

SKRIPSI

**DETERMINAN PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI PADA
PASANGAN USIA SUBUR (PUS) DI PROVINSI SULAWESI SELATAN
(PERBANDINGAN WILAYAH URBAN DAN RURAL)**

DEWI SUHARTINA

K111 15 078



**DEPARTEMEN BIOSTATISTIK/KKB
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2019



Optimization Software:
www.balesio.com

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dewi Suhartina
Nim : K111 15 078
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
No. Hp : 085397702601
Email : dewijjk0117@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi "Determinan Penggunaan Alat Kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) di Provinsi Sulawesi Selatan (Perbandingan Wilayah Urban dan Rural)" benar bebas dari plagiat. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 25 Mei 2019

Yang membuat pernyataan


Dewi Suhartina

METERAI
TEMPEL
D2EB9AFF776418247
6000
ENAM RIBU RUPIAH



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 23 Mei 2019


Tim Pembimbing

Pembimbing I **Pembimbing II**



Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM., M.Si dr. Mukhsen Sarake, MS

Mengetahui,
Ketua Departemen Biostatistik/KKB
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin


Prof. Dr. Stang, M.Kes.



PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari/tanggal Kamis, 22 Mei 2019.

Ketua : Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM., M.Si (.....)

Sekretaris : dr. Mukhsen Sarake, MS (.....)

Anggota :
1. Prof. Dr. Slang, M.Kes (.....)

2. Muhammad Rachmat, S.KM., M.Kes (.....)



RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
BIOSTATISTIK/KKB
SKRIPSI, MEI 2019

Dewi Suhartina

“DETERMINAN PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI PADA PASANGAN USIA SUBUR (PUS) DI PROVINSI SULAWESI SELATAN (PERBANDINGAN WILAYAH URBAN DAN RURAL)”
(III + 126 halaman + 3 gambar + 12 tabel + 9 grafik + lampiran)

Di provinsi Sulawesi Selatan jumlah wanita kawin sebanyak 1.030 jiwa dan wanita menikah yang menggunakan/sedang pakai kontrasepsi sebesar 56,8%. Pemakaian alat kontrasepsi dengan cara modern sebesar 48,7% dan pemakaian kontrasepsi dengan cara tradisional sebesar 8,0% dan wanita kawin yang tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun sebesar 43,2%. Jumlah ini masih berada dibawah target yaitu 63,78%.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara wilayah urban dan rural di Provinsi Sulawesi Selatan dengan umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anak hidup, dukungan suami, informasi tentang KB, jarak ke fasilitas kesehatan, efek samping, paparan media, dan kunjungan petugas KB. Penelitian ini menggunakan data sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional study* dengan sampel sebanyak 116 PUS di wilayah urban dan 152 PUS di wilayah rural.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara penggunaan alat kontrasepsi pada PUS dengan jumlah anak hidup di wilayah urban ($p = 0.003$) dan rural ($p = 0.003$), ada hubungan antara penggunaan alat kontrasepsi pada PUS dengan efek samping di wilayah urban ($p = 0.000$) dan rural ($p = 0.000$), ada hubungan antara penggunaan alat kontrasepsi pada PUS dengan informasi tentang KB di wilayah urban ($p = 0.007$) sedangkan di wilayah rural ($p = 1.000$) tidak ada hubungan. Tidak ada hubungan antara penggunaan alat kontrasepsi pada PUS dengan umur, pendidikan, pekerjaan, dukungan suami, jarak ke fasilitas kesehatan, paparan media dan kunjungan petugas KB baik di wilayah urban maupun rural di Provinsi Sulawesi Selatan.

Berdasarkan hasil penelitian disarankan bagi penentu kebijakan dan instansi terkait bahwa yang menjadi fokus program KB yaitu memberikan perhatian kepada PUS yang memiliki jumlah anak hidup yang memiliki anak > 2 orang dan memberikan informasi tentang KB, khususnya untuk wilayah rural. Bagi peneliti selanjutnya agar mengembangkan penelitian ini dengan menambahkan variabel lainnya yang dapat meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi

Daftar Pustaka : (1983-2018)

Kata Kunci : Kontrasepsi, PUS, Urban, Rural



KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT. atas berkat Rahmat, Hikmat dan Karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Determinan Penggunaan Alat Kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) di provinsi Sulawesi Selatan (Perbandingan antara Wilayah Urban & Rural)”**.

Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan doa dari berbagai pihak. Penghargaan dan ucapan terima kasih yang istimewa penulis ucapkan kepada kedua orang tua yakni Bapak H. Basri. dan Ibu Hj. Syamsinar yang memberikan doa dan dukungan tanpa henti serta kasih sayang yang sangat berarti bagi penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan doa dari berbagai pihak, baik saat menempuh pendidikan, penelitian maupun saat penulisan skripsi ini. Oleh karenanya perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang tak terhingga kepada **Ibu Dr. Apik Indarty Moedjione, SKM., M.Si** dan **Bapak dr. Mukhsen Sarake, MS** selaku pembimbing I dan pembimbing II yang dengan tulus meluangkan waktunya yang sangat berharga untuk memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.

Dengan segala hormat penulis ucapkan terima kasih atas segala bantuan baik secara materil maupun moril kepada berbagai pihak:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Para Dekan, Staf Pengajar, dan seluruh karyawan yang telah memberikan bantuannya selama penulis menempuh pendidikan di FKM UNHAS.



3. Bapak Ansariadi, SKM, MSc., PH. Ph.D. selaku Penasihat Akademik yang menngayomi penulis selama menempuh pendidikan di FKM Unhas.
4. Bapak Ruslan, SKM., MPH. selaku Penasihat Akademik yang menngayomi penulis selama menempuh pendidikan di FKM Unhas.
5. Bapak Prof. Dr. Stang, M.Kes dan Bapak Muhammad Rachmat, S.KM., M.Kes. selaku penguji yang telah meluangkan waktunya dalam memberi kritik dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.
6. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan berbagi pengalaman yang sangat berharga selama penulis menempuh pendidikan di FKM Unhas.
7. Seluruh Staf FKM atas segala bantuan yang diberikan, terkhusus kepada Ibu Yuli dan Ibu Feny sebagai staf dan mantan staf Departemen Biostatistik/KKB yang telah memberikan banyak bantuan kepada penulis.
8. Kakak dan Adik tercinta Sri Wahyuni dan Hariadi Rahmat, keponakanku Dhirgam Fahri Assauqi yang senantiasa memberikan doa dan dukungan kepada penulis.
9. Teman-teman Gammara FKM UNHAS dan teman-teman jurusan Biostatistik/KKB angkatan 2015 atas semangat dan kebersamaan kalian selama ini.
10. Teman G.A (MochMoch, Miftah, Riska, Manyuk, Rina, Ummi dan Devi) tang telah bersama mulai awal kuliah di FKM terima kasih atas bantuannya selama ini. Semoga kelak kita dapat mencapai kesuksesan.
11. Teman-teman terajin (Tina, Ira dan Lia) yang selalu memberikan semangat dan perhatian dalam peyelesaian skripsi ini.
12. Teman-teman seperjuangan di Jurusan Biostatistik/KKB (Ira, Tina, Lia, Heri, Irma, Nabil, Fathia, Suci, Ade dan Shalihin) yang telah menemani dan banyak membantu selama penulis menempuh pendidikan di FKM.
13. Teman-Teman PBL Desa Banrimanurung, Kecamatan Bangkala Barat Kabupaten Jeneponto yang Senantiasa bersama untuk mengabdikan diri kepada masyarakat.



14. Teman-teman KKN PPM Polman Desa Tonro Lima yang selama sebulan menjadi teman hidup di lokasi KKN.
15. Teman-teman dan adik-adik pengurus Himastik 2018-2019 dalam berbagi pengalaman berorganisasi dan memberikan dukungan kepada penulis, permohonan maaf pula penulis ucapkan kepada segenap pengurus atas segala kesalahan yang penulis lakukan selama bersama di Himastik.
16. Kakak-Kakak yang tidak bisa penulis ketik satu per satu namanya yang senantiasa memberikan informasi yang sangat berharga kepada penulis.
17. Semua pihak yang tidak sempat penulis lisankan maupun tuliskan yang telah memberikan bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini.

Saya menyadari skripsi ini tidak luput dari berbagai kekurangan. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca yang sifatnya membangun. Penulis berharap tulisan ini dapat menjadi bahan bacaan yang baik dan memberi manfaat. Aamiin..

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Makassar, April 2019

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	I
LEMBAR PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GRAFIK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Keluarga Berencana.....	10
B. Tinjauan Umum Tentang Kontrasepsi.....	14
C. Tinjauan Umum Tentang Wilayah Urban dan Rural.....	19
D. Tinjauan Umum Tentang Profil SDKI 2017.....	22
E. Tinjauan Umum Kualitas pelayanan.....	30
F. Tinjauan Umum Tentang Variabel yang Diteliti.....	33
G. Kerangka Teori.....	46
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti.....	
B. Definisi Oprasional dan Kriteria Objektif.....	49
C. Hipotesis Penelitian.....	56
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	68
C. Populasi dan Sampel.....	68



D. Pengolahan dan Penyajian Data.....	69
E. Analisis Data.....	71
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	72
A. Hasil Penelitian.....	75
B. Pembahasan.....	101
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	124
B. Saran.....	124
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori.....	48
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	55
Gambar 4.1	Alur Pengambilan Sampel.....	70



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Waktu dan Metode Keluarga Berencana	15
Tabel 2.2	Nilai/Skor Kriteria Wilayah Urban dan Rural.....	21
Tabel 5.1	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Umur di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	76
Tabel 5.2	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Jumlah Anak Hidup di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	79
Tabel 5.3	Hubungan antara Umur dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	87
Tabel 5.4	Hubungan antara Pendidikan dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017..	88
Tabel 5.5	Hubungan antara Pekerjaan dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	90
Tabel 5.6	Hubungan antara Jumlah Anak Hidup dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	91
Tabel 5.7	Hubungan antara Dukungan Suami dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	93
Tabel 5.8	Hubungan antara Informasi Tentang KB dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	94
Tabel 5.9	Hubungan antara Jarak Ke Fasilitas Kesehatan dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	96
Tabel 5.10	Hubungan antara Efek Samping dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	97
	Hubungan antara Paparan Media dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan	



	2017.....	99
Tabel 5.12	Hubungan antara Kunjungan Petugas KB dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	100



DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017..	77
Grafik 5.2	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017....	78
Grafik 5.3	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Dukungan Suami di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	80
Grafik 5.4	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Penggunaan Alat Kontasepsi di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	81
Grafik 5.5	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Informasi Tentang KB di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	82
Grafik 5.6	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Jarak ke Fasilitas Kesehatan di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	83
Grafik 5.7	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Efek Samping di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	84
Grafik 5.8	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Paparan Media di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	85
Grafik 5.9	Distribusi Responden Pasangan Usia Subur (PUS) Berdasarkan Kunjungan Petugas KB di Wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan 2017.....	86



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Bernadus *et,al.*, 2013).

Keluarga berencana juga berperan penting dalam menurunkan angka kematian pada ibu. Dimana ibu yang memiliki usia yang masih muda untuk (menikah, hamil, dan punya anak), usia yang sudah tua tapi masih produktif, dan jarak kehamilan yang terlalu dekat berisiko tinggi akan kesakitan dan kematian pada ibu. Program KB bertujuan untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa, upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Keberhasilan program KB dapat berpengaruh untuk menurunkan angka kematian pada ibu.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, menyebutkan bahwa

perencanaan keluarga dilakukan dalam upaya untuk mewujudkan keluarga alitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Selain lingkungan yang



sehat, masih menurut peraturan pemerintah tersebut, kondisi kesehatan dari tiap anggota keluarga sendiri juga merupakan salah satu syarat dari keluarga yang berkualitas (Depkes RI, 2017).

Program KB bertujuan mengendalikan fertilitas yang membutuhkan metode kontrasepsi yang berkualitas agar dapat meningkatkan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual. Pelaksanaannya dipengaruhi sumberdaya pelaksanaan program KB, cara pandang masyarakat sendiri terhadap kesehatan reproduksi dan pelayanan KB, serta pemakaian alat kontrasepsi. Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) merupakan badan yang diberi tanggung jawab dalam pengaturan laju pertumbuhan penduduk. BKKBN memiliki visi “Seluruh Keluarga Ikut KB” dan misi baru BKKBN yaitu “Mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera”. Kementerian Kesehatan memiliki kewajiban menindaklanjuti tugas BKKBN dengan memberikan pelayanan KB kepada masyarakat yang membutuhkan (BKKBN, 2010) (Handayani *et.al.*, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2014) penggunaan kontrasepsi telah meningkat di banyak bagian dunia, terutama di Asia dan Amerika Latin dan terendah di Sub-Sahara Afrika. Secara global, pengguna kontrasepsi modern telah meningkat tidak signifikan dari 54% pada tahun 1990 menjadi 57,4% pada tahun 2014. Secara regional, proporsi pasangan usia subur 15-49 tahun melaporkan penggunaan metode kontrasepsi modern telah

tingkat minimal 6 tahun terakhir. Di Afrika dari 23,6% menjadi 27,6%, di telah meningkat dari 60,9% menjadi 61,6%, sedangkan Amerika latin



dan Karibia naik sedikit dari 66,7% menjadi 67,0%. Diperkirakan 225 juta perempuan di negara-negara berkembang ingin menunda atau menghentikan kesuburan tapi tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun dengan alasan sebagai berikut: terbatas pilihan metode kontrasepsi dan pengalaman efek samping. Kebutuhan yang belum terpenuhi untuk kontrasepsi masih terlalu tinggi. Ketidakadilan didorong oleh pertumbuhan populasi (WHO, 2014).

Menurut Ullah & Chakraborty (1993) sebagian besar daerah perkotaan di negara-negara berkembang sering dihubungkan dengan masyarakat yang lebih berpendidikan, akses yang lebih baik ke pelayanan medis seperti KB dan pelayanan sosial lainnya. Oleh karena itu, tingkat penggunaan kontrasepsi biasanya lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di daerah pedesaan. Selain itu, peluang untuk menjadi pengguna kontrasepsi bagi wanita yang tinggal di perkotaan hampir satu setengah kali lebih tinggi dibanding wanita di pedesaan. Hasil penelitian lain yang dilakukan Joseph (2007) juga menunjukkan bahwa peluang wanita usia 17-47 tahun yang tinggal di perkotaan untuk memakai KB 1,4 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita pada kelompok usia yang sama di pedesaan. Gambaran pemakaian kontrasepsi yang berbeda antara kedua tipologi wilayah ini memengaruhi tingkat kelahiran yang umumnya lebih rendah di wilayah perkotaan (Pujihastuty, 2017).

Berdasarkan data *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun*

(SDKI) menunjukkan bahwa tingkat penggunaan kontrasepsi antara wilayah perkotaan dan pedesaan yaitu di wilayah perkotaan pemakaian



kontrasepsi dengan metode modern sebesar 63,0%, metode tradisional sebesar 8,0% dan tidak pakai KB sebesar 37,0% dengan jumlah wanita sebanyak 17.268 jiwa sedangkan di wilayah pedesaan pemakaian kontrasepsi dengan metode modern sebesar 64,2%, metode tradisional sebesar 4,9%, dan yang tidak menggunakan kontrasepsi sebesar 35,8% dengan jumlah wanita sebanyak 18.413 jiwa. Berdasarkan data *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia* (SDKI) menunjukkan angka penggunaan kontrasepsi mengalami penurunan di tahun 2017 yaitu sebesar 57%, dibandingkan tahun 2012 sebesar 58% (SDKI. 2017).

Di Indonesia Persentase pemakaian kontrasepsi pasangan usia subur (PUS) pasangan suami istri berstatus kawin, istrinya berusia 15-49 tahun, yang sedang menggunakan alat/cara KB modern berupa sterilisasi wanita (MOW), sterilisasi pria (MOP), Pil, IUD, Suntik, Susuk KB (Implant) dan kondom. Pengukuran IKU CPR cara modern (persen) ini dilakukan dengan membandingkan jumlah perempuan yang berstatus kawin usia 15-49 tahun yang sedang menggunakan alat/cara KB modern dengan jumlah perempuan usia 15-49 tahun yang berstatus kawin, Berdasarkan SKAP Tahun 2017, realisasi pemakaian kontrasepsi cara modern pada tahun 2017 adalah 57,6% dari target 63,78% (BKKBN, 2017).

Berdasarkan data BKKBN 2018 di Provinsi Sulawesi selatan jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) sebanyak 1.246.293 peserta dengan jumlah ta KB aktif sebanyak 764.005. Adapun metode kontrasepsi yang akan terdiri dari metode kondom sebanyak 15.823 peserta (2,07%),



metode pil sebanyak 152.968 peserta (20,02%), metode suntik 429.295 peserta (56,19%), metode IUD sebanyak 25.078 peserta (3,28%), metode implant sebanyak 69.553 peserta (9,10%), metode MOW sebanyak 35.288 peserta (4,62%), dan metode MOP sebanyak 12.132 peserta (1,59%) (Depkes RI, 2017).

Berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 di Provinsi Sulawesi Selatan jumlah wanita kawin sebanyak 1.030 jiwa dan wanita menikah yang menggunakan/sedang pakai kontrasepsi sebesar 56,8%. Pemakaian alat kontrasepsi dengan cara modern sebesar 48,7% dan pemakaian kontrasepsi dengan cara tradisional sebesar 8,0% dan wanita kawin yang tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun sebesar 43,2%. Jumlah ini masih berada dibawah target yaitu 63,78% (SDKI, 2017).

Beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi antara lain pengetahuan, informasi oleh petugas lapangan KB dan dukungan suami. Selain itu, dukungan suami juga mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. (Sitopu, 2012, Handayani *et.al.*, 2012; Arliana *et.al.*, 2012). Faktor-faktor yang mendukung partisipasi Pasangan Usia Subur (PUS) dalam KB menurut penelitian Kurnia (2008), meliputi kurangnya pengetahuan PUS tentang KB, sosial budaya, akses pelayanan KB dan kualitas pelayanan KB. Pemakaian alat KB lebih banyak di daerah perkotaan dengan tingkat sosial ekonomi relative tinggi.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi non hormonal yang menunjukkan kemaknaan secara statistik adalah umur ibu



sekarang, umur melahirkan pertama, jumlah anak hidup, pendapatan keluarga, biaya alat kontrasepsi, dan dukungan suami. Klien yang diberikan dukungan oleh suami akan menggunakan kontrasepsi secara terus menerus sedangkan yang tidak mendapat dukungan suami akan sedikit menggunakan kontrasepsi (Arliana *et.al.*, 2012).

Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu upaya intervensi yang dilakukan untuk mencegah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan. Di Indonesia khususnya di Sulawesi Selatan Penggunaan kontrasespi masih berada dibawah rata-rata dari target 63,78% (BKKBN). Mengacu pada persolan diatas maka perlu adanya upaya intervensi untuk menengani masalah penggunaan kontrasepsi seperti kehamilan yang tidak diinginka, kematian pada ibu. Berdasarkan data population base diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi dengan penggunaan kontrasepsi. Oleh Karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui determinan penggunaan kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) di wilayah Urban dan Rural Sulawesi Selatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang diatas, maka rumusan masalah penelitian ini yaitu : Bagaimana hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan tingkat umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah

dukungan suami, informasi tentang KB, jarak ke fasilitas kesehatan, camping, paparan media, dan kunjungan petugas KB.



C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui determinan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Umur.
- b. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Pendidikan.
- c. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Pekerjaan.
- d. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Jumlah Anak Hidup.
- e. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Dukungan Suami.



- f. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Informasi Tentang KB.
- g. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Jarak ke Fasilitas Kesehatan.
- h. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Efek Samping
- i. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Paparan Media.
- j. Untuk mengetahui hubungan penggunaan alat kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) antara Wilayah Urban dan Rural di Sulawesi Selatan berdasarkan Kunjungan Petugas KB

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi informasi bagi para pengambil kebijakan maupun pembuat keputusan dalam upaya peningkatan penggunaan alat kontrasepsi.

2. Manfaat Teknis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam memperkaya wawasan mengenai determinan kualitas pelayanan



KB dengan penggunaan alat kontrasepsi yang dapat dijadikan sebagai sumber informasi dan acuan bagi peneliti selanjutnya.

3. Manfaat bagi peneliti

Penelitian ini akan menjadi pengalaman berharga bagi peneliti, menambah ilmu pengetahuan terkait determinan kualitas pelayanan KB dengan penggunaan alat kontrasepsi dan sebagai bahan referensi untuk melakukan penelitian sejenis dengan metode lain untuk pengembangan penelitian berikutnya dengan menambah variabel atau mengganti variabel dependen.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

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

Keluarga Berencana menurut WHO (*World Health Organization*) *Expert Committee* adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami atau istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Keluarga berencana menurut (BKKBN, 2015) adalah upaya untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas melalui promosi, perlindungan, dan bantuan dalam mewujudkan hak-hak reproduksi serta penyelenggaraan pelayanan, pengaturan dan dukungan yang diperlukan

untuk membentuk keluarga dengan usia kawin yang ideal, mengatur



jumlah, jarak, dan usi ideal melahirkan anak, mengatur kehamilan dan membina ketahanan serta kesejahteraan anak.

2. Visi dan Misi Keluarga Berencana

Visi program keluarga berencana nasional adalah untuk membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksanaan program KB dimasa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015.

Visi program KB ini menekankan pentingnya upaya menghormati hak-hak reproduksi, sebagai upaya integral dalam meningkatkan kualitas keluarga. Visi tersebut kemudian dijabarkan ke dalam enam misi, yaitu :

- a. Memberdayakan masyarakat untuk membangun keluarga kecil berkualitas.
- b. Menggalang kemitraan dalam peningkatan kesejahteraan, kemandirian, dan ketahanan keluarga.
- c. Meningkatkan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.
- d. Meningkatkan promosi, perlindungan, dan upaya mewujudkan hak-hak reproduksi.
- e. Meningkatkan upaya pemberdayaan perempuan untuk mewujudkan kesetaraan keadilan gender melalui program KB.
- f. Mempersiapkan SDM yang berkualitas sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan usia lanjut (Saifuddin, 2006).

3. Tujuan Program Keluarga Berencana

Program KB bertujuan mengendalikan fertilitas yang membutuhkan metode kontrasepsi yang berkualitas agar dapat meningkatkan kesehatan



reproduksi dan kesehatan seksual. Pelaksanaannya dipengaruhi sumberdaya pelaksanaan program KB, cara pandang masyarakat sendiri terhadap kesehatan reproduksi dan pelayanan KB, serta pemakaian alat kontrasepsi. Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) merupakan badan yang diberi tanggung jawab dalam pengaturan laju pertumbuhan penduduk. BKKBN memiliki visi “Seluruh Keluarga Ikut KB” dan misi baru BKKBN yaitu “Mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera”. Kementerian Kesehatan memiliki kewajiban menindaklanjuti tugas BKKBN dengan memberikan pelayanan KB kepada masyarakat yang membutuhkan (BKKBN, 2010).

Menurut UU RI Nomor 52 Tahun 2009, kebijakan Keluarga Berencana diarahkan untuk:

- a. Mengatur kelahiran yang diinginkan
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak
- c. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, serta konseling Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi
- d. Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek Keluarga Berencana
- e. Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya menjarangkan jarak kehamilan.



4. Manfaat Keluarga Berencana

Setiap tahun, ada 500.000 perempuan meninggal akibat berbagai masalah yang melingkupi kehamilan, persalinan, dan pengguguran kandungan (aborsi) yang tak aman. KB bisa mencegah sebagian besar kematian itu. Di masa kehamilan umpamanya, KB dapat mencegah munculnya bahaya-bahaya akibat :

a. Kehamilan terlalu dini

Perempuan yang sudah hamil tatkala umurnya belum mencapai 17 tahun sangat terancam oleh kematian sewaktu persalinan. Karena tubuhnya belum sepenuhnya tumbuh, belum cukup matang dan siap untuk dilewati oleh bayi. Lagipula, bayinya pun dihadang oleh risiko kematian sebelum usianya mencapai 1 tahun.

b. Kehamilan terlalu “telat”

Perempuan yang usianya sudah terlalu tua untuk mengandung dan melahirkan terancam banyak bahaya. Khususnya bila ia mempunyai problema-problema kesehatan lain, atau sudah terlalu sering hamil dan melahirkan.

c. Kehamilan-kehamilan terlalu berdesakan jaraknya

Kehamilan dan persalinan menuntut banyak energi dan kekuatan tubuh perempuan. Kalau ia belum pulih dari satu persalinan tapi sudah hamil lagi, tubuhnya tak sempat memulihkan kebugaran, dan berbagai masalah bahkan juga bahaya kematian, menghadang

Terlalu sering hamil dan melahirkan



Perempuan yang sudah punya lebih dari 4 anak dihadang bahaya kematian akibat pendarahan hebat dan macam-macam kelainan lain, bila ia terus saja hamil dan bersalin lagi (Ekarini, 2008)

5. Sasaran Keluarga Berencana

Yang menjadi Sasaran Keluarga Berencana, adalah.

- a. Pasangan Usia Subur (PUS). Yaitu pasangan suami istri yang hidup bersama dalam satu rumah atau tidak, dimana istri berumur antara 15-49 tahun.
- b. Yang Tidak Termasuk PUS. Yaitu semua anggota masyarakat selain dari PUS pemuda-pemuda yang belum menikah, pasangan diatas usia 45 tahun, orang tua dan tokoh masyarakat.
- c. Sasaran Institusional. Yaitu organisasi-organisasi dan lembaga masyarakat baik pemerintah maupun swasta.
- d. Wilayah yang kurang pencapaian target KB-nya (Siregar, 2003)

B. Tinjauan Umum Tentang Kontrasepsi

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 dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara

sel telur dengan sel sperma (Proverawati dkk, 2016).



Kontrasepsi terbagi atas dua yaitu secara alami dan bantuan alat. Kontrasepsi alami merupakan metode kontrasepsi tanpa menggunakan bantuan alat apapun, caranya adalah dengan tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur, cara ini lebih dikenal dengan metode kalender. Kelebihannya adalah memperkecil kemungkinan terjadinya efek samping karena tidak menggunakan alat sedangkan kelemahannya adalah kurang efektif karena kadar perhitungan masa subur bisa meleset dan tidak akurat (Wikojoastro, 2013).

Secara umum, menurut cara pelaksanaannya kontrasepsi dibagi menjadi 2 (dua) yaitu:

- a. Cara temporer (spacing), yaitu menjarangkan kelahiran selama beberapa tahun sebelum menjadi hamil lagi.
- b. Cara permanen (kontraspsi mantap), yaitu mengakhiri kesuburan dengan cara mencegah kehamilan secara permanen. (Pandiangan, R.S., 2018)

2. Hubungan Waktu dan Metode Keluarga Berencana

Tabel 2.1 Waktu dan Metode Keluarga Berencana

Waktu	Metode KB
Pasca-melahirkan, Pasca-abortus	AKDR, Suntikan, KB susuk dan Kontap Wanita/pia
Masa peurperium Tiga bulan pasca-melahirkan	Kondom, AKDR, Suntikan KB, KB susuk, Kontap, Pantang Berkala.
Interval segera setelah menstruasi dibuktikan tidak hamil melalui tes hamil	Pantang Berkala, Kondom, AKDR, Suntikan, KB susuk, Kontap, Spermisida
KB darurat	Hubungan seks tanpa perlindungan KB

umber : Manuaba, 1999.



3. Jenis-jenis Metode Kontrasepsi

Berbagai jenis metode atau alat kontrasepsi dibagi menjadi (Hartanto, 2004).

a. Kontrasepsi Sterilisasi

Yaitu pencegahan kehamilan dengan mengikat sel indung telur pada wanita (*tubektomi*) atau testis pada pria (*vasektomi*). Proses Sterilisasi ini harus dilakukan oleh ginekolog (dokter kandungan). Efektif bila memang ingin melakukan pencegahan kehamilan secara permanen.

1) Kontrasepsi Teknik, dibagi menjadi :

- a) *Coitus Interruptus* (senggama terputus) : ejakulasi dilakukan di luar vagina. Faktor kegagalan biasanya terjadi karena ada sperma yang sudah keluar sebelum ejakulasi, orgasme berulang atau terlambat menarik penis keluar.
- b) Sistem Kalender (pantang berkala) : tidak melakukan senggama pada masa subur, perlu kedisiplinan dan pengertian antara suami istri karena sperma maupun sel telur (*ovum*) mampu bertahan hidup sampai dengan 48 jam setelah ejakulasi. Faktor kegagalan karena salah menghitung masa subur (saat *ovulasi*) atau siklus haid tidak teratur sehingga perhitungan tidak akurat.
- c) *Prolonged lactation* atau menyusui, selama tiga bulan setelah melahirkan saat bayi hanya minum ASI (Air Susu Ibu) dan menstruasi belum terjadi, otomatis tidak akan terjadi



kehamilan. Tapi jika ibu hanya menyusui kurang dari enam jam per hari, kemungkinan terjadi kehamilan cukup besar.

2) Kontrasepsi Mekanik, terdiri dari :

- a) Kondom : terbuat dari *latex*. Terdapat kondom untuk pria maupun wanita serta berfungsi sebagai pemblokir sperma. Kegagalan pada umumnya karena kondom tidak dipasang sejak permulaan senggama atau terlambat menarik penis setelah ejakulasi sehingga kondom terlepas dan cairan sperma tumpah di dalam vagina.
- b) Spermatisida : bahan kimia aktif untuk membunuh sperma, berbentuk cairan, krim atau tisu vagina yang harus dimasukkan ke dalam vagina lima menit sebelum senggama. Kegagalan sering terjadi karena waktu larut yang belum cukup, jumlah spermatisida yang digunakan terlalu sedikit atau vagina sudah dibilas dalam waktu kurang dari enam jam setelah senggama.
- c) Vaginal diafragma : lingkaran cincin dilapisi karet fleksibel ini akan menutup mulut rahim bila dipasang dalam liang vagina enam jam sebelum senggama. Efektifitasnya sangat kecil, karena itu harus digunakan bersama Spermatisida untuk mencapai efektivitas 80%.
- d) IUD (*Intra Uterina Device*) atau spiral : terbuat dari bahan *polyethylene* yang diberi lilitan logam, umumnya tembaga (Cu) dan dipasang di mulut rahim. Kelemahan alat ini yaitu bisa



menimbulkan rasa nyeri di perut, infeksi panggul, pendarahan di luar masa *menstruasi* atau darah *menstruasi* lebih banyak dari biasanya.

3) Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal bisa berupa pil KB yang diminum sesuai petunjuk hitungan hari yang ada pada setiap blisternya, suntikan, susuk, (Implant) yang ditanam untuk periode tertentu, koyo KB atau spiral berhormon. Kontrasepsi hormonal terdiri dari

a) Pil Kombinasi *Oral Contraception* (OC) : Pil kombinasi merupakan kombinasi dosis rendah *estrogen* dan *progesteron*.

Penggunaan kontrasepsi pil kombinasi *estrogen* dan *progesteron* atau yang hanya terdiri dari *progesteron* saja merupakan penggunaan kontrasepsi terbanyak.

b) Suntik KB : Kontrasepsi suntikan mengandung hormon sintetis. Cara pemakaiannya dengan menyuntikan zat hormonal ke dalam tubuh. Zat hormonal yang terkandung dalam cairan suntikan dapat mencegah kehamilan dalam waktu tertentu. Biasanya penyuntikan ini dilakukan 2-3 kali dalam sebulan.

c) Susuk KB (Implant) : Implant terdiri dari 6 kapsul silastik, setiap kapsulnya berisi levomorgestrel sebanyak 36 miligram dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 cm. Kemasan Implant dirancang agar isinya tetap steril selama masa yang ditetapkan asalkan kemasannya tidak rusak atau terbuka. Kapsul yang



dipasang harus dicabut menjelang akhir masa 5 tahun. Pemasangan implant hanya dilakukan petugas klinik yang terlatih secara khusus (dokter, bidan dan paramedik) yang dapat melakukan pemasangan dan pencabutan Implant. Terdapat dua jenis implant yaitu Norplant dan Implanon. Koyo KB digunakan dengan ditempelkan di kulit setiap minggu. Kekurangannya adalah dapat menimbulkan reaksi alergi bagi yang memiliki kulit sensitive dan kurang cocok untuk digunakan pada daerah beriklim tropis.

C. Tinjauan Umum tentang Wilayah Urban dan Rural

1. Pengertian Wilayah Urban (Perkotaan)

Wilayah urban (perkotaan) adalah status suatu wilayah administrasi setingkat desa/kelurahan yang memenuhi kriteria klasifikasi wilayah perkotaan.

2. Pengertian Wilayah Rural (Pedesaan)

Wilayah rural (pedesaan) adalah status suatu wilayah administrasi setingkat desa/kelurahan yang belum memenuhi kriteria klasifikasi wilayah perkotaan.

3. Kriteria Wilayah Urban dan Rural

Kriteria wilayah perkotaan adalah persyaratan tertentu dalam hal kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/asks pada fasilitas perkotaan yang dimiliki suatu



desa/kelurahan untuk menentukan status perkotaan suatu desa/kelurahan.

Ada beberapa fasilitas perkotaan, yaitu:

- a. Sekolah Taman Kanak-Kanak (TK)
- b. Sekolah Menengah Pertama
- c. Sekolah Menengah Umum
- d. Pasar
- e. Pertokoan
- f. Bioskop
- g. Rumah Sakit
- h. Hotel/Bilyar/Diskotek/Panti Pijat/Salon
- i. Persentase Rumah Tangga yang menggunakan Telepon
- j. Persentase Rumah Tangga yang menggunakan Listrik

Penentuan nilai/skor untuk menetapkan sebagai wilayah perkotaan dan pedesaan atas desa/kelurahan adalah:

- a. Wilayah perkotaan, apabila dari kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor sepuluh atau lebih.
- b. Wilayah pedesaan, apabila dari kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor di bawah.

Nilai/skor kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian,

dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki ditetapkan

sebagai berikut



Tabel 2.2 Nilai/Skor Kriteria Wilayah Urban dan Rural

Kriteria				Keberadaan/Akses pada Fasilitas Perkotaan		
Kepadatan penduduk per km ²	Nilai /Skor	Persentase Rumah Tangga Pertanian	Nilai /Skor	Fasilitas Perkotaan	Kriteria	Nilai /Skor
<500	1	>70,00	1	a. Sekolah Taman Kanak-kanak	<ul style="list-style-type: none"> • Ada atau $\leq 2,5$ km^{*)} • >2,5 km^{*)} 	10
500-1249	2	50,00-69,99	2	b. Sekolah Menengah pertama		
1250-2499	3	30,00-49,99	3	c. Sekolah Menengah Umum		
2500-3999	4	20,00-29,99	4	d. Pasar	<ul style="list-style-type: none"> • Ada atau ≤ 2 km^{*)} • > 2 km^{*)} 	10
4000-5999	5	15,00-19,99	5	e. Perkotaan		
6000-7499	6	10,00-14,99	6	f. Bioskop	<ul style="list-style-type: none"> • Ada atau ≤ 5 km^{*)} • > 5 km^{*)} 	10
7500-8499	7	5,00-9,99	7	g. Rumah Sakit		
>8500	8	<5,00	8	h. Hotel/Bilyar/Diskotek/Pantai Pijat/Salon	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada 	10
				i. Persentase RT Telepon	<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 8,00$ • < 8,00 	10
				j. Persentase RT Listrik	<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 9,00$ • < 9,00 	10

Catatan: *) Jarak tempuh diukur dari Kantor Desa/Kelurahan

Sumber: BPS 2010



D. Profil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI 2017)

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 dilaksanakan bersama oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Pengumpulan data berlangsung dari tanggal 24 Juli hingga 30 September 2017. Pendanaan survei disediakan oleh Pemerintah Indonesia. Dalam tehnik pelaksanaannya, pemerintah Indonesia dibantu oleh *ICF* melalui proyek *Demographic and Health Surveys (DHS) program*, yaitu program *United States Agency for International Development (USAID)* yang menyediakan dana dan bantuan teknis dalam pelaksanaan survey kependudukan dan kesehatan di banyak negara.

1. Tujuan Survey

Tujuan utama SDKI 2017 adalah menyediakan estimasi terbaru indikator dasar demografi dan kesehatan. SDKI 2017 menyediakan gambaran menyeluruh tentang penduduk serta kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Lebih lanjut, SDKI 2017 dirancang khusus untuk mencapai beberapa tujuan sebagai berikut:

- a. Menyediakan data mengenai fertilitas, keluarga berencana, kesehatan ibu dan anak, serta pengetahuan tentang HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) untuk mengelola program, pengambilan kebijakan, dan peneliti guna membantu mereka dalam mengevaluasi dan meningkatkan program yang ada.



- b. Mengukur angka tren fertilitas dan pemakaian KB, serta mempelajari factor-faktor yang mempengaruhi perubahannya, seperti pola dan status perkawinan, daerah tempat tinggal, pendidikan, kebiasaan, menyusui, serta pengetahuan, penggunaan dan ketersediaan alatcara kontrasepsi.
- c. Mengukur pencapaian sasaran yang dibuat oleh program kesehatan nasional, khususnya kesehatan ibu dan anak.
- d. Menilai partisipasi dan penggunaan pelayanan kesehatan oleh pria serta keluarga.
- e. Menyediakan data dasar yang secara internasional dapat dibandingkan dengan Negara-negara lain dan dapat digunakan oleh para pengelola program, pengambil kebijakan, dan peneliti dalam bidang KB, fertilitas dan kesehatan.

2. Rancangan Sampel

Desain *sampling* SDKI 2017 dirancang untuk dapat menyajikan estimasi level nasional dan provinsi. Sampel SDKI 2017 mencakup 1.970 blok sensus yang meliputi daerah perkotaan dan pedesaan. Jumlah blok sensus tersebut diharapkan akan dapat diperoleh jumlah sampel rumah tangga sebanyak 49.250 rumah tangga. Dari seluruh sampel rumah tangga tersebut diharapkan akan dapat diperoleh sekitar 59.100 responden wanita usia subur umur 15-49 tahun. 24.625 responden remaja pria belum kawin umur 15-24 tahun, dan 14.193 responden pria kawin umur 15-54 tahun. Kerangka sampel SDKI 2017 menggunakan Master



Sampel Blok Sensus dari hasil Sensus Penduduk 2010 (SP2010). Sedangkan kerangka sampel pemilihan rumah tangga menggunakan daftar rumah tangga biasa hasil pemutakhiran rumah tangga dari blok sensus terpilih. Daftar rumah tangga biasa ini termasuk rumah tangga khusus seperti panti asuhan,, barak polisi/militer, penjara, dan indekos dimana di dalamnya terdapat minimal 10 orang yang kos dengan makan.

Desain *Sampling* yang digunakan dalam SDKI 2017 adalah sampling dua tahap berstrata, yaitu:

- a. Tahap 1: memilih sejumlah blok sensus secara *probability proportional to size* (PPS) sistematis dengan *size* jumlah rumah tangga hasil *listing* SP2010. Dalam hal ini, sistematis dilakukan dengan proses implisit stratifikasi menurut perkotaan dan pedesaan serta dengan menggunakan blok sensus berdasarkan kategori *Wealth Index* dari hasil SP2010.
- b. Tahap 2: memilih 25 rumah tangga biasa di setiap blok sensus terpilih secara sistematis dari hasil pemutakhiran rumah tangga secara sistematis dari 25 rumah tangga tersebut.

3. Kuesioner

Pelaksanaan SDKI 2017 menggunakan 4 (empat) jenis kuesioner yaitu kuesioner rumah tangga, wanita usia subur (WUS), pria kawin (PK),

dan remaja pria (RP). Terkait perubahan cakupan sampel individu wanita dari wanita pernah kawin (WPK) umur 15-49 tahun dalam SDKI 2017



menjadi WUS umur 15-49 tahun, maka kuesioner WUS ditambahkan pertanyaan-pertanyaan untuk wanita belum kawin umur 15-24 tahun. Tambahan pertanyaan ini merupakan bagian dari kuesioner Kesehatan Reproduksi Remaja tahun 2007. Kuesioner rumah tangga dan wanita umur 15-49 tahun mengacu pada kuesioner DHS (*Demographic Health Surveys*) Phase 7 tahun 2015 yang sudah mengakomodasi beberapa isu terbaru sesuai keterbandingan internasional. Namun demikian, ada beberapa pertanyaan yang tidak diadopsi oleh SDKI 2017 karena kurang sesuai dengan kondisi di Indonesia. Selain itu, penambahan pertanyaan disesuaikan dengan muatan lokal/spesifik Indonesia terkait program di bidang kesehatan dan keluarga berencana di Indonesia dan penyesuaian kategori jawaban.

Kuesioner rumah tangga digunakan untuk mencatat seluruh anggota rumah tangga dan tamu yang menginap semalam sebelum wawancara di rumah tangga terpilih, serta mencatat keadaan tempat tinggal rumah tangga terpilih. Pertanyaan dasar anggota rumah tangga antara lain umur, jenis kelamin, status perkawinan, sumber air minum, jenis kakus, jenis lantai, jenis atap, jenis dinding, dan kepemilikan asset rumah tangga. Informasi mengenai kepemilikan aset menggambarkan status social-ekonomi rumah tangga tersebut. Kegunaan utama kuesioner rumah tangga adalah menentukan responden wanita dan pria yang memenuhi syarat

untuk diwawancarai perseorangan (*eligible responden*).



Kuesioner WUS digunakan untuk mengumpulkan informasi dari wanita umur 15-49 tahun. Topic yang ditanyakan kepada wanita tersebut adalah:

- a. Latar belakang (termasuk umur, pendidikan, dan keterpaparan media)
- b. Riwayat kelahiran
- c. Kontrasepsi
- d. Kehamilan dan pemeriksaan sesudah melahirkan
- e. Imunisasi anak (kelahiran terakhir dan kelahiran sebelum anak terakhir)
- f. Kesehatan dan gizi anak
- g. Perkawinan dan kegiatan seksual
- h. Preferensi fertilitas
- i. Latar belakang suami/pasangan dan pekerjaan responden
- j. HIV-AIDS
- k. Isu kesehatan lainnya

Khusus untuk wanita umur 15-24 tahun yang belum pernah kawin, ditanyakan:

- a. Latar belakang tambahan responden
- b. Pengetahuan dan pengalaman mengenai system reproduksi manusia
- c. Perkawinan dan anak
- d. Peran keluarga, sekolah, masyarakat, dan media

Rokok, minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang

Pacaran dan perilaku seksual



Kuesioner PK digunakan untuk mengumpulkan informasi dari pria berstatus kawin umur 15-54 tahun pada 8 dari 25 sampel rumah tangga SDKI 2017 di setiap blok sensus terpilih. Informasi yang dikumpulkan mencakup:

- a. Latar belakang (termasuk umur, pendidikan, dan keterpaparan media)
- b. Riwayat kelahiran
- c. Kontrasepsi
- d. Perkawinan dan kegiatan seksual
- e. Preferensi fertilitas
- f. Pekerjaan dan isu gender
- g. HIV AIDS
- h. Isu kesehatan lainnya

Kuesioner RP mencakup pertanyaan yang sama dengan pertanyaan yang diajukan pada remaja wanita belum pernah kawin umur 15-24 tahun dalam kuesioner WUS.

4. Uji Coba

Sebelum memulai kegiatan pengumpulan data lapangan, kuesioner diujicobakan terlebih dahulu pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2016. Tujuan uji coba adalah menguji apakah semua pertanyaan sudah jelas dan dapat dimengerti dengan mudah oleh responden. Semua materi survey dan prosedur pelaksanaan survey juga diuji.

Uji coba dilaksanakan di Kabupaten Pidie dan Kota Banda Aceh di Provinsi Aceh; Kabupaten Gunung Kidul, dan Sleman di Provinsi DI



Yogyakarta; serta di Kabupaten Maluku Tengah dan Ambon di Provinsi Maluku. Di setiap kabupaten dipilih satu blok sensus perkotaan atau pedesaan. Di setiap kabupaten dibentuk satu tim untuk pencacahan lapangan. Berdasarkan temuan hasil uji coba, dilakukan penyempurnaan terhadap kuesioner rumah tangga dan kuesioner individu.

5. Pelatihan Petugas

Pelatihan petugas merupakan salah satu kegiatan penting dalam pelaksanaan SDKI 2017. Pelatihan petugas bertujuan menyamakan persepsi petugas terhadap konsep dan definisi operasional dari variable-variabel yang ditanyakan dalam SDKI 2017. Pelatihan SDKI 2017 dimulai dengan pelatihan instruktur Utama (Intama), pelatihan Koordinator Lapangan (Korlap), pelatihan Instruktur Nasional (Innas), dan pelatihan petugas lapangan. Tiga hal penting yang harus dicapai pada setiap proses pelatihan meliputi:

- a. Setiap peserta pelatihan harus membaca dan memahami isi kuesioner yang akan digunakan
- b. Setiap peserta pelatihan harus membaca dan memahami konsep definisi yang terdapat dalam buku pedoman
- c. Setiap peserta pelatihan harus memahami cara wawancara dan cara mengisikan hasil wawancara kedalam kuesioner.

Sejumlah 1.160 orang berpartisipasi dalam pelatihan sebagai pewawancara, pemeriksa (editor), dan pengawas. Pelatihan berlangsung pada awal Juli 2017 di Sembilan pusat pelatihan yaitu Sumatra Utara,



Sumatra Barat, Jawa Barat, Jawa Tengah, Bali, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Papua, dan Papua Barat. Pelatihan dilaksanakan dalam bentuk diskusi untuk memudahkan proses belajar mengajar. Materi pelatihan meliputi konsep dan definisi, pengetahuan, pengalaman, alur pertanyaan, dan konsistensi antar pertanyaan terkait dengan rumah tangga. WUS, PK, RP, pengawasan, dan editor lapangan. Selain itu juga dilakukan latihan wawancara dengan mendatangkan responden (*role playing*) dan uji coba di lapangan (*try out*). Hal ini dilakukan agar seluruh petugas dapat melakukan wawancara dengan baik dan dapat mengisi kuesioner dengan benar sesuai buku pedoman.

Dalam kegiatan uji coba di lapangan, setiap pewawancara mencari responden yang memenuhi syarat untuk diwawancarai. Setelah wawancara selesai, kuesioner diserahkan kepada editor untuk diperiksa.

6. Pelaksanaan Lapangan

Dalam pelaksanaannya, SDKI 2017 melibatkan 145 tim pada kegiatan lapangan. Satu tim terdiri dari delapan orang yaitu; 1 orang pengawas, 1 orang editor untuk WUS dan PK, 4 orang wanita pewawancara WUS, 1 orang pria pewawancara PK (yang merangkap sebagai editor RP), dan 1 orang pria pewawancara RP. Kegiatan lapangan berlangsung dari tanggal 24 Juli sampai 30 September 2017.

7. Pengolahan Data

Seluruh kuesioner SDKI 2017 yang sudah diisi termasuk lembar pengesahan dikirim ke BPS Pusat di Jakarta untuk diolah. Pengolahan



terdiri dari pemeriksaan isian, pemberian kode pada jawaban pertanyaan terbuka, perekaman data, verifikasi, dan pengecekan kesalahan di komputer. Tim pengolahan terdiri dari 34 orang editor, 112 orang perekam data, 33 petugas *compare*, 19 orang *secondary editor*, dan 2 orang pengawas perekaman data. Perekaman data dilakukan sebanyak dua kali (*double entry*) oleh dua orang perekam data yang berbeda untuk menjaga kualitas data. Selanjutnya kedua hasil perekaman data dibandingkan oleh petugas *compare*, kemudian dilakukan perbaikan data pada hasil perekaman yang tidak konsisten. Perekaman dan pemeriksaan data dilakukan menggunakan program komputer *Census and Survei Processing system* (CSPro) yang khusus dirancang untuk mengolah data semacam SDKI.

8. Hasil Kunjungan

Hasil SDKI 2017 disajikan dalam dua laporan yang terpisah. Laporan pertama diperoleh dari hasil wawancara dengan wanita umur 15-59 tahun dan semua pria kawin umur 15-54 tahun. Hasil wawancara dengan pria belum pernah kawin umur 15-24 tahun disajikan dalam laporan khusus mengenai kesehatan reproduksi remaja (KRR) bagian dari SDKI.

E. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Pelayanan

Pelayanan kesehatan menjadi prioritas utama penyelenggara karena merupakan salah satu hak mendasar masyarakat serta penyediaannya wajib dianggarkan oleh pemerintah. Seperti yang tertuang pada pasal 28 H ayat



(1) Undang-Undang Dasar 1945 dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar 1945. Sehingga pemerintah memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan yang layak dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Angriani, 2016).

Pelayanan KB yang berkualitas berdampak pada kepuasan pada klien yang dilayani dan terpenuhinya aturan penyelenggaraan Pelayanan KB sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Kompetensi tenaga yang memberikan pelayanan KB merupakan faktor yang sangat mempengaruhi kualitas Pelayanan KB selain faktor-faktor lain seperti prasarana dan sarana penunjang, alat, dan obat kontrasepsi, ketersediaan pedoman pelayanan dan upaya untuk menjaga mutu. Ditinjau dari sudut standar pelayanan, Pelayanan KB yang berkualitas adalah bila tingkat komplikasi, ketidak berlangsungan dan kegagalan rendah atau berada dalam batas toleransi (Kemenkes R.I., 2013).

Kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketetapan penyampaian dalam mengimbangi harapan konsumen (Tjiptono, 2017).

Kualitas pelayanan (*service Quality*) dapat diketahui dengan cara membandingkan persepsi para konsumen atas pelayanan nyata yang mereka terima dengan pelayanan yang sesungguhnya mereka harapkan atau inginkan terhadap atribut-atribut pelayanan suatu perusahaan. Jika jasa yang diterima

dirasakan sesuai dengan yang diharapkan maka kualitas pelayanan persiapan baik dan memuaskan, apabila jasa yang diterima melampaui



harapan konsumen, maka kualitas pelayanan kesehatan dipersepsikan sangat baik dan berkualitas. Sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan buruk (Rahma, 2015).

Beberapa pakar pemasaran seperti Parasuraman, Zeithaml dan Berry melakukan beberapa penelitian khusus terhadap beberapa jenis jasa dan mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi kualitas jasa yang biasa disebut sebagai dimensi kualitas. Dalam perkembangannya, dimensi kualitas yang semula berjumlah sepuluh dirangkum menjadi lima dimensi pokok, sebagai berikut:

1. *Reliability* (bukti langsung), meliputi penampilan fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
2. *Reliability* (keandalan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.
3. *Responsiveness* (daya tanggap), yaitu keinginan para staf untuk membentuk para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. *Assurance* (jaminan), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf bebas dari bahaya, resiko, atau keraguguan.
5. *Emphaty* (empati), meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi

yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan pelanggan



Elemen kualitas pelayanan KB tertumpu pada perspektif klien yang berdampak pada kelangsungan penggunaan meliputi pilihan metode, informasi, kemampuan teknis petugas, hubungan petugas-klien, ketersediaan layanan lanjut, dan ketepatan konstelasi pelayanan. Pilihan metode kontrasepsi sangat dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya, pendidikan, dan ekonomi. Elemen kualitas pelayanan KB akan membantu memastikan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan dengan aman. Kualitas pelayanan KB merupakan faktor penting dan berpengaruh pada kelangsungan penggunaan yang selanjutnya berpengaruh terhadap fertilitas. Ketersediaan metode kontrasepsi dalam program KB meningkatkan prevalensi kontrasepsi dengan memberikan kesempatan kepada akseptor untuk mengganti metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi mereka (Rahardja, 2011).

F. Tinjauan Umum Variabel yang Diteliti

1. Umur

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), umur adalah lamanya waktu yang dijalani seseorang untuk hidup yang ditentukan sampai ulang tahun terakhir orang tersebut yang diukur dalam tahun berjalan. Umur dapat diartikan sebagai waktu yang dilalui oleh manusia untuk melakukan suatu proses tumbuh dan berkembang sejak dilahirkannya baik secara fisik, psikologi, sosial dan reproduksi.

Berdasarkan usia subur atau masa reproduksi wanita, Siswosudarmo,

menyebutkan membagi usia wanita dalam tiga periode, yaitu (Sumaila, 2011) :

Usia < 20 Tahun (Usia Reproduksi Muda)



Pada periode ini wanita dianjurkan untuk menunda kehamilan sampai sekurang-kurangnya berusia 20 tahun karena pada periode ini wanita belum mempunyai kemampuan mental dan sosial yang cukup untuk mengurus anak.

b. Usia 20-35 Tahun (Usia Reproduksi Sehat)

Periode ini merupakan usia ideal untuk hamil dan melahirkan, namun pada periode ini diharapkan wanita dapat menjarangkan kehamilan dengan jarak dua kehamilan antara empat sampai lima tahun.

c. Usia > 35 Tahun (Usia Reproduksi Tua)

Kehamilan dan persalinan pada periode usia ini tidak hanya berisiko tinggi terhadap anak tetapi juga ibunya. Morbiditas dan mortalitas ibu dan anak meningkat dengan tajam pada periode usia ini sehingga diharapkan menggunakan kontrasepsi mantap. (Stesia Nanlohi, 2017).

Menurut Kusumaningrum (2009) umur dalam pengaruhnya dengan pemakaian KB berperan sebagai faktor intrinsik. Umur berpengaruh dengan struktur organ, fungsi faaliah, komposisi biokimiawi dan sistem hormonal pada suatu periode umur menyebabkan perbedaan pada kontrasepsi yang dibutuhkan.

Menurut Notoatmodjo (2003) yang mengatakan bahwa umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang termasuk dalam pemakaian alat kontrasepsi. Wanita berumur muda



mempunyai peluang lebih kecil untuk menggunakan metode MKJP dibandingkan dengan yang tua. Periode umur wanita di atas 30 tahun sebaiknya mengakhiri kehamilan setelah mempunyai 2 orang anak. Sehingga pilihan utama alat kontrasepsinya adalah kontrasepsi mantap misalnya vasektomi atau tubektomi karena kontrasepsi ini dapat dipakai untuk jangka panjang dan tidak menambah kelainan yang sudah ada.

Pada masa usia tua kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat, oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan tersebut (Hartanto, 2004).

2. Pendidikan

Menurut UU No. 20 tahun 2003 Bab VI Pasal 13 Ayat 1 jalur pendidikan terdiri atas pendidikan formal, nonformal, dan informal yang dapat saling melengkapi dan memperkaya. Pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Pendidikan nonformal adalah jalur pendidikan di luar pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang. Pendidikan informal adalah jalur pendidikan keluarga dan lingkungan.

Adapun tujuan pendidikan terbagi atas empat, yaitu (Pesona, 2011):

- a. Tujuan umum pendidikan nasional yaitu untuk membentuk manusia Pancasila.



- b. ujian institusional yaitu tujuan yang menjadi tugas dari lembaga pendidikan tertentu untuk mencapainya
- c. Tujuan kurikuler yaitu tujuan bidang studi atau mata pelajaran.
- d. Tujuan instruksional yaitu tujuan materi kurikulum yang berupa bidang studi terdiri dari pokok bahasan dan sub pokok bahasan, terdiri atas tujuan instruksional umum dan tujuan instruksional khusus.

Dari segi mendapatkannya, Fakhurrozi (dalam Sumaila, 2011) membagi pendidikan menjadi:

a. Pendidikan Informal

Merupakan proses belajar yang relatif tidak disadari yang kemudian menjadi kecakapan dan sikap hidup sehari-hari. Misalnya pendidikan di rumah, tempat ibadah, lapangan permainan, perpustakaan, media cetak, elektronik dan sosial.

b. Pendidikan Formal.

Merupakan pendidikan yang dilaksanakan secara sengaja dengan tujuan dan bahan ajar yang dirumuskan secara jelas dan diklasifikasikan secara tegas. Misalnya, jenjang pendidikan sekolah (TK, SD, SMP, SMA, dan PT).

c. Pendidikan Non formal.

Merupakan pendidikan yang dilaksanakan dengan sengaja tetapi tidak memenuhi syarat untuk termasuk dalam jenjang pendidikan formal. Misalnya les, kursus dan lain-lain.



Tingkat pendidikan akan mengubah sikap dan cara berpikir ke arah yang lebih baik, dan juga tingkat kesadaran yang tinggi yang akan memberikan kesadaran lebih tinggi berwarga negara serta memudahkan bagi pengembangan. Adapun jenjang pendidikan terdiri atas 3 yaitu (Pesona, 2011):

a. Pendidikan Dasar

Pendidikan dasar memberikan bekal dasar yang diperlukan untuk hidup dalam masyarakat berupa pengembangan sikap, pengetahuan, dan keterampilan dasar. Pendidikan dasar pada prinsipnya merupakan pendidikan yang memberikan bekal dasar bagaimana kehidupan, baik untuk pribadi maupun masyarakat.

b. Pendidikan Menengah.

Pendidikan menengah yang lamanya 3 tahun sesudah pendidikan dasar diselenggarakan di SMA atau satuan pendidikan sederajat. Pendidikan menengah dalam hubungan kebawah berfungsi sebagai lanjutan perluasan pendidikan dasar dan dalam hubungan keatas mempersiapkan peserta didik untuk mengikuti pendidikan tinggi maupun memasuki dunia kerja. Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan umum, pendidikan kejuruan, pendidikan luar biasa, pendidikan kedinasan, dan pendidikan keagamaan.

c. Pendidikan Tinggi

Pendidikan tinggi merupakan kelanjutan pendidikan menengah yang diselenggarakan untuk menyiapkan peserta didik menjadi



anggota masyarakat yang memiliki kemampuan akademik atau profesional yang dapat menerapkan, mengembangkan atau menciptakan ilmu pengetahuan, teknologi dan kesenian. Satuan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi disebut perguruan tinggi yang berbentuk akademik, politeknik, sekolah tinggi, institut atau universitas. pendidikan merupakan salah satu faktor yang berkaitan dengan pengetahuan dan pandangan dalam pembatasan jumlah anak, dengan tinggi rendahnya tingkat pendidikan formal yang ditempuh atau diselesaikan oleh wanita PUS, maka akan memiliki pola pikir yang berbeda. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan memiliki pola pikir untuk penundaan perkawinan sehingga akan berhubungan pula dengan jumlah fertilitas/kelahiran yang terjadi (Fitri, 2016).

Menurut Cochrance dan Steatfield (dalam Saptono Imam Budisantoso, 2001) menurut mereka pendidikan wanita berpengaruh positif terhadap penggunaan alat kontrasepsi untuk KB. Semakin tinggi pendidikan wanita maka semakin banyak pula mereka mendapat pengetahuan tentang KB modern dibandingkan dengan wanita yang tingkat pengetahuannya rendah (SDKI, 2007).

3. Pekerjaan

Menurut (Yustina, 2007) Pekerjaan sangat mempengaruhi tingkat ekonomi, dalam prakteknya sangat nyata dalam mempengaruhi perilaku masyarakat dalam kesehatan reproduksi. Hal ini tampak nyata khususnya



pada saat terjadinya krisis moneter di Indonesia yang kemudian menjadi krisis multi-dimensi yang berkepanjangan hingga saat ini. Krisis moneter secara nyata berpengaruh pada rendahnya daya beli masyarakat terhadap kebutuhan pokok pangan. Ironisnya, selain mahal, alat kontrasepsi menjadi langka (Irmawati, 2012).

Penelitian Asih et al. (2009) dan Azzara & Adisasmita (2014) juga sejalan dengan penelitian ini yang menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara wanita yang bekerja dengan penggunaan MKJP, memiliki keinginan untuk menambah anak lebih rendah dan memiliki peluang yang lebih tinggi untuk menggunakan MKJP dibandingkan wanita yang tidak bekerja guna mengatur kehamilan karena wanita yang bekerja memiliki keterbatasan waktu dan tenaga yang harus dibagi antara rumah tangga dan pekerjaan sehingga wanita yang bekerja lebih mungkin untuk menginginkan jumlah anak yang sedikit dari pada wanita yang tidak bekerja (Andriana dan Amami, 2018).

4. Jumlah Anak Hidup

Jumlah anak hidup mempengaruhi pasangan usia subur dalam menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan. Pada pasangan dengan jumlah anak hidup masih sedikit terdapat kecenderungan untuk menggunakan metode kontrasepsi dengan efektivitas rendah, sedangkan pada pasangan dengan jumlah anak hidup banyak terdapat kecenderungan

menggunakan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi (Purwoko, 2000).



Kemungkinan seorang iatri untuk menambah kelahiran tergantung kepada jumlah anak yang telah dilahirkannya. Seorang istri mungkin menggunakan alat kontrasepsi setelah mempunyai jumlah anak tertentu dan juga umur anak yang masih hidup. Semakin seorang wanita melahirkan seorang anak, maka akan semakin memiliki risiko kematian dalam persalinan. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah anak sangat mempengaruhi kesehatan ibu dan dapat meningkatkan taraf hidup keluarga secara maksimal (Manra, 2006).

Menurut Sadli menyatakan bahwa jumlah anak yang dimiliki mempengaruhi pemilihan metode kontrasepsi yang akan digunakan. Semakin banyak anak yang dimiliki maka semakin besar kecenderungan untuk menghentikan kesuburan sehingga lebih cenderung untuk memilih metode kontrasepsi jangka panjang atau kontrasepsi mantap (Sri Subiyatun, 2002).

5. Dukungan Suami

Suami yang mengerti tentang pentingnya dan manfaat keluarga berencana pastinya akan mendukung pasangannya untuk menggunakan alat kontrasepsi. Pasangan usia subur dapat dikatakan aktif dalam program keluarga berencana apabila masing-masing saling mendukung dalam mengikuti program keluarga berencana. Beberapa Negara perempuan tidak memiliki kekuasaan untuk membuat keputusan salah satunya adalah

umber daya untuk menentukan dan mencari sendiri jasa pelayanan



keluarga berencana, sehingga dukungan suami dalam pemilihan metode kontrasepsi untuk sebagian wanita sangat penting (Supriadi, 2017).

Dukungan suami merupakan salah satu variabel sosial budaya yang sangat berperan terhadap pemakaian alat kontrasepsi bagi kaum wanita. Budaya *patrilineal* yang menjadikan pria sebagai kepala keluarga yang masih banyak dianut sebagian besar pola keluarga di dunia menjadikan preferensi suami terhadap fertilitas dan pandangan serta pengetahuan terhadap keputusan didalam keluarga untuk menggunakan alat atau cara KB tertentu. Dukungan suami pada saat konseling KB akan membantu dalam pengambilan keputusan dan mendorong suami dalam pemakaian alat kontrasepsi (Astuti dan Ratifah, 2014)

6. Informasi Tentang KB

Pemberian informasi tentang berbagai metode atau alat kontrasepsi dalam KB mempunyai beberapa keuntungan. Pertama, membantu klien dalam mengambil keputusan pilihan alat kontrasepsi. Kedua, dapat mendorong masyarakat lebih bertanggung jawab terhadap kesehatannya. Ketiga dapat meningkatkan kepercayaan antara klien dengan *providers*. Pemahaman mengenai alat kontrasepsi yang dipilih, lengkap dengan efek samping, kontra indikasi, dan akses untuk mendapatkan pelayanan akan membantu klien dalam mengatasi masalah yang muncul akibat pemakaian alat tersebut.



Dalam pemilihan alat/cara KB seharusnya harus melalui konseling. Konseling sangat penting sebagai bagian dari pelayanan KB dan kesehatan

reproduksi. Melalui konseling, berarti petugas telah membantu klien memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang dipilih dan digunakan. Hal ini dikuatkan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa konseling yang baik akan memberi kepuasan kepada klien dan akan membantu keberhasilan KB karena klien mau menggunakan kontrasepsinya lebih lama (Saifudin, 2006).

Fakta lapangan yang disampaikan penelitian ini menunjukkan bahwa konseling masih kurang diterima klien sehingga keputusan pemilihan alat/cara kontrasepsi belum sepenuhnya didasarkan pengetahuan yang cukup tentang alat/cara KB. Temuan di lapangan tersebut membuktikan bahwa perlunya informasi bagi masyarakat karena akan membantu kesuksesan program KB. Penelitian Iswarati menunjukkan bahwa Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) KB melalui poster/pamflet maupun televisi memperlihatkan pengaruh yang sangat bermakna terhadap kepesertaan ber KB (Iswarati, 2009)

Hak reproduksi di dalamnya menyangkut pula hak untuk mendapatkan informasi dan sarana untuk mewujudkannya, hak untuk memperoleh standar kesehatan seksual dan reproduksi tertinggi, dan hak untuk mengambil keputusan tentang reproduksi tanpa diskriminasi, tanpa tekanan dan kekerasan. Hak reproduksi terkait informasi tertuang dalam pasal 72 yaitu "Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai

sehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan". Hak tersebut berimplikasi kepada kewajiban pemerintah menyediakan



informasi yang tercantum dalam pasal 73 UU 36/2009 yaitu "Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana" (Indonesia, 2009).

7. Jarak ke Fasilitas Kesehatan

Jarak pada dasarnya setiap orang membutuhkan waktu yang pendek untuk sampai di tempat pelayanan kesehatan. Bagaimanapun juga daerah yang bervariasi, transportasi yang beraneka ragam serta area yang sulit merupakan faktor penting dalam mendapatkan akses KB terutama pada daerah pedesaan. Hal ini menyebabkan kontrasepsi non hormonal lebih banyak dipilih pada responden yang berjarak jauh karena tidak harus bolak-balik datang ke pelayanan KB (Bratt JH. et al, 2002).

Menurut Depkes RI (2007) pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan dengan akses geografi, yang dimaksudkan dalam hal ini adalah tempat memfasilitasi atau menghambat pemanfaatan ini adalah hubungan antara lokasi suplai dan lokasi dari klien yang dapat diukur dengan jarak, waktu tempuh atau biaya tempuh. Hubungan antara akses geografi dan volume dari pelayanan bergantung dari jenis pelayanan oleh berkurangnya sumber dana yang ada peningkatan akses dipengaruhi oleh berkurangnya jarak, waktu tempuh ataupun biaya tempuh. Fasilitas kesehatan yang ada yang ada belum digunakan dengan efisien oleh

asyarakat karena lokasi pusat-pusat pelayanan tidak berada dalam radius masyarakat banyak dan lebih banyak berpusat di kota-kota dan lokasi



sarana yang tidak terjangkau dari segi perhubungan (Wulandari dkk, 2016).

8. Efek Samping

Efek samping saat akan ber-KB seringkali menjadi permasalahan yang dirisaukan kaum wanita. Efek samping yang dapat terjadi diantaranya yaitu perubahan pola haid diantaranya yaitu bercak (spotting), yang dapat berlangsung cukup lama, jarang terjadi perdarahan yang banyak, bertambahnya berat badan dan sebagian akseptor dapat merasakan terjadinya sakit kepala, nyeri pada payudara, timbul jerawat dan berkurangnya libido seksual. (Ani Astuti, 2014).

Efek samping yang ditimbulkan dari alat kontrasepsi seperti terjadinya peningkatan berat badan, Peningkatan berat badan yang tidak terkontrol merupakan sesuatu yang ditakuti akseptor karena struktur tubuh menjadi jelek, tidak menarik dan menjadi faktor resiko timbulnya penyakit jantung, *diabetes melitus*, hipertensi.

Efek samping berhubungan dengan perilaku kesehatan. Suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan merupakan perilaku kesehatan. Efek samping dari akseptor KB suntik berupa gangguan haid, depresi, rambut rontok, jerawat, perubahan libido, keputihan, mual muntah, pusing, perubahan berat badan, salah satu penyebabnya adalah

manya pemakaian. Hal itu dapat berdampak pada gangguan hormonal, gangguan tingkat kesuburan, penumpukan kolesterol akibat timbunan



lemak, infeksi, perdarahan vaginal yang berat, keputihan berlebih, klien *drop out* dari KB suntik.. Kriteria efek samping ringan apabila mengalami 1-2 efek samping, sedang apabila mengalami 3-4 efek samping, berat mengalami >5 efek samping (Rakhmawati, 2018)

9. Paparan Media

Media cetak maupun elektronik mampu memberi informasi yang dapat diterima masyarakat, sehingga seorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, dan lainnya) akan memperoleh informasi lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi. Media juga mempunyai pengaruh yang besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan individu.

Paparan media dapat memengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang. Menurut Lawrence Green (1980), pengetahuan dan sikap seseorang terhadap kesehatan merupakan salah satu faktor predisposisi yang memengaruhi perilaku seseorang.

10. Kunjungan Petugas KB

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Handayani, dkk. (2012) diketahui bahwa masih banyak akseptor KB yang menentukan metode yang dipilih berdasarkan informasi dari akseptor lain. Sebagian petugas kesehatan kurang melakukan konseling dan pemberian informasi yang menyebabkan kurangnya pengetahuan dalam hal memilih alat

kontrasepsi. Akan tetapi, masyarakat masih mentolerir pelayanan KB, meskipun belum seluruhnya memenuhi syarat pelayanan yang berkualitas.



Informasi yang baik dari petugas membantu dalam hal memilih dan menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan.

Seorang PLKB bertugas untuk mensosialisasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan program KB termasuk segala macam kegiatan yang diadakan oleh Pemerintah Kota atau Pemerintah Kabupaten. Dengan adanya PLKB yang secara berkesinambungan bertemu langsung dengan masyarakat maka seorang PLKB akan tahu tingkat kesejahteraan setiap keluarga yang ada didaerahnya (Pratiwi, 2011).

G. Kerangka Teori

Teori Lawrence Green (1980) berusaha mengungkapkan determinan perilaku dari analisis beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku, yang berhubungan dengan kesehatan. Menurut Green kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non- behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor.

1. Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.



3. Factor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

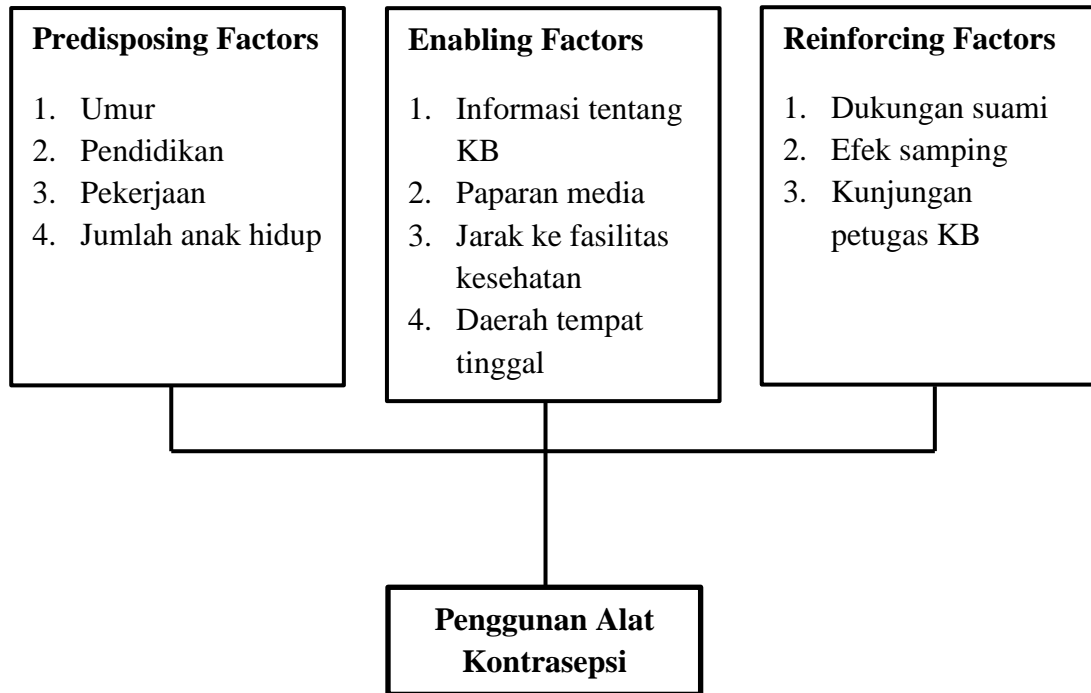
Seseorang yang tidak mau menggunakan alat kontrasepsi dapat disebabkan karena orang tersebut tidak tahu atau belum mengetahui manfaat dari alat kontrasepsi bagi dirinya dan keluarganya (*predisposing factors*). Atau karena jarak rumahnya jauh dari tempat posyandu atau puskesmas tempat mendapatkan pelayanan KB (*enabling factors*). Sebab lain, mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (*reinforcing factors*) (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan model perilaku kesehatan dari Lawrence Green (1980) dan factor yang diketahui mempengaruhi penggunaan alat kontrasepsi, maka dapat diilustrasikan model penggunaan kontrasepsi sebagai berikut:



Gambar 2.1

Kerangka Teori



Sumber: Teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2007, Modifikasi Teori

Islam, R., *et.al.* (2013), Modifikasi Teori Mikkelsen (2003) dan Teori

Handayani, L., Dkk., (2012)

