hal ini dapat dilihat dari jumlah penduduk pada tahun 1971 yang berjumlah 118.000.000 jiwa meningkat dengan pesat menjadi 220.000.000 jiwa pada tahun 2005. Walaupun memiliki jumlah penduduk yang besar akan tetapi kualitas penduduk Indonesia masih rendah. Hal ini dapat dilihat dari *Human Development Index (HDI)* di mana Indonesia hanya berada pada rangking 108 dari 177 negara. <sup>1</sup>

Pemerintah sudah berupaya untuk mengantisipasi laju pertumbuhan penduduk yang cepat ini dengan berbagai cara, salah satunya adalah dengan mencanangkan program Keluarga Berencana (KB) yang dimulai sejak tahun 1970. KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval di antara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami-isteri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (WHO, 1970). Program KB tidak hanya bertujuan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk, melainkan juga meningkatkan kualitas keluarga maupun individu-individu di dalamnya sehingga dapat tercipta keluarga yang memiliki jumlah anak yang ideal, sehat, sejahtera, berpendidikan, berketahanan, serta terpenuhi hak-hak reproduksinya. <sup>1, 2, 3, 4</sup>

Pelayanan kontrasepsi adalah salah satu jenis pelayanan KB yang tersedia selain komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE); konseling; pelayanan infertilitas; pendidikan sex; konsultasi pra perkawinan dan perkawinan; konsultasi genetik; tes

keganasan; serta adopsi. Saat ini, diperkirakan *Contraceptive Prevalence Rate (CPR)* atau angka pengguna kontrasepsi di Indonesia sudah mencapai 62% (BKKBN,2008). Jenis kontrasepsi yang digunakan antara lain suntik (27,8 %), pil (13,2 %), *Intra Uterine Devices (IUD)* (6,2 %), implant (4,3 %), tubektomi (3,7 %), metode kalender (1,6 %), metode senggama terputus (1,5 %), kondom (0,9 %), dan vasektomi (0,4 %) (BKKBN, 2008). Sebagian besar akseptor KB memilih dan membayar sendiri berbagai macam metode kontrasepsi yang tersedia. Faktor-faktor yang mempengaruhi akseptor dalam memilih metode kontrasepsi antara lain :

a. Faktor pasangan

- Umur
- Gaya Hidup
- Frekuensi senggama
- Jumlah keluarga yang diinginkan
- Pengalaman dengan metode kontrasepsi yang lalu
- Sikap kewanitaan dan kepriaan

b. Faktor kesehatan

- Status kesehatan
- Riwayat haid
- Riwayat keluarga
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan panggul

c. Faktor metode kontrasepsi

- Efektivitas
- Efek samping
- Biaya

Faktor-faktor ini nantinya juga akan mempengaruhi keberhasilan program KB. Hal ini dikarenakan setiap metode atau alat kontrasepsi yang dipilih memiliki efektivitas yang berbeda-beda.<sup>2,4</sup>

Program KB Nasional terdiri atas 3 tahap yaitu :

1. 1970 – 1980 : *Management for the people*
  - Pemerintah banyak berinisiatif
  - Partisipasi masyarakat sangat rendah
  - Kurang demokratis dan terkesan memaksa
  - Berorientasi pada target
2. 1980 – 1990 : *Management with the people*
  - Pemaksaan dikurangi
  - Program Safari KB dimulai sejak awal 1980-an
  - 1985 – 1988 : Program KB Lingkaran Biru
    - Masyarakat bebas memilih kontrasepsi yang ingin dipakainya, meskipun masih tetap dipilhkan jenis kontrasepsinya.
    - Dari 5 jenis kontrasepsi, dipilhkan satu setiap jenisnya.
  - 1988 : Program KB Lingkaran Emas
    - Peserta bebas memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan asalkan metode atau alat itu sudah terdaftar di Departemen Kesehatan.
    - Masyarakat mulai membayar sendiri alat kontrasepsinya.
3. 1990 – sekarang
  - Peningkatan kesejahteraan keluarga selain dengan KB juga disertai dengan usaha-usaha peningkatan pendapatan keluarga.<sup>2</sup>

Program KB dan tingkat kesejahteraan penduduk memiliki hubungan yang erat dan dapat saling mempengaruhi satu sama lain. Program KB akan mempengaruhi kependudukan (jumlah, komposisi, dan pertumbuhan penduduk). Kependudukan akan mempengaruhi tingkat kesejahteraan penduduk. Sebaliknya, Tingkat kesejahteraan penduduk akan mempengaruhi kependudukan dan program KB. Pada penduduk dengan tingkat kesejahteraan rendah, jumlah anak yang dilahirkan akan semakin banyak (SKDI 2002-2003). Pemerintah memberikan pelayanan KB gratis melalui program Jamkesmas kepada keluarga miskin dengan tujuan agar keluarga miskin tidak kesulitan dalam mendapatkan program KB, karena bila penambahan penduduk tidak dapat dikendalikan, maka beban pembangunan akan bertambah.<sup>1, 2, 6</sup>

Dengan menimbang hal-hal di atas diketahui bahwa pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor kesejahteraan keluarga tetapi juga oleh faktor-faktor lain seperti umur istri, jumlah anak, program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, dukungan suami/istri, dan agama. Maka dari itu, peneliti mengadakan pengkajian terhadap faktor-faktor tersebut.

## **1.2. Perumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas permasalahan yang hendak dikaji adalah :  
”apakah umur istri, jumlah anak, program Jamkesmas, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, dukungan suami/istri, dan agama mempengaruhi Pasangan Usia Subur (PUS) yang termasuk dalam keluarga miskin dalam memilih jenis kontrasepsi yang digunakan?”

### **1.3. Tujuan penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan Pasangan Usia Subur (PUS) yang termasuk keluarga miskin.

#### **1.3.2. Tujuan khusus**

- a. Mencari data tentang distribusi jenis kelamin responden, agama yang dianut, jenis kontrasepsi yang digunakan oleh responden saat ini, alasan responden memilih jenis kontrasepsi tersebut, umur istri, jumlah anak yang dimiliki, keikutsertaan dalam Jamkesmas, tingkat pendidikan akseptor KB, tingkat pengetahuan, dukungan pasangan, dan pengaruh agama dalam memilih jenis kontrasepsi yang digunakan.
- b. Mengolah dan menganalisis data tentang distribusi jenis kelamin responden, agama yang dianut, jenis kontrasepsi yang digunakan oleh responden saat ini, alasan responden memilih jenis kontrasepsi tersebut, umur istri, jumlah anak yang dimiliki, keikutsertaan dalam Jamkesmas, tingkat pendidikan akseptor KB, tingkat pengetahuan, dukungan pasangan, dan pengaruh agama dalam memilih jenis kontrasepsi yang digunakan.
- c. Mengetahui hubungan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dengan umur istri.
- d. Mengetahui hubungan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dengan jumlah anak.

- e. Mengetahui hubungan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dengan pemakaian Jamkesmas.
- f. Mengetahui hubungan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dengan tingkat pendidikan akseptor KB.
- g. Mengetahui hubungan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dengan tingkat pengetahuan tentang kontrasepsi.
- h. Mengetahui hubungan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dengan dukungan pasangan.
- i. Mengetahui hubungan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dengan agama.
- j. Membuat kesimpulan berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan.

#### **1.4. Manfaat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat antara lain :

- a. Memberi masukan dan pertimbangan kepada pihak-pihak yang terkait antara lain BKKBN dalam melaksanakan programnya.
- b. Memberi informasi dan menjadi bahan referensi bagi penelitian selanjutnya.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Kontrasepsi**

##### **2.1.1. Pengertian kontrasepsi**

Kontrasepsi berasal dari kata “Kontra” yang berarti mencegah atau melawan dan “Konsepsi” yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi, kontrasepsi adalah upaya mencegah pertemuan sel telur matang dan sperma untuk mencegah kehamilan. <sup>4</sup>

##### **2.1.2. Tujuan kontrasepsi**

Pelayanan kontrasepsi mempunyai dua tujuan yaitu:

a. Tujuan umum:

Pemberian dukungan dan pementapan penerimaan gagasan KB yaitu dihayatinya NKKBS.

b. Tujuan khusus:

Penurunan angka kelahiran yang bermakna. <sup>3</sup>

##### **2.1.3. Jenis-jenis kontrasepsi**

Kontrasepsi yang baik harus memiliki syarat-syarat antara lain aman, dapat diandalkan, sederhana (sebisa mungkin tidak perlu dikerjakan oleh dokter), murah, dapat diterima oleh orang banyak, dan dapat dipakai dalam jangka panjang. Sampai saat ini belum ada metode atau alat kontrasepsi yang benar-benar 100% ideal. <sup>3</sup>

Jenis-jenis kontrasepsi yang tersedia antara lain:

A. Metode sederhana

a. Tanpa alat

- Pantang berkala
- Metode kalender
- Metode suhu badan basal
- Metode lendir serviks
- Metode simpto-termal
- Coitus interruptus

b. Dengan alat

a. Mekanis (barrier)

- Kondom pria
- Barrier intra vaginal antara lain : diafragma, kap serviks, spons, dan kondom wanita.

b. Kimiawi

- Spermisid antara lain : vaginal cresp, vaginal foam, vaginal jelly, vaginal suppositoria, vaginal tablet, dan vaginal soluble film.

B. Metode modern

a. Kontrasepsi hormonal

- Pil KB
- AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) / IUD (*Intra Uterine Devices*)
- Suntikan KB
- Susuk KB

- b. Kontrasepsi mantap
  - Medis Operatif Pria (MOP)
  - Medis Operatif Wanita (MOW)<sup>3,4,7</sup>

Berdasarkan lama efektivitasnya, kontrasepsi dapat dibagi menjadi :

- A. MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang), yang termasuk dalam kategori ini adalah jenis susuk/implant, IUD, MOP, dan MOW.
- B. Non MKJP (Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang), yang termasuk dalam kategori ini adalah kondom, pil, suntik, dan metode-metode lain selain metode yang termasuk dalam MKJP.<sup>3</sup>

Berikut pembahasan singkat mengenai jenis-jenis kontrasepsi tersebut.

#### **2.1.3.1. Kondom pria**

Kondom adalah selubung tipis dari karet, vinil, atau produk alamiah dapat berwarna maupun tidak berwarna, biasanya ditambahkan spermisida untuk perlindungan tambahan, serta digunakan untuk menutupi penis sesaat sebelum berhubungan. Mekanisme kerja kondom adalah dengan cara menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita. Efektivitas kondom sendiri tidak terlalu tinggi, hanya sekitar 3-4 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama. Pemakaian kondom memiliki keuntungan dan kerugian seperti :

Keuntungan kondom :

- a. Mencegah kehamilan
- b. Memberi perlindungan terhadap Penyakit Menular Seksual (PMS)
- c. Dapat diandalkan
- d. Sederhana, ringan, disposable, dan mudah digunakan

- e. Tidak memerlukan pemeriksaan medis, supervisi, atau follow-up
- f. Reversibel
- g. Pria ikut aktif dalam kegiatan KB
- h. Efektif segera setelah dipasang
- i. Tidak mempengaruhi kegiatan laktasi
- j. Dapat digunakan sebagai pendukung metode kontrasepsi lain
- k. Tidak mengganggu kesehatan
- l. Tidak ada efek samping sistemik
- m. Mudah didapatkan dan tidak perlu resep dokter
- n. Murah karena digunakan dalam jangka pendek

Kerugian kondom :

- a. Efektivitas dipengaruhi kesediaan akseptor mematuhi instruksi yang diberikan dan motivasi akseptor
- b. Efektivitas tidak terlalu tinggi
- c. Perlu menghentikan aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna memasang kondom
- d. Dapat mengurangi sensitifitas penis sehingga ereksi sukar dipertahankan<sup>3, 4, 7, 8</sup>

### **2.1.3.2 Pil KB**

Pil KB biasanya mengandung *Estrogen* dan *Progesteron*. Cara kerja pil KB adalah dengan cara menggantikan produksi normal *Estrogen* dan *Progesteron* dan menekan hormon yang dihasilkan ovarium dan releasing factor yang dihasilkan otak sehingga ovulasi dapat dicegah. Efektivitas metode ini secara teoritis mencapai 99% atau 0,1 – 5 kehamilan per 100

wanita pada pemakaian di tahun pertama bila digunakan dengan tepat. Tetapi dalam praktek ternyata angka kegagalan pil masih cukup tinggi yaitu mencapai 0,7 - 7%. Keuntungan dan kerugian pemakaian pil KB antara lain :

Keuntungan pil KB :

- a. Efektivitasnya tinggi bila diminum secara rutin
- b. Nyaman, mudah digunakan, dan tidak mengganggu senggama
- c. Reversibilitas tinggi
- d. Efek samping sedikit
- e. Mudah didapatkan, tidak selalu perlu resep dokter karena pil KB dapat diberikan oleh petugas non medis yang terlatih
- f. Dapat menurunkan resiko penyakit-penyakit lain seperti kanker ovarium, kehamilan ektopik, dan lain-lain
- g. Relatif murah

Kerugian pil KB :

- a. Efektivitas tergantung motivasi akseptor untuk meminum secara rutin tiap hari
- b. Rasa mual, pusing, kencang pada payudara dapat terjadi
- c. Efektivitas dapat berkurang bila diminum bersama obat tertentu
- d. Kemungkinan untuk gagal sangat besar karena lupa
- e. Tidak dapat melindungi dari resiko tertularnya Penyakit Menular Seksual<sup>3, 4, 7, 9, 10</sup>

### 2.1.3.3. Kontrasepsi suntik

Kontrasepsi suntik yang biasa tersedia adalah *Depo-provera* yang hanya mengandung *Progestin* dan diberikan tiap 3 bulan. Cara kerja kontrasepsi suntik yaitu dengan mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan menghambat perkembangan siklus endometrium. Efektivitas dari kontrasepsi suntik sangat tinggi mencapai 0,3 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan. Angka kegagalan metode ini <1 kehamilan per 100 wanita per tahun. Keuntungan dan kerugian metode ini adalah :

Keuntungan kontrasepsi suntik :

- a. Sangat efektif
- b. Memberikan perlindungan jangka panjang selama 3 bulan
- c. Bila digunakan bersama pil KB dapat mengurangi resiko yang ditimbulkan karena lupa minum pil KB
- d. Tidak mengganggu senggama
- e. Bisa diberikan oleh petugas non medis yang terlatih
- f. Mengurangi efek samping yang ditimbulkan oleh *Estrogen* karena metode ini tidak mengandung *Estrogen*
- g. Relatif murah

Kerugian kontrasepsi suntik :

- a. Berat badan naik
- b. Siklus menstruasi kadang terganggu
- c. Pemulihan kesuburan kadang-kadang terlambat<sup>4, 7, 9, 11</sup>

#### 2.1.3.4. Susuk / implant

Kontrasepsi susuk yang sering digunakan adalah *Norplant*. Susuk adalah kontrasepsi sub dermal yang mengandung *Levonorgestrel (LNG)* sebagai bahan aktifnya. Mekanisme kerja *Norplant* yang pasti belum dapat dipastikan tetapi mungkin sama seperti metode lain yang hanya mengandung *Progesterin*. *Norplant* memiliki efek mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan menghambat perkembangan siklus endometrium. Efektivitas *Norplant* sangat tinggi mencapai 0,05 – 1 kehamilan per 100 wanita dalam tahun pertama pemakaian. Angka kegagalan *Norplant* <1 kehamilan per 100 wanita per tahun dalam 5 tahun pertama pemakaian. Angka kegagalan ini lebih rendah bila dibandingkan dengan metode barrier, pil KB, dan IUD. Keuntungan dan kerugian *Norplant* antara lain :

Keuntungan susuk :

- a. *Norplant* merupakan metode kontrasepsi yang sangat efektif
- b. Tidak merepotkan dan tidak mengganggu senggama
- c. Resiko untuk lupa lebih kecil dibandingkan pil KB dan suntikan karena *Norplant* dipasang tiap 5 tahun
- d. Mudah diangkat dan segera setelah diangkat kesuburan akseptor akan kembali
- e. Pemasangan dapat dilakukan oleh petugas non medis yang terlatih
- f. Dapat mengurangi efek samping yang ditimbulkan oleh Estrogen karena *Norplant* tidak mengandung *Estrogen*
- g. Lebih efektif secara biaya karena walaupun harganya mahal tetapi masa pemakaiannya mencapai 5 tahun.

Kerugian *Norplant* :

- a. Efektivitas dapat berkurang bila digunakan bersama obat-obatan tertentu
- b. Merubah siklus haid dan meningkatkan berat badan
- c. Tergantung pada petugas
- d. Tidak melindungi dari resiko tertularnya PMS<sup>3, 4, 7, 9, 12</sup>

#### **2.1.3.5. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) atau IUD (*Intra Uterine Devices*)**

AKDR adalah kontrasepsi yang terbuat dari plastik halus berbentuk spiral atau berbentuk lain yang dipasang di dalam rahim dengan memakai alat khusus oleh dokter atau paramedis lain yang terlatih. Mekanisme kerja AKDR belum diketahui tetapi kemungkinan AKDR menyebabkan perubahan-perubahan seperti munculnya sel-sel radang yang menghancurkan blastokis atau spermatozoa, meningkatkan produksi prostaglandin sehingga implantasi terhambat, serta bertambah cepatnya pergerakan ovum di tuba falopii. Efektivitas IUD mencapai 0,6 – 0,8 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaannya. Angka kegagalan IUD 1 – 3 kehamilan per 100 wanita per tahun. Keuntungan dan kerugian pemakaian AKDR antara lain :

Keuntungan AKDR :

- a. Efektivitas tinggi
- b. Dapat memberikan perlindungan jangka panjang sampai dengan 10 tahun



- c. Tidak mengganggu hubungan seksual
- d. Efek samping akibat *Estrogen* dapat dikurangi karena AKDR hanya mengandung *Progestin*
- e. Tidak ada kemungkinan gagal karena kesalahan akseptor KB
- f. Reversibel
- g. Dapat disediakan oleh petugas non medis terlatih
- h. Akseptor hanya kembali ke klinik bila muncul keluhan
- i. Murah

Kerugian AKDR :

- a. Perlunya pemeriksaan pelvis dan penapisan PMS sebelum pemasangan
- b. Butuh pemeriksaan benang setelah periode menstruasi jika terjadi kram, bercak, atau nyeri.
- c. Akseptor tidak dapat berhenti menggunakan kapanpun ia mau <sup>3, 4, 7, 9,13</sup>

#### **2.1.3.6. Metode Operatif Pria (MOP)**

MOP merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor yang aman, sederhana, dan sangat efektif, memakan waktu operasi relatif singkat dan tidak memerlukan anestesi umum. MOP dilakukan dengan cara memotong vas deferens sehingga sperma tidak dapat mencapai air mani dan air mani yang dikeluarkan tidak mengandung sperma. Efektivitas sangat tinggi mencapai 0,1 – 0,15 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama pemakaian. Angka kegagalan <1 kehamilan per 100 wanita. Keuntungan dan kerugian MOP antara lain :

Keuntungan MOP :

- a. Sangat efektif
- b. Tidak mengganggu senggama
- c. Tidak ada perubahan fungsi seksual
- d. Baik untuk klien yang bila mengalami kehamilan akan membahayakan jiwanya
- e. Murah

Kerugian MOP :

- a. Permanen, kesuburan tidak dapat kembali normal
- b. Efek tertunda sampai 3 bulan atau 20 kali ejakulasi
- c. Nyeri setelah prosedur serta komplikasi lain akibat pembedahan dan anestesi
- d. Hanya dapat dilakukan oleh dokter yang terlatih
- e. Tidak memberi perlindungan terhadap PMS<sup>3, 4, 14, 15</sup>

#### **2.1.3.7. Metode Operatif Wanita (MOW)**

MOW adalah tindakan operasi minor untuk mengikat atau memotong kedua tuba falopii sehingga ovum dari ovarium tidak akan mencapai uterus dan tidak akan bertemu dengan spermatozoa. Efektivitas MOW sekitar 0,5 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama pemakaian, sedikit lebih rendah dibandingkan MOP. Keuntungan dan kerugian MOW antara lain :

Keuntungan MOW :

- a. Sangat efektif
- b. Segera efektif

- c. Permanen
- d. Tidak mengganggu senggama
- e. Baik untuk klien yang bila mengalami kehamilan akan membahayakan jiwanya
- f. Pembedahan sederhana dan hanya perlu anestesi lokal
- g. Tidak ada efek samping jangka panjang
- h. Tidak ada gangguan seksual

Kerugian MOW :

- a. Permanen
- b. Nyeri setelah prosedur serta komplikasi lain akibat pembedahan dan anestesi
- c. Hanya dapat dilakukan oleh dokter yang terlatih
- d. Tidak memberi perlindungan terhadap PMS
- e. Meningkatkan resiko kehamilan ektopik<sup>3, 4, 14, 19, 16</sup>

#### **2.1.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi**

Faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang untuk memilih jenis kontrasepsi yang digunakan antara lain :

- a. Faktor pasangan
  - Umur
  - Gaya Hidup
  - Frekuensi senggama
  - Jumlah keluarga yang diinginkan
  - Pengalaman dengan metode kontrasepsi yang lalu
  - Sikap kewanitaan dan kepriaan

- b. Faktor kesehatan
  - Status kesehatan
  - Riwayat haid
  - Riwayat keluarga
  - Pemeriksaan fisik
  - Pemeriksaan panggul
- c. Faktor metode kontrasepsi
  - Efektivitas
  - Efek samping
  - Biaya<sup>2</sup>

Pada dasarnya, pemilihan jenis kontrasepsi yang akan digunakan oleh akseptor dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu faktor yang berasal dari pihak calon akseptor dan faktor yang berasal dari pihak medis/petugas KB. Faktor-faktor tersebut antara lain :

- a. Pihak calon akseptor
  - Efektivitas, baik efektivitas teoritis, efektivitas dalam praktek, maupun efektivitas biaya

**Tabel 1. Perbandingan Jenis Kontrasepsi**

Jenis Kontrasepsi	Kegagalan teoritis per 100 wanita	Kegagalan dalam praktek per 100 wanita	Efektivitas biaya
Kondom	3 - 4 %	10 – 20 %	Rp 3.000 / strip Tergantung frekuensi senggama
Pil KB	0,1 - 5 %	0,7 – 7 %	Rp 2.000 / strip Tiap 1 bulan
Suntik	0,3 %	3 – 5 %	Rp 10.000 / suntik Tiap 3 bulan
Implant	0,05 – 1 %	Belum ada Data	Rp 15.000 / pasang Tiap 3 tahun
AKDR / IUD	0,6 – 0,8 %	1 – 3 %	Rp 10.000 / pasang Tiap 8 tahun
MOP	0,1 - 0,15 %	0,2 – 0,6 %	Tergantung RS tempat rujukan
MOW	0,5 %	0,1 - 0,5 %	Tergantung RS tempat rujukan

Sumber : Wawancara dengan petugas KB Puskesmas Blado II, Batang

- Keamanan, masing-masing jenis kontrasepsi memiliki keamanan yang berbeda-beda.

b. Pihak medis / petugas KB

Pihak medis atau petugas KB perlu memberikan konseling kepada calon akseptor tentang keuntungan dan kerugian jenis kontrasepsi yang dipilih, mengetahui indikasi maupun kontra indikasi dari tiap-tiap jenis kontrasepsi, mengetahui efek samping masing-masing jenis kontrasepsi, serta memberikan pengertian tentang pentingnya kerja sama suami-istri dalam program KB.<sup>3</sup>

Selain faktor-faktor di atas, ternyata pemilihan jenis kontrasepsi yang akan digunakan juga tergantung dari kebutuhan masing-masing akseptor. Kebutuhan akseptor tersebut disesuaikan dengan Masa Reproduksi Sehat. Masa Reproduksi Sehat wanita dibagi menjadi 3 periode yaitu : kurun reproduksi muda (15-19 tahun) merupakan tahap menunda kehamilan, kurun reproduksi sehat (20-35 tahun) merupakan tahap untuk menjarangkan kehamilan, dan kurun reproduksi tua (36-45) tahun merupakan tahap untuk mengakhiri kehamilan. <sup>3,9</sup>

## **2.2. Tingkat kesejahteraan**

Tingkat kesejahteraan adalah suatu tingkatan yang menyatakan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertakwa pada Tuhan YME, memiliki hubungan yang serasi, selaras, dan seimbang antara keluarga, masyarakat dan lingkungan (BKKBN, 1999). Penentuan tingkat kesejahteraan dapat dilakukan dengan berbagai indikator. Indikator-indikator yang digunakan hendaknya memenuhi syarat :

- **Strategis**

Indikator yang dipilih merupakan ciri yang paling menonjol dari tiap tahapan keluarga.

- **Sensitif**

Indikator yang digunakan dapat memberikan respon yang cepat terhadap setiap perubahan yang terjadi.

- ***Applicable***

Indikator yang digunakan mudah dilaksanakan oleh semua petugas.

- *Observable*

Indikator yang digunakan dapat diamati dan dilihat sehingga tidak sulit untuk mengenalinya di lapangan.

- *Measurable*

Indikator yang digunakan dapat diukur dengan satuan ukuran yang jelas.

- *Mutable*

Indikator yang digunakan dapat diubah bila ada program baru.<sup>17</sup>

Indikator yang dipakai dalam penelitian ini adalah indikator yang ditetapkan oleh BKKBN. Indikator Kesejahteraan Keluarga yang ditetapkan oleh BKKBN pada dasarnya berangkat dari pokok pikiran yang terkandung didalam undang-undang no. 10 Tahun 1992. Indikator ini dianggap cukup baik karena mudah digunakan oleh semua petugas termasuk kader dengan tingkat pendidikan yang rendah.<sup>17,18</sup>

Tingkat kesejahteraan yang ditetapkan oleh BKKBN dikelompokkan berdasarkan 23 indikator. Dua puluh tiga indikator tersebut adalah :

1. Keluarga melaksanakan ibadah menurut agama yang dianut.
2. Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
3. Seluruh anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah dan bepergian.
4. Bagian terluas dari lantai rumah bukan dari tanah.
5. Bila anak atau anggota keluarga yang lain sakit dibawa ke petugas/sarana kesehatan. Demikian pula bila Pasangan Usia Subur (PUS) ingin ber-KB dibawa ke ke petugas atau sarana kesehatan dan diberi obat atau metode KB modern.

6. Anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur menurut agama yang dianut masing-masing.
7. Sekurang-kurangnya sekali seminggu keluarga menyediakan daging atau ikan atau telur sebagai lauk pauk.
8. Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru setahun terakhir.
9. Luas lantai rumah paling kurang 8,0 m<sup>2</sup> untuk tiap penghuni rumah.
10. Seluruh anggota keluarga dalam tiga bulan terakhir berada dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas dan fungsinya masing-masing.
11. Paling kurang satu orang anggota keluarga yang berumur 15 tahun ke atas mempunyai penghasilan tetap.
12. Seluruh anggota keluarga yang berumur 10-60 tahun bisa membaca tulisan latin.
13. Seluruh anak berusia 6-15 tahun saat ini (waktu pendataan) bersekolah.
14. Bila anak hidup dua orang atau lebih pada keluarga yang masih PUS, saat ini mereka memakai kontrasepsi (kecuali dalam keadaan hamil).
15. Mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama.
16. Sebagian dari penghasilan keluarga dapat disisihkan untuk tabungan keluarga.
17. Biasanya makan bersama paling kurang sekali sehari dan kesempatan ini dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga.
18. Ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.
19. Mengadakan rekreasi bersama di luar rumah paling kurang sekali dalam enam bulan.



20. Memperoleh berita dengan membaca surat kabar, majalah, mendengarkan radio atau menonton televisi.
21. Anggota keluarga mampu mempergunakan sarana transportasi.
22. Keluarga atau anggota keluarga secara teratur memberikan sumbangan bagi kegiatan sosial masyarakat dalam bentuk materi.
23. Kepala keluarga atau anggota keluarga aktif sebagai pengurus perkumpulan, yayasan, atau institusi masyarakat lainnya.

Penentuan indikator yang digunakan mengacu kepada berbagai tingkat kebutuhan baik yang menyangkut kebutuhan dasar (1 s.d. 5), kebutuhan sosial psikologis (6 s.d. 14), maupun kebutuhan pengembangannya (15 s.d. 23).<sup>17, 18</sup>

Berdasarkan 23 indikator yang ditetapkan oleh BKKBN, tingkat kesejahteraan keluarga dapat dikelompokkan menjadi 5 kelompok yaitu Keluarga Pra Sejahtera, Keluarga Sejahtera I, Keluarga Sejahtera II, Keluarga Sejahtera III, dan Keluarga Sejahtera III Plus.<sup>3, 17, 18, 19</sup>

**Tabel 2. Klasifikasi Tingkat Kesejahteraan Keluarga** <sup>3, 17, 18, 19</sup>

<b>Indikator</b>	<b>Keluarga Pra Sejahtera</b>	<b>Keluarga Sejahtera I</b>	<b>Keluarga Sejahtera II</b>	<b>Keluarga Sejahtera III</b>	<b>Keluarga Sejahtera III Plus</b>
<b>Kebutuhan dasar</b>	-	+	+	+	+
<b>1</b>	-	+	+	+	+
<b>2</b>	-	+	+	+	+
<b>3</b>	-	+	+	+	+
<b>4</b>	-	+	+	+	+
<b>5</b>	-	+	+	+	+
<b>6</b>	-	-	+	+	+
<b>7</b>	-	-	+	+	+
<b>8</b>	-	-	+	+	+
<b>9</b>	-	-	+	+	+
<b>10</b>	-	-	+	+	+
<b>11</b>	-	-	+	+	+
<b>12</b>	-	-	+	+	+
<b>13</b>	-	-	+	+	+
<b>14</b>	-	-	+	+	+
<b>15</b>	-	-	-	+	+
<b>16</b>	-	-	-	+	+
<b>17</b>	-	-	-	+	+
<b>18</b>	-	-	-	+	+
<b>19</b>	-	-	-	+	+
<b>20</b>	-	-	-	+	+
<b>21</b>	-	-	-	+	+
<b>22</b>	-	-	-	-	+
<b>23</b>	-	-	-	-	+

Dalam penelitian ini, tingkat kesejahteraan yang diteliti hanya Keluarga Pra Sejahtera dan Keluarga Sejahtera I yang biasa disebut dengan Keluarga Miskin. Keluarga miskin adalah keluarga yang tidak dapat memenuhi salah satu atau lebih dari enam indikator penentu kemiskinan alasan ekonomi. Enam indikator penentu kemiskinan tersebut adalah pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih; anggota keluarga memiliki pakaian berbeda untuk di rumah, bekerja atau sekolah, dan bepergian; bagian lantai yang terluas bukan dari tanah; paling kurang sekali seminggu keluarga makan daging atau ikan atau telur; setahun terakhir seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru; dan luas lantai rumah paling kurang delapan meter persegi untuk tiap penghuni (BKKBN, 2008).<sup>17, 18</sup>

### **2.3. Umur Istri**

Umur dalam hubungannya dengan pemakaian KB berperan sebagai faktor intrinsik. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi faalial, komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal seorang wanita. Perbedaan fungsi faalial, komposisi biokimiawi, dan sistem hormonal pada suatu periode umur menyebabkan perbedaan pada kontrasepsi yang dibutuhkan.<sup>19</sup>

Masa reproduksi (kesuburan) seorang wanita dibagi menjadi 3, yaitu:

- a. Masa menunda kehamilan (kesuburan)
- b. Masa mengatur kesuburan (menjarangkan)
- c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi).

Masa reproduksi (kesuburan) ini merupakan dasar pola penggunaan kontrasepsi secara rasional.<sup>20</sup>

A. Masa Menunda Kehamilan

Sebaiknya istri menunda kehamilan pertama sampai umur 20 tahun.

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- a. Kembalinya kesuburan yang tinggi artinya kembalinya kesuburan dapat dijamin 100%. Ini penting karena akseptor belum mempunyai anak.
- b. Efektifitas yang tinggi. Hal ini penting karena kegagalan akan menyebabkan tujuan KB tidak tercapai.

Prioritas kontrasepsi yang sesuai:

1. Pil
2. AKDR
3. Cara sederhana (kondom, spermisida)

B. Masa Mengatur Kesuburan

Umur melahirkan terbaik bagi istri adalah umur 20 - 30 tahun.<sup>20</sup>

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- a. Kembalinya kesuburan (reversibilitas) cukup.
- b. Efektifitas cukup tinggi.
- c. Dapat dipakai 2 - 4 tahun, sesuai dengan jarak kehamilan yang aman untuk ibu dan anak.
- d. Tidak menghambat produksi ASI (air susu ibu) . Ini penting karena ASI adalah makanan terbaik bagi bayi sampai umur 2 tahun. Penggunaan ASI mempengaruhi angka kesakitan bayi/anak.

Prioritas kontrasepsi yang sesuai:

1. AKDR
2. Suntikan
3. Mini pil
4. Pil
5. Cara sederhana
6. Norplant (AKBK)
7. Kontap ( jika umur sekitar 30 tahun)

C. Masa Mengakhiri Kesuburan

Pada umumnya setelah keluarga mempunyai 2 anak dan umur istri telah melebihi 30 tahun, sebaiknya tidak hamil lagi.

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- a. Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadi kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Selain itu akseptor sudah tidak ingin mempunyai anak lagi.
- b. Dapat dipakai untuk jangka panjang.
- c. Tidak menambah kelainan/penyakit yang sudah ada. Pada masa umur tua kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, dan metabolik meningkat. Oleh karena itu, sebaiknya tidak memberikan obat/kontrasepsi yang menambah kelainan/penyakit tersebut.

Prioritas kontrasepsi yang sesuai:

1. Kontap
2. AKDR
3. Norplant (AKBK)
4. Suntikan
5. Mini pil
6. Pil
7. Cara sederhana. <sup>2</sup>

**Tabel 3. Matriks Paritas Umur**<sup>20</sup>

UMUR JML ANAK	s/d 20 thn	20-24 thn	25-29 thn	30-34thn	35 thn ke atas
0	Pil AKDR Mini Cara sederhana	Pil AKDR Mini Cara sederhana	Tanpa kontrasepsi	Tanpa kontrasepsi	Resiko tinggi  (* )
1	AKDR Pil Suntikan Cara sederhana	AKDR Pil Suntikan Cara sederhana	AKDR Suntikan Implant Pil Cara sederhana	AKDR Suntikan Implant Pil Cara sederhana	Resiko tinggi  (* )
2	AKDR Suntikan Implant Pil Cara sederhana	AKDR Suntikan Implant Pil Cara sederhana	Kontap Implant AKDR Suntikan Pil	Kontap Implant AKDR Suntikan Pil	Kontap AKDR Implant Cara sederhana
3	Kontap Implant AKDR Suntikan Pil	Kontap Implant AKDR Suntikan Pil	Kontap AKDR Implant Suntikan	Kontap AKDR Implant Suntikan	Kontap AKDR Implant Suntikan

	Cara sederhana	Cara sederhana	Cara sederhana Pil	Cara sederhana Pil	Cara sederhana Pil
--	----------------	----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Keterangan: \* Hati-hati, mungkin perlu konsultasi dengan dokter ahli.

#### 2.4. Jumlah Anak

Jumlah anak yang dimaksud di sini adalah jumlah anak yang masih hidup yang dimiliki seorang wanita sampai saat wawancara dilakukan (BPS, 2009). Setiap anak memiliki nilai, maksudnya setiap anak merupakan cerminan harapan serta keinginan orang tua yang menjadi pedoman dari pola pikir, sikap maupun perilaku dari orang tua tersebut. Dengan demikian, setiap anak yang dimiliki oleh pasangan suami istri akan memberi pertimbangan tentang apakah mereka ingin memiliki anak dan jika ingin, berapa jumlah yang diinginkan.<sup>21, 22</sup>

Jumlah anak berkaitan erat dengan tingkat kesejahteraan keluarga. Pada keluarga dengan tingkat kesejahteraan tinggi umumnya lebih mementingkan kualitas anak daripada kuantitas anak. Sementara itu pada keluarga miskin, anak dianggap memiliki nilai ekonomi. Umumnya keluarga miskin memiliki banyak anak dengan harapan anak-anak tersebut dapat membantu orang tuanya bekerja. Jumlah anak juga dapat dipengaruhi oleh faktor kebudayaan setempat yang menganggap anak laki-laki lebih bernilai dari anak perempuan. Hal ini mengakibatkan pasangan suami istri berusaha untuk menambah jumlah anak mereka jika belum mendapatkan anak laki-laki.<sup>22, 23, 24</sup>

Jumlah anak berkaitan erat dengan program KB karena salah satu misi dari program KB adalah terciptanya keluarga dengan jumlah anak yang ideal yakni dua anak dalam satu keluarga, laki-laki maupun perempuan sama saja. Para wanita umumnya lebih menyadari bahwa jenis kelamin anak tidak penting sehingga bila

jumlah anak sudah dianggap ideal maka para wanita cenderung untuk mengikuti program KB. Dengan demikian, jenis kontrasepsi yang banyak digunakan adalah jenis kontrasepsi untuk wanita.<sup>22,23</sup>

## **2.5. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)**

Jamkesmas adalah kebijakan yang sangat efektif untuk mewujudkan keadilan dan kesejahteraan rakyat dan meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia. Jamkesmas diharapkan dapat mempercepat pencapaian sasaran pembangunan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Sasaran Jamkesmas adalah seluruh masyarakat miskin, sangat miskin, dan mendekati miskin yang diperkirakan jumlahnya mencapai 76,4 juta (Depkes, 2008). Sumber dana Jamkesmas adalah APBN Depkes.<sup>2</sup>

Dengan adanya Jamkesmas, keluarga miskin akan mendapatkan pelayanan KB secara cuma-cuma baik obat maupun alat kontrasepsi. Program ini dimaksudkan agar keluarga miskin tidak kesulitan dalam mengakses program KB, karena bila pertumbuhan penduduk tidak dapat dikendalikan, maka beban pembangunan akan bertambah.<sup>6</sup>

Pelayanan yang diberikan Jamkesmas bersifat komprehensif berjenjang. Komprehensif artinya meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Berjenjang artinya pelayanan diberikan dengan sistem rujukan mulai dari tingkat pelayanan kesehatan yang paling rendah yakni Puskesmas sampai ke pelayanan oleh dokter spesialis di Rumah Sakit Umum. Pelayanan KB gratis termasuk dalam pelayanan yang diberikan di tingkat Puskesmas kecuali untuk jenis MOW dan MOP yang harus dirujuk ke rumah sakit.<sup>25</sup>



## **2.6. Pendidikan**

Faktor pendidikan seseorang sangat menentukan dalam pola pengambilan keputusan dan penerimaan informasi dari pada seseorang yang berpendidikan rendah (Broewer, 1993). Pendidikan juga akan mempengaruhi pengetahuan dan persepsi seseorang tentang pentingnya suatu hal, termasuk dalam perannya dalam program KB. Pada akseptor KB dengan tingkat pendidikan rendah, keikutsetaannya dalam program KB hanya ditujukan untuk mengatur kelahiran. Sementara itu pada akseptor KB dengan tingkat pendidikan tinggi, Keikutsertaannya dalam program KB selain untuk mengatur kelahiran juga untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga karena dengan cukup dua anak dalam satu keluarga dan laki-laki atau perempuan sama saja maka keluarga kecil bahagia dan sejahtera dapat tercapai dengan mudah. Hal ini dikarenakan seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pandangan yang lebih luas tentang suatu hal dan lebih mudah untuk menerima ide atau cara kehidupan baru. Dengan demikian, tingkat pendidikan juga memiliki hubungan dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang akan digunakan.<sup>9, 26</sup>

## **2.7. Tingkat pengetahuan**

Salah satu pelayanan yang tersedia dalam program KB adalah pelayanan kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi akan berhasil dengan baik bila masyarakat mengenal berbagai jenis kontrasepsi yang tersedia. Akan tetapi, pengenalan berbagai jenis kontrasepsi ini cukup sulit karena hal ini menyangkut pola pengambilan keputusan dalam masyarakat itu sendiri.<sup>37</sup>

Proses pengambilan keputusan untuk menerima suatu inovasi meliputi empat tahap yaitu tahap pengetahuan (*knowledge*), tahap persuasi (*persuasion*), tahap pengambilan keputusan (*decision*), dan tahap konfirmasi (*confirmation*) (Rogers,

1973, 79). Suatu inovasi dapat diterima maupun ditolak setelah melalui tahap-tahap tersebut. Inovasi ditolak bila inovasi tersebut dipaksakan oleh pihak lain, inovasi tersebut tidak dipahami, inovasi tersebut dinilai sebagai ancaman terhadap nilai-nilai penduduk (Spicer, 1952, hal 18 dalam Horton & Hunt, 1990, 224). Sementara itu, inovasi yang diterima tidak akan diterima secara menyeluruh tetapi bersifat selektif dengan berbagai macam pertimbangan (Horton & Hunt, 1990, 224).<sup>27</sup>

Identitas agen perubahan (inovator) juga akan mempengaruhi penerimaan atau penolakan terhadap suatu inovasi. Inovasi yang berasal dari orang yang berada pada puncak skala *prestise* dan sistem kekuasaan cenderung menyebar ke bawah dengan cepat, sebaliknya inovasi yang bermula dari orang yang berstatus rendah cenderung mencapai bagian atas secara lambat dan sangat sulit terjadi (Horton & Hunt, 1990, 230).<sup>27</sup>

Tingkat pengetahuan masyarakat akan mempengaruhi penerimaan program KB di masyarakat. Studi yang dilakukan oleh Anne R Pebley dan James W Breckett (1982) menemukan bahwa "Sekali wanita mengetahui tempat pelayanan kontrasepsi, perbedaan jarak dan waktu bukanlah hal yang penting dalam menggunakan kontrasepsi, dan mempunyai hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang tempat pelayanan dan metode kontrasepsi yang digunakan. Wanita yang mengetahui tempat pelayanan kontrasepsi lebih sedikit menggunakan metode kontrasepsi tradisional." Pengetahuan yang benar tentang program KB termasuk tentang berbagai jenis kontrasepsi akan mempertinggi keikutsertaan masyarakat dalam program KB.<sup>27</sup>

## 2.8. Dukungan pasangan

Pelaksanaan program KB di Indonesia harus memperhatikan hak-hak reproduksi, pemberdayaan perempuan dan kesetaraan gender sesuai dengan kesepakatan yang dibuat pada Konferensi Kependudukan dan Pembangunan di Kairo tahun 1994. Sosialisasi mengenai hak-hak reproduksi dan kesetaraan gender menjadi kegiatan yang selalu menjadi perhatian dalam pelaksanaan program, demikian pula halnya dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.<sup>28</sup>

Isu gender adalah suatu kondisi yang menunjukkan kesenjangan wanita dan pria dalam berbagai bidang kehidupan. Pada umumnya kesenjangan ini dapat dilihat dari faktor akses, partisipasi, manfaat dan pengambilan keputusan (kontrol). Dalam pelaksanaan program keluarga berencana selama ini, isu gender yang sangat menyolok adalah :

1. Akses pria terhadap informasi dan pelayanan KB masih sangat terbatas (hanya 39% pria tahu tentang vasektomi dan lebih dari 88% tahu tentang berbagai metode KB bagi wanita, serta menganggap KB sebagai urusan wanita).
2. Peserta KB pria baru mencapai 1,3% dari total 58,3% peserta KB.
3. Sampai saat ini pria yang mengetahui manfaat KB bagi diri sendiri dan keluarganya masih sangat sedikit.
4. Masih dominannya suami dalam pengambilan keputusan KB dan kesehatan reproduksi.<sup>28, 29</sup>

Kesenjangan gender merupakan suatu kondisi ketidakseimbangan hubungan antara pria dan wanita dalam pelaksanaan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, sehingga salah satu pihak merasa dirugikan karena tidak dapat berpartisipasi dan memperoleh manfaat dari pelayanan tersebut. Ada tidaknya kesenjangan dalam KB

dan kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui proses analisis gender, antara lain dapat dilihat dari faktor akses (jangkauan), manfaat, partisipasi (keikutsertaan) serta pengambilan keputusan (kontrol). Berdasarkan uraian di atas, pria seolah terdiskriminasi dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Hal ini dapat dilihat dari :

- Keikutsertaan pria dalam KB saat ini baru mencapai 1,3% (SDKI 2002-2003)
- Pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi bagi pria masih sangat terbatas
- Adanya anggapan yang salah tentang KB, KB dianggap sebagai urusan wanita
- Hanya sekitar 39% pria tahu tentang vasektomi

Hal ini terjadi karena beberapa alasan, antara lain :

- Pelaksanaan program KB masa lalu yang lebih diarahkan untuk mengatasi tingginya angka kematian ibu sehingga ibu menjadi sasaran pokok program
- Terbatasnya sarana pelayanan pria: hanya 4% tempat pelayanan yang melayani pria (studi Wibowo,2002)
- Rendahnya pengetahuan pria tentang KB dan kesehatan reproduksi antara lain karena masih sangat terbatasnya informasi tentang kontrasepsi pria dan kesehatan reproduksi
- Terbatasnya jenis kontrasepsi pria (hanya kondom dan vasektomi) menjadikan pria enggan untuk menjadi peserta KB.
- Anggapan masyarakat tentang KB merupakan urusan wanita
- Tingginya dominasi suami dalam pengambilan keputusan perencanaan jumlah dan jarak kelahiran
- Masih terbatasnya pengetahuan laki-laki dan perempuan mengenai kesetaraan dan keadilan gender dalam KB dan kesehatan reproduksi <sup>28</sup>

Ketidaksetaraan gender dalam bidang KB dan kesehatan reproduksi akan berpengaruh pada keberhasilan program. Salah satu upaya untuk mengurangi ketidaksetaraan gender adalah suami atau istri diharapkan dapat menjadi motivator bagi suami atau istrinya untuk menjadi akseptor KB dan jika memungkinkan menjadi motivator bagi masyarakat luas.<sup>30</sup>

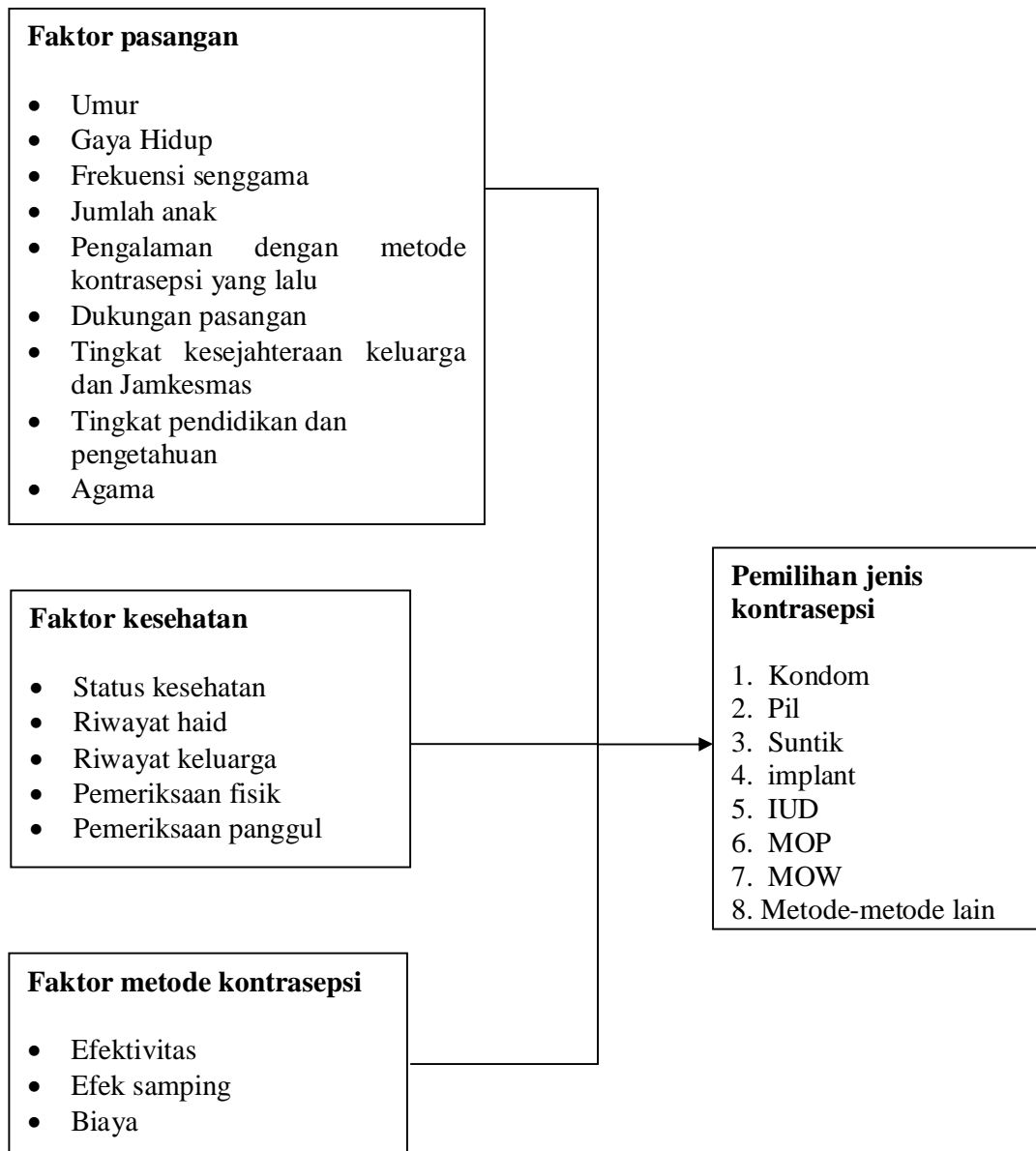
## **2.9. Agama**

Program KB tidak hanya menyangkut masalah demografi dan klinis tetapi juga dimensi sosial seperti agama, norma masyarakat, budaya, dan lain-lain. Oleh karena itu, agar program KB dapat berjalan dengan lancar diperlukan pendekatan secara menyeluruh terhadap faktor-faktor di atas termasuk pendekatan kepada tokoh-tokoh agama. Peran tokoh agama dalam program KB sangat penting karena peserta KB memerlukan pegangan, pengayoman, dan dukungan rohani yang kuat yang hanya dapat diberikan oleh tokoh agama. Pada awalnya, program KB banyak ditentang oleh tokoh-tokoh agama. Tetapi akhirnya para tokoh agama tersebut mulai dapat menerima setelah para diberi pengertian bahwa program KB tidak bertentangan dengan agama dan merupakan salah satu upaya untuk memerangi kemiskinan, kebodohan, keterbelakangan, dan ketidakpedulian masyarakat.<sup>31</sup>

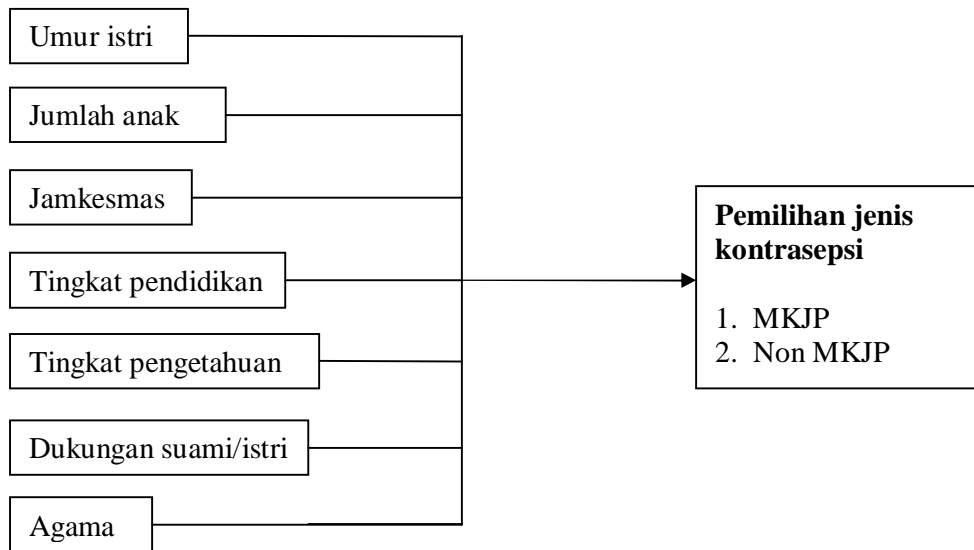
Program KB juga sudah mendapat dukungan dari Departemen Agama Republik Indonesia. Hal ini dapat terlihat dengan telah ditandatanganinya *Memorandum of Understanding* (MoU) Nomor 1 Tahun 2007 dan Nomor: 36/HK.101/F1/2007 tentang Advokasi, Komunikasi, Informasi dan Edukasi Program Keluarga Berencana Nasional melalui Peran Lembaga Keagamaan, pada 9 Februari 2007, yang berlaku sampai dengan 31 Desember 2009.<sup>32</sup>

Pandangan setiap agama terhadap KB berbeda-beda sesuai dengan ajarannya masing-masing. Agama Islam memperbolehkan KB dengan alasan KB dianggap penting untuk menjaga kesehatan ibu dan anak, menunjang program pembangunan kependudukan lainnya dan menjadi bagian dari hak asasi manusia. Tetapi ada juga beberapa orang yang memiliki pandangan KB tidak boleh dilakukan dengan alasan Al Qur'an tidak membolehkan pemakaian alat kontrasepsi yang dianggap sebagai membunuh bayi atau agama Islam menginginkan agar Islam mempunyai umat yang besar dan kuat. Selain itu, ada jenis kontrasepsi (IUD) yang dihindari oleh umat Islam karena untuk pemasangannya harus membuka aurat. Agama Hindu memandang bahwa setiap kelahiran harus membawa manfaat maka kelahiran harus diatur jaraknya dengan mengikuti program KB. Agama Buddha memandang setiap manusia pada dasarnya baik dan tidak melarang umatnya mengikuti program KB demi terwujudnya kesejahteraan keluarga. Agama Kristen Protestan tidak melarang umatnya mengikuti program KB. Namun, agama Katolik masih menjadi oposisi utama program KB karena hanya menerima abstinensia dan pantang berkala (hubungan seksual hanya dilakukan pada masa tidak subur dalam siklus bulanan seorang wanita) sebagai metode keluarga berencana yang sesuai dengan pandangan gereja dan menolak secara tegas metode KB lainnya. Hal ini dikarenakan agama Katolik memiliki pandangan kesejahteraan keluarga diletakkan dan diwujudkan dalam pemahaman holistik sesuai dengan kehendak Allah.<sup>31, 33</sup>

## 2.10. Kerangka teori



### 2.11. Kerangka konsep



### 2.12. Hipotesis

1. Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dipengaruhi oleh umur istri.
2. Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dipengaruhi oleh jumlah anak.
3. Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dipengaruhi oleh keikutsertaan dalam Jamkesmas.
4. Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dipengaruhi oleh tingkat pendidikan akseptor KB.
5. Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan.
6. Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dipengaruhi oleh dukungan pasangan.
7. Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin dipengaruhi oleh agama.