

**DETERMINAN KESERTAAN KB PADA WILAYAH
KAMPUNG KB DAN NON-KAMPUNG KB DI KOTA PALU**

**DETERMINANTS OF FAMILY PLANNING PARTICIPATION
IN THE FAMILY PLANNING COMMUNITY AREA AND
NON-FAMILY PLANNING COMMUNITY AREA PALU CITY**

NILAWATI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**



DETERMINAN KESERTAAN KB PADA WILAYAH KAMPUNG KB DAN NON-KAMPUNG KB DI KOTA PALU

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

NILAWATI

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**



TESIS

**DETERMINAN KESERTAAN KB PADA WILAYAH KAMPUNG KB
DAN NON-KAMPUNG KB DI KOTA PALU**

Disusun dan diajukan oleh :

NILAWATI

Nomor Pokok K012181155

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada tanggal 25 Agustus 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat



Dr. Masni, Apt., MSPH
Ketua



Prof. Dr. Ir. Muhammad Basir, SE., MS
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. Masni, Apt., MSPH



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Nilawati

NIM : K012181155

Program studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan tesis yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah dan etika pedoman penulisan tesis.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 15 Oktober 2020

Yang menyatakan



Nilawati



SURAT PERNYATAAN MENGIKUTI WISUDA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nilawati

No. Pokok : K012181155

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Dengan ini **MENYATAKAN** akan mengikuti prosesi wisuda periode Desember 2020 yang akan dilaksanakan di Gedung Baruga AP. Pettarani Universitas Hasanuddin dan apabila saya tidak mengikuti prosesi wisuda tersebut maka ijazah saya tidak akan diproses.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 20 Oktober 2020

Yang Membuat Pernyataan,



(NILAWATI)



Optimization Software:
www.balesio.com

PRAKATA

Allhamdulillahirabbil'alamin.

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT, Dzat yang Maha Esa dan Maha Kuasa atas rahmat iman, kesehatan dan waktu luang sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Shalawat dan salam juga tidak lupa penulis ucapkan kepada baginda kekasih Allah SWT, Nabi Muhammad SAW dan keluarga sucinya, yang menjadi tauladan serta pendidik terbaik sepanjang peradaban manusia.

Tesis ini merupakan bagian dari proses yang harus penulis lalui dalam menempuh pendidikan Pasca Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Banyak proses dan tahapan yang harus penulis lalui sehingga tesis ini bisa tercipta dalam bentuk karya tulis ilmiah sebagai refleksi perjalanan intelektual penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya dalam penulisan tesis ini penulis banyak mendapat bimbingan, arahan, masukan yang sangat bermanfaat, sokongan semangat dan doa dari berbagai pihak, oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada Dr. Masni, Apt., MSPH selaku pembimbing I dan Prof. Dr. Ir. Muhammad Basir, SE., MS selaku pembimbing II yang telah banyak memberi bimbingan, arahan, serta saran yang sangat bermanfaat sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Semoga

kebaikan yang telah diberikan menjadi ilmu yang bermanfaat dan dapat menjadi amalan jariyah kelak, InsyaAllah.



Ucapan terima kasih yang tak terhingga, kepada kedua orangtua, Ayahanda Mahbub Achdar Kandupi, Amd.Kep. dan Ibunda Sarmin, Amd.Kep., serta ayah mertua H. Toni Djamhuri dan ibu mertua Hj. Nurhaeda, terimakasih untuk segala keikhlasan dan kesabaran dalam membimbing hingga saat ini.

Kepada Suami tercinta dr. Syamsul Fahri dan anak kami Yumna Zaina Azzahra yang selalu menjadi penyemangat dan motivator.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga pula penulis tujukan kepada pihak-pihak yang secara langsung maupun tidak langsung memberikan bantuannya, terutama kepada :

1. Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA
2. Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Dr. Masni, Apt.,MSPH
3. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,Med.Ed.
4. Segenap dosen pengajar Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang dengan sepenuh hati memberikan banyak pengetahuan dalam dan diluar proses perkuliahan. Terima kasih atas curahan ilmunya yang sangat berguna.

5. Prof. Dr. dr. H.M Tahir Abdullah M.Sc.,MSPH, Prof. Dr. Hj. A. Ummu ...ah SKM.,M.Sc, dan Dr. Darmawansyah, SE.,M.Si. selaku penguji



yang telah banyak memberikan pengetahuan dan saran yang sangat membantu dalam penyusunan tesis ini.

6. Saudara-saudaraku tersayang Nurnaningsih, Nurlillah, Triana Riandani dan Harry Rizki. Terima kasih telah mendukung, mendoakan, serta menyemangati dalam melewati setiap prosesnya.
7. Kelas Kespro angkatan 2018, Teman Seperjuangan. Terima kasih untuk segala kebaikan, kenangan dan keceriaan selama bersama.
8. Dan juga kepada segala pihak yang telah memberikan doa, motivasi dan dorongan serta bantuan. Semoga menjadi pemberat amalan kebaikan di akhirat kelak dan dibalas dengan sebaik-baiknya balasan olehNya.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan karena kesempurnaan yang hakiki hanyalah milik Allah Subhanahu Wa Ta'ala Semata. Untuk itu, kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Harapan penulis, semoga tesis ini bermanfaat bagi pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Bangsa, Negara dan Agama. Aamiin Yaa Rabbal Aalamiin.

Makassar, Juli 2020

Nilawati



ABSTRAK

NILAWATI. Determinan Kesertaan KB pada Wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu. (Supervisi oleh **Masni** dan **Muhammad Basir**).

Kampung KB merupakan program yang diluncurkan untuk mengatasi stagnansi cakupan KB. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.

Penelitian dengan pendekatan studi *cross sectional* melibatkan 45 WUS di wilayah Kampung KB dan 45 WUS di wilayah non-Kampung KB di Kota Palu. Pemilihan sampel secara *purposive*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan chi-square dan uji regresi logistik berganda.

Proporsi kesertaan KB pada wilayah Kampung KB 55,6% sedangkan pada wilayah non-Kampung KB 40%. Determinan yang berhubungan secara signifikan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB diantaranya variabel umur ($p=0,023$ dan $p=0,001$), pendidikan ($p=0,015$ dan $p=0,033$), dukungan suami ($p=0,014$ dan $p=0,045$), jumlah anak ($p=0,025$ dan $p=0,046$), efek samping ($p=0,034$ dan $p=0,017$), jarak ke pelayanan KB ($p=0,012$ dan $p=0,005$), peran PLKB ($p=0,014$ dan $p=0,006$), pengetahuan ($p=0,014$ dan $p=0,004$), dan sikap ($p=0,002$ dan $p=0,009$). Determinan yang tidak berhubungan secara signifikan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB adalah variabel pendapatan ($p=1,00$ dan $p=0,377$).

Uji regresi logistik berganda menunjukkan pada wilayah Kampung KB variabel yang paling berhubungan dengan kesertaan KB yaitu dukungan suami (CI: 1,911-433,109, Exp B: 28,772, $p=0,015$). Pada wilayah non-Kampung KB variabel yang paling berhubungan dengan kesertaan KB yaitu jarak ke pelayanan KB (CI: 2,277-217,762, Exp B: 22,267, $p=0,008$).

Determinan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB adalah umur, pendidikan, dukungan suami, jumlah anak, efek samping, jarak ke pelayanan KB, peran PLKB, pengetahuan dan sikap. Peningkatan kesadaran dan peran aktif WUS pada kedua wilayah untuk menambah pengetahuan terkait kontrasepsi diharapkan untuk meningkatkan kesertaan KB.

Masni : Determinan Kesertaan KB, Kampung KB, dukungan suami, pelayanan KB, kesertaan KB.



ABSTRACT

NILAWATI. Determinants of family planning participation in the family planning community area and non-family planning community area palu city. (Supervised by **Masni** dan **Muhammad Basir**).

Family planning village is a program launched to overcome the stagnation of FP coverage. This study aims to determine the determinants of FP participation in the FP community area and non-FP community area in Palu City.

Research with a cross sectional study approach involving 45 women of reproductive age in the FP community area and 45 women of reproductive age in the non-FP community area in Palu City. Purposive sample selection. Data collection was carried out by interview using a questionnaire. Data analysis used chi-square and multiple logistic regression tests.

The proportion of FP in the FP community area is 55.6% while in the non-FP community area is 40%. Determinants that were significantly related to FP participation in booth area included age ($p=0.023$ and $p=0.001$), education ($p=0.015$ and $p=0.033$), husband support ($p=0.014$ and $p=0.045$), number of children ($p=0.025$ and $p=0.046$), side effects ($p=0.034$ and $p=0.017$), distance to FP services ($p=0.012$ and $p=0.005$), the role of FPFO ($p=0.014$ and $p=0.006$), knowledge ($p=0.014$ and $p=0.004$), and attitude ($p=0.002$ and $p=0.009$). Determinant that was not significantly related to FP participation in booth area was income variable ($p=1.00$ and $p=0.377$).

Multiple logistic regression tests showed in the FP community area, the variables most related to FP was husband support (CI:1,911-433,109, Exp B:28,772, $p=0.015$). In the non-FP community area the variables most closely related to FP participation was the distance to FP services (CI:2,277-217,762, Exp B:22,267, $p=0.008$).

Determinants of FP participation in the FP community area and non-FP community area are age, education, husband's support, number of children, side effects, distance to FP services, FPFO role, knowledge and attitude. Increasing awareness and active role of women of childbearing age in both regions to increase knowledge related to contraception is needed to increase FP participation.

Keywords: Determinant of family planning participation, family planning community area, husband's support, distance to FP services, family planning participation.



DAFTAR ISI

Halaman

PRAKATA.....	vi
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	xviii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
1. Tujuan Umum	9
2. Tujuan Khusus.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
1. Manfaat Institusi.....	10
2. Manfaat Ilmiah	10
3. Manfaat Praktis.....	11
4. Manfaat Bagi Masyarakat	11
BAB II	12
TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Tinjauan Umum.....	12
1. Program KB	12
2. Teori Perilaku	25
Program Kampung KB	32
Kerangka Teori.....	39
Kerangka Konsep.....	42



D. Hipotesis	44
BAB III	45
METODE PENELITIAN.....	45
A. Desain Penelitian	45
B. Waktu dan Tempat Penelitian	45
C. Populasi dan Sampel Penelitian	45
1. Populasi.....	45
2. Sampel	46
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	47
1. Variabel penelitian	47
2. Definisi operasional	47
E. Teknik Pengumpulan Data	50
1. Data Primer	50
2. Data Sekunder.....	50
F. Pengolahan Data	51
G. Analisis Data	51
1. Analisis Univariat	51
2. Analisis Bivariat	51
3. Analisis Multivariat	52
H. Kontrol Kualitas	52
I. Etika Penelitian	53
1. Lembar persetujuan.....	53
2. <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan).....	54
3. <i>Anonymity</i> (tanpa nama).....	54
J. Alur Penelitian	55
BAB IV	56
HASIL DAN PEMBAHASAN	56
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	56
B. Hasil Penelitian	57
1. Analisis Univariat	57
2. Analisis Bivariat	62



3. Analisis Multivariat	67
C. Pembahasan	69
D. Keterbatasan Penelitian	85
BAB V.....	86
KESIMPULAN DAN SARAN.....	86
A. Kesimpulan	86
B. Saran	88
1. Masyarakat.....	88
2. Tenaga Kesehatan	88
3. Peneliti Selanjutnya	89
DAFTAR PUSTAKA.....	90
LAMPIRAN	97



DAFTAR TABEL

No.	Tabel	Halaman
1	Distribusi frekuensi sosiodemografi responden pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	57
2	Distribusi responden berdasarkan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	58
3	Distribusi responden berdasarkan dukungan suami, pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	58
4	Distribusi responden berdasarkan jumlah anak pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	59
5	Distribusi responden berdasarkan efek samping pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	59
6	Distribusi responden berdasarkan jarak ke pelayanan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	60
7	Distribusi responden berdasarkan peran PLKB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	60
8	Distribusi responden berdasarkan pengetahuan pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	61
9	Distribusi responden berdasarkan sikap pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	61
10	Pengaruh umur dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	62
11	Pengaruh pendidikan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	62
12	Pengaruh pendapatan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	63
13	Pengaruh dukungan suami dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	64
	Pengaruh jumlah anak dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	64



15	Pengaruh efek samping dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	65
16	Pengaruh jarak ke pelayanan KB dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	65
17	Pengaruh peran PLKB dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	66
18	Pengaruh pengetahuan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	66
19	Pengaruh sikap dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	67
20	Analisis multivariat determinan kesertaan KB pada Wilayah Kampung KB dan Non-Kampung KB di Kota Palu tahun 2020	68



DAFTAR GAMBAR

No.	GAMBAR	Halaman
1	Model Penggarapan Kampung KB	35
2	Kerangka Teori	41
3	Kerangka Konsep	43
4	Bagan Alur Penelitian	55
5	Peta Kelurahan Besusu Barat	56



DAFTAR LAMPIRAN

	Lampiran
Formulir persetujuan dan kuesioner penelitian	1
Uji validitas dan reliabilitas kuesioner	2
Master tabel	3
Hasil SPSS	4
Dokumentasi penelitian	5
Surat izin peneliitian	6



DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

Istilah/ Singkatan	Kepanjangan/ Pengertian
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPS	Badan Pusat Statistik
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
FP	Family Planning
KB	Keluarga Berencana
KKBPK	Kependudukan KB dan Pembangunan Keluarga
LPP	Laju Pertumbuhan Penduduk
MKJP	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
OPD	Organisasi Perangkat Daerah
PKB	Penyuluh Keluarga Berencana
PLKB	Petugas Lapangan Keluarga Berencana
PUS	Pasangan Usia Subur
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDKI	Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SKAP	Survei Kinerja dan Akuntabilitas Pemerintah
TFR	Total Fertility Rate
WUS	Wanita Usia Subur



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penduduk Indonesia berjumlah 265 juta jiwa merupakan jumlah penduduk keempat terbesar di dunia setelah Cina, India dan Amerika Serikat. Diperkirakan penduduk Indonesia akan tumbuh dari populasi 260 juta menjadi 311 juta pada tahun 2045. Proyeksi ini didasarkan pada data dari laporan Statistik Indonesia (BPS) tahun 2018, Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional Bambang Brodjonegoro mengatakan bahwa untuk menghindari 311 juta orang, harus ada rata-rata dua anak per keluarga dan angka kematian bayi tiga persen per tahun (Hasnan, 2019).

Survei Badan Pusat Statistik menunjukkan laju pertumbuhan penduduk Indonesia mencapai 1,19% tahun 2017-2018. Potensi terjadinya bonus demografi di Indonesia, dimana jumlah penduduk usia kerja 2 kali dibandingkan jumlah penduduk dibawah 15 tahun dibentuk oleh pergeseran distribusi umur penduduk dan penurunan rasio ketergantungan akan penduduk muda (*youth dependency ratio*) (BPS, 2019).

Pada tahun 1970-an, Badan Kependudukan dan KB Nasional

) Indonesia diluncurkan untuk mengatasi ledakan populasi.

memiliki dua tujuan - untuk membentuk “keluarga kecil, sejahtera”



sebagai norma di Indonesia dan untuk mengurangi kesuburan melalui promosi alat kontrasepsi. Pada saat itu, Indonesia memiliki tingkat prevalensi kontrasepsi (CPR) lima persen dan tingkat kesuburan total (TFR) 5,6 (Hasnan, 2019).

BKKBN menjalankan program Keluarga Berencana (KB) yang merupakan bagian terpadu dalam program pembangunan nasional yang bertujuan untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang agar kesejahteraan ekonomi, spiritual, dan sosial budaya penduduk Indonesia dapat tercapai dengan Total Fertility Rate (TFR) 2,2. Laju pertumbuhan penduduk (LPP) Tahun 2000-2010 sebesar 1,49% meningkat dibandingkan dengan LPP periode tahun 1990-2000 yaitu 1,45%. LPP Tahun 2014 diharapkan menurun menjadi 1,1 %. Indeks Pertumbuhan Manusia urutan 124 dari 187 negara dan Total Fertility Rate (TFR) sebesar 2,6 masih jauh dari target yang diharapkan (Usman, 2017).

Program Kependudukan KB dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) merupakan program kebijakan pemerintah untuk menekan laju pertumbuhan Indonesia. Program KB merupakan upaya perencanaan kependudukan yang sangat strategis, komprehensif, dan fundamental untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan sejahtera dengan sasaran yang dititikberatkan pada Wanita Usia Subur (WUS) berumur 15-49 tahun (Angisna, 2018; Dinkes Kota Palu, 2016).

Salah satu rencana strategis BKKBN yang perlu diperhatikan berdasarkan Survei Kinerja dan Akuntabilitas Pemerintah (SKAP) 2018 yaitu



penurunan angka kelahiran total yang hampir mendekati target yaitu 2,38 per wanita usia subur (15-49 tahun) dari target 2018 2,31% (presentase capaian 97,1%). Selain itu penurunan laju pertumbuhan penduduk yang mencapai 1,39% dari target 2018 1,23%, penggunaan kontrasepsi modern yang baru mencapai 57% dari target 2018 sebesar 61,1% dan *unmet need* yang mencapai 12,4% dari target 2018 sebesar 10,14% (Ramadhan, 2019).

Target pencapaian KB aktif PUS dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2019 sebesar 66%. Namun menurut BKKBN, cakupan KB tahun 2017 hanya sebesar 63,22% dan tahun 2018 63,27% (Kemenkes RI, 2019).

Undang-undang nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga sebagai dasar pelaksanaan Program Kependudukan dan KB menekan kewenangan kepada BKKBN untuk tidak memfokuskan hanya pada masalah Pengendalian Penduduk saja namun masalah Pembangunan Keluarga juga harus mendapatkan perhatian. Karena itu, dalam rangka penguatan program KKBPK tahun 2015-2019, BKKBN diharapkan dapat menyusun suatu kegiatan yang dapat memperkuat upaya pencapaian target atau sasaran yang secara langsung bersentuhan dan memberikan manfaat kepada masyarakat (BKKBN, n.d.; Kemenkes RI, 2014).

Setoran program Kampung KB dilakukan BKKBN untuk menjawab tantangan tersebut. Program KKBPK dan program pembangunan lainnya



diharapkan dapat terlaksana secara terpadu dan bersamaan melalui program Kampung KB. Hal ini sesuai dengan amanat yang tertuang dalam Agenda Prioritas Pembangunan terutama agenda prioritas ke-3 yaitu “Memulai pembangunan dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan” (BKKBN, n.d.).

Kegiatan program KB pada wilayah non-Kampung KB dilaksanakan melalui pengaturan kehamilan, pembinaan kesertaan KB dan peningkatan kesejahteraan keluarga. Pembinaan keluarga meliputi bina keluarga lansia (BKL), bina keluarga remaja (BKR), pusat informasi dan konseling kesehatan reproduksi remaja (PIK R), dan pemberdayaan ekonomi keluarga melalui UPPKS. Pelaksanaan kegiatan program KB disertai Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) yaitu pemberian informasi melalui konseling dan pendampingan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, penyuluh, petugas lapangan KB, dan tenaga lain yang terlatih (PP RI No.87, 2014).

Pendidikan, kesehatan dan ekonomi merupakan beberapa contoh program pembangunan yang dipadukan dengan program KB dalam konsep Kampung KB yang desainnya berupa pengelolaan program KB dengan memberdayakan masyarakat sehingga prinsip pengelolaan kegiatannya dari, oleh dan untuk masyarakat tersebut. Penetapan wilayah Kampung KB sesuai kriteria utama yakni jumlah Pra-KS dan KS-1 (miskin) rata-rata Pra-KS dan KS-1, jumlah peserta KB belum cukup tinggi, wilayah termasuk wilayah padat penduduk serta kriteria program



KB dimana peserta KB Aktif dan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) lebih rendah dari capaian rata-rata tingkat desa/kelurahan serta tingkat *unmet need* lebih tinggi. Program Kampung KB ini berupaya mewujudkan keluarga sejahtera yang berkualitas (BKKBN, n.d.).

Peran Penyuluh KB (PKB) dan Petugas Lapangan KB (PLKB) diharapkan dapat meningkatkan KB aktif melalui penancangan program Kampung KB. Kualitas keluarga di Kampung KB perlu ditingkatkan oleh BKKBN dengan memberikan bimtek pada PKB, PLKB dan OPD KB agar mereka mengerti tujuan dan alur KKBPK (BKKBN, 2019).

Kampung KB mulai dicanangkan di Sulawesi Tengah pada tahun 2016 dengan total 15 kampung KB yang tersebar di ibukota dan kabupaten. Tahun 2017 bertambah 170 kampung KB, 2018 bertambah 162 kampung KB hingga di tahun 2019 total kampung KB di Sulawesi Tengah sebanyak 347, dengan 24 kampung KB berada di Kota Palu. Salah satu Kampung KB percontohan di Kota Palu berlokasi di Kelurahan Besusu Barat, yaitu Kampung KB Lorong Bakso (BKKBN, n.d.).

Pencanangan kampung KB diharapkan dapat meningkatkan perilaku ber-KB pada PUS di Kota Palu, Sulawesi Tengah, namun data cakupan KB aktif di Sulawesi Tengah tahun 2016 sebesar 59,7%, 2017 76,1% dan 2018 61,9% lebih rendah dari cakupan KB Indonesia yaitu 63,27%.

di Kota Palu, cakupan KB aktif pada tahun 2018 sebesar 61,9% (Dinkes Sulteng, 2018; Kemenkes RI, 2019).



Menurut Bertrand et al. (2001), penggunaan kontrasepsi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya : faktor sosial dan individu, nilai anak dan keinginan memilikinya, permintaan KB, faktor intermediate lain (umur menarchea, umur kawin, postpartum *infecundability*, fecundabilitas, anak lahir mati, aborsi disengaja), program pembangunan, faktor persediaan KB, output pelayanan (akses, kualitas pelayanan, *image*), dan pemanfaatan pelayanan.

Penelitian pengetahuan, sikap, dan praktek kontrasepsi di kalangan wanita menikah (usia reproduksi) di lingkungan terpilih di Kota Sub-Metropolitan Dharan oleh Thapa P et al (2018) menunjukkan hasil bahwa persentase skor rata-rata pengetahuan adalah 45,23%. Mayoritas (90,4%) responden memiliki sikap positif dan hanya (64,6%) yang menggunakan kontrasepsi. Pendidikan, pekerjaan dan pendapatan total keluarga dikaitkan dengan pengetahuan tentang kontrasepsi. Regresi logistik menunjukkan hubungan sikap yang signifikan dengan jarak ke pusat kesehatan terdekat, pendidikan dan kelompok umur sedangkan praktik menunjukkan hubungan yang signifikan dengan pendidikan, dorongan dari suami, partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan, jarak ke pusat kesehatan terdekat dan jenis keluarga. Korelasi positif ditemukan antara pengetahuan, sikap dan praktik kontrasepsi.

Ukegbu AU et al (2018) melakukan penelitian *cross sectional* untuk determinan penggunaan kontrasepsi di Nigeria. Usia rata-rata responden pada penelitian ini $25,05 \pm 5,33$ tahun. Kesadaran akan



kontrasepsi sangat tinggi (96,6%), tetapi hanya 12,5% yang berpengetahuan baik terkait kontrasepsi. Alasan utama tidak menggunakan kontrasepsi adalah takut akan efek samping yang terjadi (41,1%).

Berdasarkan studi kualitatif oleh Richardson *et al* (2016), hambatan berikut dimasukkan ke dalam pengembangan skala *self-efficacy*: kurangnya pengetahuan tentang dan ketersediaan metode, takut efek samping dan infertilitas, suami yang menentang keluarga berencana (dan kekhawatiran terkait masalah pernikahan dan pengabaian), tekanan dari mertua dan masyarakat, dan keyakinan bahwa menggunakan kontrasepsi adalah dosa.

Suatu penelitian determinan kesertaan KB di Ethiopia dilakukan oleh Gonie *et al* (2018) menunjukkan bahwa oposisi pasangan (suami) (38,8%), keyakinan agama (17,7%), kekhawatiran dan ketakutan akan efek samping (14,8%), dan jarak layanan keluarga berencana (5,9%) adalah alasan untuk tidak menggunakan metode kontrasepsi. Jumlah persalinan >7 kali (AOR=2,98; CI=1,91-6,10; P=0,000) dan jarak antar kelahiran <24 bulan pada anak terakhir (AOR=3,8; CI=13,41-21,61; P=0,003) secara signifikan terkait dengan pemanfaatan metode kontrasepsi.

Rahman dkk (2014) melakukan penelitian di Sulawesi Tengah, menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan uji statistik, pendidikan, status ekonomi dan pengetahuan yang berkaitan dengan perilaku ber-KB.



Penelitian lain oleh Septalia (2016) di Surabaya menunjukkan dukunganl suami (dukungan informasi) ($p=0,072$; $OR=0,201$), biaya ekonomi pemakaian kontrasepsi ($p=0,001$; $OR=16,46$), biaya efek samping ($p=0,004$; $OR=0,140$) dan biaya subyektif (hambatan norma budaya) ($p=0,115$; $OR=4,326$) berpengaruh signifikan terhadap penggunaan kontrasepsi.

Agus dkk (2019) melakukan penelitian di Jawa Tengah dengan hasil menunjukkan bahwa penggunaan metode KB modern pada wanita secara langsung dan positif dipengaruhi oleh paritas ≥ 4 , pendapatan keluarga tinggi, sikap positif, dan niat kuat. Norma subyektif dan tingkat pendidikan mempengaruhi secara tidak langsung wanita untuk menggunakan metode KB modern.

Penelitian lain terkait perilaku penggunaan kontrasepsi dilakukan oleh Rachmayani (2015) dengan hasil menunjukkan pada WUS di Sumatera Utara beberapa faktor yang berhubungan dengan perilaku ber-KB adalah umur, jumlah anak, tingkat kekayaan, pendidikan dan kunjungan ke fasilitas kesehatan dalam 6 bulan terakhir.

Penulis tertarik untuk meneliti determinan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu berdasarkan uraian diatas.



B. Rumusan Masalah

Apakah determinan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui determinan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan antara umur dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- b. Mengetahui hubungan antara pendidikan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- c. Mengetahui hubungan antara pendapatan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- d. Mengetahui hubungan antara dukungan suami dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- e. Mengetahui hubungan antara jumlah anak dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- f. Mengetahui hubungan antara efek samping dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.



- g. Mengetahui hubungan antara jarak ke pelayanan KB dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- h. Mengetahui hubungan antara peran PLKB dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- i. Mengetahui hubungan antara pengetahuan WUS dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- j. Mengetahui hubungan antara sikap WUS dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
- k. Mengetahui determinan yang paling berhubungan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan informasi bagi instansi Dinas PPKB, BKKBN, Dinas Kesehatan dan Walikota Palu dalam menentukan kebijakan untuk meningkatkan perilaku ber-KB melalui program Kampung KB.

2. Manfaat Ilmiah



Il penelitian ini diharapkan sebagai salah satu sumber pengembangan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan program Kampung KB untuk meningkatkan kesertaan ber-KB serta dapat

digunakan sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan Kampung KB dan determinan kesertaan ber-KB.

3. Manfaat Praktis

Sebagai bahan informasi, referensi dan evaluasi bagi Dinas PPKB, BKKBN, Dinas Kesehatan dan Walikota Palu terkait dengan program Kampung KB dan determinan kesertaan ber-KB di Kota Palu.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat khususnya PUS tentang program Kampung KB dan determinan kesertaan ber-KB.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum

1. Program KB

a. Definisi

Keluarga berencana (KB) didefinisikan sebagai usaha mengatur umur ideal persalinan, kehamilan, kelahiran dan jarak antar kehamilan untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas sesuai dengan hak reproduksi melalui promosi, perlindungan dan bantuan (BKKBN, 2015).

Program KB menggunakan alat kontrasepsi untuk mengatur kehamilan agar terwujud keluarga berkualitas dan sehat yang didukung dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga (Kemenkes RI, 2014).

b. Ruang lingkup program KB

Cakupan program KB diantaranya KIE (konseling, pendidikan seks, konsultasi genetik, konsultasi sebelum dan setelah perkawinan), pelayanan kontrasepsi, pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan infertilitas, dan adopsi (Hartanto, 2010).



c. Keuntungan penggunaan kontrasepsi

Promosi keluarga berencana dan memastikan akses ke metode kontrasepsi pilihan untuk wanita dan pasangan sangat penting untuk mengamankan kesejahteraan dan otonomi wanita, sambil mendukung kesehatan dan pengembangan masyarakat, adapun keuntungan penggunaan kontrasepsi antara lain (WHO, 2018) :

1. Mencegah risiko kesehatan terkait kehamilan pada wanita

Kesehatan dan kesejahteraan seorang wanita dipengaruhi oleh kemampuannya untuk menentukan kapan waktu yang tepat untuk kehamilannya. Pada wanita muda dan tua, KB berperan untuk menunda dan menjaga jarak kehamilan agar terhindar dari masalah kesehatan dan kematian akibat persalinan terlalu muda dan tua serta mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. KB memberi peluang bagi wanita untuk menentukan ukuran keluarganya dimana kematian ibu telah terbukti lebih beresiko pada wanita yang memiliki >4 anak. Sehingga dengan menurunkan angka kehamilan yang tidak diinginkan, KB juga mengurangi angka laborsi yang tidak aman (WHO, 2018).

2. Mengurangi kematian bayi

Bayi mempunyai resiko kematian yang tinggi dan kesehatan yang buruk jika ibunya meninggal saat melahirkannya. Di Dunia, kematian bayi tertinggi salah satunya disebabkan oleh kehamilan



dan kelahiran yang jaraknya singkat dan waktunya tidak tepat yang dapat dicegah dengan KB (WHO, 2018).

3. Membantu mencegah HIV / AIDS

Wanita yang terinfeksi HIV dapat diturunkan resiko kehamilan yang tidak diinginkan padanya dengan KB sehingga jumlah bayi yang terinfeksi juga berkurang. Selain melindungi dari kehamilan yang tidak diinginkan, metode kontrasepsi kondom pria maupun wanita juga melindungi IMS termasuk HIV (WHO, 2018).

4. Memberdayakan masyarakat dan meningkatkan pendidikan

Jumlah saudara kandung yang banyak dapat menurunkan lamanya waktu bersekolah karena ukuran keluarga yang besar menyebabkan kesulitan orangtua untuk berinvestasi lebih banyak pada tiap keturunannya. Bagi wanita, KB memberikan peluang untuk meraih pendidikan tambahan dan berpartisipasi dalam ranah publik. KB juga memberi kemungkinan pada pasangan memilih metode KB setelah mendapatkan penjelasan terkait reproduksi dan kesehatan seksualnya (WHO, 2018).

5. Mengurangi kehamilan remaja

Kecenderungan prematuritas dan bayi dengan berat badan lahir rendah terjadi pada kehamilan remaja. Kehamilan remaja juga menyebabkan lebih tingginya angka kematian neonatal.



Banyak efek jangka panjang yang harus dihadapi wanita yang hamil saat remaja baik sebagai bagian dari komunitas, keluarga maupun sebagai individu karena harus berhenti sekolah (WHO, 2018).

6. Memperlambat pertumbuhan populasi

Keluarga berencana adalah kunci untuk memperlambat pertumbuhan populasi yang tidak berkelanjutan dan dampak negatif yang dihasilkan pada ekonomi, lingkungan, dan upaya pembangunan nasional dan regional (WHO, 2018).

d. Macam-macam kontrasepsi

Metode kontrasepsi secara umum dibedakan menjadi dua, yaitu (WHO, 2018) :

Metode modern :

1.1 Pil kombinasi. Pil kombinasi mengandung hormon progesteron dan estrogen yang dapat menghambat ovulasi.

1.2 Pil progesteron (minipil). Hanya mengandung progesteron. Dapat dikonsumsi saat menyusui.

1.3 Implan. Merupakan batang atau kapsul kecil yang lentur diletakkan di bawah kulit lengan atas; hanya mengandung progesteron. Dapat digunakan selama 3-5 tahun.

4 Suntikan progesterone. Diinjeksikan pada otot atau di bawah kulit setiap 2 atau 3 bulan, tergantung produk yang digunakan.



- 1.5 Suntik kombinasi atau suntikan bulanan. Mengandung estrogen dan progesteron yang disuntikkan ke otot. Bekerja dengan menghambat ovulasi.
- 1.6 IUD merupakan perangkat fleksibel plastik kecil yang berisi selongsong tembaga atau kawat yang dimasukkan ke dalam rahim. Komponen tembaga merusak sperma dan mencegahnya bertemu telur, juga dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.
- 1.7 Kondom pria. Sarung yang dipasang saat penis ereksi, sehingga terdapat penghalang yang mencegah pertemuan sperma dan ovum yang sekaligus menjadi pelindung dari IMS termasuk HIV.
- 1.8 Kondom wanita. Membentuk penghalang untuk mencegah sperma dan telur bertemu yang juga memiliki fungsi proteksi terhadap IMS.
- 1.9 Metode operasi pria/vasektomi. Merupakan metode KB permanen yang dilakukan dengan memotong jaringan *vas deferens* yang berfungsi sebagai saluran lewatnya sperma dari testis.
- 1.10 Metode operasi wanita/ligasi tuba. Merupakan metode KB permanen dengan memotong *tuba falopii* yang berfungsi sebagai saluran lewatnya ovum dari ovarium (E, 2017).



1.11 Metode amenore laktasi (MAL). Metode KB sementara pada ibu yang pendarahan bulanannya belum kembali; membutuhkan pemberian ASI eksklusif untuk bayi berusia kurang dari 6 bulan. Mencegah ovulasi.

1.12 Pil kontrasepsi darurat. Diminum sampai 5 hari setelah berhubungan intim tanpa kontrasepsi untuk mencegah kehamilan.

1.13 Metode suhu basal tubuh. Selama masa subur tidak berhubungan intim tanpa kontrasepsi untuk mencegah konsepsi. Jika suhu basal tubuh telah meningkat dan tetap lebih tinggi selama 3 hari penuh, ovulasi telah terjadi dan masa subur telah berlalu. Seks dapat dilanjutkan pada hari ke-4 sampai pendarahan bulanan berikutnya.

Metode tradisional :

1.1 Metode kalender. Pola siklus haid dipantau selama 6 bulan untuk menentukan hari subur. Menghindari hubungan seks tanpa kontrasepsi selama hari subur pertama dan terakhir yang diperkirakan, dengan abstain atau menggunakan kondom.

1.2 Coitus interruptus. Pria berejakulasi di luar vagina. Salah satu metode yang paling tidak efektif, karena waktu penarikan yang tepat seringkali sulit untuk ditentukan, yang mengarah pada risiko ejakulasi saat berada di dalam vagina.



e. Determinan Kesertaan KB

Menurut Bertrand faktor-faktor yang mempengaruhi pemakaian kontrasepsi, antara lain : faktor sosial dan individu, nilai anak dan keinginan memilikinya, permintaan KB, faktor intermediate lain (umur menarchea, umur kawin, postpartum *infecundability*, fecundabilitas, anak lahir mati, aborsi disengaja), program pembangunan, faktor persediaan KB, output pelayanan (akses, kualitas pelayanan, *image*), dan pemanfaatan pelayanan (Bertrand et al., 2001).

Faktor internal maupun eksternal dapat mempengaruhi kesertaan KB. Berikut ini akan dijabarkan beberapa determinan kesertaan KB berdasarkan hasil penelitian terdahulu.

1. Umur

Data epidemiologi menunjukkan peningkatan resiko kehamilan dan persalinan pada ibu dan bayi yang hamil saat berusia <20 tahun, resiko terendah usia 20-35 tahun kemudian meningkat pada usia >35 tahun. Berdasarkan data tersebut masa kehamilan dibagi dalam 3 periode dimana pilihan metode KB sebaiknya disesuaikan dengan periode tersebut, yaitu umur reproduksi muda (15-19), umur reproduksi sehat (20-35) dan umur reproduksi tua (36-45).

Penelitian yang dilakukan oleh Rachmayani (2015) menunjukkan bahwa pengguna KB sebagian besar berusia > 35



tahun (80,9%), terdapat hubungan signifikan dengan perilaku penggunaan kontrasepsi.

Penelitian lainnya menunjukkan persentase yang paling besar adalah responden pengguna non MKJP berumur 20-30 tahun sebesar 33,3%, sedangkan responden pengguna MKJP persentase lebih besar berumur >30 tahun sebesar 29,8%. Uji logistik pengaruh umur responden dengan rendahnya keikutsertaan PUS menggunakan MKJP menunjukkan nilai $p=0,005 < \alpha= 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh umur responden dengan rendahnya keikutsertaan PUS menggunakan MKJP (Dewi dkk, 2014).

2. Pendidikan

Menurut Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan Negara (UU RI No 20, 2003).

Tingkat atau jenjang pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemampuan yang



dikembangkan. Jenjang pendidikan terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi (UU RI No 20, 2003).

Penelitian Rachmayani (2015) menunjukkan hubungan signifikan tingkat pendidikan dengan perilaku penggunaan kontrasepsi. Dimana WUS yang tidak sekolah berpeluang 0,651 kali menggunakan kontrasepsi dibandingkan dengan WUS yang tingkat pendidikannya tinggi. WUS dengan pendidikan rendah berpeluang 1,536 kali dibandingkan dengan WUS berpendidikan tinggi dan WUS dengan tingkat pendidikan menengah berpeluang 1,829 kali dibandingkan dengan WUS berpendidikan tinggi.

Penelitian oleh Dewi dkk (2014) menyimpulkan tingkat pendidikan berpengaruh terhadap rendahnya penggunaan MKJP tampak dari uji logistik dengan hasil $p=0,015$.

Mahmudah dkk (2015) melakukan penelitian dengan hasil terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemilihan MKJP ($\text{sig}=0,015$). Kemudian dilakukan uji estimasi resiko yang mendapatkan nilai rasio prevalensi 1,493 yang berarti responden berpendidikan SMA sederajat dan SMP sederajat berpeluang memilih KB non-MKJP sebesar 1,493 kali lebih besar dibanding responden berpendidikan PT.



3. Pendapatan

Pendapatan/penghasilan merupakan setiap tambahan kemampuan ekonomis yang diterima atau diperoleh Wajib Pajak, baik yang berasal dari Indonesia maupun dari luar Indonesia, yang dapat dipakai untuk konsumsi atau untuk menambah kekayaan Wajib Pajak (UU RI No 36, 2008).

Beberapa penelitian menunjukkan hubungan pendapatan dengan kesertaan KB, diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Teferra *et al* (2015) yang menunjukkan bahwa wanita dengan pendapatan keluarga yang tinggi memiliki peluang 4,8 kali menggunakan MKJP dibandingkan dengan wanita yang memiliki pendapatan keluarga rendah.

4. Jarak ke Pelayanan KB

Tempat pelayanan KB dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Pada penelitian yang dilakukan oleh Anggraeni (2015) diperoleh hasil bahwa akseptor KB yang memanfaatkan tempat pelayanan KB di swasta mencegah penggunaan MKJP sebesar 0,084 kali dibandingkan dengan akseptor yang memanfaatkan tempat pelayanan KB pemerintah. Efek protektif yang didapat pada penelitian ini karena pengguna KB non MKJP sebagian besar memanfaatkan pelayanan bidan swasta dibandingkan puskesmas. Hal ini juga



dapat disebabkan oleh jarak pelayanan bidan swasta yang lebih dekat daripada puskesmas.

Penelitian oleh Thapa P *et al* (2018) menunjukkan ada hubungan antara jarak pusat pelayanan kesehatan dari rumah ($p < 0,001$) dengan sikap responden terhadap kontrasepsi. Responden yang memiliki jarak yang lebih dekat ke pusat kesehatan dari rumah meningkatkan kemungkinan memiliki sikap positif.

5. Dukungan suami

Menurut Friedman (2008) dukungan suami dianggap melemahkan dampak stress dan secara langsung memperkuat kesehatan mental individu dalam keluarga. Keberadaan dukungan suami yang adekuat terbukti berhubungan dengan status kesehatan yaitu timbulnya suatu motivasi bagi istri yang mengarah pada perilaku tertentu. Bentuk dukungan suami dapat berupa persetujuan suami pada istri untuk menggunakan kontrasepsi.

Penelitian oleh Thapa P *et al* (2018) menunjukkan wanita yang mendapat dukungan dan dorongan dari suami mereka mengenai penggunaan kontrasepsi juga lebih cenderung menjadi pengguna kontrasepsi.



6. Jumlah anak

BKKBN menjelaskan jumlah anak hidup yang dimiliki, mempengaruhi PUS dalam menentukan penggunaan kontrasepsi. Ada korelasi antara jumlah anak dengan perilaku ber-KB, dimana jumlah anak ≥ 5 lebih mungkin ber-KB dibandingkan WUS yang belum punya anak (Rachmayani, 2015).

Penelitian Teferra *et al* (2015) menemukan hubungan yang signifikan total anak hidup dengan pemakaian KB. Ibu dengan >4 anak punya peluang 5,8 kali memakai KB dibandingkan ibu yang tidak punya anak.

7. Efek samping

Faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi antara lain pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan kontrasepsi yang kurang serta kecemasan pada efek samping akibat penggunaan alat kontrasepsi (Bongaarst, 2006).

Riset Thapa P *et al* (2018) memperoleh hasil secara signifikan efek samping berkorelasi dengan pemakaian KB.

8. Penyuluh/Petugas Lapangan KB

Tugas utama dari Penyuluh KB (PKB) atau Petugas Lapangan KB (PLKB) adalah mempertahankan pencapaian angka kesertaan KB yang tinggi dan mengendalikan angka kelahiran penduduk di wilayah binaannya. Peran PKB atau PLKB



memotivasi, membina dan meningkatkan akseptor KB; menjaga hubungan komunikasi dengan keluarga binaan serta menentukan angka kesertaan ber-KB yang tinggi berdampak pada penurunan angka kelahiran (BKKBN, 2019).

Riset yang dilakukan oleh Nazilah (2012) memperlihatkan kunjungan petugas KB berhubungan signifikan dengan kesertaan KB.

f. Penelitian terkait kontrasepsi

Ewerling *et al* (2018) melakukan studi yang menunjukan subkelompok yang mempunyai cakupan rendah (KB metode modern < 20%) diidentifikasi berdasarkan status marital, kekayaan, usia, pendidikan, melek huruf, area pemukiman (kota/desa), area geografis dan agama. Secara keseluruhan, hanya 52,9% wanita dengan permintaan keluarga berencana menggunakan metode kontrasepsi modern, tetapi cakupannya sangat bervariasi. Afrika Barat & Tengah menunjukkan cakupan terendah (rata-rata 32,9% KB metode modern), sedangkan Asia Selatan dan Amerika Latin & Karibia memiliki cakupan tertinggi (sekitar 70% rata-rata KB metode modern). Beberapa negara menunjukkan ketergantungan yang tinggi pada metode kontrasepsi tradisional, terutama yang berasal dari Eropa Tengah dan Timur, dan Persemakmuran Negara-Negara Merdeka (CEE & CIS). Albania, Azerbaijan, Benin, Chad and Republik Demokratik Kongo menyajikan cakupan KB metode



modern yang rendah (<20%). Negara-negara lain memiliki KB metode modern di atas 20% di tingkat negara, namun di banyak negara cakupan KB metode modern rendah di antara perempuan di kuintil miskin, dalam kelompok usia termuda, dengan sedikit pendidikan dan tinggal di daerah pedesaan. Cakupan menurut status marital sangat bervariasi: di Asia & Pasifik dan Amerika Latin & Karibia KB metode modern lebih tinggi di antara wanita yang sudah menikah; sebaliknya ditemukan di negara-negara Afrika Barat & Tengah dan CEE & CIS.

Penelitian terkait kesertaan KB di Indonesia juga dilakukan di provinsi Jawa Timur oleh Triyanto dkk (2018). Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang mempengaruhi penggunaan MKJP ialah usia WUS, tingkat pendidikan, pekerjaan, sumber layanan keluarga berencana, dan daerah tempat tinggal.

2. Teori Perilaku

a. Definisi Perilaku

Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi sangat luas. Benyamin Bloom (1908) dikutip Notoatmodjo S. (2012) seorang ahli psikologi pendidikan membedakan adanya tiga area, wilayah, ranah atau domain perilaku, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Perilaku merupakan bentuk reaksi kejiwaan seseorang pada



lingkungan, yang bentuknya bervariasi, namun dibagi dalam 2 bentuk, yaitu pasif dan aktif. Sikap dan tindakan mencerminkan perilaku, akan tetapi perilaku dapat pula bersifat potensial misalnya berupa pengetahuan, dorongan dan persepsi.

b. Domain Perilaku

Menurut Bloom dalam Notoadmodjo (2013), ada tiga domain perilaku manusia yaitu ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotor. Dalam perkembangan selanjutnya, oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain tersebut diukur dari; pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan praktik/tindakan (*practice*).

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Overt Behavior) (Notoadmodjo, 2013).

Menurut Benjamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo S. (2012), pengetahuan adalah salah satu komponen proses belajar dari kognitif. Pengetahuan mempunyai 6 tingkat yaitu : tahu



(*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*).

2. Sikap

Newcomb, salah seseorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa, sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoadmodjo, 2013).

Ahmadi dkk (2004) membagi sikap jadi 2, yaitu positif dan negatif. Sikap positif berupa penerimaan ketentuan-ketentuan yang berlaku di lingkungannya sedangkan sikap negatif berupa penolakan ketentuan-ketentuan yang berlaku di lingkungannya.

Sikap yang dikemukakan oleh Notoadmodjo (2013) terdiri dari berbagai tingkatan antara lain: menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*).

3. Tindakan

Tindakan mempunyai 4 tahap, yakni persepsi, respon terpimpin, mekanisme dan adopsi. Faktor/kondisi yang mendukung dibutuhkan untuk mendorong sikap menjadi tindakan/perbuatan nyata (Priyoto, 2015).



c. Teori perubahan perilaku

1. Teori Lawrence Green

Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam Notoadmodjo (2013), yang menganalisis perilaku manusia dalam kesehatan, bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yakni :

1.1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) merupakan faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya. Kepercayaan, tradisi, sistem, dan nilai di masyarakat setempat juga menjadi mempermudah (positif) atau mempersulit (negatif) terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

1.2. Faktor pendukung (*enabling factor*) merupakan faktor yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Faktor ini terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas kesehatan. Pengetahuan dan sikap belum menjamin terjadinya perilaku, maka masih diperlukan sarana atau fasilitas untuk memungkinkan atau mendukung perilaku



tersebut. Dari segi kesehatan masyarakat, agar masyarakat mempunyai perilaku sehat harus terakses sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan.

1.3. Faktor penguat/pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terbentuknya perilaku seseorang atau masyarakat. Tokoh masyarakat merupakan faktor penguat bagi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Disamping tokoh masyarakat, peraturan, undang-undang, surat keputusan dari para pejabat pemerintahan pusat atau daerah yang terkait dengan kesehatan, merupakan faktor penguat perilaku.

2. Teori Bertrand

Menurut Bertrand *et al* (2001) faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi adalah sebagai berikut:

2.1. Faktor sosio-demografi

Penerimaan KB lebih banyak pada mereka yang memiliki standar hidup yang lebih tinggi. Indikator status sosio-ekonomi termasuk pendidikan yang dicapai, pendapatan keluarga dan status pekerjaan, juga jenis



rumah, gizi (di Negara sedang berkembang) dan pengukuran pendapatan tidak langsung lainnya.

Beberapa faktor demografi tertentu juga mempengaruhi penerimaan keluarga berencana di beberapa Negara. Sebagai contoh, di banyak Negara berkembang, penggunaan kontrasepsi lebih banyak pada wanita yang berumur akhir 20-30an yang sudah memiliki anak 3 atau lebih. Beberapa faktor sosial lainnya yang juga mempengaruhi adalah suku dan agama.

2.2. Faktor sosio-psikologi

Sikap dan keyakinan merupakan kunci penerimaan KB. Banyak sikap yang dapat menghalangi KB. Beberapa faktor sosio-psikologi yang penting antara lain adalah ukuran keluarga ideal, pentingnya nilai anak laki-laki, sikap terhadap KB, komunikasi suami-istri, persepsi terhadap kematian anak.

2.3. Faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan

Program komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) merupakan salah satu faktor praktis yang dapat diukur bila pelayanan KB tidak tersedia. Beberapa faktor yang berhubungan dengan pelayanan KB, antara lain keterlibatan dalam kegiatan yang berhubungan dengan KB,



pengetahuan tentang sumber kontrasepsi, jarak ke pusat pelayanan dan keterlibatan dengan media massa.

d. Penelitian terkait perilaku

Putri (2018) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh sikap, norma subjektif, kontrol perilaku terhadap niat mengikuti program Keluarga Berencana (KB) dengan menggunakan *Theory Of Planned Behaviour*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap, norma subjektif, kontrol perilaku; berpengaruh positif terhadap niat berobat serta dampaknya positif terhadap perilaku ber-KB.

Penelitian oleh Mustafa dkk (2015) menyajikan temuan penilaian kualitatif yang bertujuan mengeksplorasi pengetahuan, sikap, dan praktik mengenai keluarga berencana dan faktor-faktor yang memengaruhi kebutuhan dan penggunaan kontrasepsi modern. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa mayoritas tahu tentang beberapa metode kontrasepsi modern, tetapi keseluruhan penggunaan kontrasepsi sangat rendah. Alasan untuk tidak menggunakan kontrasepsi modern termasuk ukuran keluarga yang tidak lengkap, persepsi negatif, ketidaksetujuan mertua, masalah agama, efek samping, dan kurangnya akses ke layanan berkualitas. Mayoritas memilih fasilitas swasta daripada fasilitas kesehatan pemerintah.



3. Program Kampung KB

a. Definisi Kampung KB

Kampung KB merupakan salah satu program baru pemerintah dalam mengatasi masalah kependudukan, terutama di wilayah-wilayah yang jarang terjangkau oleh pandangan pemerintah. Kampung KB, kedepannya akan menjadi ikon program kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga (KKBPK). Prinsip Program KKBPK ialah untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera dengan melaksanakan delapan fungsi keluarga, yaitu (1) fungsi keagamaan, (2) fungsi sosial budaya, (3) fungsi cinta kasih, (4) fungsi perlindungan, (5) fungsi reproduksi, (6) fungsi sosialisasi dan pendidikan, (7) fungsi ekonomi dan (8) fungsi pembinaan lingkungan. Penerapan fungsi keluarga ini membantu keluarga lebih bahagia dan sejahtera, terbebas dari kemiskinan, kebodohan dan keterbelakangan (Kemenkes RI, 2017).

Kampung KB merupakan satuan wilayah setingkat RW, dusun atau setara yang memiliki kriteria tertentu dimana terdapat keterpaduan program KKBPK yang dilakukan secara sistemik dan sistematis (BKKBN, 2015).

b. Manfaat Kampung KB



Manfaat Kampung KB selain bisa mengentaskan kemiskinan, ga mendekatkan pembangunan kepada masyarakat. Program ini

melibatkan semua sektor pembangunan. Dengan kata lain, Kampung KB tak hanya berbicara soal membatasi ledakan penduduk, tapi juga memberdayakan potensi masyarakat agar berperan nyata dalam pembangunan. Manfaat lain adalah membangun masyarakat berbasis keluarga, menyejahterakan masyarakat, serta memenuhi kebutuhan masyarakat melalui pelaksanaan integrasi program lintas sektor. Pembangunan lintas sektor dan kemitraan melibatkan peran berbagai pihak seperti swasta, provider, dan pemangku kepentingan lainnya (BKKBN, n.d.; Kemenkes RI, 2017).

c. Tujuan Kampung KB

Secara umum, tujuan dibentuknya Kampung KB ini adalah untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat di tingkat kampung atau yang setara melalui program KKBPK serta pembangunan sektor terkait lainnya dalam rangka mewujudkan keluarga kecil berkualitas. Sedangkan secara khusus, tujuan Kampung KB ini dibentuk ialah (BKKBN, 2015) :

1. Meningkatkan peran pemerintah, pemerintah daerah, lembaga non pemerintah dan swasta dalam memfasilitasi, pendampingan dan pembinaan masyarakat untuk menyelenggarakan program kependudukan, keluarga berencana, pembangunan keluarga dan pembangunan sektor terkait;



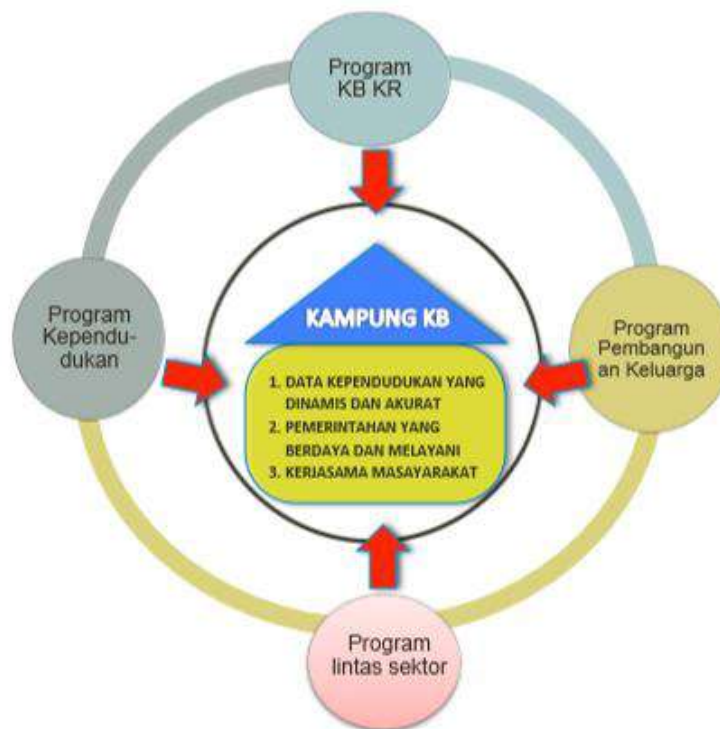
2. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pembangunan berwawasan kependudukan;
3. Meningkatkan jumlah peserta KB aktif modern;
4. Meningkatkan ketahanan keluarga melalui program Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL), dan Pusat Informasi dan Konseling (PIK) Remaja;
5. Meningkatkan pemberdayaan keluarga melalui Kelompok UPPKS;
6. Menurunkan angka Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT);
7. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
8. Meningkatkan rata-rata lama sekolah penduduk usia sekolah;
9. Meningkatkan sarana dan prasarana pembangunan kampung;
10. Meningkatkan sanitasi dan lingkungan kampung yang sehat dan bersih;
11. Meningkatkan kualitas keimanan para remaja/mahasiswa dalam kegiatan keagamaan (pesantren, kelompok ibadah/kelompok doa/ceramah keagamaan) di kelompok PIK KRR/remaja;
12. Meningkatkan rasa kebangsaan dan cinta tanah air para remaja/mahasiswa dalam kegiatan sosial budaya (festival seni dan budaya, dan lain-lain) di kelompok PIK KRR/mahasiswa dan seterusnya (BKKBN, 2015).



d. Syarat Pembentukan Kampung KB

Ketersediaan data penduduk, dukungan dan komitmen Pemda, dan partisipasi masyarakat secara aktif merupakan hal penting untuk mempertimbangkan pembentukan Kampung KB di suatu wilayah (BKKBN, n.d.).

e. Model penggarapan Kampung KB :



Gambar 1. Model Penggarapan Kampung KB (BKKBN, 2015)

f. Kriteria Pemilihan Wilayah Kampung KB

Kriteria yang dipakai dalam memilih atau menentukan wilayah

yang akan dijadikan lokasi Kampung KB, yaitu (Angisna, 2018; BKKBN, n.d.) :



1. Kriteria utama : yang mencakup dua hal, yaitu : (1) Jumlah Keluarga Pra Sejahtera dan KS 1 (miskin) di atas rata-rata Pra Sejahtera dan KS 1 tingkat desa/kelurahan di mana kampung tersebut berada, (2) jumlah peserta KB di bawah rata-rata pencapaian peserta KB tingkat desa/kelurahan di mana kampung KB tersebut berlokasi.
2. Kriteria wilayah : yang mencakup 10 kategori wilayah (dipilih salah satu), yaitu: (1) Kumuh, (2) Pesisir, (3) Daerah Aliran Sungai (DAS), (4) Bantaran Kereta Api, (5) Kawasan Miskin (termasuk Miskin Perkotaan), (6) Terpencil, (7) Perbatasan, (8) Kawasan Industri, (9) Kawasan Wisata, (10) Padat Penduduk. Selanjutnya dalam menentukan kriteria wilayah yang akan dijadikan sebagai lokasi pembentukan Kampung KB dapat dipilih satu atau lebih dari sepuluh kriteria yang ada.
3. Kriteria Khusus: yang mencakup 5 hal, yaitu: (1) kriteria data di mana setiap RT/RW memiliki Data dan Peta Keluarga, (2) kriteria kependudukan di mana angka partisipasi penduduk usia sekolah rendah, (3) kriteria program KB di mana peserta KB Aktif dan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) lebih rendah dari capaian rata-rata tingkat desa/kelurahan serta tingkat *unmet need* lebih tinggi dari rata-rata tingkat desa/kelurahan, (4) kriteria program pembangunan keluarga di mana partisipasi keluarga dalam pembinaan ketahanan keluarga, pemberdayaan ekonomi



dan partisipasi remaja dalam kegiatan GenRe melalui PIK-R masih rendah, (5) kriteria program pembangunan sektor terkait yang mencakup setidaknya empat bidang, yakni kesehatan, ekonomi, pendidikan, pemukiman dan lingkungan, dan masih bisa ditambah dengan program lainnya sesuai dengan perkembangan.

g. Ruang lingkup kegiatan Kampung KB

Ruang lingkup pelaksanaan kegiatan di Kampung KB meliputi :

1. Kependudukan;
2. Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi;
3. Ketahanan Keluarga dan Pemberdayaan Keluarga (Pembangunan Keluarga)
4. Kegiatan Lintas Sektor (Bidang Pemukiman, Sosial Ekonomi, Kesehatan, Pendidikan, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, dan sebagainya–disesuaikan dengan kebutuhan wilayah Kampung KB)

h. Perbedaan Kampung KB dan Non-Kampung KB

Program KB BKKBN meliputi pemberdayaan dan ketahanan keluarga melalui program Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL) dan UPPKS.

Program ini dilaksanakan diseluruh Indonesia (Non-Kampung KB). Dengan terjadinya stagnansi cakupan KB maka BKKBN



meluncurkan program Kampung KB dimana wilayah yang dipilih harus memenuhi syarat tertentu, diantaranya wilayah dengan cakupan KB terendah di suatu kelurahan. Program Kampung KB ini melibatkan semua sektor pembangunan. Dengan kata lain, Kampung KB bertujuan tidak hanya membatasi ledakan penduduk, tapi juga memberdayakan potensi masyarakat agar berperan nyata dalam pembangunan (BKKBN, 2015).

Sama halnya dengan wilayah Non-Kampung KB, Kampung KB juga menjalankan program Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL) dan UPPKS namun ditambah dengan program lintas sektor lainnya. Rendahnya cakupan KB pada wilayah yang dipilih sebagai Kampung KB dan gencarnya peluncuran program ini dapat menyebabkan penurunan pembinaan peserta KB di wilayah Non-Kampung KB, yang dapat berakibat menurunnya jumlah peserta KB karena perhatian seluruh perangkat BKKBN di daerah dikerahkan pada Kampung KB.

i. Penelitian terkait Kampung KB

Penelitian yang dilakukan oleh Zultha (2017) di Kelurahan Kota Karang Raya memperoleh hasil 3 indikator pencapaian program yaitu komunikasi, struktur dan disposisi birokrasi telah tercapai dengan baik. Indikator yang belum tercapai adalah sumberdaya akibat kurangnya fasilitas yang memadai. Pelaksanaan program kampung KB di Kelurahan Kota Karang Raya menemui beberapa



penghambat yaitu anggaran yang tidak cukup, serta masyarakat yang kurang aktif berpartisipasi.

Putriani (2018) melakukan penelitian *cross sectional* di wilayah Kampung KB Kecamatan Panakukkang Kota Makassar dengan hasil terdapat hubungan antara dukungan suami, pengetahuan dan sikap dengan pemakaian alat KB.

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Hidayah dkk (2018) menunjukkan bahwa dari empat indikator program, dua di antaranya telah dicapai dengan baik karena program Kampung KB telah dilaksanakan dengan maksimal, indikator yang tercapai adalah disposisi dan struktur birokrasi. Namun indikator sumber daya tidak memenuhi persyaratan karena fasilitas yang tidak memadai. Di antara kendala dalam pelaksanaan program Kampung KB adalah komunikasi dari pemerintah daerah tidak dapat menyatukan instansi terkait, yaitu populasi dan layanan kesehatan, pendanaan yang kurang dan masyarakat yang kurang aktif berperan di RW 10 Desa Margadana (FKM Unhas, 2018).

B. Kerangka Teori

Variabel independen teridentifikasi melalui uraian dalam tinjauan pustaka yang meliputi umur, pendidikan, pendapatan, dukungan suami, anak, efek samping, jarak ke pelayanan KB, peran PLKB, pengetahuan dan sikap. Sedangkan variabel dependen yaitu kesertaan

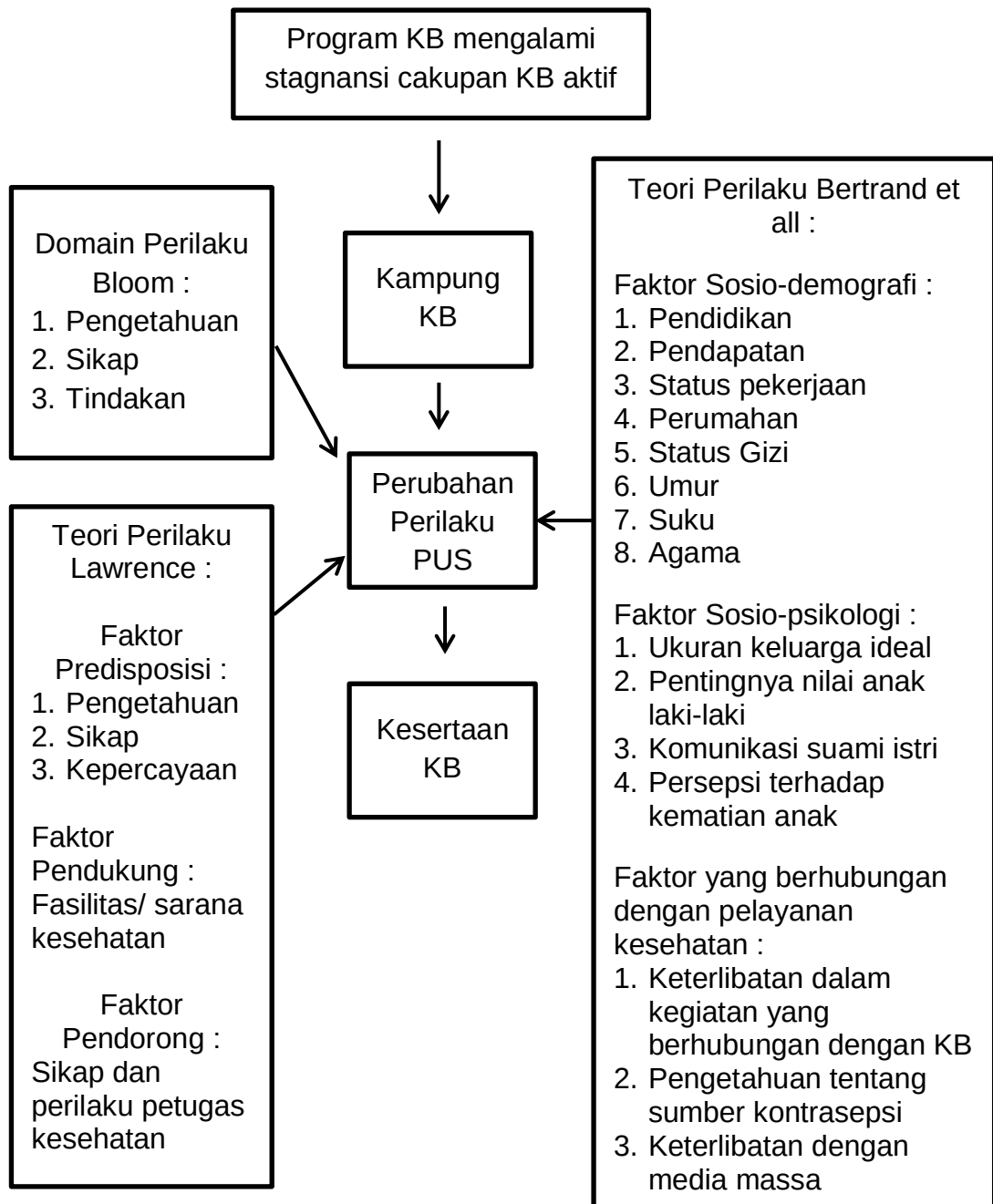


KB di wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB. Kampung KB adalah area yang dipilih berdasarkan syarat tertentu yang setingkat RW atau yang setara dengan perpaduan program KKBPK didalamnya. Diharapkan dengan pencanangan Kampung KB akan meningkatkan cakupan KB aktif di Indonesia.

Berdasarkan teori Green, faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong merupakan faktor yang berpengaruh pada perilaku manusia. Jika dihubungkan dengan perilaku ber-KB pada PUS, maka pengetahuan, sikap, kepercayaan dan nilai-nilai tentang KB termasuk faktor predisposisi. Ketersediaan sarana fasilitas kesehatan termasuk faktor pendukung. Dan perilaku tenaga kesehatan sebagai contoh perilaku masyarakat termasuk faktor pendorong.

Pengetahuan, sikap dan tindakan merupakan domain perilaku dalam masyarakat. Informasi yang diperoleh dari mengindera suatu obyek disebut sebagai pengetahuan yang lebih banyak didapatkan lewat mata dan telinga. Tindakan individu dibentuk oleh peranan penting domain kognitif atau pengetahuan. Sedangkan respon tertutup pada suatu obyek atau stimulant dikenali sebagai sikap yang berbentuk suatu predisposisi tindakan. Proses yang dilalui dalam berperilaku dimulai dengan mengetahui obyek atau stimulant kesehatan selanjutnya diberi penilaian yang setelah itu diharapkan dapat dilakukan atau dipraktikkan (Priyoto,





Gambar 2. Kerangka Teori

ber : Modifikasi teori Lawrence Green (1984), teori Bloom dalam modjo 2003, teori Bertrand, teori perilaku kesehatan dari Priyoto dan Juknis Kampung KB



C. Kerangka Konsep

Dasar pemikiran variabel yang diteliti :

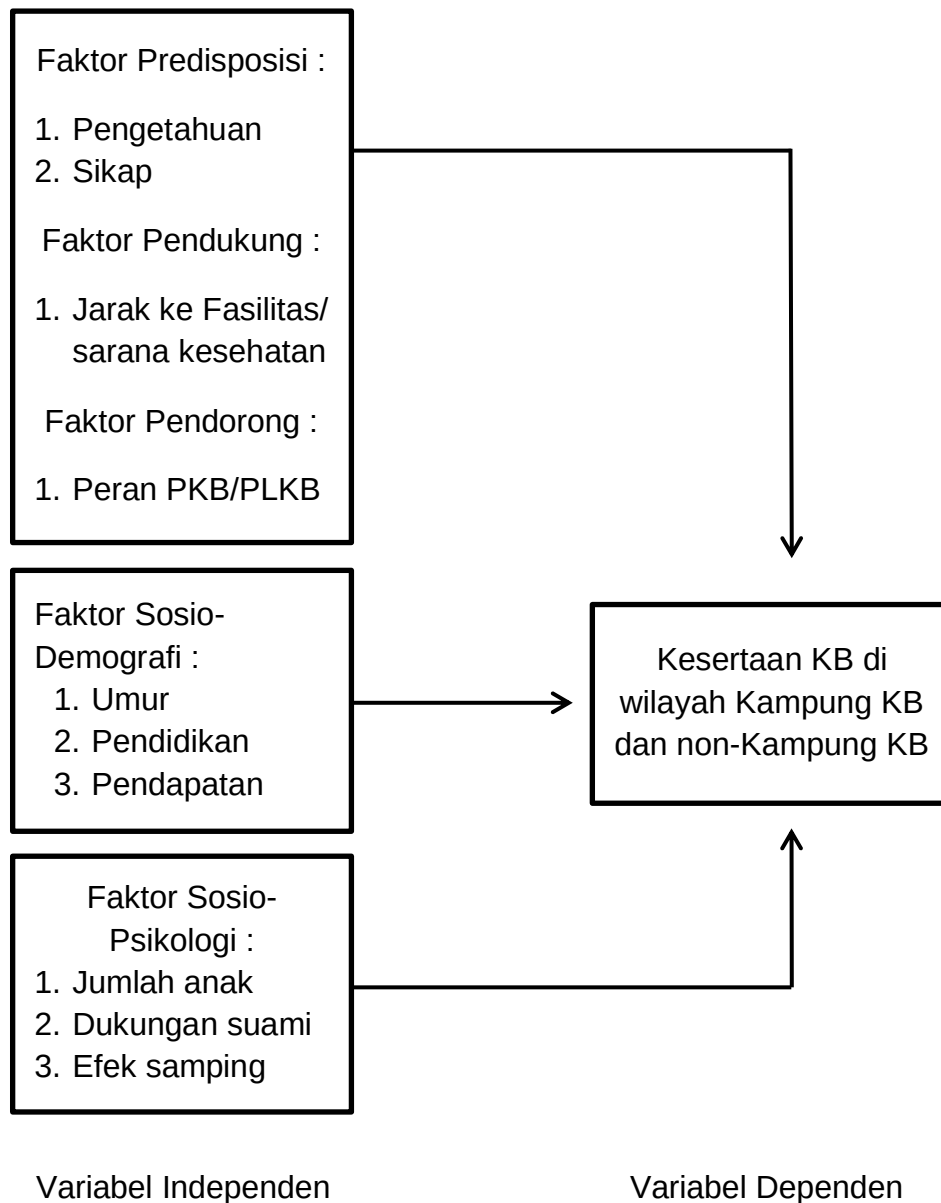
1. Variabel Independen : umur, pendidikan, pendapatan, dukungan suami, jumlah anak, efek samping, jarak ke pelayanan KB, peran PLKB, pengetahuan dan sikap.

Perilaku ber-KB PUS meliputi pengetahuan dan sikap terkait penggunaan kontrasepsi oleh PUS. Perilaku ber-KB dan peran penyuluh KB sebagai lini terdepan program KB diharapkan dapat meningkatkan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.

2. Variabel Dependen : kesertaan KB di wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB.

Pemerintah menggagas ide Kampung KB sebagai upaya menyuarkan kembali program KB yang berfokus untuk mengendalikan jumlah penduduk dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Melalui pencanangan Kampung KB diharapkan dapat meningkatkan kesertaan ber-KB PUS di Indonesia. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui determinan kesertaan KB di wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB. Sampel diambil dari Kelurahan Besusu Barat, yaitu pada kelompok WUS yang tinggal di Kampung KB dan kelompok WUS yang tidak tinggal di Kampung KB.





Gambar 3. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
2. Ada hubungan antara pendidikan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
3. Ada hubungan antara pendapatan dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
4. Ada hubungan antara dukungan suami dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
5. Ada hubungan antara jumlah anak dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
6. Ada hubungan antara efek samping dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
7. Ada hubungan antara jarak ke pelayanan KB dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
8. Ada hubungan antara peran PLKB dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
9. Ada hubungan antara pengetahuan WUS dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.
10. Ada hubungan antara sikap WUS dengan kesertaan KB pada wilayah Kampung KB dan non-Kampung KB di Kota Palu.

