



**PENGARUH JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
PELAYANAN PERTOLONGAN PERSALINAN TERHADAP
KEIKUTSERTAAN KELUARGA BERENCANA**

LAPORAN HASIL

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian hasil Karya Tulis Ilmiah
mahasiswi program Strata 1 Kedokteran Umum**

ESTICA TIURMAULI KRISTIANA SIHOMBING

G2A008075

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
2012**

LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI

**PENGARUH JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT PELAYANAN
PERTOLONGAN PERSALINAN TERHADAP KEIKUTSERTAAN
KELUARGA BERENCANA**

Disusun oleh

ESTICA TIURMAULI KRISTIANA SIHOMBING

G2A008075

Telah disetujui

Semarang, 23 Juli 2012

Pembimbing 1

Pembimbing 2

dr.Budi Palarto Soeharto,Sp.OG

dr.Hari Peni Julianti, M.Kes,Sp.KFR

19531122 198103 1 003

19700704 199802 2 001

Ketua Penguji

Penguji

dr.Firdaus Wahyudi,M.Kes, Sp.OG

dr.Suharto,M.Kes

19720722 200003 1 001

131803123

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama mahasiswa: Estica Tiurmauli Kristiana Sihombing

NIM : G2A008075

Program Studi : Program Pendidikan Sarjana
Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Judul KTI : Pengaruh Jaminan Kesehatan Masyarakat Pelayanan
Pertolongan Persalinan Terhadap Keikutsertaan Keluarga
Berencana

Dengan ini menyatakan bahwa:

- 1) KTI ini ditulis sendiri tulisan asli saya sendiri tanpa bantuan orang lain selain pembimbing dan narasumber yang diketahui oleh pembimbing
- 2) KTI ini sebagian atau seluruhnya belum pernah dipublikasi dalam bentuk artikel ataupun tugas ilmiah lain di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain
- 3) Dalam KTI ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai rujukan dalam naskah dan tercantum pada daftar kepustakaan

Semarang, 23 Juli 2012

Yang membuat pernyataan,

Estica Tiurmauli K.S

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberi rahmat serta hidayahNya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan laporan akhir hasil penelitian karya tulis ilmiah ini. Penelitian ini dilakukan untuk memenuhi sebagian persyaratan guna mencapai derajat S1 kedokteran umum di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. Rektor Universitas Diponegoro yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu pengetahuan dan keahlian.
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan dan keahlian.
3. dr.Budi Palarto, Sp.OG dan dr.Hari Peni Juliarti, M.Kes, Sp.KFR selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan koreksi dan bimbingan sehingga karya tulis ilmiah ini selesai.
4. dr.Suharto, M.Kes dan dr. Firdaus ,M.kes, Sp. OG selaku dosen penguji.
5. Seluruh Staf RSUD Bendan Kota Pekalongan yang telah membantu selama proses pengambilan data.

6. Seluruh staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberi bekal pengetahuan kepada penulis.
7. Kedua orangtua saya dan keluarga yang senantiasa member dukungan, semangat, doa dan dorongan.
8. Teman-teman Fakultas Kedokteran angkatan 2008 yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan, doa, saran atau masukan yang dapat berguna bagi karya tulis ilmiah ini.
9. Semua pihak yang telah membantu dan mendorong baik secara langsung ataupun tidak langsung yang juga tidak dapat disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa didalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu jika terdapat kritik dan saran, penulis akan senantiasa menerimanya. Penulis berharap agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua. Akhir kata, semoga kita semua selalu berada dalam berkah dan lindungan-Nya.

DAFTAR ISI

Halaman judul luar (Sampul luar)	i
Lembar pengesahan	ii
Pernyataan keaslian	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar isi	vi
Daftar table	xi
Daftar gambar	xii
Daftar singkatan	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Permasalahan penelitian	6
1.3 Tujuan penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan umum.....	7
1.3.2 Tujuan khusus.....	7
1.4 Manfaat penelitian.....	8
1.5 Keaslian penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Determinan Kematian Ibu	10
2.2 Safe Motherhood dan Making Pregnancy Safer	13
2.2.1 Safe Motherhood	13
2.2.2 Making pregnancy safer	16
2.3 Hak Reproduksi	16
2.4 Program Jaminan Kesehatan Masyarakat	19
2.4.1 Pengertian Jamkesmas	19

2.4.3 Tujuan Jamkesmas	20
2.4.4 Peserta Program Jamkesmas	21
2.4.5 Tata Laksana Kepesertaan Jamkesmas	21
2.4.6 Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Jamkesmas	24
2.4.6.1 Pelayanan Kesehatan Dasar	24
2.4.6.2 Pelayanan Spesialistik	26
2.4.6.3 Pelayanan Rujukan	26
2.5 Keluarga Berencana	26
2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana	26
2.5.2 Manfaat Keluarga Berencana	27
2.5.3 Kontrasepsi	29
2.5.3.1 Pengertian Kontrasepsi	29
2.5.5.2 Jenis Jenis Kontrasepsi	29
2.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi PUS bersedia Menggunakan Alat Kontrasepsi atau bersedia mengikuti program KB	31
2.6.1 Faktor Predisposisi	32
2.6.2 Faktor Pemungkin	38
2.6.3 Faktor Penguat	39
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.	41
3.1 Kerangka teori	41
3.2 Kerangka konsep	42
3.3 Hipotesis	42
BAB IV METODE PENELITIAN	44
4.1 Ruang lingkup penelitian	44
4.2 Tempat dan waktu penelitian	44
4.3 Jenis dan rancangan penelitian.....	44
4.4 Populasi dan sampel.....	45
4.4.1 Populasi target.....	45
4.4.2 Populasi terjangkau.....	46
4.4.3 Sampel.....	46

4.4.3.1 Kriteria inklusi	46
4.4.3.2 Kriteria eksklusi	46
4.4.4 Cara sampling	47
4.4.5 Besar sampel	47
4.5 Variabel penelitian	47
4.5.1 Variabel bebas	47
4.5.2 Variabel terikat	47
4.5.3 Variabel perancu	48
4.6 Definisi operasional	48
4.7 Cara pengumpulan data	51
4.7.1 Alat	51
4.7.2 Jenis data	51
4.7.3 Cara kerja	51
4.8 Alur Penelitian	52
4.9 Pengolahan dan Analisis data	53
4.9.1 Pengolahan Data	53
4.9.2 Analisis Data	53
4.10 Etika penelitian	54
4.11 Jadwal penelitian	55
BAB V HASIL PENELITIAN.....	56
5.1 Analisis sampel.....	56
5.2 Pengujian instrumen.....	56
5.2.1 Validitas butir-butir pertanyaan.....	56
5.2.2 Realibel butir-butir pertanyaan.....	58
5.3 Analisis deskriptif.....	59
5.3.1 Umur.....	59
5.3.2 Jumlah anak.....	60
5.3.3 Keikutsertaan KB.....	60
5.3.4 Karakteristik Waktu KB.....	61
5.3.5 Karakteristik Alasan KB.....	62
5.3.6 Karakteristik tempat KB.....	61

5.3.7 Penentuan Pemilihan KB.....	63
5.3.8 Pilihan jenis kontrasepsi.....	65
5.3.9 Alasan tidak ber-KB.....	66
5.4.1 Pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB.....	66
5.4.2 Pengaruh Tingkat Pengetahuan KB terhadap keikutsertaan KB.....	67
5.4.3 Pengaruh Paparan Informasi KB terhadap keikutsertaan KB.....	68
5.4.4 Pengaruh Tingkat Pendidikan terhadap keikutsertaan KB.....	68
5.4.5 Pengaruh Pekerjaan terhadap keikutsertaan KB.....	70
5.4.6 Pengaruh status ekonomi terhadap keikutsertaan KB.....	71
5.4.7 Pengaruh Peran serta suami terhadap keikutsertaan KB.....	71
5.5 Analisis multivariat.....	72
5.5.1 Analisis multivariat untuk mendapatkan variabel yang paling berpengaruh	72
5.5.2 Hubungan antara Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan dengan keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan variabel perancu	74
BAB VI PEMBAHASAN.....	75
6.1 Pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB	75
6.2 Pengaruh Peran suami terhadap keikutsertaan KB.....	80
6.3 Keterbatasan penelitian.....	82
VII SIMPULAN DAN SARAN.....	83
7.1 Simpulan.....	83
7.2 Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA.....	85
LAMPIRAN.....	88

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tabel Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 2. Tabel Definisi Operasional.....	47
Tabel 3. Matriks jadwal penelitian.....	54
Tabel 4. Validitas butir – butir pertanyaan.....	57
Tabel 5. Realiabel butir – butir pertanyaan.....	58
Tabel 6. Distribusi umur.....	59
Tabel 7. Distribusi jumlah anak.....	60
Tabel 8. Hubungan jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB.....	68
Tabel 16. Hubungan tingkat pengetahuan KB dengan keikutsertaan KB.....	68
Tabel 17. Hubungan paparan Informasi dengan keikutsertaan KB.....	69
Tabel 18. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan keikutsertaan KB	70
Tabel 19. Hubungan antara pekerjaan dengan keikutsertaan KB	71
Tabel 20. Hubungan antara status ekonomi dengan keikutsertaan KB	71
Tabel 21. Hubungan antara Peran serta suami terhadap keikutsertaan KB	72
Tabel 23. Hasil multivariat dengan regresi logistik ganda	73
Tabel 24. Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik ganda mendapatkan faktor – faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap keikutsertaan KB	74
Tabel 25. Hubungan antara Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan dengan keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan variabel perancu	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Bagan determinan kematian ibu	12
Gambar 2.	Pilar <i>safe motherhood</i>	15
Gambar 3.	Kerangka teori.....	41
Gambar 4.	Kerangka konsep.....	42
Gambar 5.	Skema rancangan studi <i>cohort retrospective</i>	45
Gambar 6.	Alur penelitian.....	52
Gambar 7.	Gambaran distribusi responden berdasarkan keikutsertaan KB	61
Gambar 8.	Gambaran distribusi berdasarkan waktu KB	62
Gambar 9.	Gambaran distribusi alasan ber-KB.....	63
Gambar 10.	Gambaran distribusi tempat ber-KB.....	64
Gambar 11.	Gambaran distribusi penentuan KB.....	65
Gambar 12.	Gambaran distribusi pilihan jenis kontrasepsi.....	66
Gambar 13.	Gambaran distribusi alasan tidak KB.....	67

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi.
AKI	: Angka Kematian Ibu.
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim.
BKKBN	: Badan Kesejahteraan dan Keluarga Berencana Nasional.
IUD	: <i>Intrauterine Devices</i> .
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat.
KB	: Keluarga Berencana.
MOP	: Metode Operatif Pria.
MOW	: Metode Operatif Wanita.
NKKBS	: Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera.
PKS	: Peserta Keluarga Harapan.
PUS	: Pasangan Usia Subur.
RTM	: Rumah Tangga Miskin.
SPSS	: <i>Statistical product and Service Solution</i>
UU	: Undang - undang
TFR	: <i>Total Fertility Rate</i> .
WHO	: <i>World Health Organization</i>

ABSTRAK

Latar Belakang : Masalah kependudukan merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian serius oleh karena tingginya laju pertumbuhan penduduk di Indonesia, terutama pada kalangan miskin. Permasalahan lainnya ialah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia. Oleh karena itu pemerintah melaksanakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat Pelayanan Pertolongan Persalinan. Diharapkan dengan adanya program Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tersebut dapat mengurangi AKI dan AKB. Akan tetapi program Jamkesmas ini menimbulkan kontroversi dimana dapat merangsang ketidakpedulian keluarga miskin terhadap KB. Oleh karena itu perlu diteliti mengenai pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB.

Tujuan : Mengetahui pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cohort retrospective* dengan sampel Ibu yang melahirkan di RSUD Benda Kota Pekalongan dan bertempat tinggal di kecamatan Pekalongan Barat. Besar sampel yaitu 50 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *Consecutive sampling*.

Hasil : Dengan analisa statistic didapatkan bahwa tidak ada pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan ($p=0,355$; $RR=0,561$) terhadap keikutsertaan KB. Namun terdapat hubungan yang signifikan antara Peran serta suami ($p=0,000$; $RR=56$) dengan keikutsertaan KB. Regresi logistic menunjukkan Peran serta suami mempunyai pengaruh sebesar 96,55 % terhadap keikutsertaan KB.

Simpulan : Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tidak memiliki pengaruh terhadap keikutsertaan KB, namun Peran serta suami paling berpengaruh terhadap keikutsertaan KB.

Kata Kunci : Jaminan Kesehatan Masyarakat Pelayanan Pertolongan Persalinan, Keluarga Berencana.

ABSTRACT

Background: The problem of population control needs a serious concern due to the high population growth rate in Indonesia especially in poor people. The other problem were Maternal Mortality Rate and Neonatal Mortality Rate. Therefore the government executed society health warranty for labor services. Hopefully, with this warranty Maternal and Neonatal Mortality Rate can be reduced. However this warranty made controversies whereas it can increase intolerance in poor family towards family planning program. Because of that it is needed to have a study about effect of society health warranty (jaminan kesehatan masyarakat) for labor services towards family planning participation.

Aim : To know the effect of society health warranty (Jamkesmas) towards family planning participation.

Methods: This study is an observational analytic study with cohort retrospective approach in which the samples are mothers who gave birth in RSUD Bendan Kota Pekalongan and lived in West Pekalongan area. The number of sample is 50 people collected with consecutive sampling method.

Result: With the statistical analysis we got the result that there is no effect society health warranty for labor services ($p= 0,355$; $RR=0,561$) towards family planning participation. But there is a significant relationship between husband involvement ($p=0,000$; $RR=56$) towards family planning participation. Logistic regression showed that husband involvement had a significant effect as much as 96,55 % towards family planning participation.

Conclusion: society health warranty for labor services did not have any effect on family planning participation, but husband involvement had an effect on family planning participation.

Keywords: society health warranty for labor services; family planning

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kependudukan di Indonesia dewasa ini merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian yang serius dari kita, masyarakat dan pemerintah. Menurut laporan Badan Kependudukan dan Keluarga berencana Nasional tahun 2010 jumlah penduduk di Indonesia melebihi angka proyeksi nasional sebesar 237,6 juta dengan tingkat laju pertumbuhan penduduk sekitar 1,49 persen. Indonesia merupakan negara berpenduduk tinggi ke 4 di dunia. Jumlah penduduk di Indonesia diprediksi akan terus meningkat pada tahun 2060 menjadi 475 juta sampai 500 juta atau meningkat dua kali lipat dari kondisi penduduk yang ada saat ini apabila tidak berhasil menekan laju pertumbuhan penduduk.¹

Laju pertumbuhan penduduk yang tinggi apabila tidak diimbangi dengan pertumbuhan ekonomi tinggi untuk memenuhi kebutuhan dasar penduduk maka akan menyebabkan bertambahnya pengangguran, kemiskinan dan keterbelakangan masyarakat atau negara. Dengan meningkatnya proporsi jumlah penduduk miskin dan menganggur menunjukkan tingkat kesejahteraan di negara itu rendah (miskin). Keadaan itu adalah indikator umum dalam mengukur kemajuan suatu masyarakat. Sayangnya Indonesia sendiri termasuk salah satu negara yang memiliki indeks pembangunan

manusia rendah , dimana Indonesia menempati urutan 124 dari 189 negara.

2,3,4

Dalam rangka upaya pengendalian jumlah penduduk di Indonesia, maka dilaksanakanlah program keluarga berencana (KB) sejak tahun 1970. Program tersebut merupakan program pengendalian penduduk melalui program pengendalian kelahiran ,menurunkan kematian dan mengarahkan mobilitas penduduk serta menyiapkan pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas.⁵

Akan tetapi dalam pelaksanaannya program KB banyak menemui kendala dan permasalahannya tersendiri terlebih pada masyarakat kalangan kurang mampu atau menengah ke bawah yang merupakan penyumbang signifikan terhadap laju pertumbuhan penduduk Indonesia dan kualitasnya. Dimana pada masyarakat kurang mampu angka kelahiran total (TFR) 3 anak per wanita sedangkan pada masyarakat mampu atau berpendidikan sekitar 2,3 anak per wanita. Hal itu dikarenakan pada masyarakat kurang mampu atau terbelakang ada asumsi dimana anak sering dianggap sebagai modal tenaga kerja atau jaminan hari tua,oleh karena itu jumlah menjadi penting. Mereka beranggapan bahwa apabila punya banyak anak maka akan membawa kegunaan (manfaat) sebagai mana sering diungkapkan “banyak anak,banyak rezeki”. Ada keyakinan bahwa setiap anak akan mendatangkan rezekinya sendiri. Padahal tanpa fasilitas yang memadai maka taraf hidup dan kesejahteraan sulit ditingkatkan dan dipenuhi. Kenyataanya setiap tambah

anak berarti tambah kebutuhan seperti makanan, pakaian, gizi, kesehatan, pendidikan, perumahan, pekerjaan. Keluarga yang memiliki anak banyak sering mengabaikan nasib masa depan dan hak anak. Hal itulah yang merupakan salah satu penyebab rendahnya indeks pembangunan di negara berkembang seperti di Indonesia.²

Salah satu gambaran indeks pembangunan manusia suatu Negara dapat dilihat melalui Angka Kematian Ibu (AKI) yang juga menunjukkan gambaran derajat kesehatan suatu wilayah. Perlu diketahui bahwa angka kematian ibu di Indonesia masih sangat tinggi yaitu mencapai 307 per 100.000 kelahiran. Indonesia sendiri merupakan pemegang rekor angka kematian ibu tertinggi di ASEAN dimana AKI ini 65 kali kematian ibu di Singapura, 9,5 kali dari Malaysia dan 2,5 kali lipat dari indeks Filipina. Angka tersebut bahkan jauh tertinggal dibawah Myamnar yang merupakan negara yang relatif lebih miskin dari Indonesia di mana di Myamnar AKI mencapai 160 per 100.000 kelahiran.. AKI ini hampir menyamai Negara India dan Cina yang juga masih memiliki masalah yang sama seperti Indonesia.⁶

Salah satu penyebab tersering kematian ibu diantaranya ialah pendarahan, infeksi dan persalinan. Seharusnya penyebab kematian ibu tersebut dapat diminimalkan melalui penanganan dengan tenaga ahli serta fasilitas yang memadai. Akan tetapi terdapat tembok tebal antara tenaga medis dan proses kehamilan dan persalinan yang sehat disusun oleh berbagai faktor yang saling terkait mulai dari tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, faktor budaya, kondisi geografis dan transportasi.⁷

Salah satu biang keladi utama AKI ialah masalah ekonomi atau kemiskinan. Pada wanita yang memiliki tingkat ekonomi lebih tinggi, maka sebanyak 89,2 persen kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan. Kondisi ini sangat timpang pada wanita dengan tingkat ekonomi rendah, yaitu hanya 21,3 persen. Itulah sebabnya perlu diadakan kebijakan yang menangani masalah kemiskinan dan kematian ibu tersebut.⁶

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak tahun 2005 telah diupayakan untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini berupa bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu serta diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Program ini selanjutnya disebut Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).⁸

Jaminan kesehatan ialah suatu upaya pemecahan masalah yang dilakukan oleh pemerintah pusat maupun daerah dalam rangka untuk memberantas kemiskinan, dengan asumsi bahwa apabila seseorang sehat secara fisik maka akan memiliki akses untuk meningkatkan kapasitasnya dalam mengatasi persoalan hidup yang dialami terutama aspek ekonomi, dimana tidak mungkin orang yang sakit atau suatu masyarakat yang rendah derajat kesehatannya dapat memiliki akses di berbagai bidang kehidupannya.

Salah satu program pelayanan yang ada di Jamkesmas diantaranya ialah pelayanan pertolongan persalinan dimana pada program jamkesmas tersebut sasarannya ditujukan pada ibu hamil dari kalangan tak mampu yang hendak melahirkan. Dengan mengikuti program Jamkesmas tersebut maka ibu yang hendak bersalin dibebaskan sepenuhnya dari biaya persalinan.⁹

Diharapkan dengan adanya program Jamkesmas pelayanan persalinan tersebut dapat mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) beserta Angka Kematian Bayi (AKB). Dengan adanya Jamkesmas ini diharapkan wanita miskin yang hendak melahirkan mendapatkan fasilitas kesehatan yang memadai dan dibantu oleh tenaga ahli sehingga dapat menekan terjadinya komplikasi persalinan sekaligus menekan AKI dan AKB.⁸

Akan tetapi adanya program Jamkesmas pelayanan persalinan ini dikhawatirkan sebagian kalangan akan menimbulkan kontroversi dimana pada satu sisi jumlah kelahiran dibatasi tapi di sisi lain pelayanan persalinan juga digratiskan. Hal ini dapat merangsang ketidakpedulian keluarga miskin terhadap program KB dan dapat terjadi "*Baby Boom*", dimana memang fakta menunjukkan tingkat kesadaran keluarga miskin dalam mengatur kelahiran rendah disebabkan karena rendahnya pendidikan dan ketidakmampuan untuk berpikir secara rasional.

Seharusnya program jamkesmas khususnya pelayanan persalinan dilakukan secara komprehensif ,dimana tidak hanya melakukan tindakan bantuan persalinan gratis tapi juga bagaimana upaya untuk menekan AKI sesungguhnya yaitu dengan membatasi persalinan atau dengan kata lain

mengikuti KB. Akan tetapi dalam pelaksanaannya tidak selalu terdapat kesinambungan antara program jamkesmas persalinan dengan KB sehingga tidak terjadi kekomprehensifan diantara kedua hal tersebut dan akhirnya malah dapat menimbulkan permasalahan baru.

Menurut penelitian Karinda D, 2011 tentang Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keikutsertaan sebagai akseptor Keluarga Berencana di Rumah Sakit pada pasien pasca persalinan dan pasca keguguran di RSUP dr SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN, didapatkan hasil bahwa persetujuan suami sangat berperan pada penentuan kontrasepsi sedang dari sisi pasien sendiri pendidikan dan pekerjaan sangat mempengaruhi keikutsertaan melakukan KB.¹⁰ Dari penelitian diatas dapat diketahui mengenai faktor yang berperan dan ikut menentukan keikutsertaan KB. Akan tetapi belum diteliti mengenai pengaruh Jamkesmas dalam mempengaruhi keikutsertaan KB.

Menurut hasil pre survey yang dilakukan di RSUD Benda Kota Pekalongan pada 6 Februari 2012 didapatkanlah hasil 1080 persalinan selama 6 bulan dengan rincian sekitar 410 persalinan dengan memanfaatkan layanan jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan dan ibu melahirkan yang bertempat tinggal di kecamatan Pekalongan barat yang mana merupakan kecamatan tempat RSUD Kota Pekalongan berada sekitar 87 orang.

Oleh karena adanya kontroversi antara program pelayanan persalinan gratis melalui Jamkesmas dengan adanya program pengendalian penduduk melalui KB maka peneliti ingin mengetahui apakah terdapat pengaruh

Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB.

1.2 Permasalahan Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah diatas dapat dirumuskan permasalahan yaitu “Apakah terdapat pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan Keluarga Berencana?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui dan membuktikan pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan Keluarga Berencana

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Membuktikan pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan.
- 2) Membuktikan pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan pekerjaan.

- 3) Membuktikan pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan dukungan suami.
- 4) Membuktikan pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan status ekonomi.
- 5) Membuktikan pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan.
- 6) Membuktikan pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan paparan informasi KB.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Dapat menjadi sumber informasi dan bahan pertimbangan dalam pembuatan kebijakan pelayanan kesehatan gratis terutama dalam bidang persalinan bagi masyarakat kurang mampu.
2. Memberi masukan dan pertimbangan kepada pihak-pihak terkait, khususnya PT. Askes dan BKKBN dalam melaksanakan program-program yang dibuatnya.
3. Memberi informasi dan sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya.

1.5. Keaslian Penelitian

Sejauh pengetahuan peneliti hingga saat ini belum ada penelitian mengenai pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan Keluarga berencana, hanya terdapat beberapa penelitian yang menjadi acuan peneliti yaitu :

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Laksmi Indira	Faktor – faktor yang mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin	<i>Cross Sectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan Faktor faktor yang memiliki hubungan yang signifikan dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin adalah keikutsertaan Jamkesmas (p = 0,022) dan dukungan pasangan (p = 0,032). Faktor faktor yang tidak memiliki hubungan yang signifikan adalah : umur istri (p = 0,109), jumlah anak (p = 0,251),tingkat pendidikan akseptor KB (p = 0,427), tingkat pengetahuan (p = 0,234), pengaruh agama (p = 0,411).
2.	Radita Kusumaningrum	Faktor - faktor yang mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pasangan usia subur	Observasi analitik <i>Cross Sectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan Faktor yang memiliki hubungan yang bermakna dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan pada PUS adalah umur istri (P=0.011),jumlah anak (p=0.049), tingkat pendidikan (p=0.01)

3.Karinda dkk	Analisis faktor- faktor yang mempengaruhi keikutsertaan sebagai akseptor Keluarga Berencana di RS (KBRS) pada pasien pascapersalinan dan pasca keguguran di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten	<i>Case control</i>	Data faktor demografik yang mempengaruhi keikutsertaan sebagai akseptor Keluarga Berencana di Rumah Sakit (KBRS) adalah umur, parietas,pekerjaan,pendidikan serta data pengetahuan tentang alat kontrasepsi yang meliputi sumber pengetahuan, jenis alat, cara peilihan alat, dan edukasi KB dan Nakes. Dengan kesimpulan persetujuan suami sangat berperan pada penentuan jenis alat kontrasepsi dan waktu pemakaian. Sedangkan dari sisi pasien,pendidikan dan pekerjaan mempengaruhi keputusan ber-KBRS.
------------------	---	---------------------	---

Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah dari metode penelitian dan variabel yang diteliti. Penelitian ini menggunakan metode *cohort retrospektif* dan variabel bebasnya adalah Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan sedangkan variabel terikatnya adalah keikutsertaan KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Determinan Kematian Ibu

Di dunia kedokteran, ada banyak penyebab kematian dan kecacatan ibu melahirkan. Berdasarkan definisi WHO, kematian maternal adalah kematian dari setiap wanita sewaktu hamil, bersalin dan dalam 90 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, tanpa memperhitungkan tuanya usia kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan.^{11,12}

Hampir dua pertiga kematian maternal disebabkan oleh penyebab langsung yaitu perdarahan (25%), infeksi / sepsis (15%), eklamsia (12%), abortus yang tidak aman (13%), partus macet (8%), dan penyebab langsung lain seperti kehamilan ektopik, embolisme, dan hal – hal yang berkaitan dengan masalah anestesi (8%). Sedangkan sepertiga lainnya disebabkan oleh penyebab tidak langsung yaitu keadaan yang disebabkan oleh penyakit atau komplikasi lain yang sudah ada sebelum kehamilan atau persalinan dan memberat dengan adanya kehamilan atau persalinan, seperti terdapatnya penyakit jantung, hipertensi, diabetes, hepatitis, anemia, malaria atau AIDS (19%).¹²

Faktor – faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal, yang dikelompokkan berdasarkan kerangka dari McCarthy dan Maine (1992) adalah sebagai berikut :

1) Determinan dekat

Proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal adalah kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Wanita yang hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi, baik komplikasi kehamilan maupun persalinan, sedangkan wanita yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut.

a. Komplikasi kehamilan

Komplikasi kehamilan merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi kehamilan yang sering terjadi yaitu perdarahan, preeklamsia / eklamsia, dan infeksi.

b. Komplikasi persalinan dan nifas

Komplikasi yang timbul pada persalinan dan masa nifas merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi yang terjadi menjelang persalinan, saat dan setelah persalinan terutama adalah perdarahan, partus macet atau partus lama dan infeksi akibat trauma pada persalinan.

2) Determinan antara

Merupakan suatu keadaan yang secara langsung mempengaruhi determinan dekat. Yang termasuk diantaranya ialah :

a. Status kesehatan ibu

b. Status kesehatan reproduksi

c. Akses ke pelayanan kesehatan

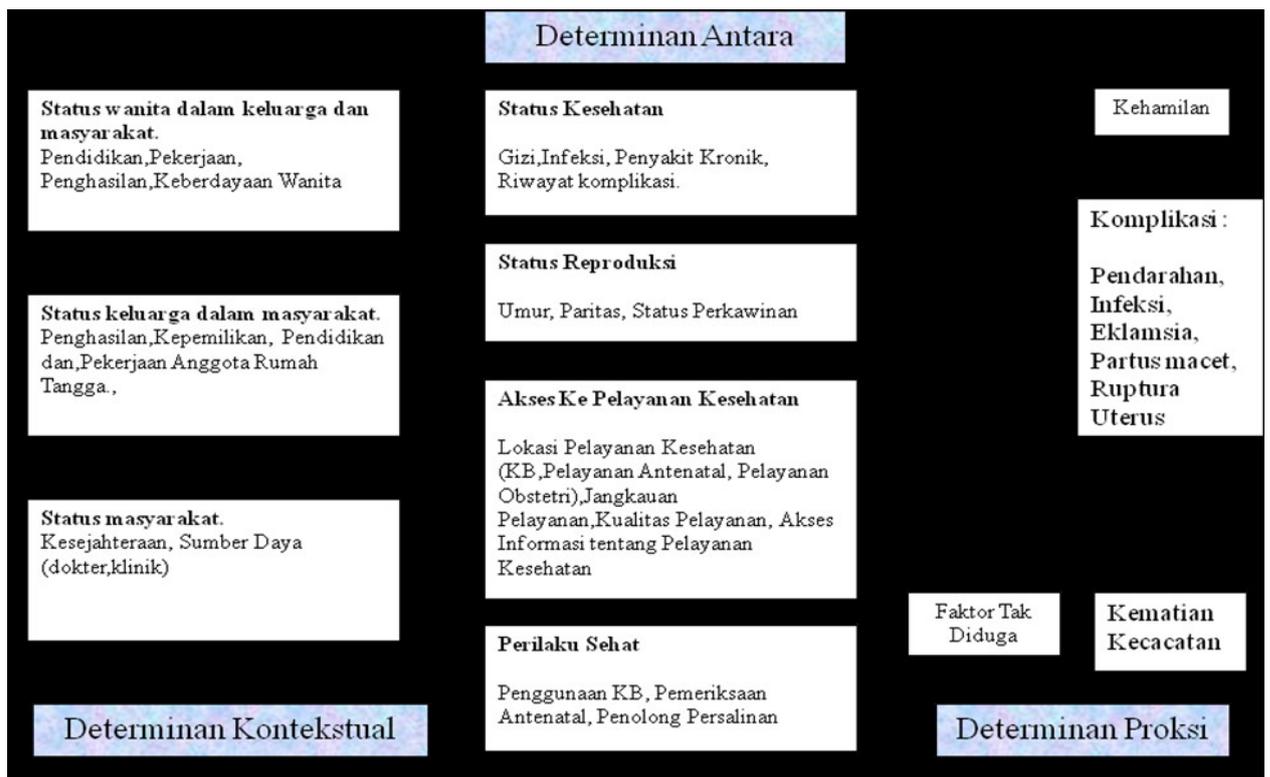
d. Perilaku perawatan kesehatan / Penggunaan pelayanan kesehatan yang tak terduga

e. Faktor faktor lain yang tidak diketahui atau tidak terduga

3) Determinan Jauh

Meskipun determinan ini tidak secara langsung mempengaruhi kematian maternal, akan tetapi faktor sosio kultural, ekonomi, keagamaan dan faktor – factor lain juga perlu dipertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian maternal. Yang mencakup didalam nya antara lain status wanita dalam keluarga dan masyarakat serta status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat.^{12,13}

DETERMINAN KEMATIAN IBU



Gambar 1. Bagan Determinan Kematian Ibu¹³

2.2 *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer*

2.2.1 *Safe Motherhood*

Berbagai upaya dilakukan dalam rangka menurunkan angka kematian ibu yang tinggi di Indonesia. Salah satunya adalah mengimplementasikan program *Safe Motherhood*. *Safe Motherhood* adalah usaha-usaha yang dilakukan agar seluruh perempuan menerima perawatan yang mereka butuhkan selama hamil dan bersalin. Program itu terdiri dari empat pilar yaitu keluarga berencana, pelayanan antenatal, persalinan yang aman, dan pelayanan obstetri esensial

1) Keluarga Berencana (KB)

Konsep KB pertama kali diperkenalkan di Matlab, Bangladesh pada tahun 1976. KB bertujuan merencanakan waktu yang tepat untuk hamil, mengatur jarak kehamilan, dan menentukan jumlah anak. Dengan demikian, diharapkan tidak ada lagi kehamilan yang tidak diinginkan sehingga angka aborsi akan berkurang. Pelayanan KB harus menjangkau siapa saja, baik ibu/calon ibu maupun perempuan remaja. Dalam memberi pelayanan KB, perlu diadakan konseling yang terpusat pada kebutuhan ibu dan berbagai pilihan metode KB termasuk kontrasepsi darurat. Angka kebutuhan tak terpenuhi (*unmet need*) dalam pemakaian kontrasepsi masih tinggi. Angka pemakaian kontrasepsi (*contraceptive prevalence rate*) di Indonesia baru mencapai 54,2% pada tahun 2006. Bila KB ini terlaksana dengan baik maka dapat menurunkan diperlukannya intervensi obstetri khusus.

2) Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal sangat penting untuk mendeteksi lebih dini komplikasi kehamilan. Selain itu, juga menjadi sarana edukasi bagi perempuan tentang kehamilan. Komponen penting pelayanan antenatal meliputi:

1. Skrining dan pengobatan anemia, malaria, dan penyakit menular seksual.
2. Deteksi dan penanganan komplikasi seperti kelainan letak, hipertensi, edema, dan pre-eklampsia.
3. Penyuluhan tentang komplikasi yang potensial, serta kapan dan bagaimana cara memperoleh pelayanan rujukan.

3) Persalinan yang aman

Persalinan yang aman bertujuan untuk memastikan setiap penolong kelahiran/persalinan mempunyai kemampuan, ketrampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang bersih dan aman, serta memberikan pelayanan nifas pada ibu dan bayi.

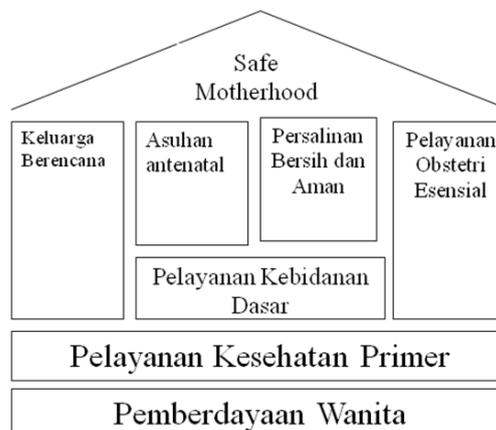
Sebagian besar komplikasi obstetri yang berkaitan dengan kematian ibu tidak dapat dicegah dan diramalkan, tetapi dapat ditangani bila ada pelayanan yang memadai. Kebanyakan pelayanan obstetri esensial dapat diberikan pada tingkat pelayanan dasar oleh bidan atau dokter umum. Akan tetapi, bila komplikasi yang dialami ibu tidak dapat ditangani di tingkat pelayanan dasar, maka bidan atau dokter harus segera merujuk dengan terlebih dahulu melakukan pertolongan pertama. Dengan memperluas berbagai pelayanan kesehatan ibu sampai ke tingkat masyarakat dengan jalur efektif ke fasilitas

rujukan, keadaan tersebut memastikan bahwa setiap wanita yang mengalami komplikasi obstetri mendapat pelayanan gawat darurat secara cepat dan tepat waktu.

4) Pelayanan Obstetri Esensial

Pelayanan obstetri esensial pada hakekatnya adalah tersedianya pelayanan secara terus menerus dalam waktu 24 jam untuk bedah cesar, pengobatan penting (anestesi, antibiotik, dan cairan infus), transfusi darah, pengeluaran plasenta secara manual, dan aspirasi vakum untuk abortus inkomplet. Tanpa peran serta masyarakat, mustahil pelayanan obstetri esensial dapat menjamin tercapainya keselamatan ibu. Oleh karena itu, diperlukan strategi berbasis masyarakat yang meliputi:

1. Melibatkan anggota masyarakat, khususnya wanita dan pelaksanaan pelayanan setempat, dalam upaya memperbaiki kesehatan ibu.
2. Bekerjasama dengan masyarakat, wanita, keluarga, dan dukun untuk mengubah sikap terhadap keterlambatan mendapat pertolongan.
3. Menyediakan pendidikan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran tentang komplikasi obstetri serta kapan dan dimana mencari pertolongan.¹⁴



Gambar 2. Pilar Safemotherhood ¹⁴

2.2.2 Making Pregnancy Safer

Pemerintah mencanangkan Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman atau *Making Pregnancy Safer (MPS)* sebagai Strategi Pembangunan Kesehatan Masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010 pada tanggal 12 Oktober 2000, yang merupakan bagian dari program *Safe Motherhood*. MPS merupakan strategi sektor kesehatan yang ditujukan untuk mengatasi masalah kesehatan dan kesakitan ibu dan bayi. Strategi MPS merupakan tonggak sejarah yang menandai komitmen baru. MPS menegaskan kembali komitmen WHO terhadap Program *Safe Motherhood (SM)*. MPS bertujuan untuk menjamin agar SM tetap merupakan prioritas dalam agenda kesehatan dan pembangunan. Tujuan *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* sama, yaitu melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia dengan cara mengurangi beban kesakitan, kecacatan dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang sebenarnya tidak perlu terjadi .¹⁵

2.3 Hak Reproduksi

Hak reproduksi adalah hak asasi manusia yang dimiliki oleh setiap manusia yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya. Pemerintah berkewajiban untuk melindungi dan menjamin agar hak-hak reproduksi individu tidak dilanggar dan dapat digunakan oleh setiap orang yang memiliki hak tersebut. Masyarakat juga berkewajiban membantu dan menghormati hak-hak reproduksi yang dimiliki oleh perempuan dan laki-laki.

Berdasarkan Kesepakatan Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan tahun 1994 di Kairo, pemerintah Indonesia telah menyetujui 12 hak

reproduksi yang di dalamnya termasuk hak-hak reproduksi perempuan:

1) Hak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.

Setiap perempuan berhak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan yang jelas dan benar tentang berbagai aspek terkait dengan masalah kesehatan reproduksi, termasuk banyaknya pilihan alat kontrasepsi yang dapat dipilih oleh perempuan atau laki-laki dan efek samping dari berbagai alat kontrasepsi.

2) Hak untuk mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi.

Setiap perempuan berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan perlindungan yang memadai bagi kehidupan reproduksinya, termasuk agar terhindar dari kematian akibat proses reproduksi, misalnya jaminan kesehatan agar perempuan terhindar dari kematian akibat kehamilan atau melahirkan. Hak ini tidak boleh dibedakan atau didiskriminasikan berdasarkan status perkawinan perempuan atau usia atau status ekonominya. Semua perempuan baik remaja, lajang, maupun yang berstatus menikah berhak untuk mendapatkan dan menikmati hak ini.

3) Hak untuk kebebasan berpikir tentang hak reproduksi. Setiap perempuan berhak untuk mengungkapkan pikiran dan keyakinannya untuk menjaga kesehatan dan kehidupan reproduksinya tanpa paksaan dan siapa pun.

4) Hak untuk menentukan jumlah anak dan jarak kelahiran. Setiap perempuan berhak untuk menentukan jumlah anak yang akan dilahirkannya serta menentukan jarak kelahiran anak yang diinginkannya, tanpa paksaan dari siapa pun.

5) Hak untuk hidup, yaitu hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan dan proses melahirkan. Setiap perempuan hamil dan yang akan melahirkan berhak

untuk mendapatkan perlindungan, termasuk pelayanan kesehatan yang baik sehingga ia dapat mengambil keputusan secara cepat mengenai kelanjutan kehamilannya bila proses kelahirannya beresiko kematian atau terjadi komplikasi.

6) Hak atas kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kehidupan reproduksi. Artinya setiap perempuan harus dijamin agar tidak mengalami pemaksaan, pengucilan, dan tekanan yang menyebabkan kebebasan dan keamanan yang diperolehnya tidak dapat digunakan, termasuk kebebasan memilih alat kontrasepsi yang dianggapnya paling aman.

7) Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk, termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual. Setiap perempuan berhak untuk dilindungi dari ancaman bentuk-bentuk kekerasan yang dapat menimbulkan penderitaan secara fisik, seksual, dan psikis yang mengganggu kesehatan fisik, mental, dan reproduksinya.

8) Hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Setiap perempuan berhak untuk memanfaatkan kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan terkait dengan kesehatan reproduksi, misalnya informasi yang jelas dan benar serta kemudahan akses untuk mendapatkan alat kontrasepsi baru.

9) Hak atas kerahasiaan pribadi dengan kehidupan reproduksinya. Setiap perempuan berhak untuk dijamin kerahasiaan kesehatan reproduksinya, misalnya informasi tentang kehidupan seksualnya, masa menstruasi, jenis alat kontrasepsi yang digunakan.

10) Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga. Setiap perempuan berhak untuk menentukan kapan, di mana, dengan siapa, serta bagaimana ia akan membangun perkawinan atau keluarganya.

11) Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Setiap perempuan berhak untuk menyampaikan pendapat atau aspirasinya mengenai kehidupan reproduksi secara pribadi atau melalui organisasi atau partai.

12) Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi. Setiap perempuan berhak untuk terbebaskan dari perlakuan diskriminasi berdasarkan gender/perbedaan jenis kelamin, ras, status perkawinan atau kondisi sosial-ekonomi, agama/keyakinannya dalam kehidupan keluarga dan proses reproduksinya. Misalnya, orang tidak mampu harus mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, demikian pula remaja yang hamil di luar nikah.¹⁶

2.4 Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

2.4.1 Pengertian Jamkesmas

Jamkesmas adalah kepanjangan dari Jaminan Kesehatan Masyarakat. Jamkesmas berdiri dengan tujuan untuk membantu masyarakat miskin dan tidak mampu untuk mendapatkan haknya dalam pelayanan kesehatan. Program ini merupakan program dari Pemerintah Pusat yang diselenggarakan oleh Departemen kesehatan melalui penugasan kepada PT ASKES.

2.4.2 Sasaran Program Jamkesmas

Seluruh warga Negara Indonesia yang berdomisili di luar propinsi daerah Ibukota DKI Jakarta dan memenuhi kriteria miskin atau kurang mampu berhak mendapatkan Jamkesmas dengan perkiraan sasaran program Jamkesmas berjumlah 19,1 juta rumah tangga miskin (RTM) yang setara dengan 76,4 juta jiwa masyarakat yang terdiri dari masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu. Dengan Jamkesmas diharapkan keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dapat diatasi.

2.4.3 Tujuan Jamkesmas

1) Tujuan Umum :

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

2) Tujuan Khusus :

1. Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
3. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel

2.4.4 Peserta Program Jamkesmas

- 1) Seluruh peserta Jamkesmas yang memiliki kartu Jamkesmas atau yang sudah tercatat di *database* kepesertaan.
- 2) Peserta Keluarga Harapan (PKH) yang memiliki kartu PKH tetapi belum termasuk peserta Jamkesmas/tidak memiliki kartu Jamkesmas.
- 3) Gelandangan, pengemis, anak terlantar yang direkomendasi Dinas Sosial/ institusi sejenis di daerah sehingga tidak perlu menunjukkan kartu Jamkesmas.
- 4) Masyarakat miskin Penghuni Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasarakatan, Penghuni Rumah Tahanan, dan Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat.

2.4.5 Tata Laksana Kepesertaan Jamkesmas

- 1) Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta Jamkesmas, yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.
- 2) Jumlah sasaran peserta Program Jamkesmas penetapan jumlah sasaran peserdilakukan secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI (Menkes). Berdasarkan Jumlah Sasaran Nasional tersebut Menkes membagi alokasi sasaran kuota Kabupaten/Kota. Jumlah sasaran peserta (kuota) masingmasing Kabupaten/Kota sebagai mana terlampir.
- 3) Berdasarkan Kuota Kabupaten/kota sebagaimana butir 2 diatas, Bupati/Walikota menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk

Keputusan Bupati/Walikota. Apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan Bupati/Walikota melebihi dari jumlah kuota yang telah ditentukan, maka menjadi tanggung jawab Pemda setempat.

4) Bagi Kabupaten/kota yang telah menetapkan peserta Jamkesmas lengkap dengan nama dan alamat peserta serta jumlah peserta Jamkesmas yang sesuai dengan kuota, segera dikirim daftar tersebut dalam bentuk dokumen elektronik (soft copy) dan dokumen cetak (hard copy) kepada :

- a. PT Askes (Persero) setempat untuk segera diterbitkan dan di distribusikan kartu ke peserta, sebagai bahan analisis dan pelaporan.
- b. Rumah sakit setempat untuk digunakan sebagai data peserta Jamkesmas yang dapat dilayani di Rumah Sakit, bahan pembinaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan dan sekaligus sebagai bahan analisis.
- c. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota setempat sebagai bahan pembinaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan dan bahan analisis.
- d. Dinas Kesehatan Propinsi atau Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi setempat sebagai bahan kompilasi kepesertaan, pembinaan, monitoring, evaluasi, analisis, pelaporan serta pengawasan.
- e. Departemen Kesehatan RI, sebagai database kepesertaan nasional, bahan dasar verifikasi Tim Pengelola Pusat, pembayaran klaim Rumah Sakit, pembinaan, monitoring, evaluasi, analisis, pelaporan serta pengawasan.

- 5) Bagi Pemerintah Kabupaten/Kota yang telah menetapkan jumlah dan nama masyarakat miskin (no, nama dan alamat), selama proses penerbitan distribusi kartu belum selesai, kartu peserta lama atau Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) masih berlaku sepanjang yang bersangkutan ada dalam daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota.
- 6) Bagi Pemerintah Kabupaten/Kota yang belum menetapkan jumlah, nama dan alamat masyarakat miskin secara lengkap diberikan waktu sampai dengan akhir Juni 2008. Sementara menunggu surat keputusan tersebut sampai dengan penerbitan dan pendistribusian kartu peserta, maka kartu peserta lama atau SKTM masih diberlakukan. Apabila sampai batas waktu tersebut pemerintah Kabupaten/Kota belum dapat menetapkan sasaran masyarakat miskinnya, maka terhitung 1 Juli 2008 pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di wilayah tersebut menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat.
- 7) Pada tahun 2008 dilakukan penerbitan kartu peserta Jamkesmas baru yang pencetakan blanko, entry data, penerbitan dan distribusi kartu sampai ke peserta menjadi tanggungjawab PT Askes.
- 8) Setelah peserta menerima kartu baru maka kartu lama yang diterbitkan sebelum tahun 2008, dinyatakan tidak berlaku lagi meskipun tidak dilakukan penarikan kartu dari peserta.

- 9) Bagi masyarakat miskin yang tidak mempunyai kartu identitas seperti gelandangan, pengemis, anak terlantar, yang karena sesuatu hal tidak terdaftar dalam Surat Keputusan Bupati/walikota, akan dikoordinasikan oleh PT Askes (Persero) dengan Dinas Sosial setempat untuk diberikan kartunya.
- 10) Bagi bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas langsung menjadi peserta baru sebaliknya bagi peserta yang meninggal dunia langsung hilang hak kepesertaannya.

2.4.6 Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Jamkesmas

Ruang lingkup pelayanan kesehatan Program Jamkesmas di puskesmas dan jaringannya meliputi upaya pelayanan kesehatan perorangan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) yang berupa rawat jalan dan rawat inap bagi peserta Program Jamkesmas. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan program Jamkesmas mencakup semua jenis pelayanan kesehatan dasar yang tersedia di puskesmas dan jaringannya, dengan standar, pedoman SOP yang sama bagi setiap masyarakat sesuai indikasi medis. Ruang lingkup Program Jamkesmas di puskesmas dan jaringannya meliputi:

2.4.6.1 Pelayanan Kesehatan Dasar

- 1) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama

Pelayanan rawat jalan tingkat primer yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas dan jaringannya

termasuk UKBM (poskesdes, posyandu, Pos UKK, dan lain lain) di wilayah tersebut

2) Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Pertama

Pada kondisi pasien rawat jalan perlu dilakukan perawatan maka sebagai alternatif untuk perawatan lanjutan adalah dilakukan rawat inap di puskesmas perawatan sesuai dengan kemampuan sarana yang dimiliki, apabila tidak memiliki kemampuan perawatan lanjutan harus dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan yang memberikan pelayanan Program Jamkesmas.

3) Pelayanan Pertolongan Persalinan

Pelayanan pertolongan persalinan normal dapat dilakukan di puskesmas dan jaringannya termasuk sarana UKBM, bidan dan dokter praktik sedangkan pertolongan persalinan pervaginam dengan penyulit dapat dilakukan di puskesmas dengan fasilitas PONED sesuai kompetensinya. Pelayanan pertolongan persalinan tersebut mencakup:

- a. Observasi Proses Persalinan
- b. Pertolongan persalinan normal
- c. Pertolongan persalinan pervaginam dengan penyulit (puskesmas dengan fasilitas PONED)
- d. Pelayanan gawat darurat persalinan
- e. Perawatan Nifas (Ibu dan neonatus)
- f. Pemeriksaan laboratorium dan penunjang diagnostik lain
- g. Pemberian obat

h. Akomodasi dan makan pasien

i. Rujukan

Tempat pelayanan pertolongan persalinan dapat dilakukan di sarana pelayanan kesehatan yaitu puskesmas dan jaringannya, sarana UKBM, bidan praktik, dokter praktik, rumah bersalin maupun di rumah penduduk oleh tenaga kesehatan yang berkompeten.¹⁶

2.4.6.2 Pelayanan Spesialistik

2.4.6.2 Pelayanan Rujukan

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

- 1) Menurut Undang Undang no. 10/1992 : Adalah suatu upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera.
- 2) Keluarga Berencana menurut WHO (World Health Organization) Expert Committee 1970 adalah tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk :
 - a. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan.
 - b. Mendapat kelahiran yang memang diinginkan.
 - c. Mengatur interval diantara kehamilan.
 - d. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungannya dengan umur suami istri.
 - e. Menentukan jumlah anak dalam keluarga¹⁷

2.5.2 Manfaat Keluarga Berencana

1) Untuk ibu

Memberi kemungkinan kepadanya untuk memulai menjarangkan kehamilan, sehingga ia dapat mengatur jumlah anaknya dan menetapkan pada umur berapa ia ingin melahirkan anak anaknya, yang akan membawa manfaat berupa :

- a. Perbaikan kesehatan badaniah dengan jalan mencegah kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek dan mencegah keguguran yang menyebabkan kurang darah, mudah terserang penyakit infeksi dan kelelahan.
- b. Peningkatan kesehatan mental dan emosional dengan dimungkinkan adanya cukup waktu, untuk mengasuh anak anaknya yang lain, untuk beristirahat, menikmati waktu terluang dan untuk melakukan kegiatan kegiatan lain.

2) Untuk anak yang akan dilahirkan

Anak itu datang dengan sambutan baik pada waktu si ibu berada dalam keadaan yang sesehat sehatnya sehingga anak yang akan lahir itu :

- a. Tumbuhnya secara wajar sebelum lahir.
- b. Sesudah lahir, mendapat pemeliharaan dan kasih sayang yang cukup dari ibunya.

3) Untuk anak anak lainnya

Memberikan kesempatan kepada mereka untuk :

- a. Perkembangan fisiknya yang lebih baik, karena setiap anak memperoleh jatah makanan yang cukup dari sumber sumber yang tersedia.
- b. Perkembangan mental dan emosional yang lebih baik, karena pemeliharaan yang lebih baik dan waktu yang lebih banyak dapat diberikan oleh ibu kepada setiap anak.
- c. Pemberian kesempatan pendidikan yang lebih baik, karena sumber sumber pendapatan keluarga tidak habis mempertahankan hidup saja.

4) Untuk ayah

- a. Memperbaiki kesehatan fisiknya , karena tuntutan atas tenaga fisiknya berkurang dan kebutuhan hidupnya akan lebih baik.
- b. Memperbaiki kesehatan mental dan emosionalnya, karena berkurangnya kecemasan dan mempunyai lebih banyak waktu terluang untuk beramah tamah bersama keluarganya.

5) Untuk seluruh keluarga

- a. Meningkatkan kesehatan fisik, mental dan emosi dari setiap anggota keluarganya.
- b. Satu keluarga yang direncanakan dengan baik memberi contoh yang nyata bagi generasi yang akan datang.
- c. Setiap keluarga mempunyai kesempatan yang lebih baik untuk mendapatkan pendidikan.
- d. Suatu keluarga yang direncanakan dengan baik dapat memberi sumbangan yang lebih banyak untuk kesejahteraan lingkungan.¹⁷

2.5.3 Kontrasepsi

2.5.3.1 Pengertian Kontrasepsi

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan. ¹⁸

2.5.3.2 Jenis Jenis Kontrasepsi

Sampai saat ini belum ada satupun metode kontrasepsi yang aman dan efektif bagi semua klien, karena masing masing memiliki kecocokan individual bagi setiap klien. Namun, secara umum persyaratan metode kontrasepsi ideal adalah sebagai berikut :

- 1) Aman ,artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat bila digunakan.
- 2) Berdaya guna, dalam arti bila digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah terjadinya kehamilan.
- 3) Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat.
- 4) Terjangkau harganya oleh masyarakat.
- 5) Bila metode tersebut dihentikan penggunaanya ,klien akan segera kembali kesuburannya,kecuali untuk kontrasepsi mantap. ¹⁸

Adapun jenis jenis kontrasepsi yang tersedia antara lain :

1. Metode sederhana
 - a. Tanpa alat
 - Pantang berkala
 - Metode kalender
 - Metode suhu badan missal
 - Metode lendir serviks
 - Metode simpto-termal
 - *Coitus intteruptus*
 - b. Dengan alat
 - Kondom pria
 - Barrier intra vaginal antara lain : diafragma,kap serviks,spons dan kondom wanita
 - Spermisid antara lain : *vaginal cream,vaginal foam,vaginal jelly,vaginal supposituria,vaginal tablet*, dan *vaginal soluble film*
2. Metode modern
 - a. Kontrasepsi hormonal
 - Pil KB
 - AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) / IUD
 - Suntikan KB
 - Susuk KB
 - b. Kontrasepsi mantap
 - Medis Operatif Pria (MOP) /vasektomi

- Medis Operatif Wanita (MOW) /tubektomi

Berdasarkan lama efektifitas nya kontrasepsi dapat dibagi menjadi :

- a. MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang),yang termasuk dalam kategori ini adalah jenis susuk /implant,IUD,MOP,MOW.
- b. Non MKJP (Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang),yang termasuk dalam kategori ini adalah kondom,pil,suntik,dan suntik,dan metode metode lain selain metode yang termasuk dalam MKJP .^{19,20}

2.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi PUS bersedia Menggunakan Alat Kontrasepsi atau bersedia mengikuti program KB

Perilaku Kesehatan adalah determinan kesehatan penting yang mempengaruhi derajat kesehatan individu,keluarga dan masyarakat dalam kaitannya dengan derajat kesehatan. Menurut teori Lawrence Green bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu perilaku (*Behaviour Cases*) dan faktor dari luar perilaku (*Non Behaviour Cases*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan dari 3 faktor yaitu :

- a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*) yang terwujud dalam pengetahuan ,sikap,nilai,keyakinan,dan persepsi yang berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak. Dalam arti umum kita dapat mengatakan factor predisposisi sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok kedalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku kesehatan ,dalam setiap kasus,factor ini mempunyai pengaruh. Meskipun berbagai

factor demografis seperti status sosio ekonomi, umur, jenis kelamin dan ukuran keluarga saat ini juga penting sebagai factor predisposisi.

- b. Faktor Pendukung (*Enabling Factor*) mencakup berbagai ketrampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan berbagai ketrampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, keterjangkauan berbagai sumber daya, jarak, biaya, ketersediaan transportasi, jam buka dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (*Reinforcing Factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat, apakah pendorong itu positif atau negative bergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan, yang sebagian diantaranya lebih mendorong daripada yang lain dalam mempengaruhi perilaku.²¹

Berdasarkan teori Lawrence Green tersebut maka berikut ini pembagian factor factor yang mempengaruhi keikutsertaan KB pada wanita usia subur :

2.6.1 Faktor Predisposisi

1) Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan itu terjadi melalui panca indera manusia yakni indera

penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar penginderaan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan tentang sesuatu obyek tertentu sangat penting terhadap terjadinya perilaku, karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan berlangsung lama.²²

Tingkat Pengetahuan seseorang akan sesuatu sangat penting serta merupakan dasar dari sikap dan tindakan dalam menerima atau menolak sesuatu hal yang baru. Pengetahuan yang cukup tentang KB dengan segala aspeknya akan sangat membantu kelancaran usaha untuk memotivasi calon peserta KB.

2) Umur

Umur merupakan salah satu fungsi yang menggambarkan kematangan seseorang baik fisik, psikis, maupun sosial. Pengaruh umur dalam pelaksanaan program KB sangat penting. Hal ini karena umur merupakan salah satu faktor penentu dalam tingkat reproduksi wanita. Pemakaian alat kontrasepsi disesuaikan dengan masa reproduksi seorang wanita.

Untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua perlu dibuat suatu perencanaan keluarga menuju Keluarga Kecil Bahagia

Sejahtera. Perencanaan keluarga menuju Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera dibagi atas 3 masa dari usia reproduksi wanita yaitu sebagai berikut :

- a. Masa menunda kehamilan bagi Pasangan Usia Subur (PUS) dengan istri usia dibawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.
- b. Masa mengatur kehamilan (menjarangkan kehamilan) periode usia istri antara 20 – 30 tahun merupakan periode usia yang paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak dua orang dan jarak kelahiran anak ke 1 dan anak ke 2 adalah 3 sampai 4 tahun.
- c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi) periode usia istri diatas 30 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai dua orang anak.²³

3) Tingkat Pendidikan

Pendidikan pada dasarnya merupakan upaya untuk meningkatkan berbagai pengetahuan dan keterampilan. Disamping itu pendidikan merupakan usaha untuk memberikan kemungkinan perubahan sikap yang dilandasi oleh motivasi untuk berprestasi.²⁴

Tingkat Pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap segala sesuatu yang datang dari luar. Orang yang mempunyai pendidikan yang lebih tinggi dalam menghadapi gagasan gagasan baru akan lebih banyak mempergunakan rasio daripada emosi. Keadaan ini berlaku pula untuk program KB karena gagasan yang dibawa oleh program KB merupakan sesuatu yang bersifat baru untuk beberapa individu atau kelompok tertentu.

Masyarakat yang berpendidikan lebih tinggi tentu akan berpikir sampai sejauh mana keuntungan yang mungkin mereka peroleh dari gagasan tersebut. Dan apabila mereka anggap menguntungkan, mereka tidak akan segan-segan untuk menerima gagasan tersebut.²⁵

Pengaruh pendidikan wanita terhadap kesuburan telah banyak diteliti. Penelitian menunjukkan kecenderungan bahwa wanita yang berpendidikan memiliki anak lebih sedikit dibandingkan dengan wanita tidak berpendidikan, dapat dikatakan juga bahwa makin tinggi pendidikan, makin sedikit anak. Tingginya tingkat pendidikan masyarakat sangat mendukung penerimaan atau pelaksanaan program KB, karena program KB bertujuan untuk membantu masyarakat menuju ke tingkat kesejahteraan yang lebih baik.²⁶

4) Pekerjaan

Setiap keluarga dalam memenuhi kebutuhan selalu dikaitkan dengan mata pencahariannya, disamping kecakapan dan hasil yang diperoleh. Pada suatu keluarga kecil dimana anak-anak sudah dapat tinggal di rumah, maka suami atau istri dapat berusaha untuk mencari nafkah. Pada keluarga besar dimana sang istri dari tahun ke tahun hanya melahirkan saja, maka yang dapat berusaha hanya pihak suaminya saja. Padahal di masa sekarang peranan suami atau istri dalam bidang usaha dan mencari nafkah terasa sama pentingnya. Bukan hanya suami saja yang bekerja tetapi istri juga ikut membantu. Dengan demikian maka tingkat penghasilan akan dapat dicapai lebih tinggi dari sebelumnya. Disini pula terasa ada hubungan erat antara KB dan ekonomi keluarga.

Partisipasi wanita dalam angkatan kerja mempunyai pengaruh penting dalam penurunan fertilitas. Bekerja dapat mengurangi keinginan wanita untuk membina keluarga besar karena dengan memiliki banyak anak jelas akan merepotkan. Di pihak lain, bekerja mungkin mendorong wanita membatasi besar keluarganya karena pekerjaan dapat menjadi sumber lain diluar keluarga untuk memperoleh rasa aman dan kepuasan diri .²⁷

Jenis jenis pekerjaan tertentu seperti buruh ,industry rumah tangga,tidak banyak pengaruhnya terhadap jumlah anak yang dimiliki ,karena semua pekerjaan tesebut dapat dengan mudah dilakukan bersama sama dengan tugas merawat anak. Sebaliknya pekerjaan yang mengharuskan wanita meninggalkan rumah akan mengurangi wanita untuk mempunyai banyak anak karena akan timbul masalah terhadap anak yang ditinggalkannya.

5) Penghasilan

Mc. Carthy dan Maine berpendapat bahwa status keluarga dalam masyarakat mencakup di antaranya penghasilan keluarga. Besar penghasilan keluarga berpebgaruh terhadap pemeliharaan kesehatan keluarga sehingga dalam perencanaan keluarga penghasilan keluarga merupakan pertimbangan untuk menentukan besarnya keluarga. Disamping itu bagi keluarga kecil, ibu dapat membantu keluarga untuk membentuk keluarga kecil yang sejahtera.²⁸

6) 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 lancer diperlukan

pendekatan menyeluruh terhadap factor factor diatas termasuk pendekatan kepada tokoh tokoh agama. Pada awalnya program KB banyak ditentang oleh tokoh tokoh agama. Tetapi pada akhirnya para tokoh agama tersebut mulai dapat menerima setelah mendapat pengertian bahwa program KB tidak bertentangan dengan agama dan merupakan salah satu upaya untuk memerangi kemiskinan,kebodohan ,keterbelakangan dan ketidak pedulian masyarakat. ²⁹

Program KB juga sudah mendapat dukungan dari Departemen Agama Republik Indonesia. Hal ini dapat terlihat dengan telah ditanda tangani nya *Memorandum of Understanding* (MoU) nomor 1 tahun 2007 dan nomor 36/HK.101 tentang advokasi ,komunikasi,informasi dan edukasi program keluarga berencana nasional melalui peran lembaga keagamaan ,pada 9 Febuari 2007.³⁰

Agama-agama di Indonesia umumnya mendukung KB. Agama Hindu memandang bahwa setiap kelahiran harus membawa manfaat. Untuk itu kelahiran harus diatur jaraknya dengan berKB. Agama Buddha, yang memandang setiap manusia pada dasarnya baik, tidak melarang umatnya berKB demi kesejahteraan keluarga. Agama Kristen Protestan tidak melarang umatnya berKB. Namun sedikit berbeda dengan agama Katolik yang memandang kesejahteraan keluarga diletakkan dan diwujudkan dalam pemahaman sesuai dengan kehendak Allah. Untuk mengatur kelahiran anak, suami-istri harus tetap menghormati dan menaati moral Katolik dan umat Katolik dibolehkan berKB dengan metode alami yang memanfaatkan masa tidak subur. Sedangka agama Islam membolehkan KB karena penting untuk menjaga kesehatan ibu dan anak,

menunjang program pembangunan kependudukan lainnya dan menjadi bagian dari hak asasi manusia. Program KB di Indonesia, seperti halnya negara Islam lain, adalah untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup penduduknya dan agama bukan penghambat untuk mencapai cita-cita ini. Mengingat peran penting tokoh agama dalam mendukung Program KB Nasional, BKKBN di semua tingkat hendaknya memperkuat kemitraannya dengan mereka. Tokoh-tokoh agama yang muda melalui lembaga masing-masing atau bersama-sama agar diberdayakan dan diajak serta dalam mendukung program KB Nasional.^{29,30}

2.6.2 Faktor Pemungkin

1) Jarak Pelayanan Kesehatan

Dalam teori perilaku yang dikemukakan oleh L.Green faktor Enabling (pemungkin) mencakup beberapa keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia sekolah, klinik atau sumber daya yang serupa itu. Faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan berbagai sumber daya. Biaya, jarak, ketersediaan transportasi, jam buka, dan sebagainya merupakan faktor pemungkin dalam arti ini.³¹

Tempat pelayanan kesehatan yang bisa didapatkan oleh akseptor KB untuk mendapatkan pelayanan KB misalnya Puskesmas, Rumah Sakit, Praktek Dokter atau Bidan dan klinik KB. Jarak antara tempat pelayanan KB dengan tempat tinggal akseptor akan mempengaruhi seseorang akseptor dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut.

2) Paparan Informasi Keluarga Berencana

Menurut hasil penelitian Schoemaker, wanita yang terpapar informasi KB dari media lebih berpeluang untuk mengikuti program KB daripada yang tidak terpapar sama sekali. Media massa mempunyai kekuatan mencapai target sasaran yang lebih cepat dan lebih luas. Orang-orang yang terpapar informasi baru, ide dan nilai-nilai yang berhubungan dengan kontrasepsi akan lebih meningkatkan kesadarannya.^{32,33}

3) Keikutsertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Keikutsertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat ikut mempengaruhi dalam pengambilan keputusan sebagai akseptor KB, sebab disatu sisi Jamkesmas membiayai persalinan gratis yang dapat menimbulkan ketidakpedulian masyarakat terhadap KB sedangkan di sisi lain juga terdapat program KB gratis. Akan tetapi dalam pelaksanaannya kedua program tadi belum dapat dilaksanakan dengan komprehensif.

2.6.3 Faktor Penguat

1) Dukungan Suami

Dalam mengambil keputusan untuk mengikuti program KB seorang istri harus mendapatkan persetujuan dari suami, karena suami dianggap sebagai kepala keluarga, pencari nafkah dan pengambil keputusan dalam keluarga. Peran suami juga sangat penting dalam mengarahkan kontrasepsi yang sesuai dan memotivasi seorang istri dalam menjalani program KB.^{19,34}

2) Tokoh Masyarakat

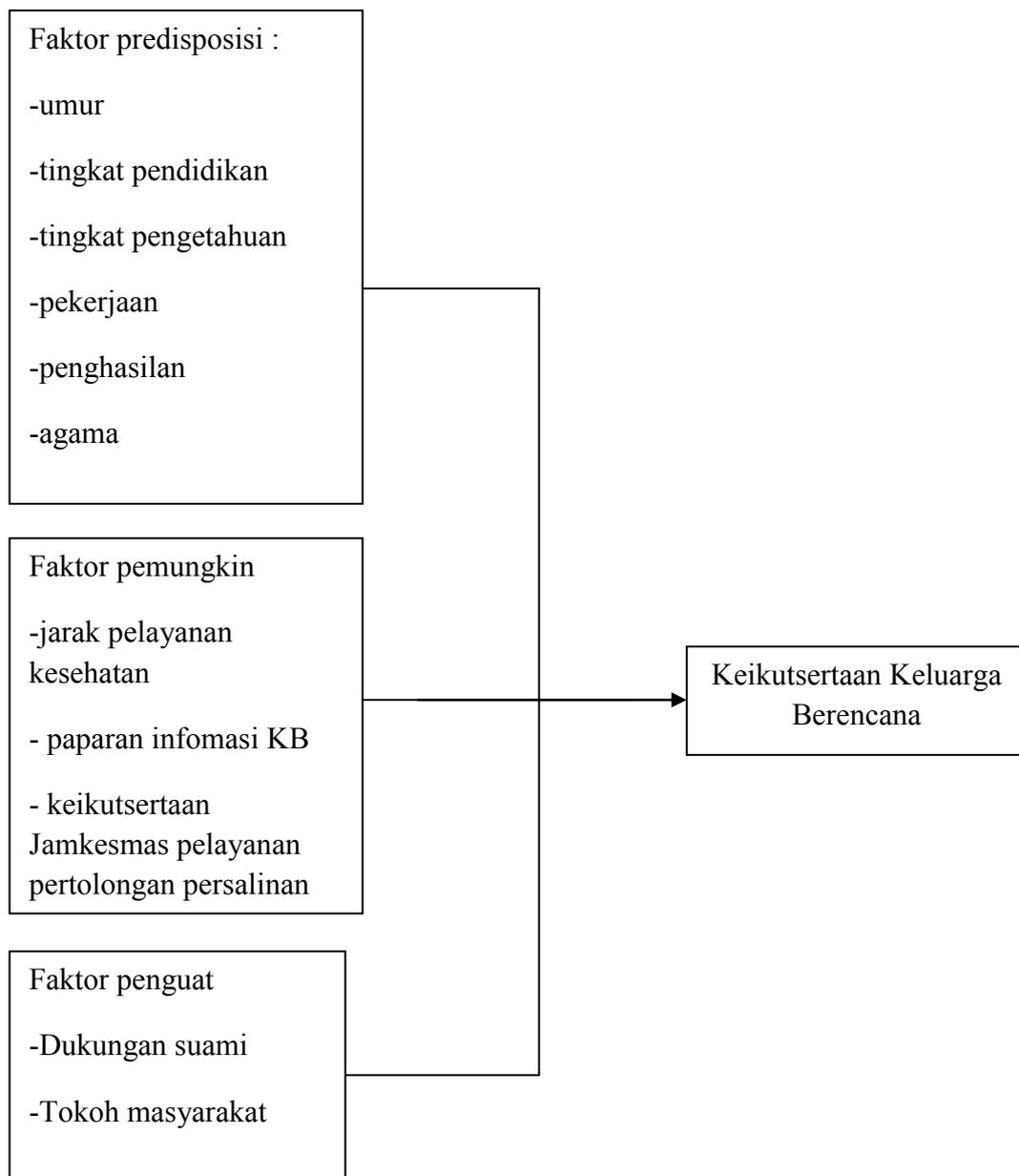
Menurut Soekidjo, faktor penguat merupakan faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Pengetahuan, sikap dan fasilitas yang tersedia kadang kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Sering terjadi , bahwa masyarakat sudah tau KB dan juga telah tersedia di lingkungannya fasilitas pelayanan KB , tetapi mereka belum ikut pelayanan KB dengan alasan sederhana, yakni bahwa Pak Kiai atau tokoh masyarakat yang dihormatinya tidak atau belum mengikuti KB . Dari contoh ini terlihat jelas terlihat bahwa Tokoh Masyarakat merupakan faktor penguat bagi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.³⁵

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

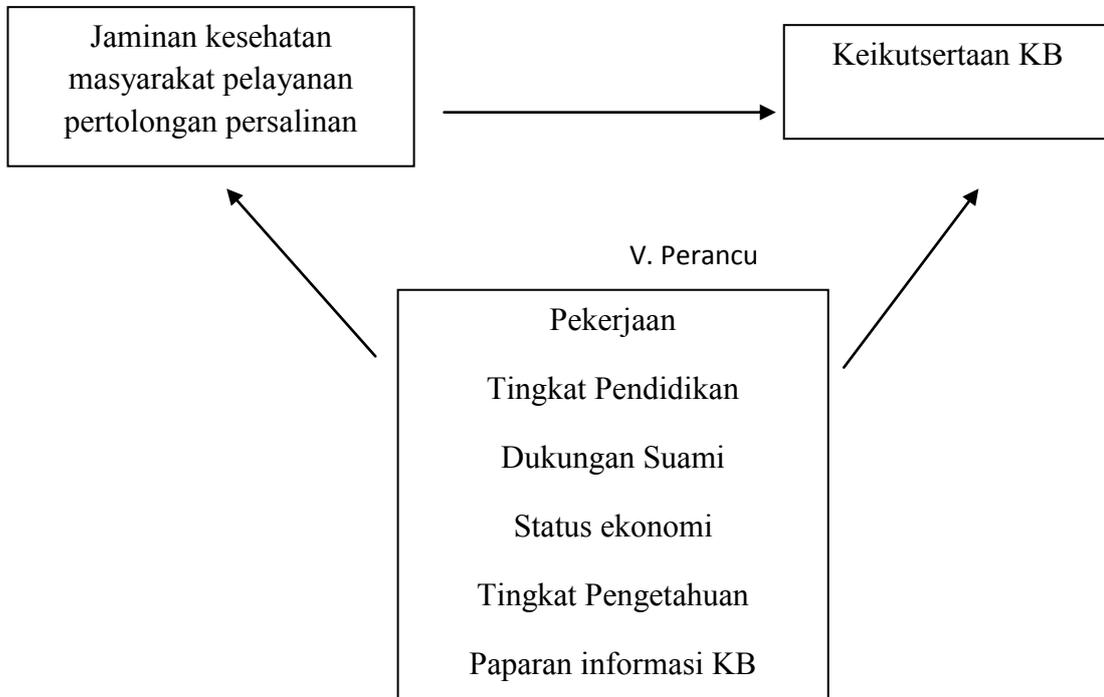
3.1 Kerangka Teori

Berdasarkan modifikasi dari Lawrence Green Model, maka disusunlah kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 3. Kerangka Teori

3.2 Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

3.3 Hipotesis

3.3.1 Hipotesis Mayor

Terdapat pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan Keluarga Berencana

3.3.2 Hipotesis Minor

- 1) Terdapat pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan.

- 2) Terdapat pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan pekerjaan.
- 3) Terdapat pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan peran serta suami.
- 4) Terdapat pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan status ekonomi.
- 5) Terdapat pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan.
- 6) Terdapat pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan paparan informasi KB

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup keilmuan mencakup bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Obstetika dan Ginekologi.

4.2 Tempat dan waktu penelitian

4.2.1 Tempat Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di RSUD Bendan Kota Pekalongan dan mencakup wilayah Kecamatan Pekalongan Barat.

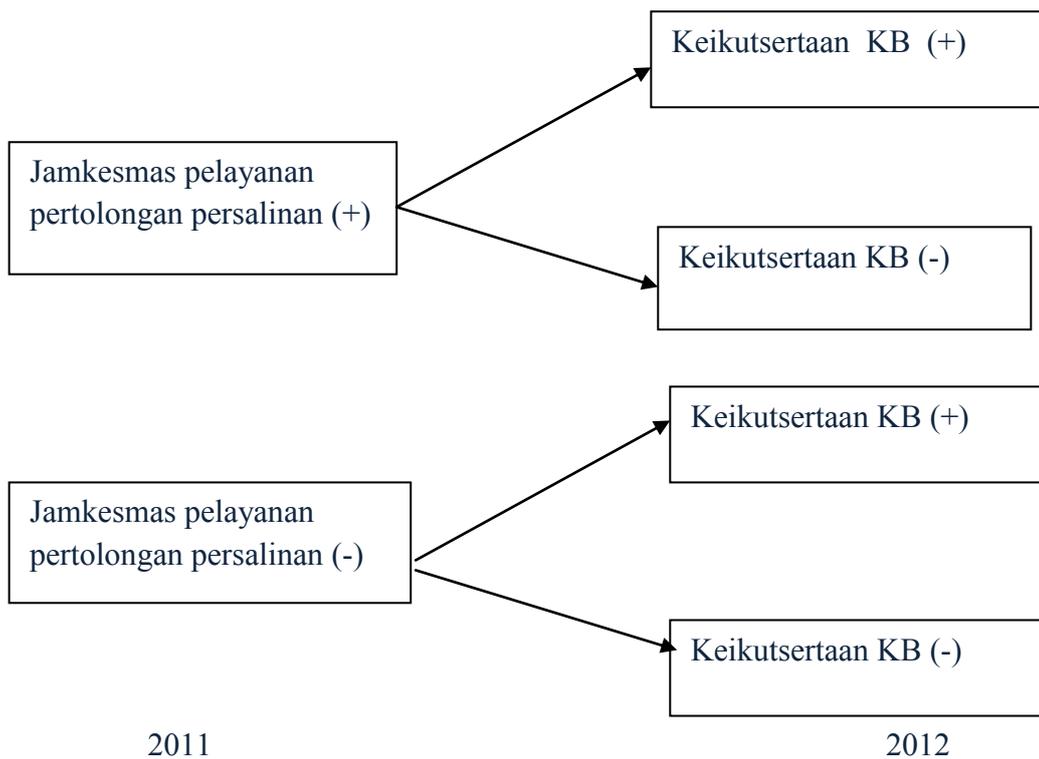
4.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret – Juli 2012

4.3 Jenis dan rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *observasional analitik* dengan desain *cohort retrospective*. Metode ini dipilih karena kesesuaiannya dengan logika studi eksperimental dalam membuat inferensi kausal yaitu dimana penelitian dimulai

dengan menentukan faktor penyebab (anteseden) diikuti dengan akibat (konsekuen).³⁶



Gambar5. Skema rancangan desain *cohort retrospektif*³⁶

4.4. Populasi dan Sampel

4.4.1 Populasi Target

Populasi target dari penelitian ini adalah semua ibu yang melahirkan.

4.4.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau ialah semua ibu yang melahirkan di RSUD Bendan Kota Pekalongan yang bertempat tinggal di wilayah Kecamatan Pekalongan Barat.

4.4.3 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah semua ibu melahirkan yang mendapat maupun tidak mendapat Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan di RSUD Bendan Kota Pekalongan yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

4.4.3.1 Kriteria Inklusi

1. Semua ibu yang bersalin di RSUD Bendan Kota Pekalongan dan bertempat tinggal di wilayah kecamatan Pekalongan Barat.
2. Bersedia mengikuti penelitian dibuktikan dengan menandatangani informed consent.

4.4.3.2 Kriteria Eksklusi

1. Apabila dalam pendataan ditemukan informasi yang tidak lengkap
2. Apabila dalam pendataan ditemukan responden telah pindah alamat diluar kecamatan Pekalongan Barat.

4.4.4. Cara Sampling

Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini secara *Convenience sampling*.³⁶

4.4.5. Besar Sampel

Besar sampel dihitung berdasarkan rumus yaitu :³⁶

$$n_1 = n_2 = \frac{(z\alpha\sqrt{2PQ} + z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dari rumus perhitungan besar sampel tersebut, didapat sampel penelitian sebagai berikut : 22

Agar sampel dapat di uji dengan benar dan untuk mengantisipasi terjadinya drop out maka dibulatkan menjadi 25 sehingga total sampel yang diperlukan $n_1 + n_2 = 25 + 25 = 50$

4.5 Variabel Penelitian

4.5.1 Variabel bebas

Variabel bebas yang digunakan ialah Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan

4.5.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung yang digunakan adalah Keikutsertaan Kb

4.5.3 Variabel perancu

Variabel perancu yang digunakan adalah tingkat pendidikan, pekerjaan, peran serta suami, status ekonomi, tingkat pengetahuan dan paparan informasi KB.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional dan Cara Pengukuran	Kategori	Skala
1.	Jamkesmas pertolongan pelayanan persalinan	Salah satu program dari Jaminan Kesehatan masyarakat dimana biaya persalinan, seluruh biaya yang berkaitan dengan persalinan dan KB digratiskan atau ditanggung oleh pemerintah. Cara Pengukuran : Semua ibu yang melahirkan di RS dicatat dalam buku register RS kemudian peneliti mencatat pada lembar observasi	Nilai 0 = bukan peserta Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan Nilai 1 = peserta Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan	Nominal
2.	Keikutsertaan Keluarga Berencana	Keikutsertaan Keluarga Berencana setelah melahirkan berupa KB modern yang terdiri dari kontrasepsi hormonal (Pil	Nilai 0 = tidak KB Nilai 1 = KB	Nominal

		KB, Suntikan KB, AKDR, Susuk KB) dan kontrasepsi mantap (MOW dan MOP)		
		Cara Pengukuran :		
		Diukur menggunakan kuesioner		
3.	Tingkat Pendidikan	pendidikan formal tertinggi yang ditempuh oleh responden pada saat penelitian berlangsung Cara pengukuran : Diukur dengan menggunakan lembar kuesioner	Nilai 0 = rendah (< SMA) Nilai 1 = tinggi (≥SMA)	Nominal
4.	Pekerjaan	aktivitas akseptor sehari hari untuk mendapatkan penghasilan yang dibagi menjadi 2 yaitu bekerja dan tak bekerja Cara pengukuran : Diukur dengan menggunakan lembar kuesioner	Nilai 0 = Ibu Rumah Tangga Nilai 1 =Wanita Karir atau ibu bekerja	Nominal
5.	Status ekonomi	penghasilan atau pendapatan yang diperoleh setiap bulannya. Cara pengukuran dengan menggunakan lembar kuesioner	Nilai 0 : Pendapatan dibawah UMR Nilai 1 : Pendapatan diatas UMR Dimana UMR menurut Jateng = Rp 939.756,00	Nominal
6.	Tingkat pengetahuan	Tingkat pengetahuan adalah pemahaman tentang program keluarga berencana Cara pengukuran dengan	< mean : Kurang baik ≥ mean : Baik	Nominal

		<p>menggunakan lembar kuesioner dimana terdiri dari 7 pertanyaan. Jawaban benar diberikan nilai 1 sedangkan jawaban salah diberikan nilai 0</p>		
7.	Peran serta suami	<p>Peran serta suami adalah peran suami atas keputusan istri dalam berKB</p> <p>Cara pengukuran dengan menggunakan lembar kuesioner dimana terdiri dari 8 pertanyaan. Jawaban benar diberikan nilai 1 sedangkan jawaban salah diberikan nilai 0.</p>	<p>< mean : tidak berperan</p> <p>\geq mean : berperan</p>	Nominal
8.	Paparan Informasi Keluarga Berencana	<p>Paparan Informasi Keluarga Berencana adalah seberapa banyak responden memperoleh informasi tentang KB</p> <p>Cara pengukuran dengan menggunakan lembar kuesioner dimana terdiri dari 10 pertanyaan. Jawaban benar diberi nilai 1 sedangkan jawaban salah diberikan nilai 0</p>	<p>< mean : kurang mendapatkan informasi KB.</p> <p>\geq mean : cukup mendapatkan informasi KB.</p>	Nominal

4.7 Cara Pengumpulan Data

4.7.1 Alat Penelitian

Materi atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan (kuesioner) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan menggunakan SPSS.

4.7.2 Jenis Data

4.7.2.1 Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh langsung dari subyek penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambilan data langsung pada subyek sebagai sumber informasi yang dicari. Data primer penelitian ini berasal dari wawancara dengan responden yang berpedoman pada kuesioner penelitian.

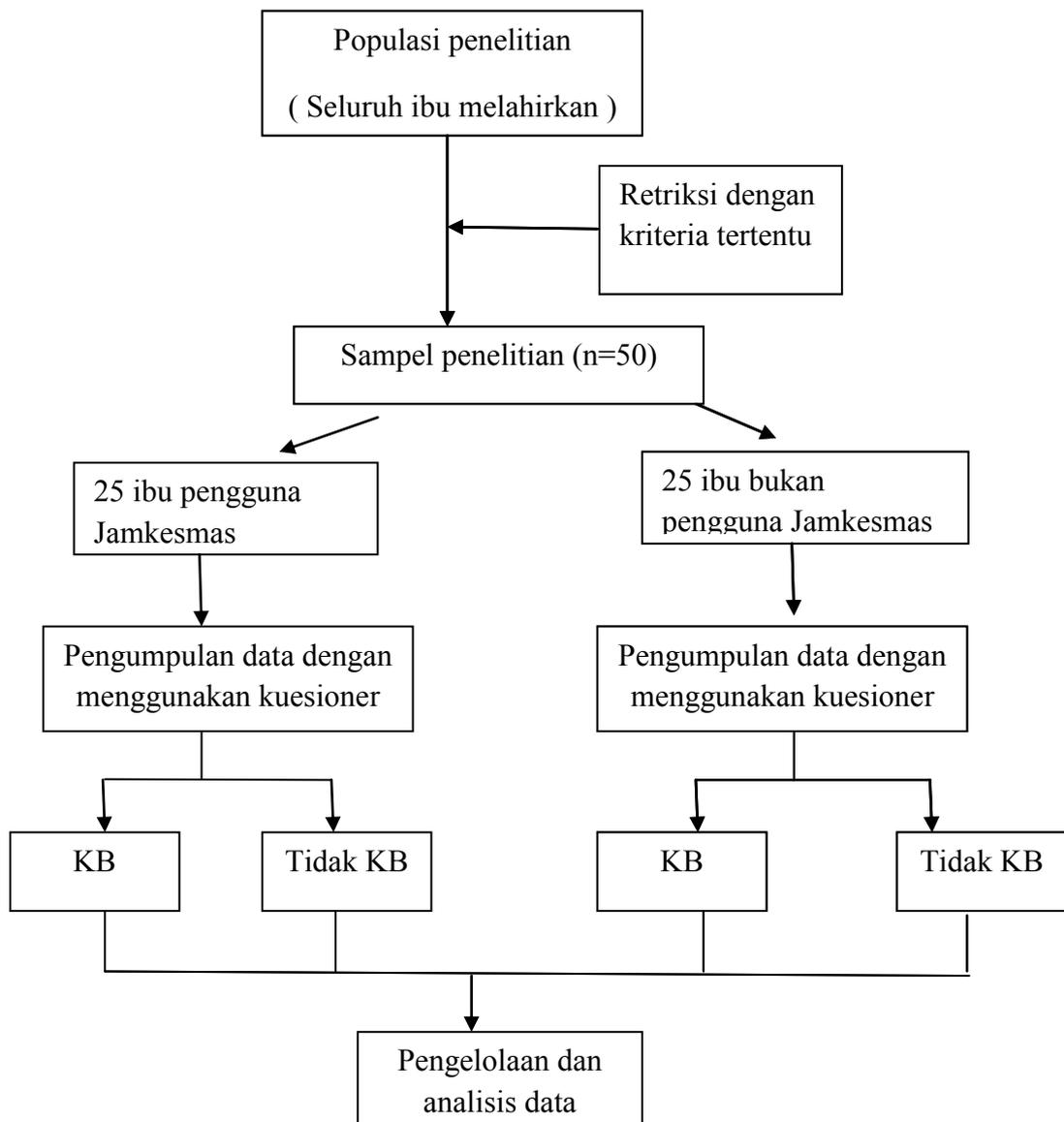
4.7.2.2 Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, tidak langsung diperoleh dari subyek penelitian. Data Sekunder diambil dari data yang ada di RS.

4.7.3 Cara Kerja

Pengambilan data penelitian dialokasikan 3 bulan dan pengelolaan serta analisis data dialokasikan 1 bulan. Kuesioner dibagikan kemudian dikumpulkan segera setelah diisi oleh para ibu peserta Jamkesmas Pelayanan Pertolongan Persalinan maupun bukan peserta Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan yang tercatat pernah melahirkan di RSUD Kota Pekalongan yang telah dipilih secara *consecutive sampling*.

4.8 Alur Penelitian



Gambar 6. Alur Penelitian

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1. Pengolahan Data

Pengolahan Data meliputi pengeditan, pengkodean, dan pemberian nilai (*Scoring*) kemudian data yang ada dimasukkan ke dalam program SPSS dan dihitung frekuensinya kemudian ditampilkan dalam tabel.

4.9.2 Analisis Data

4.9.2.1 Analisis Univariat

Data kategorikal didiskripsikan dalam jumlah (n) dan persen (%).

4.9.2.2. Analisis Bivariat

Analisis Data dengan pengujian hipotesis menggunakan uji Korelasi Chi square, karena dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara keikutsertaan Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tingkat pendidikan, pekerjaan, peran serta suami, status ekonomi, tingkat pengetahuan dan paparan informasi KB dengan keikutsertaan KB. Besarnya resiko antara kedua variabel yang signifikan dapat dilihat dari nilai Resiko Relatif (RR).

RR = 1, menunjukkan bahwa pajanan bukan faktor resiko.

RR >1, menunjukkan bahwa pajanan benar merupakan faktor resiko

RR <1, menunjukkan bahwa pajanan merupakan faktor protektif

4.9.2.3 Analisis Multivariat

Menggunakan teknik regresi logistik ganda untuk mengetahui variabel apa yang paling berpengaruh dan menganalisis pengaruh Jamkesmas dengan mempertimbangkan variabel perancu

4.10 Etika Penelitian

- Persetujuan etik telah dimintakan sebelum dilakukan penelitian ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK).
- Subjek penelitian yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini dibuktikan dengan menandatangani *informed consent* dengan sebelumnya subjek penelitian telah diberi penjelasan tentang maksud, tujuan, manfaat dan protokol penelitian ini, dan subjek berhak untuk menolak diikutsertakan tanpa adanya konsekuensi apapun dan berhak untuk keluar dari penelitian sesuai dengan keinginannya.
- Kerahasiaan mengenai isi kuesioner hanya diketahui oleh peneliti dan subjek penelitian.
- Semua biaya yang berkaitan dengan penelitian ditanggung oleh penelitian,

4.11 Jadwal Penelitian

Jadwal penelitian ini dimulai dari bulan pertama pembuatan proposal yaitu

Kegiatan	Bulan											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Penentuan Judul	■											
Penyusunan Bab 1	■	■										
Penyusunan Bab 2		■	■									
Penyusunan Bab 3			■	■								
Penyusunan Bab 4			■	■								
Ujian Proposal						■						
Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data						■	■	■	■	■		
Analisa Data										■		
Penyusunan Laporan										■		
Ujian Hasil											■	

bulan September.

Tabel 3. Jadwal Penelitian

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis sampel

Populasi penelitian ini adalah ibu yang bersalin di RSUD Bendan Kota Pekalongan yang bertempat tinggal di wilayah kecamatan Pekalongan Barat. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret sampai Juli 2012 di wilayah kecamatan Pekalongan Barat.

Jumlah sampel yang diteliti sebanyak 50 responden dengan perincian 25 responden yang menerima Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pelayanan pertolongan persalinan dan 25 responden yang tidak menerima Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan. Jumlah sampel tersebut telah memenuhi jumlah sampel minimal yang diperlukan. Pengambilan data yang dilakukan adalah dengan menggunakan data bersalin dari RSUD Bendan Kota Pekalongan dan melakukan wawancara secara langsung dengan cara kunjungan dari rumah ke rumah.

5.2 Pengujian instrumen

5.2.1 Validitas butir-butir pertanyaan

Pertanyaan pada kuesioner sebesar 25 butir, r tabel pada α 0,05 dengan derajat bebas $df = \text{jumlah kasus} - 2$. r (0,05;23) pada uji satu arah = 0,2653. Jika r hitung lebih dari r tabel maka valid⁴⁰.

Tabel 4. Validitas butir – butir pertanyaan

Butir	<i>Corrected item-total Correlation</i>	r tabel	Validitas
1	0,433	0.2653	Valid
2	0,533	0.2653	Valid
3	0,533	0.2653	Valid
4	0,539	0.2653	Valid
5	0,363	0.2653	Valid
6	0,321	0.2653	Valid
7	0,285	0.2653	Valid
8	0,454	0.2653	Valid
9	0,315	0.2653	Valid
10	0,782	0.2653	Valid
11	0,480	0.2653	Valid
12	0,471	0.2653	Valid
13	0,314	0.2653	Valid
14	0,356	0.2653	Valid
15	0,504	0.2653	Valid
16	0,363	0.2653	Valid
17	0,449	0.2653	Valid
18	0,566	0.2653	Valid
19	0,299	0.2653	Valid
20	0,440	0.2653	Valid
21	0,264	0.2653	Valid
22	0,442	0.2653	Valid

23	0,606	0.2653	Valid
24	0,657	0.2653	Valid
25	0,297	0.2653	Valid

5.2.2.1 Reliabel butir-butir pertanyaan

Pertanyaan pada kuesioner sebesar 25 butir, r tabel pada α 0,05 dengan derajat bebas $df = \text{jumlah kasus} - 2$. $r(0,05;38)$ pada uji satu arah = 0,2018. Jika r hitung lebih dari r tabel maka reliabel⁴⁰.

Tabel 5. Realiabel butir – butir pertanyaan

Butir	<i>Cronbach alpha</i> (r alpha)	r tabel	Reliabilitas
1	0,867	0.2653	Reliabel
2	0,864	0.2653	Reliabel
3	0,864	0.2653	Reliabel
4	0,862	0.2653	Reliabel
5	0,868	0.2653	Reliabel
6	0,870	0.2653	Reliabel
7	0,871	0.2653	Reliabel
8	0,865	0.2653	Reliabel
9	0,870	0.2653	Reliabel
10	0,855	0.2653	Reliabel
11	0,864	0.2653	Reliabel
12	0,865	0.2653	Reliabel
13	0,870	0.2653	Reliabel
14	0,869	0.2653	Reliabel
15	0,864	0.2653	Reliabel

16	0,868	0.2653	Reliabel
17	0,865	0.2653	Reliabel
18	0,865	0.2653	Reliabel
19	0,870	0,2635	Reliabel
20	0,866	0.2653	Reliabel
21	0,871	0.2653	Reliabel
22	0,866	0.2653	Reliabel
23	0,860	0.2653	Reliabel
24	0,860	0.2653	Reliabel
25	0,869	0.2653	Reliabel

5.3 Analisis deskriptif

5.3.1 Umur

Dari tabel 6 didapatkan bahwa umur responden Jamkesmas terbanyak adalah kisaran umur 26 – 30 tahun yaitu sebesar 40% sedangkan umur responden bukan pengguna jamkesmas terbanyak adalah kisaran umur 31 – 35 tahun yaitu sebesar 36%.

Tabel 6. Distribusi responden menurut Umur

Umur	Jamkesmas		Tidak Jamkesmas		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
15 - 20 tahun	1	4	1	4	2	4
21 - 25 tahun	6	24	6	24	12	24
26 – 30 tahun	10	40	4	16	14	28
31 – 35 tahun	6	24	9	36	15	30
36 – 40 tahun	2	8	5	20	7	14
Total	25	100	25	100	50	100

5.3.2 Jumlah anak

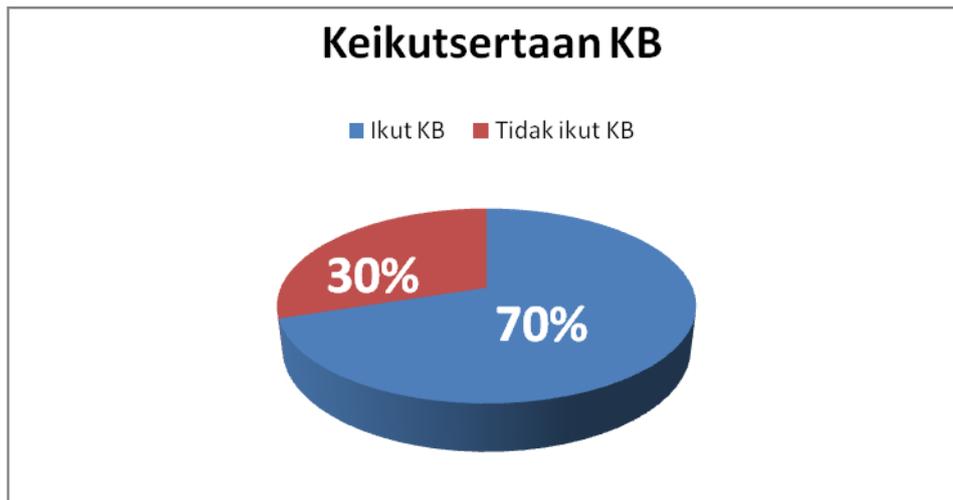
Dari Tabel 7 didapatkan bahwa kebanyakan responden pengguna jamkesmas memiliki 1 anak yaitu sebesar 64% sedangkan pada responden bukan jamkesmas kebanyakan memiliki 2 anak yaitu sebesar 52%.

Tabel 7. Distribusi jumlah anak

Jumlah Anak	Jamkesmas		Bukan Jamkesmas		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
1	16	64	7	28	23	46
2	2	8	13	52	15	30
>2	7	28	5	20	12	24
Total	25	100	25	100	50	100

5.3.3 Keikutsertaan Keluarga Berencana

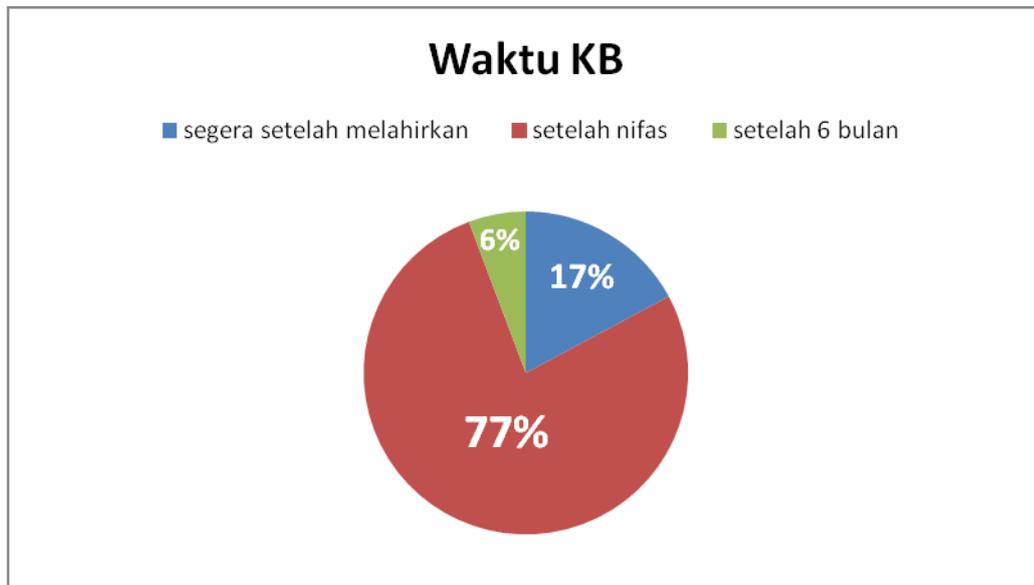
Dari 50 responden didapatkan sebanyak 35 (70%) responden mengikuti KB dan sisanya 15 (30%) tidak mengikuti KB.



Gambar 7. Gambaran distribusi responden berdasarkan keikutsertaan KB

5.3.4 Analisis karakteristik Waktu KB

Pada karakteristik waktu pemakaian KB didapatkan dari 35 responden yang mengikuti KB, waktu ber-KB terbanyak adalah setelah masa nifas yaitu sebesar 77%



Gambar 8. Gambaran distribusi frekuensi waktu memutuskan mengikuti KB

5.3.5 Analisis karakteristik alasan kb

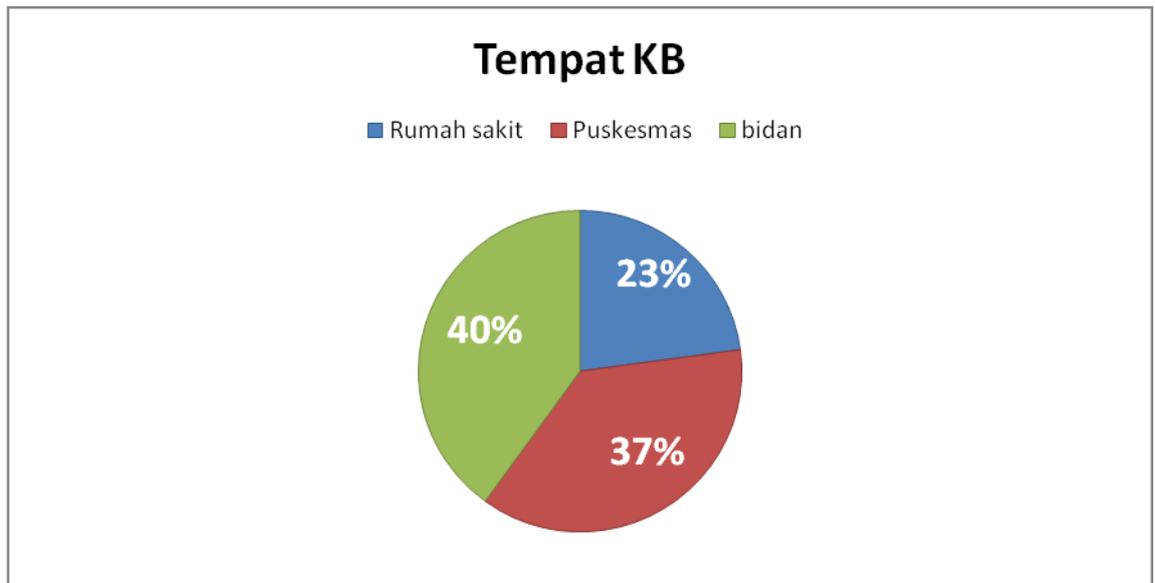
Pada karakteristik alasan KB didapatkan dari 35 responden yang mengikuti KB, alasan pemakaian KB terbanyak adalah menjarangkan anak yaitu sebesar 74%.



Gambar 9. Gambaran distribusi alasan KB

5.3.6 Analisis tempat ber KB

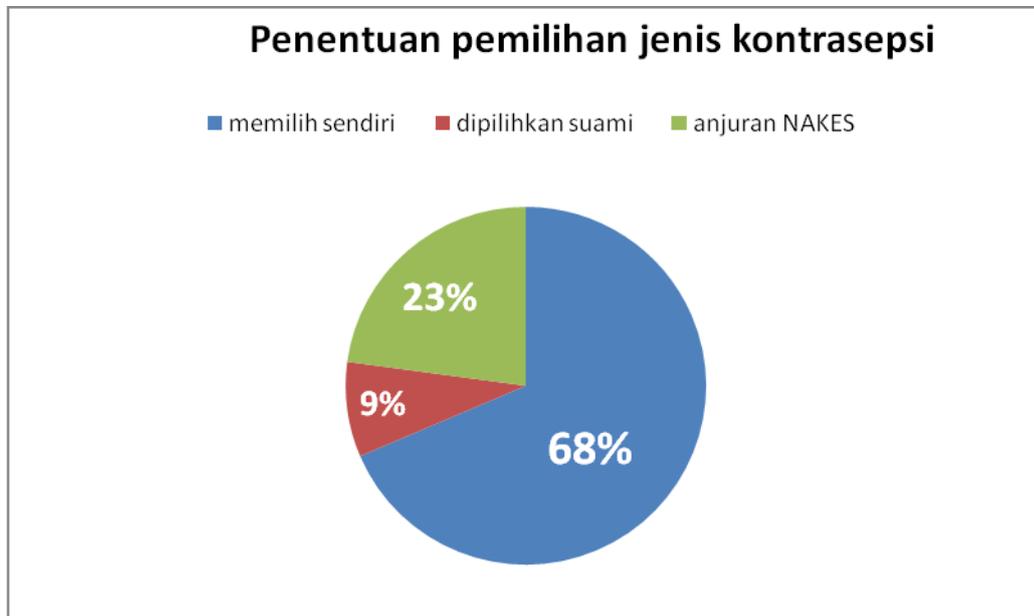
Pada karakteristik tempat ber-KB didapatkan dari 35 responden yang mengikuti KB, tempat ber-KB terbanyak adalah di bidan yaitu sebesar 40% .



Gambar 10. Gambaran distribusi tempat berKB

5.3.7 Analisis penentuan pemilihan jenis kontrasepsi

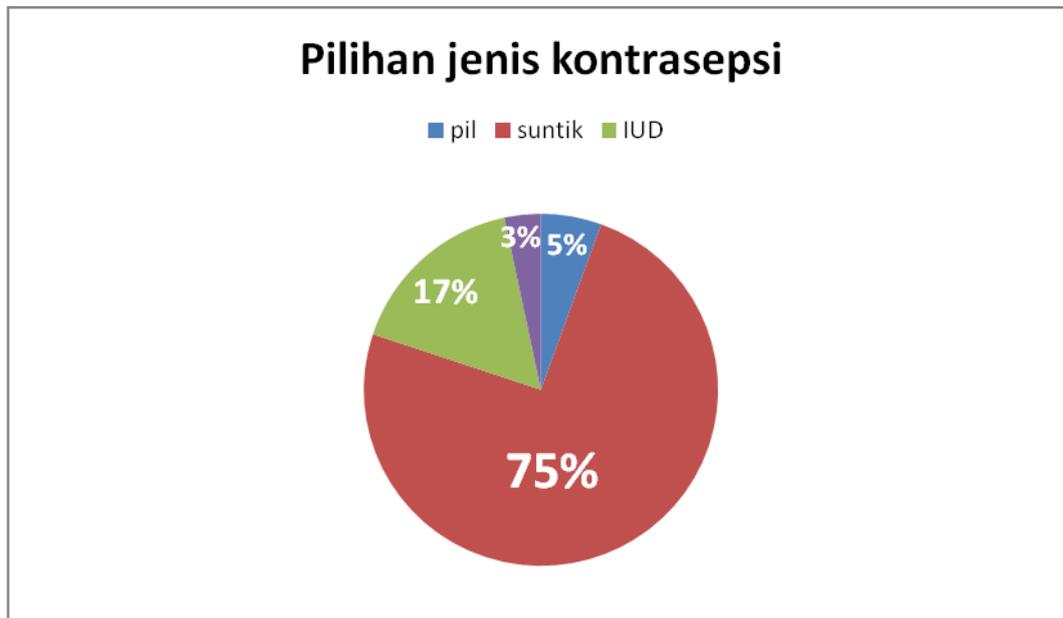
Pada karakteristik penentuan pemilihan jenis kontrasepsi didapatkan dari 35 responden yang mengikuti KB, penentuan jenis KB terbanyak adalah memilih sendiri yaitu sebesar 68%.



Gambar 11. Gambaran karakteristik penentuan jenis kontrasepsi

5.3.8 Analisis pilihan jenis kontrasepsi

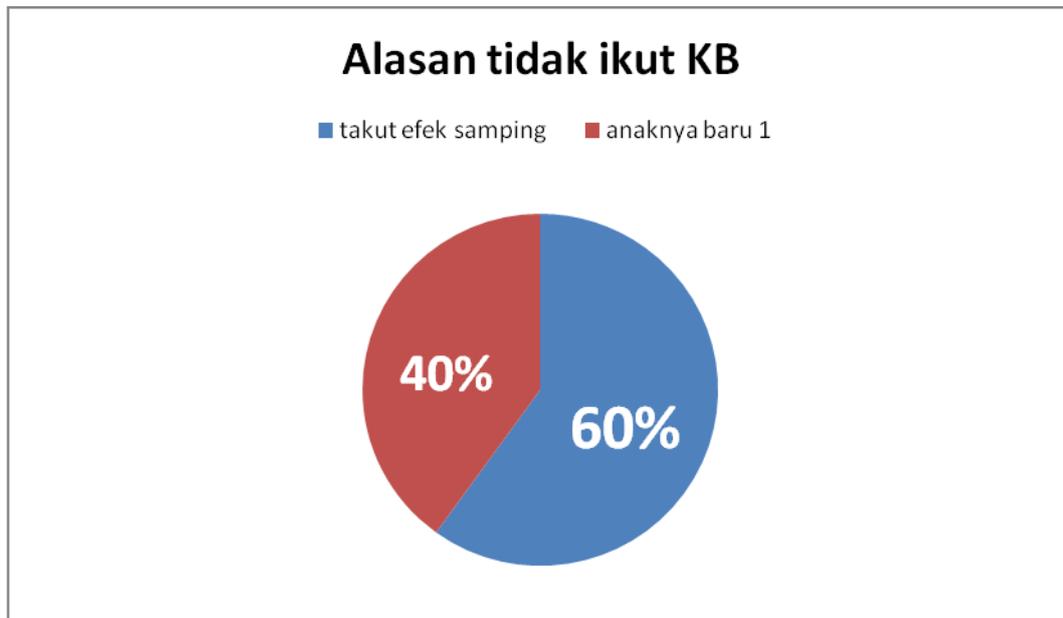
Pada karakteristik pilihan jenis kontrasepsi yang digunakan, dari 35 responden KB didapatkan jenis kontrasepsi yang digunakan adalah suntik yaitu sebesar 75%



Gambar 12. Gambaran karakteristik jenis kontrasepsi

5.3.9 Analisis alasan tidak berKB

Pada karakteristik alasan tidak ber-KB dari 15 responden yang tidak KB didapatkan alasan tidak KB terbanyak ialah dikarenakan banyak responden yang takut akan efek samping kontrasepsi yang digunakan.



Gambar 13. Gambaran karakteristik alasan tidak berKB

5.4 Analisis Bivariat

Analisis Bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan variabel bebas dan perancu dengan variabel terikat. Hasil analisis variabel bebas dan variabel perancu dengan variabel terikat dapat dirinci pada tabel hasil uji Chi Square.

5.4.1 Pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB

Analisis Bivariat hubungan Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan dengan keikutsertaan KB didapatkan nilai p sebesar 0,355 ($p > 0,05$) dan RR (Resiko Relatif) sebesar 0,561. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistic tidak

didapatkan hubungan yang signifikan antara Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan dengan keikutsertaan KB.

Tabel 8. Hubungan antara Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan dengan keikutsertaan KB

Penerima Jamkesmas	KB				RR	95%CI	P
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%			
Tidak	6	40	19	54,3	0,561	0,164- 1.918	0,355
Ya	9	60	16	45,7			
Total	15	100	35	100			

5.4.2 Pengaruh Tingkat Pengetahuan KB terhadap keikutsertaan KB

Analisis Bivariat hubungan tingkat pengetahuan KB terhadap keikutsertaan KB didapatkan nilai p sebesar 0,266 ($p > 0,05$) dan RR (Resiko Relatif) sebesar 0,500. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistic tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan KB dengan keikutsertaan KB.

Tabel 9. Hubungan antara tingkat pengetahuan KB dan keikutsertaan KB

Pengetahuan KB	KB				RR	95% cl	p
	Tidak		Ya				
	N	%	n	%			
Kurang baik	6	40	20	57,1	0,500	0,416- 1,712	0,266
Baik	9	60	15	42,9			
Total	15	100	35	100			

5.4.3 Pengaruh Paparan Informasi KB terhadap keikutsertaan KB

Analisis bivariat hubungan paparan informasi KB dengan keikutsertaan KB didapat nilai p sebesar 0,300 ($p > 0,05$) dan RR (Resiko Relatif) sebesar 2,118. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistic tidak terdapat hubungan yang signifikan antara paparan informasi KB dengan keikutsertaan KB.

Tabel 10. Hubungan Paparan Informasi dengan keikutsertaan KB

Informasi KB	KB				RR	95%cl	p
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%			
Kurang info KB	10	66,7	17	48,6	2,118	0,600- 7,478	0,239
Cukup info KB	5	33,3	18	51,4			
Total	15	100	35	100			

5.4.4 Pengaruh Tingkat Pendidikan terhadap Keikutsertaan KB

Analisis bivariat pengaruh tingkat pendidikan terhadap keikutsertaan KB didapatkan nilai p sebesar 0,804 ($p > 0,05$) dan RR (Resiko Relatif) sebesar 0,857. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistic tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan keikutsertaan KB.

Tabel 11. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan keikutsertaan KB

Tingkat Pendidikan	KB				RR	95% ci	p
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Rendah	8	53,3	20	57,1	0,857	0,254-2,890	0,804
Tinggi	7	46,7	15	42,9			
Total	15	100	35	100			

5.4.5 Pengaruh pekerjaan terhadap keikutsertaan KB

Analisis Bivariat pengaruh pekerjaan terhadap keikutsertaan KB didapat nilai p sebesar 0,462 ($p > 0,05$) dan RR (Resiko Relatif) sebesar 0,569. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistic tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan keikutsertaan KB.

Tabel 12. Hubungan antara pekerjaan dengan keikutsertaan KB

Pekerjaan	KB				RR	95% ci	p
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Ibu rumah tangga	11	73,3	29	82,9	0,569	0,134- 2,409	0,462
Wanita Karir	4	26,7	6	17,1			
Total	15	100	35	100			

5.4.6 Pengaruh Status Ekonomi terhadap keikutsertaan KB

Analisis bivariat pengaruh status ekonomi terhadap keikutsertaan KB didapatkan hasil p sebesar 0,416 ($p > 0,05$) dan RR (Resiko Relatif) sebesar 0,476. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistic tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status ekonomi dengan keikutsertaan KB.

Tabel 13. Hubungan status ekonomi dengan keikutsertaan KB

Penghasilan	KB				RR	95%CI	P
	Tidak		Ya				
	N	%	N	%			
< UMR	10	66,7	19	54,3	1,684	0,476- 5,954	0,416
> = UMR	5	33,3	16	45,7			
Total	15	100	35	100			

5.4.7 Pengaruh Peran serta suami terhadap keikutsertaan KB

Analisis bivariat pengaruh Peran serta suami terhadap keikutsertaan KB didapat nilai p sebesar 0,00 ($p < 0,05$) dan RR (Resiko Relatif) sebesar 56. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang mendapat peran serta suami kemungkinan untuk KB 56 kali lebih besar daripada yang tidak mendapatkan peran serta suami dan secara statistik terdapat hubungan antara peran serta suami dengan keikutsertaan KB.

Tabel 14. Hubungan Peran serta suami dengan keikutsertaan KB

Peran suami	serta	KB				RR	95%CI	P
		Tidak		Ya				
		N	%	n	%			
Tidak berperan		14	93,3	7	20	56	6,259- 501,02	0,000
Berperan		1	6,7	28	80			
Total		15	100	35	100			

5.5 Analisis Multivariat

5.5.1 Analisis Multivariat untuk mendapatkan variabel yang paling berpengaruh

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel apa yang paling berpengaruh terhadap keikutsertaan KB. Analisis ini menggunakan uji regresi logistic ganda dengan metode Backward LR yang memiliki tingkat kemaknaan

95%. Variabel yang dimasukkan untuk analisis regresi logistic ialah variabel dengan nilai $p < 0,25$, yaitu Paparan Informasi KB dan Peran serta suami.

Tabel 15. Hasil multivariat dengan regresi logistic ganda

Variabel	Sig
Paparan Informasi KB	0,705
Peran serta suami	0,000

Tabel 16. Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik ganda mendapatkan faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap keikutsertaan KB.

No	Variabel	Exp B	RR	CI 95%	Sig
1.	Peran serta suami	4,025	56	6,259 – 501,026	0,000

Berdasarkan tabel diatas didapat bahwa faktor yang paling kuat berpengaruh ialah Peran serta suami Hasil akhir analisis dengan metode regresi logistik ganda dapat disusun suatu persamaan regresi untuk menghitung probabilitas suatu individu dalam keikutsertaan KB.

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right)$$

$$p = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

p = probabilitas untuk terjadinya suatu kejadian

$$p = \frac{1}{1+e^{-(-0,6993)}}$$

e = bilangan natural = 2,7

$$p = \frac{1}{1,03572}$$

y = konstanta

$$p = 96,551\%$$

Persamaan diatas menunjukkan bahwa kemungkinan seseorang yang mendapat dukungan suami untuk mengikuti KB ialah sebesar 96,55% .

5.5.2 Pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan variabel perancu

Tabel 17. Pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan variabel perancu

Variabel Bebas	Variabel Perancu	p
Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan	Tingkat Pendidikan	0,357
Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan	Pekerjaan	0,357
Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan	Status ekonomi	0,357
Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan	Tingkat Pengetahuan KB	0,351
Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan	Paparan Informasi KB	0,234
Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan	Peran serta suami	0,944

Pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan variabel variabel perancu ternyata tidak didapatkan hasil yang signifikan.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB

Pada penelitian ini secara statistik tidak didapatkan pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB. Berdasarkan uji Regresi logistik setelah mempertimbangkan variabel perancu yang ada yaitu pekerjaan, status ekonomi, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, paparan informasi KB dan peran serta suami tidak didapatkan pengaruh Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan dengan keikutsertaan KB.

Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tidak berpengaruh terhadap keikutsertaan KB jika mempertimbangkan tingkat pendidikan yaitu dengan nilai p sebesar 0,357. Hal ini dikarenakan ternyata responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah sebanyak 57,1% memutuskan untuk mengikuti KB, sebaliknya responden dengan tingkat pendidikan tinggi yang berKB hanya sebanyak 42,9%. Hal ini berarti belum tentu responden berpengetahuan tinggi memilih berKB sebaliknya responden yang berpengetahuan rendah belum tentu kesadaran berKBnya kurang.

Hal ini berbeda dengan teori yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang akan menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap suatu gagasan dimana dalam hal ini adalah keikutsertaan KB.²⁵ Hasil ini sama dengan

penelitian yang dilakukan oleh Fiona Rachmawati pada tahun 2006 yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan terhadap keikutsertaan KB.³⁸ Hal ini dapat dikarenakan responden yang mempunyai pendidikan lebih tinggi belum tentu mempunyai kesadaran yang tinggi tentang kesehatannya dan mandiri untuk datang ke pelayanan kesehatan.

Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tidak berpengaruh terhadap keikutsertaan KB jika mempertimbangkan status ekonomi yaitu dengan nilai p sebesar 0,357. Hal ini dikarenakan ternyata responden yang penghasilannya < UMR sebanyak 54,3% memutuskan untuk mengikuti KB, sebaliknya responden yang penghasilannya > UMR sebanyak 45,7% yang memutuskan mengikuti KB. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Fiona Rachmawati pada tahun 2006 dimana menyatakan bahwa Status Ekonomi seseorang tidak mempengaruhi keikutsertaan KB. Hal ini bertentangan dengan teori yang menyatakan bahwa sosial ekonomi salah satunya dipengaruhi dari tingkat pendapatan seseorang sehingga mempengaruhi dalam memilih media, sumber informasi dan berkemampuan dalam membeli alat yang menunjang kesehatannya.³⁹ Hal ini dapat dikarenakan adanya kesadaran responden yang cukup besar akan pentingnya program KB dalam upaya kesejahteraan masyarakat.

Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tidak berpengaruh terhadap keikutsertaan KB jika mempertimbangkan pekerjaan yaitu dengan nilai p sebesar 0,357. Responden yang berprofesi sebagai ibu Rumah Tangga sebanyak 82,9 % yang memutuskan ikut KB , sedangkan sisanya yang bekerja sebagai wanita karir

sebanyak 17,1% yang mengikuti KB. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Ni'mal Baroya yang menyebutkan wanita karier lebih berpeluang mengikuti KB daripada ibu Rumah tangga.³⁷

Hal ini dapat dikarenakan sebagian besar responden yaitu sekitar 80% mengaku tidak bekerja dan sisanya 20% mengaku memiliki pekerjaan lebih banyak dari responden yang bekerja sebagai buruh rumah tangga, penjahit, berjualan di warung atau jenis pekerjaan yang dengan mudah dapat dilakukan bersama sama dengan merawat anak sehingga pekerjaan tersebut dapat dikatakan tidak mempengaruhi keikutsertaan KB

Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tidak berpengaruh terhadap keikutsertaan KB jika mempertimbangkan Tingkat pengetahuan KB yaitu dengan nilai p sebesar 0,351. Hal ini dikarenakan ternyata responden penerima Jamkesmas yang berpengetahuan tidak baik sebanyak 57,1 % yang mengikuti KB, sedangkan sisanya yang berpengetahuan KB tidak baik sebanyak 42,9 % yang mengikuti KB.

Hal ini diperkuat dengan adanya penelitian yang dilakukan Karindra pada tahun 2010 yang menyebutkan bahwa faktor tingkat pengetahuan tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan keikutsertaan sebagai akseptor Keluarga Berencana di Rumah Sakit (KBRS) pada pasien pascapersalinan dan pascakeguguran.¹⁰

Dalam teori WHO , dijelaskan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh pengalaman seseorang, faktor faktor luar orang tersebut (lingkungan), baik fisik

maupun non fisik dan sosial budaya yang kemudian pengalaman tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak dan pada akhirnya terjadi perwujudan niat berupa perilaku. Berdasarkan teori tersebut dapat dimungkinkan banyak faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang sehingga hasil penelitian ini menghasilkan hubungan yang tidak signifikan.³⁴

Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tidak berpengaruh terhadap keikutsertaan KB jika mempertimbangkan Paparan Informasi KB yaitu dengan nilai p sebesar 0,234. Responden yang kurang info KB sebesar 48,6% mengikuti KB dan yang cukup info KB sebesar 51,4% yang mengikuti KB.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian dari Schoemaker dimana wanita yang terpapar informasi KB dari beberapa media atau satu media lebih berpeluang mengikuti program KB dan memakai kontrasepsi daripada yang tidak terpapar.³² Hal ini dapat dikarenakan pada menurut fakta yang dilihat oleh peneliti di lapangan, meskipun sebagian besar responden yaitu sebanyak 64% mengaku pernah mendapat informasi dan paham mengenai KB dari informasi yang didapat akan tetapi rata rata dari mereka belum paham benar mengenai KB. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya tingkat pengetahuan mereka mengenai KB yaitu hanya sebesar 48% yang memiliki tingkat pengetahuan KB yang dikategorikan baik. Kebanyakan responden juga mengaku belum pernah mendapat penyuluhan KB dari puskesmas atau PLKB setempat. Hanya sebanyak 46% saja yang pernah mengikuti penyuluhan atau konseling sedangkan sisanya tidak tau

menahu mengenai penyuluhan KB. Beberapa responden yang ditanya pun mengaku memang sudah mendapat info KB tapi dirasa informasi yang didapat kurang memuaskan.

Jamkesmas pelayanan pertolongan persalinan tidak berpengaruh terhadap keikutsertaan KB jika mempertimbangkan Peran serta suami yaitu dengan nilai p sebesar 0,944. Responden yang suaminya tidak berperan hanya sebanyak 20% yang mengikuti KB dan dari responden yang suaminya berperan sebanyak 80% bersedia mengikuti KB. Hal ini dapat dikarenakan Peran serta suami jauh lebih besar pengaruhnya terhadap keikutsertaan KB dibanding Jamkesmas akan tetapi peran serta suami tetap tidak mempengaruhi keputusan istri pengguna Jamkesmas untuk berKB atau tidaknya.

Dalam penelitian ini Jamkesmas tidak memiliki pengaruh terhadap keikutsertaan KB. Yang artinya Jamkesmas tidak lantas menimbulkan kecenderungan masyarakat miskin untuk tidak berKB dikarenakan biaya persalinan yang digratiskan pada masyarakat miskin peserta Jamkesmas. Dari 25 responden Jamkesmas, 64% nya memilih mengikuti KB dan sebagian besar alat kontrasepsi yang digunakan yaitu sebesar 75% merupakan non MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang).

Disisi lain, Jamkesmas juga tidak mempengaruhi keikutsertaan KB sebab Jamkesmas tidak lantas menyebabkan menyebabkan kecenderungan untuk berKB jika dibandingkan dengan kelompok masyarakat umum bukan pengguna Jamkesmas. Pada masyarakat umum bukan pengguna Jamkesmas tingkat

kesadaran untuk berKB lebih tinggi, yaitu 76% sehingga dapat disimpulkan bahwa pembiayaan gratis KB yang merupakan program Jamkesmas tidak menjadi penentu kesuksesan KB.

Akan tetapi presentase keikutsertaan KB pada peserta Jamkesmas belum mencapai target KB Nasional yaitu sebesar 65%.⁴¹ Seharusnya program KB yang telah berjalan sejak tahun 1970 mengalami peningkatan jumlah kepesertaan secara signifikan dan peningkatan penggunaan MKJP, terlebih dengan adanya Jamkesmas. Diharapkan dengan adanya Jamkesmas dapat meningkatkan kepesertaan KB melebihi target nasional sehingga selain dapat menekan AKI dan AKB juga dapat mengendalikan laju pertumbuhan penduduk.

6.2 Pengaruh Peran serta suami terhadap keikutsertaan KB

Pada penelitian ini didapatkan hubungan bermakna antara Peran serta suami dengan keikutsertaan KB. Berdasarkan data didapatkan sebanyak 29(58%) responden yang suaminya berperan serta dalam pengambilan keputusan istri untuk berKB dan sisanya sebanyak 21 (42%) responden tidak berperan dalam pengambilan keputusan istri untuk berKB. Sebanyak 28(80%) responden yang suaminya berperan memutuskan untuk ikut berKB dan hanya sebanyak 7 (20%) responden yang suaminya tidak berperan memutuskan ikut KB. Selain itu, berdasarkan uji Regresi Logistik Ganda didapatkan bahwa faktor peran serta suami yang paling kuat pengaruhnya yaitu dengan nilai p sebesar $< 0,000$ dan nilai RR sebesar 56. Hal ini berarti responden yang mendapat peran serta suami 56 kali lebih beresiko untuk ikut KB dibanding yang tidak mendapat peran suami.

Selain itu didapatkan peran serta suami memiliki nilai probabilitas sebesar 96,551%. Hal ini menunjukkan bahwa faktor peran serta suami sangat berpengaruh dalam menentukan keikutsertaan KB istrinya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa seorang istri dalam pengambilan keputusan untuk memakai atau tidak memakai alat kontrasepsi membutuhkan persetujuan dari suami karena suami dipandang sebagai kepala keluarga, pelindung keluarga, pencari nafkah dan seseorang yang dapat membuat keputusan dalam suatu keluarga. Oleh karena itu suami sangat berperan serta dalam pengambilan keputusan berKB atau tidaknya sang istri. Di daerah kota Pekalongan yang merupakan kota yang sangat kental dengan keagamaannya, dimana mayoritas penduduknya menganut agama Islam, peran suami sangat besar. Disana istri sangat taat dan patuh kepada suami sebagai kepala keluarga, oleh karena itu peran suami sangat besar pengaruhnya dalam pengambilan keputusan ikut KB sang istri. Apabila suami tidak mendukung dan menyetujui untuk ikut KB, maka istri tidak akan ikut KB. Pengetahuan yang memadai tentang KB akan dapat memotivasi suami dan menganjurkan istrinya untuk berKB.^{19,34} Hal ini sesuai dengan penelitian Karindra pada tahun 2010 dimana pada penelitian tersebut dukungan suami memiliki pengaruh dalam keikutsertaan KB.¹⁰

6.3 Keterbatasan penelitian :

Dalam penelitian ini didapatkan beberapa keterbatasan penelitian diantaranya :

1. Pada penelitian ini pengambilan sampel yang digunakan ialah Convenience sampling dimana sampel diambil tanpa sistematika tertentu hingga kurang dapat dianggap representative bagi populasi target.
2. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Jaminan kesehatan masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan KB sehingga tidak dapat mengetahui alasan ketidakikutsertaan KB pada pengguna Jamkesmas.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan analisis hasil pembahasan dalam penelitian yang telah dilakukan maka simpulan dari penelitian ini adalah :

- a. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Jaminan Kesehatan Masyarakat pelayanan pertolongan persalinan terhadap keikutsertaan Keluarga Berencana setelah mempertimbangkan faktor Tingkat pendidikan, status ekonomi, Pekerjaan, Tingkat pengetahuan KB, paparan Informasi KB, dan Peran serta suami.
- b. Alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh responden pada penelitian ini adalah suntik KB yang merupakan non MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang).
- c. Peran serta suami mempunyai pengaruh paling kuat terhadap keikutsertaan KB sebesar 96,551 %. Suami yang berperan dalam pengambilan keputusan istri berKB 56 kali lebih beresiko untuk mengikuti KB dibandingkan dengan yang tidak.

7.2 Saran.

- a. Penulis menyarankan untuk ditingkatkan koordinasi yang komprehensif antara Kemenkes selaku pembuat kebijakan Jamkesmas dan BKKBN selaku pelaksana KB dengan cara melakukan advokasi dan konseling Keluarga Berencana, penyediaan alat dan obat kontrasepsi yang memadai, sarana pendukung pelayanan KB, memfasilitasi pelatihan bagi dokter dan bidan khususnya pelayanan KB MKJP dan meningkatkan monitoring dan evaluasi program

pelayanan pertolongan persalinan Jamkesmas, dan mengarahkan pelayanan KB pada kontrasepsi jangka panjang yang tidak rawan drop out.

b. Penulis menyarankan untuk penyempurnaan penelitian selanjutnya diperlukan penelitian kualitatif untuk mengetahui alasan keikutsertaan KB. Selain itu peneliti juga menyarankan perlu ditelitinya aspek aspek lain yang mempengaruhi keikutsertaan KB terkait dengan kepesertaan Jamkesmas seperti aspek jarak pelayanan kesehatan, sosial budaya masyarakat dan pendapat tokoh masyarakat dan agama setempat juga dapat diteliti sehingga dapat dievaluasi faktor faktor yang mempengaruhi keikutsertaan KB secara lebih luas dalam rangka meningkatkan kepesertaan KB di masyarakat, khususnya pada pengguna Jamkesmas .

DAFTAR PUSTAKA

1. Chandra,Asep.Jumlah penduduk Indonesia bisa menggeser AS.[cited 2012 January 12]. Avaiabel from URL :
<http://nasional.kompas.com/read/2011/02/10/18231750/www.kompas.com>
2. Mortiningsih,Sri dkk.100 tahun demografi Indonesia: Mengubah nasib menjadi harapan.Jakarta:Rineka Cipta ; 2009.
3. Tjahjanto,Harry.Slide Kuliah Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro ; 2011.
4. Hartanto,H.Keluarga Berencana dan kontrasepsi.Jakarta : Pustaka Sinar Harapan;2004.; 37
5. Tukiran,Agus Joko.Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.Jogjakarta :Pustaka Pelajar ; 2010;125,155
6. Angka Kematian Ibu di Indonesia tertinggi di Asia.[cited 2012 January 15]. Avaiabel from URL :
http://www.menegpp.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=145:a
7. Suparyanto.Data dan fakta kesehatan ibu di Indonesia.[cited 2011 January 12]. Avaiabel from URL : <http://kesehatan-dokter-kebidanan-farmasi.blogspot.com/2012/01/data-dan-fakta-kesehatan-ibu-di.html>.
8. Menteri Kesehatan RI. Jaminan kesehatan masyarakat(Jamkesmas) tahun 2008. Disampaikan dalam rapat dengar pendapat dengan DPR RI ; 27 Maret 2008; Jakarta.
9. Kementrian Republik Indonesia.Tentang Jaminan Kesehatan masyarakat.[cited 2011 January 12]. Avaiabel fromURL:
http://www.ppjk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89.
10. Dwiworo K. Analisis Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Keikutsertaan Sebagai Akseptor Keluarga Berencana di Rumah Sakit Pada Pasien Pascapersalinan dan Pascakeguguran di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro

Klaten . Yogyakarta: Departemen Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr Sardjito; 2010.

11. WHO. *Reduction of maternal mortality*. A joint WHO/ UNFPA/ UNICEF/ World bank statement. Geneva; 1999.
12. WHO. *Maternal mortality in 2000*. Department of Reproductive Health and Research WHO;2003.
13. Saifudin AB. Kematian maternal. 85 Ilmu Kebidanan.edisi ketiga Jakarta: Yayasan Bina Pustaka ;1994 : 22-27.
14. Medical Journal of Indonesia Vol 6 No. 3, 1997: 140 – 148 Seperti tercetak di Majalah Farmacia Edisi Juli 2007 , Halaman: 35 .
15. WHO, Depkes RI, FKM UI. Modul safe motherhood. Kerjasama WHO-Depkes.
16. Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan masyarakat.[cited 2012 January 5].
Avaibel from URL :
http://www.ppj.k.depkes.go.id/index.php?option=com_joomdoc&task=doc_details&gid=177&Itemid=69
17. Handayani S.Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana .Jogjakarta : Pustaka Rihama;2010;27
18. Saifudin AB,Afandi B,Baharuddin M,Soekir S,editor. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi.Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo ;2006.
19. Laksmi IKT. Faktor Faktor yang mempengaruhi Pemilihan Jenis Kontrasepsi yang digunakan pada keluarga miskin. Semarang : Universitas Diponegoro ;2009.
20. Atikah P ,Anisa DI,Siti A. Panduan Memilih Kontrasepsi. Bantul : Nuha Medika; 2010.
21. Notoadmodjo,Soekidjo.Promosi kesehatan dan ilmu perilaku.Jakarta:PT Rineka Cipta;2007; 178

22. Notoadmojo, Soekijo. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2002; 27
23. Depkes RI. Pedoman Kerja Puskesmas Jilid II. 1990/1992.
24. Ravianto, Produktivitas dan Keluarga. Jakarta: Rineka Cipta; 1996.
25. Robin P, Stephen. Perilaku Organisasi. Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia ; 2003.
26. Tukiran, Agus Joko. Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Jogjakarta : Pustaka Pelajar ; 2010; 146
27. Suririnah. Beberapa metode kontrasepsi atau KB. [cited 2011 December 13]. Available from URL : <http://www.infoibu.com>.
28. Rimawati, eti. Modul Ekonomi Kesehatan. Fakultas Kesehatan Udinus. Semarang; 2010.
29. Samekto, Bambang. Peranan agama dalam program KB nasional. Available from URL : HYPERLINK <http://pustaka.bkkbn.go.id/index.php?option=com-content&task=view&id=109&Itemid=9,2008>
30. Laporan menteri agama Republik Indonesia pada rapat koordinasi bidang kesejahteraan rakyat tentang revitalisasi program Keluarga Berencana nasional di departemen agama. Available URL : <http://ortala.depag.go.id/admin/portal/linkclick.aspx,2008>.
32. Schoemaker, J. *Contraceptive Use among the poor in Indonesia. International Family Planning Perspective* : [internet]. 2005. [cited 2012 Jan 11]. 80(2) : 97
33. Noar, S.M.A *10 year retrospective of research in health massmedia campaigns : Where do we go from here? Journal of health communications* : 2006.
34. Adhyani A . Faktor faktor yang berhubungan dengan pemilihan kontrasepsi IUD pada akseptor KB wanita usia 20 -39. Semarang : Fakultas kedokteran Universitas Diponegoro: 2011.

35. Notoadmodjo, Soekijo. Promosi Kesehatan teori dan aplikasi. Jakarta: PT Rineka Cipta. Jakarta; 2005; 27
36. Sastroasmoro S, Ismail S. Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Sagung Seto; 2002; 88, 156-157
37. Baroya, Ni'mal. Dampak positif perubahan kebijakan pembiayaan keluarga berencana terhadap pemenuhan kebutuhan kontrasepsi keluarga miskin. Yogyakarta : FK UGM ; 2010
38. Kuntari, Titik dkk. Analisa perilaku berkeluarga berencana keluarga miskin di desa Bangkok, Boyolali. Yogyakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia : 2006
39. Rachmawati, Fiona. Hubungan Faktor Sosio Demografi, Sosio Psikologi dan Pelayanan KB terhadap Keikutsertaan KB di Kelurahan Sidorejo : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara : 2006
40. Prastito. Cara Mudah Mengatasi Masalah Statistik Dengan Rancangan Percobaan Dengan SPSS 12. Jakarta. PT ElexMedia Computindo: 2004
41. Anonim. Peserta KB lampau target Nasional. [internet]. c2012. [cited Agustus 4 2012]. Jurnal Nasional : 5. Available from <http://www.jurnas.com/halaman/5/52012-06-25/213486>