

**ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEJADIAN UNMET NEED KB PASANGAN
USIA SUBUR TERHADAP KEHAMILAN YANG TIDAK
DIINGINKAN DI KECAMATAN KOTA TENGAH
KOTA GORONTALO TAHUN 2012**

**THE ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH FAMILY
PLANNING UNMET NEED INSIDENCE IN FERTILE
AGE COUPLES AND UNWANTED PREGNANCY IN KOTA
TENGAH SUBDISTRICT, GORONTALO CITY, IN 2012**

LISDIYANTI USMAN



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEJADIAN UNMET NEED KB PASANGAN
USIA SUBUR TERHADAP KEHAMILAN YANG TIDAK
DIINGINKAN DI KECAMATAN KOTA TENGAH
KOTA GORONTALO TAHUN 2012**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

LISDIYANTI USMAN

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lisdiyanti Usman
Nomor pokok : P1807211529
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tesis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Maret 2013

Yang menyatakan

Lisdiyanti Usman

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan Ridhonya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul “ Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Unmet Need* Keluarga Berencana Pasangan Usia Subur Terhadap Kehamilan Yang Tidak Diinginkan Di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo. Penulisan tesis ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pada program studi Magister Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Pasca sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Upaya maksimal telah penulis tempuh dengan sebaik-baiknya untuk penyempurnaan penulisan tesis ini, namun dengan segala kerendahan hati penulis membuka kesempatan saran dan masukan demi sempurnanya tesis ini. Secara khusus dengan hormat penulis ucapkan kepada **Dr. Masni, Apt, MSPH** selaku ketua Komisi Penasehat dan bapak Prof. **Dr.drg. A. ArsunanArsin, M.Kes** selaku sekretaris komisi penasehat atas bimbingan dan arahan yang telah diberikan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini semoga amal baik yang telah diberikan mendapat balasan dari Allah SWT.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. dr. Buraerah H.Abd.Hakim,M.Sc selaku Ketua Program Studi Pasca sarjana Kesehatan Reproduksi dan Keluarga,
2. Dr. dr Arifin Seweng , MPH, Dr.dr.M. Tahir Abdullah, MSC, MSPH, dr. Saifuddin Sirajuddin M.S, sebagai tim penguji.
3. Pengelola Program Pasca sarjana, para dosen kesehatan masyarakat Pasca sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Bapak camat kota Tengah yang telah member ijin kepada penulis untuk pengambilan data dalam penelitian.
5. Terima kasih kepada orang tuaku yang tak pernah bosan mendoakan keberhasilan anaknya.
6. Kepada suami tercinta, terima kasih atas doa, kesetiaan dan dukungan yang tak henti-hentinya diberikan kepada ibu selama mengikuti perkuliahan sampai dengan penyelesaian tesis ini.
7. Buat anak-anakku tersayang kakak Dandy dan dede Randy, terima kasih atas ketabahan kalian karena sering ditinggal ibu,kalian adalah penghibur hati disaat suka maupun duka.
8. Teman-teman yang senasib sepenanggungan pada Program Pasca sarjana Magister Kesehatan Reproduksi dan Keluarga,

terima kasih atas bantuan, masukan dan kritikan selama proses perkuliahan.

Akhirnya pada semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terima kasih

Wassalam,

Makassar, Maret 2013

Lisdiyanti Usman

ABSTRAK

LISDIYANTI USMAN, Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Unmet Need KB Pasangan Usia Subur Terhadap Kehamilan Yang Tidak Diinginkan di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo tahun 2012 (dibimbing Masni dan A. Arsunan Arsin).

Tujuan :Mengetahui hubungan kejadian *unmet need* KB (Umur, Pendidikan, Pendapatan, Kegagalan alat kontrasepsi, dan Jumlah anak) dengan Kehamilan Yang Tidak Diinginkan di kecamatan kota Tengah Kota Gorontalo.

Desain Penelitian : penelitian *survey* analitik dengan rancangan *cross sectional study* dengan unit observasi /Unit sampel adalah seluruh pasangan usia subur yang berada di kecamatan kota Tengah kota Gorontalo berjumlah 141 responden. Penarikan sampel dilakukan dengan cara *stratified random sampling*, analisis data dilakukan dengan cara univariat, bivariat, serta multivariat.pada tingkat kepercayaan 95%.

Hasil :Analisis multivariate menunjukkan bahwa variabel umur ($p=0,010$), pendidikan ($p=0,044$), kegagalan alat kontrasepsi sebelumnya ($p=0,001$), dan jumlah anak ($p=0,031$) signifikan dengan kejadian *unmet need* KB dimana nilai ($p<0,05$), sedangkan variabel yang tidak signifikan adalah pendidikan ($p>0,05$). Dari semua variabel tersebut, kegagalan alat kontrasepsi member kontribusi terbesar terhadap kejadian *unmet need* KB ($p= 0,001$, Wald =10, 772)

Kata kunci :PUS, *Unmet Need* KB, Kehamilan yang Tidak Diinginkan.

ABSTRACT

LISDIYANTI USMAN, Analysis of Factors Associated With Unmet Need Genesis KB Fertile Age Couple Against Unwanted Pregnancy in District Central City City of Gorontalo in 2012 (supervised Masni and A. ArsunanArsin)

Objective: To know the correlation between unmet need (Age, Education, Income, contraceptive failure, and number of children) with Unwanted Pregnancy In Middle town Gorontalo city districts.

Research Design: an analytic survey research with cross sectional study with observation unit / sample unit is all couples of childbearing age who are in the Central City district of Gorontalo city totaled 141 respondents. Sampling is done by simple random sampling (simple random sampling), data analysis was done by means of univariate, bivariate, and multivariat.pada 95% confidence level.

Results: The study showed that age ($p = 0.010$), income ($p = 0.847$), previous contraceptive failure ($p = 0.001$), and unmet need ($p = 0.002$), is a determinant factor for unwanted kahamilan. While income and number of children has no effect.And of the six variables, the failure of equipment kontrasespsi most dominant.

Keywords: Genesis Unmet Need KB, Unwanted Pregnancy.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGAJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Keluarga Berencana	11
B. Tinjauan Umum Unmet Need KB.....	39
C. Kehamilan Tidak Diinginkan	49
D. KerangkaTeori	59
E. Kerangka Konsep	61
F. Hipotesis	62

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	63
B. Lokasi Penelitian	63
C. Populasi dan Sampel	63
D. Definisi Operasional	66
E. Kontrol Kualitas	69
F. Pengolahan dan Penyajian Data	72
G. Penyajian Data	73
H. Analisa Data	74

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	75
B. Pembahasan	92

BAB V PENUTUP

A. KESIMPULAN	99
B. SARAN	101

DAFTAR PUSTAKA**LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
Tabel 1. Distribusi Jumlah Jiwa untuk masing-masing kelurahan	78
Tabel 2. Distribusi PUS berdasarkan jenis pekerjaan	79
Tabel 3. Distribusi PUS berdasarkan jenis pendidikan	80
Tabel 4. Distribusi PUS berdasarakan umur istri	81
Tabel 5. Distribusi PUS berdasarakan pendapatan suami	82
Tabel 6. Distribusi PUS berdasarkan kegagalan alat kontrasepsi	82
Tabel 7. Distribusi PUS berdasarkan jumlah anak	83
Tabel 8. Analisis Hubungan Umur Dengan Kejadian Unmet Need KB	84
Tabel 9. Analisis Pendidikan Dengan Kejadian Unmet Need KB	85
Tabel 10. Analisis Hubungan Distribusi pendapatan suami Dengan Kejadian Unmet Need KB	86
Tabel 11. Analisis Hubungan Distribusi kegagalan alat kontrasepsi sebelumnya dengan Unmet Need KB	87
Tabel 12. Analisis jumlah anak Dengan Kejadian Unmet Need KB	88
Tabel 13. Analisis Hubungan kejadian Unmet Need KB dengan kehamilan yang tidak diinginkan	89
Tabel 14. Ringkasan / summary hubungn antara variabel independen dengan variabel dependen	90
Tabel 15. Hasil Resume uji mutivariant factor yang berhubungn dengan kejadian Unmet Need KB	91

DAFTAR GRAFIK

Grafik1 : persebaran CPR di Indonesia.

DAFTAR GAMBAR**Nomor Halaman**

Gambar 1	: Contoh PIL KB	24
Gambar 2	: Contoh Suntik KB	25
Gambar 3	: Cara bentuk Implan	28
Gambar 4	: Contoh Pemasangan implant	28
Gambar 5	: Contoh bentuk IUD	29

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor

1. kuesioner Penelitian
2. Master Tabel
3. Print Out SPSS
4. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Hasanuddin
5. Rekomendasi dari Kepala Badan Kesbangpol dan Linmas Kota
Gorontalo
6. Surat Keterangan telah selesai melaksanakan penelitian di Kecamatan
Kota Tengah Kota Gorontalo.

TESIS

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN UNMET NEED
KB PASANGAN USIA SUBUR TERHADAP KEHAMILAN YANG TIDAK
DIINGINKAN DI KECAMATAN KOTA TENGAH
KOTA GORONTALO**

Disusun dan diajukan oleh :

LISDIYANTI USMAN
Nomor Pokok P1807211529

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 10 April 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI

KOMISI PENASEHAT,

Dr. Masni, Apt, MSPH
Ketua

Prof. Dr. drg. H. A. Arsunan Arsin, M.Kes
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc.



Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin

Prof. Dr. Jf. Mursalim

ABSTRAK

LISDIYANTI USMAN. *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan kejadian Unmet Need KB Pasangan Usia Subur Terhadap Kehamilan yang Tidak Diinginkan di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo Tahun 2012* (dibimbing oleh Masni dan A. Arsunan).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kejadian , *unmet need* KB (umur, pendidikan, pendapatan, kegagalan alat kontrasepsi, dan jumlah anak) dengan kehamilan yang tidak diinginkan di Kecamatan Kota Tengah, Kota Gorontalo.

Desain penelitian adalah penelitian survei analitik dengan rancangan kajian potong lintang (*cross sectional study*) dengan unit observasi/unit sampel adalah seluruh pasangan usia subur yang berada di Kecamatan Kota Tengah, Kota Gorontalo, yang berjumlah 141 responden. Sampel ditarik dengan cara acak bertingkat (*stratified random sampling*). Data dianalisis secara univariat, bivariat, dan multivariat pada tingkat kepercayaan 95%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan analisis multivariat, variabel umur ($p=0,010$), pendidikan ($p=0,044$), kegagalan alat kontrasepsi sebelumnya ($p=0,001$), dan jumlah anak ($p=0,031$) signifikan dengan kejadian *unmet need* KB dengan nilai ($p<0,05$), sedangkan variabel yang tidak signifikan adalah pendidikan ($p>0,05$). Dari semua variabel tersebut, kegagalan alat kontrasepsi memberi kontribusi terbesar terhadap kejadian *unmet need* KB ($p=0,001$, $wald=10,772$).

Kata kunci: PUS, *unmet need* KB, kehamilan yang tidak diinginkan



ABSTRACT

LISDIYANTI USMAN. *The Analysis of Factors Associated with Family Planning Unmet Need Incidence in Fertile Age Couples and Unwanted Pregnancy in Kota Tengah Subdistrict, Gorontalo City, in 2012* (Supervised by **Masni** and **A. Arsunan Arsin**)

This study aims to find out the correlation between family planning unmet need (age, education, income, contraceptive failure, and number of children) and unwanted pregnancy in Kota Tengah subdistrict, Gorontalo city.

The research used an analytic survey with cross sectional study design. The observation units were all fertile age couples living in Kota Tengah subdistrict. There were 141 respondents. They were selected by using the stratified random sampling method. The data analysis was conducted by using univariate, bivariate, and multivariate at a confidence level of 95%.

The analysis reveals that age ($p=0.010$), education ($p=0.044$), previous contraceptive failure ($p=0.001$), and the number of children ($p=0.031$) are significant factors in the incidence of family planning unmet need ($p<0.05$). Meanwhile, education ($p>0.05$) is not a significant factor. Among all these variables, previous contraceptive failure gives the most significant contribution ($p=0.001$, Wald=10.772).

Keywords: fertile age couples, family planning unmet need, unwanted pregnancy.



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut WHO (2005), Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu / pasangan suami istri untuk mendapatkan nilai objektif -objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Keluarga Berencana (*family Planning / Planning Parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kelahiran dengan menggunakan kontrasepsi. Menurut undang – undang no 10 (1992), Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera.

Unmet need KB didefinisikan sebagai kesenjangan antara niat wanita usia reproduksi dengan perilaku penggunaan kontrasepsi, sedangkan menurut DHS (*Demographic Health Survey*), *unmet need KB* adalah proporsi wanita usia subur yang menikah atau hidup bersama yang tidak ingin punya anak lagi atau yang ingin menjarangkan kelahiran berikutnya dalam jangka waktu 2 tahun tanpa menggunakan alat kontrasepsi apapun

(Sudariato, 2010). Dalam penelitian ini, peneliti mengambil pengertian *unmet need* KB yang berasal dari BKKBN sebagai bahan acuan.

Unmet need KB menurut badan koordinasi keluarga berencana nasional (BKKBN) adalah kebutuhan Pasangan usia subur untuk ber KB tetapi kebutuhan tersebut tidak terpenuhi. Kebutuhan tersebut adalah tidak ingin anak lagi atau ingin menjarangkan kehamilan berikutnya tetapi PUS tidak memakai alat kontrasepsi (Emi Hedrina, 2011). Di beberapa negara, partisipasi masyarakat khususnya pasangan usia subur (PUS) dalam gerakan KB terbilang rendah karena rendahnya kualitas layanan diseluruh tempat-tempat penyedia layanan. Jadi sebenarnya banyak yang membutuhkan layanan KB, tetapi mereka tidak mendapatkan layanan tersebut. Mereka itu adalah yang tergolong dalam pasangan usia subur yang membutuhkan alat kontrasepsi tetapi tidak terpenuhi (Westoff, 2006).

Hasil penelitian di Rumah Sakit Kairo menyebutkan diantara 1000 perempuan usia produktif ada sekitar 16% dari wanita usia subur memiliki kebutuhan yang belum terpenuhi. Kebutuhan yang belum terpenuhi secara keseluruhan, rendah pada awal usia reproduksi, tetapi meningkat dan mencapai puncaknya pada akhir dua puluhan dan kemudian menurun (Asefa, dkk, 2000). Kebutuhan yang belum terpenuhi maksimal setelah kelahiran anak pertama (19,93%), lebih banyak pada wanita buta huruf (23,26%), pada wanita yang telah menikah (18,49%) dan di daerah pedesaan (19,02%) Kesimpulannya *unmet need* lebih tinggi dalam kelompok usia yang lebih subur, sehingga program keluarga berencana

harus fokus pada kelompok usia ini, menargetkan orang buta huruf, dan daerah pedesaan (anonim, 2013).

Penelitian di Ethiopia pada tahun 2000 sampai 2005 menjelaskan bahwa dari responden sebanyak 2.133 wanita yang sudah menikah usia 15-49 tahun, yang mengalami *unmet need* KB meningkat dari 35,1% pada tahun 2000 menjadi 37,4% pada tahun 2005. Umur, usia kawin, jumlah anak hidup, tempat tinggal, pendidikan, pengetahuan tentang keluarga berencana, status pekerjaan responden sebagai faktor signifikan yang mempengaruhi terjadinya *unmet need* KB (Ahmadi & Iran, 2011).

Hasil penelitian Anthony (2009), di klinik Nnamdi Azikiwe Nnewi, Nigeria, menjelaskan bahwa dari 340 responden yang memiliki pengetahuan tentang keluarga berencana, ada sekitar 260 responden yang pernah menggunakan metode modern. Hasil penelitian menyebutkan bahwa ada signifikan antara pengetahuan dan penggunaan metode keluarga berencana. Dari 356 kehamilan yang tidak diinginkan, 76% disebabkan oleh karena tidak menggunakan alat kontrasepsi (Bongaarts, 2009). Kebutuhan *unmet need* untuk jarak 15,2%, 6,2% untuk membatasi kehamilan dan Ketidaksetujuan suami (36,8%), takut efek samping (28,9%) dan karena agama (14,8%). (Kotb, 2010).

Unmet need KB meningkat diantara kelompok semua perempuan. KB merupakan salah satu pelayanan kesehatan preventif yang paling utama bagi seorang wanita. Untuk optimalisasi manfaat kesehatan KB,

pelayanan tersebut harus terpenuhi bagi seorang wanita dengan cara perluasan pelayanan KB sampai ke pelosok pedesaan tidak ada yang terkecuali (Makripuddin, 2011). Tujuan dilaksanakannya program KB adalah untuk mengatasi masalah kependudukan di Indonesia. Program KB di Indonesia telah diakui secara nasional dan internasional sebagai salah satu program yang telah berhasil menurunkan angka fertilitas secara nyata. Hasil *survey* SDKI 2003, *Total Fertility Rate* (TFR) sebesar 2,4 menurun menjadi 2,3 pada SDKI 2007. Namun bukan berarti masalah kependudukan di Indonesia selesai, akan tetapi program tersebut diupayakan tetap dipertahankan (Sudariato, 2010).

Salah satu masalah dalam pengelolaan program KB yaitu masih tingginya angka *unmet need* KB di Indonesia. Jumlah PUS yang ingin menunda kehamilan atau tidak menginginkan tambahan anak tetapi tidak ber KB meningkat dari 8,6% SDKI, (2003) menjadi 9,1 % SDKI, (2007), dimana diharapkan pada akhir tahun 2014 dapat diturunkan menjadi sebesar 5% (Sudariato, 2010). Ada beberapa faktor yang diperkirakan berpengaruh terhadap masih tingginya *unmet need* KB diantaranya umur, pendidikan, pengetahuan, jumlah anak masih hidup, dukungan suami terhadap KB, ketersediaan alat kontrasepsi serta keterjangkauan pelayanan KB (Ismail, 2010).

Berdasarkan data BKKBN pada bulan Juli 2012 di provinsi Gorontalo, terdapat jumlah pasangan usia subur sebanyak 211,607 %, dimana PUS bukan peserta KB berjumlah 15,44 %, PUS bukan peserta KB yang hamil

16,06 %, PUS bukan peserta KB yang ingin anak segera 33,35 %, PUS bukan peserta KB yang ingin menunda anak 25,75 %, PUS bukan peserta KB yang tidak ingin anak lagi 24,85 %. Untuk wilayah kota Gorontalo, jumlah pasangan usia subur 32.509 orang, dimana PUS peserta KB aktif berjumlah 29.541 orang, sedangkan PUS yang bukan peserta KB 2968 orang, jumlah yang hamil 498 orang, yang ingin anak segera 1015 orang, yang ingin menunda anak 558 orang, dan yang tidak ingin anak lagi 897 orang. Jumlah PUS di kota Tengah 3956 orang, dimana jumlah peserta KB aktif 3429 orang, PUS yang bukan peserta KB aktif 527 orang, yang hamil 78 orang, tidak ingin anak lagi 107 orang, yang ingin menunda anak 54 orang. Jumlah *unmet need* di kecamatan kota Tengah 239 orang dimasing – masing kelurahan sebagai berikut untuk kelurahan wumialo jumlah *unmet need* 57 orang, kelurahan Dulalowo 34 orang, kelurahan Dulalowo Timur 47 orang, kelurahan Liluwo 35 orang, kelurahan Pulubala 41 orang, dan kelurahan Paguyaman 25 orang (BPS, 2012).

Permasalahan yang biasa dihadapi oleh negara-negara berkembang dibidang kependudukan adalah pertumbuhan penduduk yang tinggi, penyebaran penduduk dan struktur umur yang tidak merata (Gusti, 2006). Pertumbuhan penduduk yang tinggi disebabkan karena tingkat fertilitas yang tinggi, penyebaran penduduk yang tidak merata disebabkan oleh kesenjangan pembangunan antar daerah, sedangkan struktur umur yang tidak merata disebabkan tingkat fertilitas dan mortalitas yang masih cukup tinggi. Kebutuhan pelayanan Keluarga Berencana yang tidak terpenuhi

(*unmet need*) didefinisikan sebagai persentase wanita kawin yang tidak ingin punya anak lagi atau ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat / cara kontrasepsi. Wanita yang memerlukan KB dengan tujuan untuk “menjarangkan” kelahiran mencakup wanita hamil yang kehamilannya tidak diinginkan waktu itu, wanita yang belum haid setelah melahirkan anak yang tidak diinginkan waktu itu, dan wanita lain yang tidak sedang hamil atau belum haid setelah melahirkan dan tidak memakai kontrasepsi tetapi ingin menunggu dua tahun atau lebih sebelum kelahiran berikutnya (Sari Hastuti, 2011).

Wanita yang belum memutuskan apakah mereka masih menginginkan anak lagi atau memang menginginkan anak lagi tapi belum tahu kapan. Wanita yang memerlukan KB untuk “membatasi” kelahiran mencakup wanita hamil yang kehamilannya tidak diinginkan, wanita yang belum haid dan yang sudah haid setelah melahirkan anak yang tidak diinginkan, namun tidak menggunakan alat kontrasepsi. Ukuran pelayanan KB yang tidak terpenuhi digunakan untuk menilai sejauh mana program KB telah dapat memenuhi kebutuhan pelayanan (Sulaimini, 2007). Wanita yang telah disterilisasi termasuk kedalam kategori tidak ingin tambah anak lagi. Sementara itu kebutuhan terhadap pelayanan KB didefinisikan sebagai jumlah dari prevalensi kontrasepsi (termasuk wanita yang sedang hamil atau belum haid setelah melahirkan atau yang kelahiran terakhirnya disebabkan oleh kegagalan kontrasepsi) dan kebutuhan KB yang tidak terpenuhi (Weinstein, 1997) dalam (SDKI, 2007).

Kebutuhan terhadap alat kontrasepsi terdapat dua kelompok, yaitu kelompok wanita usia subur (WUS) berstatus kawin yang telah terpenuhi kebutuhan alat kontrasepsinya (*met need*) dan kelompok WUS berstatus kawin yang belum terpenuhi alat kontrasepsinya (*unmet need*) (Berhane dkk, 1999). *Unmet need* menandakan bahwa masih terdapat kesenjangan antara kebutuhan pencegahan kehamilan dengan pemakaian alat kontrasepsi. Angka pemakaian kontrasepsi CPR (*contraceptive prevalence rate*) cara modern juga tidak menunjukkan peningkatan yang berarti, yaitu dari 56,7% pada tahun 2002 – 2003, menjadi 57,4% pada tahun 2007. Sulitnya meningkatkan CPR tersebut berbanding lurus dengan sulitnya menurunkan angka kebutuhan ber KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*). *Unmet need* bahkan cenderung meningkat dari 8,6% menjadi 9,1% pada tahun 2007 (Bappenas, 2010).

Unmet need sangat bervariasi antar provinsi, terendah di Bangka Belitung dan tertinggi di Maluku. Selain itu jumlah atau persentase *unmet need* yang cukup tinggi ditemukan di daerah pedesaan 9,2%, daerah terpencil, daerah tertinggal ,dan daerah perbatasan 20,4% serta pada kelompok yang tidak berpendidikan 10,6%. Tingginya *unmet need* juga disebabkan oleh ketakutan akan efek samping, kegagalan sebelumnya, ketidaknyaman alat kontrasepsi tertentu (Sagung, 2009). Untuk itu upaya intensifikasi advokasi dan KIE serta peningkatan akses dan kualitas

pelayanan keluarga berencana terutama di daerah-daerah terpencil merupakan tantangan yang akan dihadapi nanti

B. Rumusan Masalah

Dalam penelitian ini, peneliti membatasi penelitiannya sebagai berikut :

1. Apakah ada hubungan umur dengan kejadian *unmet need* KB pada PUS di Kecamatan Kota Tengah kota Gorontalo?
2. Apakah ada hubungan pendidikan dengan kejadian *unmet need* KB pada PUS di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo?
3. Apakah ada hubungan pendapatan pasangan usia subur dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo ?
4. Apakah ada hubungan kegagalan alat kontrasepsi sebelumnya dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo ?
5. Apakah ada hubungan jumlah anak dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo ?
6. Apakah ada hubungan kejadian *unmet need* KB dengan Kehamilan yang tidak diinginkan ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum : untuk mengetahui hubungan kejadian *unmet need* KB dengan kehamilan yang tidak diinginkan di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo.
2. Tujuan Khusus :
 - a. Untuk mengetahui hubungan umur dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo
 - b. Untuk mengetahui hubungan pendidikan dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo
 - c. Untuk mengetahui hubungan pendapatan dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo
 - d. Untuk mengetahui hubungan kegagalan alat kontrasepsi sebelumnya dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo
 - e. Untuk mengetahui hubungan jumlah anak dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo
 - f. Untuk mengetahui hubungan kejadian *unmet need* KB dengan kehamilan yang tidak diinginkan di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan tentang *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo.

2. Bagi masyarakat

Sebagai informasi yang sangat berarti bagi wanita usia subur dalam merencanakan penggunaan alat kontrasepsi

3. Bagi instansi

a. Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi pemerintah dan instansi dalam memberikan kebijakan khususnya mengenai keluarga berencana

b. Menyusun rencana strategi program KB terutama dalam menentukan *unmet need* KB di kota Gorontalo.

c. Memberikan manfaat bagi pengelola program keluarga berencana khususnya BKKBN

4. Bagi peneliti selanjutnya

Merupakan bahan bacaan bagi peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Keluarga Berencana.

1. Pengertian

Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu pelayanan kesehatan preventif yang paling dasar dan utama bagi wanita. Untuk mengoptimalkan manfaat kesehatan KB, pelayanan tersebut harus disediakan bagi wanita dengan cara meningkatkan dan memperluas pelayanan keluarga berencana berupa kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi utama dan yang lainnya, dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang demikian tinggi akibat kehamilan yang dialami oleh wanita (Madya, 2008). Keluarga berencana (*Family Planning, Planned Parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Ogonjugib, 2009).

Menurut WHO (*Expert Committee, 2005*), tindakan yg membantu individu/pasutri untuk Mendapatkan objektif-obketif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah kehamilan yang bersifat sementara ataupun menetap. Kontrasepsi ditujukan untuk wanita dengan tujuan agar tidak mempunyai anak lebih dari 2 sesuai dengan program KB yang dicanangkan oleh pemerintah (Karlinawati, 2010). Kontrasepsi dapat dilakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat/alat, atau dengan cara operasi. Pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan kontrasepsi, yaitu :

- a. Menunda kehamilan artinya Pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan menunda kehamilannya.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan :

- 1) Reversibilitas yang tinggi karena akseptor belum mempunyai anak.
- 2) Efektivitas yang relatif tinggi penting karena dapat menyebabkan kehamilan resiko tinggi.

Kontrasepsi yang sesuai adalah pil, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) mini cara sederhana dengan alasan usia dibawah 20 tahun adalah usia dimana sebaiknya tidak mempunyai anak terlebih dahulu (Kristiana, 2009). Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral karena peserta masih muda. Penggunaan kondom kurang menguntungkan karena pasangan muda masih sering berhubungan (frekuensi tinggi) sehingga akan mempunyai angka kegagalan yang tinggi sedangkan untuk penggunaan AKDR mini bagi yang belum mempunyai anak dapat dianjurkan, terutama pada akseptor dengan kontra indikasi terhadap pil oral.

- b. Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan). Masa saat istri berusia 20-30 tahun adalah yang paling baik untuk melahirkan 2 anak dengan jarak kelahiran 3-4 tahun.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan :

- 1) Reversibilitas cukup tinggi.
- 2) Efektifitas cukup tinggi kerana akseptor masih mengharapkan mempunyai anak.
- 3) Dapat dipakai 3-4 tahun.
- 4) Tidak menghambat produksi air susu ibu (ASI).

Kontrasepsi yang sesuai : AKDR, pil, suntik, cara sederhana, susuk KB, kontrasepsi mantap (kontap) dengan alasan usia 20-30 tahun merupakan usia terbaik untuk mengandung dan melahirkan. Segera setelah anak lahir, dianjurkan untuk menggunakan AKDR sebagai pilihan utama. Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun tidak/kurang berbahaya karena akseptor berada pada usia yang baik untuk mengandung dan melahirkan (Leli & Maria, 2009).

- c. Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi).

Saat usia diatas 30 tahun, dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan :

- 1) Efektifitas sangat tinggi karena kegagalan dapat menyebabkan kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak.
- 2) Reversibilitas rendah.
- 3) Dapat dipakai untuk jangka panjang.
- 4) Tidak menambah kelainan yang sudah ada.

2. Macam-macam kontrasepsi

a. Kontrasepsi Alamiyah terdiri dari

- 1) metode lendir serviks
- 2) metode suhu tubuh basal

b. Kontrasepsi Barrier terdiri dari

- 1) Kondom
- 2) Diafragma
- 3) obat spermatisid
- 4) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

c. Kontrasepsi Hormonal terdiri dari

- 1) Pil
- 2) Suntik
- 3) Implant

3. Cara Penggunaan Alat Kontrasepsi

Kontrasepsi Alamiyah Pantang berkala

Prinsip sistem ini ialah tidak melakukan sanggama pada masa subur. Ovulasi terjadi 14+2 hari sebelum hari pertama haid yang akan datang. Ovum mempunyai kemampuan untuk dibuahi dalam 24 jam setelah ovulasi. Yang disebut masa subur atau 'fase ovulasi' terjadi mulai 48 jam sebelum ovulasi hingga 24 jam setelah ovulasi. Karena itu, jika konsepsi ingin dicegah, sanggama harus dihindarkan sekurang-kurangnya 3 hari (72 jam), yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam setelah ovulasi terjadi (Rizki, 2006).

a. Metode Lendir Serviks

metode ini dilakukan penilaian lender serviks. Sifat cairan vagina bervariasi selama siklus haid. Lendir di vagina diperiksa dengan cara memasukkan jari tangan klien sendiri kedalam vagina dan mencatat bagaimana lender itu dirasakan setiap hari. Cara kerja dimulai dari hari pertama setelah haid berakhir, klien harus mencatat pola lendimnya terus menerus sampai 8-10 hari setelah hari terakhir dengan lender yang licin dan basa, atau hari puncak (*peak day*). Hari puncak menunjukkan bahwa ovulasi telah dekat atau bahkan sering terjadi, dan pencatatan harus diteruskan sampai ia yakin bahwa ia tidak subur lagi (Titien, 2010). Ia harus terus mencatat pola lendimnya setiap siklus sampai ia terbiasa memeriksa dan menilai pola lendirnya yang dapat memakan waktu beberapa bulan. Setelah terbiasa dengan hal ini, klien tidak perlu lagi memeriksa lendimnya setiap hari

siklus haidnya. ia dapat berhenti setelah menjalankan Aturan Hari Puncak (*Peak Day Rule*) karena ia telah mencapai masa tidak subur. Karena lendir mungkin berubah sepanjang hari, yang terbaik adalah mencatatnya pada malam hari dan selalu mencatat lendir yang dirasakan paling subur pada hari itu (Patil, 2010).

b. Metode Suhu Tubuh Basal

Cara kerja hormon *progesterone*, yang disekresi korpus luteum setelah ovulasi bersifat termogenik atau memproduksi panas. Ia dapat menaikkan suhu tubuh $0,05^{\circ}$ sampai $0,2^{\circ}\text{C}$ ($0,4^{\circ}$ sampai 1°F) dan mempertahankannya pada tingkat ini sampai saat haid berikutnya. Peningkatan suhu tubuh ini disebut sebagai peningkatan termal dan ini merupakan dasar dari Metode Suhu Tubuh Basal (STB). Siklus ovulasi dapat dikenali dari catatan suhu tubuh (Siregar, 2012).

c. Kontrasepsi Barrier

Kondom adalah selaput karet yang dipasang pada penis selama hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis tipis, berbentuk silindris, dengan muaranya pinggir tebal, bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Kondom juga membantu pencegahan penularan Penyakit Menular Seksual (PMS), termasuk AIDS. Cara pemakaian Kondom digunakan pada penis yang ereksi sebelum penis masuk ke vagina. Jika kondom tak ada penampung pada bagian ujungnya, sisakan 1-2 cm di ujung kondom, lepaskan kondom sebelum penis selesai ereksi,

pegang kondom pada pangkalnya dengan jari untuk mencegah sperma tumpah atau merembes. Tiap kondom hanya sekali pakai dan langsung dibuang, Jangan menyimpan kondom di tempat panas (WHO, 2012).

d. Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR), *Intra Uterine Device* (IUD)

Sampai saat ini mekanisme kerja AKDR belum diketahui secara pasti. Pendapat terbanyak mengatakan AKDR menimbulkan reaksi radang endometrium dengan sebutan leukosit yang dapat menghancurkan blastoksita atau sperma. AKDR yang mengandung tembaga (Cu) juga menghambat khasiat anhidrase karbon dan fosfatase alkali, memblok bersatunya sperma dan ovum, mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopii, dan menginaktifkan sperma. AKDR yang mengeluarkan hormon juga menebalkan lendir serviks hingga menghalangi pergerakan sperma (Akhmad, 2010).

e. Kontrasepsi Hormonal

Macam-macam kontrasepsi hormonal

1) Pil

Ada tiga macam pil kontrasepsi, yaitu minipil, pil kombinasi, dan pil pasca sanggama (*morning after pill*). Yang umum digunakan ialah pil kombinasi antara estrogen dan progesterone. Mini pil yang hanya mengandung progestin dosis rendah biasanya diberikan pada ibu yang menyusui (hingga kira-kira 9 bulan setelah melahirkan),

Cara menggunakan pil kombinasi :Pil yang berjumlah 21-22 diminum mulai hari ke-5 haid tiap hari 1 pil terus menerus atau sesuai hari di dalam bungkus. Sebaiknya pil diminum dalam waktu yang kurang lebih sama tiap harinya, misalnya malam sebelum tidur. Beberapa hari setelah minum pil dihentikan, biasanya terjadi *withdrawal bleeding*, lalu pil bungkus ke-2 diminum mulai hari ke-5 perdarahan tersebut. Jika tidak terjadi *withdrawal bleeding*, pil bungkus ke-2 diminum mulai 7 hari setelah pil bungkus pertama habis. Sedangkan pil yang berjumlah 28 diminum terus menerus tiap malam. Tujuh pil terakhir mengandung zat besi atau gula (Stephenson & Hennick, 2004).

Kelemahan dan Kelebihan pil ini adalah :

Kelemahan

- a) Mahal
- b) Penggunaan pil harus diminum setiap hari dan bila lupa minum akan meningkatkan kegagalan.
- c) Perdarahan bercak dan "*breakthrough bleeding*".
- d) Ada interaksi dengan beberapa jenis obat (rifampisin, barbiturat, fenitoin, fenilbutason dan antibiotik tertentu).
- e) Tidak mencegah penyakit menular seksual, HIV/AIDS.
- f) Efek samping ringan/jarang, namun dapat berupa amenorea, mual, rasa tidak enak di payudara, sakit kepala, mengurangi ASI, berat

g) badan meningkat, jerawat, perubahan mood, pusing, serta retensi cairan, tekanan darah bisa menjadi rendah ataupun tinggi, komplikasi sirkulasi yang jarang namun bisa berbahaya khususnya buat perokok.

Kelebihan:

- a) Sangat efektif sebagai kontrasepsi.
- b) Resiko terhadap kesehatan sangat baik.
- c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- d) Mudah digunakan.
- e) Mudah dihentikan setiap saat.
- f) Mengurangi perdarahan saat haid.
- g) Mengurangi insidens gangguan menstruasi.
- h) Mengurangi insidens anemia defisiensi besi.
- i) Mengurangi insidens kista ovarium.
- j) Mengurangi insidens tumor jinak mammae.
- k) Mengurangi karsinoma endometrium.
- l) Mengurangi infeksi radang panggul.
- m) Mengurangi osteoporosis.
- n) Mengurangi rheumatoid arthritis.
- o) Mengurangi kehamilan ektopik.

(Suratun, 2008).

Pengaruh pil kontrasepsi terhadap keadaan tubuh lainnya, yaitu :

- a) Metabolisme karbohidrat. Pil dapat menimbulkan GTT yang abnormal pada kurang lebih 40 % akseptor. Oleh karena itu penderita DM yang menggunakan pil kontrasepsi harus diawasi dengan baik.
- b) Kelenjar thyroid oleh pengaruh estrogen dalam pil kontrasepsi akan terlihat kenaikan thyroksin binding globulin dan protein bound iodine.
- c) Kesuburan setelah berhenti dengan pil kontrasepsi pada beberapa akseptor, ovulasi timbulnya agak terlambat, tetapi pada umumnya tidak menunjukkan terlambatnya ovulasi. Induksi ovulasi dengan *clomiphen* bila perlu dapat dicoba.
- d) Pengaruh terhadap persalinan kemudian Kelainan kongenital tidak jelas tampak sebagai akibat penggunaan pil kontrasepsi sebelum kehamilan. Bila terjadi kehamilan, pil kontrasepsi harus segera dihentikan. Pada beberapa penyelidikan dikemukakan kemungkinan terjadinya carcinoma vagina pada anak dikemudian hari bila pil terus dimakan dalam keadaan hamil.
- e) Pengaruh terhadap laktasi estrogen akan menghambat laktasi yang sudah berjalan dan memperpendek masa laktasi, tetapi dengan dosis rendah pengaruh ini dapat dikurangi. Sebaliknya mini pil yang hanya mengandung progesteron tidak mempengaruhi laktasi.

f) Kardiovaskuler

Beberapa penyelidik terutama dari Amerika dan Inggris melaporkan bahwa thrombophlebitis disertai atau tidak disertai dengan emboli paru-paru serta thrombosis cerebral meninggi pada pemakai pil kontrasepsi. Kemungkinan ini lebih besar pada akseptor dengan umur tua obesitas dan perokok. Dinegara-negara yang sedang berkembang, kematian oleh kehamilan dan persalinan jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kematian oleh thromboemboli.

g) Tumor ganas

Tidak didapatkan bukti yang nyata bahwa pil kontrasepsi menimbulkan keganasan pada alat-alat genital. Bila ditemukan keganasan, pil kontrasepsi harus segera dihentikan. Diduga pil kontrasepsi mengurangi insidens tumor mammae yang jinak. Pengaruh carcinogenik pada ca mammae belum diketahui dengan jelas. Sebagian, estrogen meberikan pengaruh yang buruk pada Ca mammae pada masa premenopause, tetapi pada masa postmenopause malah dapat menimbulkan regresi Ca mammae tersebut.

h) Icterus

Pil kontrasepsi hendaknya tidak diberikan pada wanita yang pernah menderita *chronic idiopathic jaundice* dan pruritus generalisata yang terjadi berulang-ulang selama kehamilan. Penderita yang pernah mengalami virus hepatitis sebaiknya tidak diberikan pil kontrasepsi, kecuali bila faal hepar telah normal kembali.

i) Hipertensi

Tensi harus diperiksa sebelum mulai mempergunakan pil kontrasepsi. Hipertensi sendiri bukan merupakan kontraindikasi absolut, tetapi pengawasan tekanan darah harus dilakukan lebih teliti. Bila tensi naik melebihi 160 mmHg sistolik dan 105 mmHg diastolik, harus diberikan pengobatan terhadap hipertensinya atau pil kontrasepsi lain. Gejala hipertensi sering timbul pada wanita yang sebelumnya pernah mengalami hipertensi selama kehamilan atau terdapat riwayat hipertensi dalam keluarga.

j) Depresi

Pada wanita dapat terjadi perubahan-perubahan perasaannya (mood) selama siklus menstruasi. Kadang-kadang sekali dapat terjadi suatu episode depresi pada pemakai pil kontrasepsi. Bila ini terjadi, pil kontrasepsi dapat dihentikan dan diganti dengan kontrasepsi yang lain.

k) Libido

Kontrasepsi dengan steroid dapat menambah libido pada wanita. Ini disebabkan pengaruh steroid tersebut dan hilangnya ketakutan untuk menjadi hamil. Biasanya frekuensi coitus menurun setelah ovulasi, tetapi dengan pil kontrasepsi perubahan ini tidak tampak. Kadang-kadang sekali terdapat wanita yang mengeluh libidonya berkurang dan dalam hal ini sebaiknya pil oral dihentikan (Ilfa, 2010).

Kontra Indikasi

Kontra indikasi dari penggunaan berbagai jenis pil KB adalah sebagai berikut :

- a) Kehamilan
- b) Kecurigaan atau adanya Carcinoma mammae
- c) Adanya neoplasma yang dipengaruhi oleh estrogen
- d) Menderita penyakit thromboemboli atau varices yang luas
- e) Faal hepar yang terganggu
- f) Perdarahan per vagina yang tidak diketahui sebabnya..

Aturan pil lupa , apabila lupa minum 1 pil (hari 1-21), maka setelah ingat segera minum 2 pil pada hari yang sama (tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi lain). Apabila lupa minum 2 pil (hari 1-21), sebaiknya minum 2 pil setiap hari sampai jadwal yang ditetapkan (sebaiknya menggunakan metode kontrasepsi lain atau tidak melakukan hubungan seksual sampai pil habis).

Dibawah ini adalah contoh PIL keluarga berencana yang dapat digunakan sebagai bahan pemikiran bagi wanita usia subur yang ingin menggunakan alat kontrasepsi.



Gambar 1 : contoh PIL KB

2) Suntik

Saat ini terdapat 2 macam kontrasepsi suntikan, yaitu golongan progestin dan golongan progestin dengan campuran estrogen propionate. Suntikan diberikan mulai hari ke-3 sampai ke-5 pasca persalinan, segera setelah keguguran, atau pada interval lima hari pertama haid. Hormon disuntikkan secara intramuskuler dalam didaerah gluteus maksimus atau deltoid. Selanjutnya suntikan

Cyclofem diberikan tiap bulan, Noristerat tiap 2 bulan, dan Depo Provera tiap 3 bulan sekali.

Pada Gambar 2 memperlihatkan contoh cara melakukan suntik keluarga berencana pada akseptor dengan jangka waktu penyuntikan 3 (tiga) bulan.



Gambar 2 : contoh suntikan KB.

3) Implan

Cara kerja menghambat terjadinya ovulasi, menyebabkan endometrium/ selaput lendir tidak siap untuk nedasi/ menerima pembuahan, memPERTEBAL lendir serviks/rahim, menipiskan lapisan endometrium/selaput lender.

Cara kerja klien diminta mencuci lengan kirinya secara bersih dengan sabun sementara peralatan dipersiapkan. Klien diminta berbaring dan dilakukan konseling intuk memantapkan dan menjelaskan apa yang akan dilakukan, juga apakah menderita

alergi. Cari daerah dilengan kiri yang tidak ada vena dan lembut 8 cm dari lipatan siku, dan titik sesuai/seperti kipas atau sesuai model mack dengan spidol. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih dan kering. Kenakan sarung tangan steril, bila diberi bedak maka hapus bedak dengan kasa yang telah dicelup dalam air steril. Lakukan anti sepsis dengan kasa yang dibasahi betadin dengan gerakan melingkar ke arah luar 2-3 kali seluas 8-13 cm. Pasang duk steril. Suntikan anestesi infiltrasi 0,4 ml tepat dibawa kulit pada tempat insisi yang telah ditentukan sampai insisi sedikit menggelembung. Teruskan suntikan ke lapisan dibawa kulit kurang lebih 4 cm dan masukkan anestesi antara garis 1-2, 3-4, 5-6 masing-masing 1 ml sambil ditarik keluar, kemudian di-massage, uji efek anestesi sebelum melakukan insisi dengan skapel. Buat insisi dangkal dengan skapel selebar 2 mm. Masukkan trokar dan pendorongnya melalui tempat insisi dengan sudut 45° sambil mengungkit kulit, sampai garis batas pertama trokar tepat berada di luka insisi. Pendorong dikeluarkan dan diletakkan ditempat steril. Angkat tabung dengan jari telunjuk kanan.

Tangkap tabung dengan tangan kiri dalam posisi menadah dengan rapat. Masukkan kapsul *implant* pertama dalam trokar. Masukkan pendorong dan dorong sampai terasa ada tahanan. Lepaskan kedua tangan, periksa kelurusan posisi trokar dan periksa

tahanan pada pendorong dengan mendorong dari luar. Tahan pendorong di tempatnya dengan satu tangan, dan tarik keluar trokar sampai mencapai pegangan pendorong, dorong 3 kali. Tarik trokar dan pendorongnya secara bersamaan sampai batas tanda ke dua (pada ujung trokar) terlihat pada luka insisi. Jangan sampai trokar keluar dari luka insisi, Tahan kapsul yang telah terpasang dengan 1 jari dan masukkan kembali trokar serta pendorong ke arah kanan lalu ke kiri ke tujuan berikutnya. Bila telah dipasang semua, periksa seluruh kapsul dari atas dan bawah. Pastikan tidak berada didekat luka insisi. Keluarkan trokar dengan hati-hati. Tutup dan tekan luka bekas insisi dengan kasa, lepaskan duk. Bersihkan coretan spidol dan sekitar dengan kapas alcohol. Tarik kulit sekitar insisi agar luka tertutup dengan rapi kemudian tutup dengan plester. Tutup dengan kasa di atasnya lalu balut sekitar lengan dengan perban. Setelah selesai, pasien diperbolehkan turun dan dinasihati untuk tidak terkena air sampai perban dilepas (3 hari kemudian), bila ada keluhan diminta secepatnya datang kembali, jangan berhubungan dengan suami dulu selama 3 hari, kontrol seminggu lagi, dan diminta menunggu dulu 10-15 menit diruang tunggu. Bila tidak ada keluhan, pasien boleh pulang.

Gambar 3 : contoh bentuk implan



Gambar 4 dibawah ini memperlihatkan bagaimana cara dalam memasang implant.



Cara Kerja : Menghambat terjadinya ovulasi, menyebabkan endometrium, memertebal lendir serviks dan menipiskan selaput lender

4) *Intra Uterine Device (IUD) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)*

IUD merupakan alat kontrasepsi yang terbuat dari bahan plastik yang halus berbentuk spiral atau berbentuk lain yang dipasang di dalam rahim dengan memakai alat khusus oleh dokter atau bidan/paramedik lain yang sudah dilatih (Irianto, 2007).



Gambar 5 : contoh IUD.

a) Jenis IUD

Walaupun di masa lampau IUD dibuat dalam berbagai bentuk dan bahan yang berbeda-beda, dewasa ini IUD yang tersedia di seluruh dunia hanya 3 tipe yaitu (1) Inert, dibuat dari plastik (*Lippes Loop*) atau baja antikorosi (*The Chinese ring*). (2) TCU 380A, berbentuk huruf "T" diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu) tersebar di Indonesia. (3) TCU 200C, Multiload (MLCu 250 dan 375) dan Nova T (ada di Indonesia), mengandung tembaga mengandung

hormon steroid seperti progestasert yang mengandung progesterone dan Levanova yang mengandung levonorgestrel (Irianto, 2007)

b) Efektifitas

IUD sangat efektif seperti tipe Multiload dapat dipakai sampai 4 tahun, Nova T dan Copper T 200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun dan Cu T 380A dapat untuk 10 tahun, Bentuk ini terbukti sangat efektif, aman, dan mudah beradaptasi. Dalam sebuah alat kontrasepsi seperti IUD memiliki kegagalan rata-rata 0,8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian (BKKBN, 2002). Keunggulan Copper T 380A (1) Tidak ada IUD lain yang mempunyai luas permukaan tembaga seperti IUD Copper T 380A (380 mm²), (2) Tembaga di kedua lengan IUD ini menjamin tembaga akan dibebaskan di bagian tertinggi fundus uteri, (3) Tiap kemasan IUD Copper T 380A mempunyai jangka waktu penyimpanan selama 7 tahun.

Hal ini berarti bahwa setiap kemasan yang masih utuh (tidak robek) dijamin akan tetap steril sampai tanggal kadaluwarsa sebagaimana tercantum pada label kemasan. Setelah lewat tanggal kadaluwarsa, IUD dalam kemasan yang belum terpakai harus dibuang/dimusnahkan (BKKBN, 2002).

c) Mekanisme kerja IUD

- (1). Perubahan pada endometrium yang mengakibatkan kerusakan pada spermatozoa yang masuk ke dalam rahim.
- (2). Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- (3). Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- (4). Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (BKKBN, 2002).
- (5). AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

d) Keuntungan dan Kerugian KB IUD

Setiap alat kontrasepsi memiliki kelebihan dan kekurangan. Ini menjadi penting untuk kita ketahui karena sebagai tenaga kesehatan dan calon akseptor kita berhak memperoleh informasi yang benar tentang alat kontrasepsi yang akan dipilih dan digunakan.

keuntungan dari alat kontrasepsi IUD, yaitu :

- (1). Efektifitasnya tinggi. 0,6 – 0,8 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan IUD (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan).
- (2). AKDR akan segera efektif begitu terpasang di dalam rahim.
- (3). Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-mengingat ataupun melakukan kunjungan ulang untuk menyuntik tubuh (KB suntik).

- (4). Tidak mempengaruhi hubungan seksual dan dapat meningkatkan kenyamanan berhubungan karena tidak perlu takut hamil.
- (5). Tidak ada efek samping hormonal seperti halnya pada alat kontrasepsi hormonal.
- (6). Tidak akan mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- (7). Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus dengan catatan tidak terjadi infeksi.
- (8). Dapat digunakan hingga masa menopause (1 tahun atau lebih setelah masa haid terakhir).
- (9). Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- (10). Membantu mencegah kehamilan di luar kandungan.
- (11). Dapat dipasang kapan saja, tidak perlu pada saat masa haid saja asal anda tidak sedang hamil atau diperkirakan hamil.
- (12). Dapat dilepas jika menginginkan anak lagi, karena tidak bersifat permanen.
- (13). Tidak bersifat karsinogen, yaitu dapat menyebabkan kanker karena hormon yang terkandung didalamnya (BKKBN, 2002).

Kerugian dari alat kontrasepsi IUD, yaitu:

- (1). Dapat terjadi keputihan
- (2). Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).

- (3). Haid lebih lama dan banyak.
- (4). Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
- (5). Saat haid lebih sakit.

Penanggulangan efek samping :

- (1). Kembali memeriksakan diri setelah empat sampai enam minggu pemasangan AKDR.
- (2). Selama bulan pertama menggunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid.
- (3). Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksakan keberadaan benang setelah haid apabila mengalami kram / kejang diperut bagian bawah, perdarahan (*spotting*) diantara haid atau setelah senggama, nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual, dan jika terdapat tanda-tanda diatas maka klien diharapkan kembali ke dokter atau ke pelayanan kesehatan.

e) Keterbatasan Alat Kontrasepsi IUD

IUD mempunyai keterbatasan dimana agar kita dapat mempertimbangkan dan meyakinkan pemilihan alat kontrasepsi ini sebagai pilihan untuk ber-KB.

Keterbatasan alat kontrasepsi IUD diantaranya yaitu :

- (1). Memerlukan prosedur medis, termasuk diantaranya adalah pemeriksaan pelvik sebelum dipasang IUD, seringkali perempuan takut selama pemasangan.
- (2). Sedikit nyeri setelah pemasangan, namun biasanya akan hilang dalam jangka waktu 1-2 hari.
- (3). Tidak dapat dipasang dan dikeluarkan oleh anda sendiri, namun memerlukan bantuan petugas terlatih. Dalam hal ini adalah bidan atau dokter.
- (4). Ada kemungkinan IUD bisa keluar dengan sendirinya dari rahim. Hal ini biasanya terjadi pada pasien yang baru saja melahirkan dan segera dilakukan pemasangan IUD. Selain itu, posisi IUD di dalam rahim juga dapat mempengaruhi apakah IUD dapat terlepas atau tidak. Namun kejadian ini sangat langka. Hanya 1 orang yang gagal dari 1000 orang yang dipasang IUD.
- (5). IUD tidak mencegah kehamilan ektopik atau kehamilan di luar kandungan, karena IUD ini hanya mencegah kehamilan normal.
- (6). memeriksakan posisi benang dari waktu ke waktu. Untuk melakukan pemeriksaan ini, anda harus memasukkan jari anda ke dalam vagina

5) Metode Operatif Kontrasepsi Wanita dan Pria

Tubektomi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur yang menyebabkan wanita bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi. Tubektomi merupakan alat kontrasepsi yang paling efektif dengan angka kegagalan kurang dari 1%.

Tubektomi dapat dilakukan pasca keguguran, pasca persalinan, atau pada masa interval. Tubektomi pasca keguguran sebaiknya dilakukan 48 jam setelah melahirkan karena belum dipersulit dengan edema tuba, infeksi, dan alat genital belum menciut. Sedangkan dalam tubektomi dikenal 2 tipe pelayanan yaitu mini laparotomi dan laparoskopi. Teknik mini laparotomi pasca persalinan dengan tubektomi cara modifikasi Pomeroy adalah sebagai berikut : Calon akseptor yang sudah dipuasakan 6-8 jam sebelum tindakan diminta berbaring, selanjutnya dilakukan anestesi umum dengan ketalar atau anesti lokal dengan lidokain, setelah itu dengan posisi operator di kiri calon akseptor dan asisten dikanannya, buat insisi kecil sepanjang 2cm setinggi fundus. Jika fundus terletak dibawah pusat pada 3-5 hari pascapersalinan, lakukan insisi mediana setinggi 2 kaki dibawah fundus uteri sepanjang 1-2 cm.

Tampilkan tuba dengan menarik retraktor ke arah tuba yang akan dicapai, atau dengan mendorong uterus dan tuba dengan cara jari lewat lubang sayatan. Jepit 1/3 bagian proksimal tuba dengan klem Babcock dan tarik perlahan-lahan keluar lubang. Tutup peritoneum dengan jahitan jelujur *catgut* no.00 dan kulit dengan 1-2 jahitan sutera atau *catgut* no.00 subkutis.

Cara Kerja Metode Operatif Wanita :Menghambat perjalanan sel telur wanita sehingga tidak dapat dibuahi oleh sperma, Sedangkan cara kerja Metode Operatif Pria Menghalangi transport spermatozoa/ jalannya sel mani pria sehingga tidak dapat membuahi sel telur.

4. Tujuan Program KB

Tujuan umum adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Kesimpulan dari tujuan program KB adalah memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa; Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa; Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya

menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

5. Tujuan KB berdasar RENSTRA 2005-2009 meliputi:

- a. Keluarga dengan anak ideal
- b. Keluarga sehat
- c. Keluarga berpendidikan
- d. Keluarga sejahtera
- e. Keluarga berketahanan
- f. Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya
- g. Penduduk tumbuh seimbang (PTS)

6. Sasaran Program KB

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 meliputi

- a. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 persen per tahun.
- b. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
- c. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6 persen.
- d. Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5persen
- e. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.

- f. Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- g. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembanganak.
- h. Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera-1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
- i. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayananProgramKB Nasional.

7. Ruang Lingkup KB

Ruang lingkup KB antara lain: Keluarga berencana; Kesehatan reproduksiremaja; Ketahanan dan pemberdayaan keluarga; Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas; Keserasian kebijakan kependudukan; Pengelolaan SDM aparatur; Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan; Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur negara.

8. StrategiProgramKB

Strategi program KB terbagi dalam dua hal yaitu:

- a. Strategi dasar terdiri dari ; Meneguhkan kembali program di daerah dan Menjamin kesinambungan program

b. Strategi operasional ;

- 1) Peningkatan kapasitas sistem pelayanan Program KB Nasional
- 2) Peningkatan kualitas dan prioritas program
- 3) Penggalangan dan pemantapan komitmen
- 4) Dukungan regulasi dan kebijakan
- 5) Pemantauan, evaluasi, dan akuntabilitas pelayanan

9. Dampak Program KB

Program keluarga berencana memberikan dampak, yaitu penurunan angka kematian ibu dan anak; Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi; Peningkatan kesejahteraan keluarga; Peningkatan derajat kesehatan; Peningkatan mutu dan layanan KB-KR; Peningkatan sistem pengelolaan dan kapasitas SDM; Pelaksanaan tugas pimpinan dan fungsi manajemen dalam penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintahan berjalan lancar

A. Tinjauan Umum tentang *Unmet Need* KB

1. Pengertian

Unmet need menurut DHS (*Demographic Health Survey*) adalah proporsi wanita usia subur yang menikah atau hidup bersama (seksual aktif) yang tidak ingin punya anak lagi atau yang ingin menjarangkan kelahiran berikutnya dalam jangka waktu minimal 2 tahun tetapi tidak menggunakan alat atau cara kontrasepsi (Hastuti, 2011).

Soeradji, et.al. (1986), dalam Lalang (1997), mendefinisikan *Unmet need* sebagai pasangan usia subur yang membutuhkan kontrasepsi tetapi belum terpenuhi. *Unmet need* keluarga berencana menurut SDKI (2010), adalah Pasangan usia subur yang tidak ingin anak lagi dan ingin menunda kelahiran tetapi tidak menggunakan suatu alat kontrasepsi.

Haryanto et. Al.,(1991), membedakan *Unmet need* ke dalam 2 kelompok yaitu :*Manifest Unmet need* dapat didefinisikan sebagai kelompok wanita kawin dalam kondisi subur, baik yang sedang hamil maupun yang tidak hamil yang menghendaki tidak punya anak lagi atau ingin menunda anak untuk kelahiran berikutnya, atau beranggapan bahwa kehamilannya sebetulnya tidak dikehendaki atau tidak tepat ditinjau dari segi waktu saat mulai kehamilan.

Ada 2 kategori *manifest Unmet need* yaitu :

- a. *Manifest Unmet need for Spacing* atau yang menyatakan ingin menunda anak tetapi belum memakai alat kontrasepsi dan kelompok *manifest Unmet need for limiting* atau yang mengakhiri kehamilan tetapi juga belum menggunakan alat kontrasepsi yang diinginkan.
- b. *Latent Unmet need* dapat didefinisikan sebagai kelompok yang sudah mempunyai 2 anak atau lebih, tetapi masih ingin punya anak lagi, atau mereka yang ingin menunda tetapi waktu penundaan kurang dari 3 tahun. Hal ini dianggap tidak sesuai dengan anjuran program atau tujuan dari gerakan KB (Haryanto,et.al, 1991).

Berdasarkan berbagai definisi diatas, maka dalam penelitian ini *Unmet need* didefinisikan sebagai kelompok wanita usia subur kawin yang membutuhkan alat kontrasepsi untuk menghindari kehamilan tetapi belum terpenuhi (Haryanto,et,al, 1991). BPS mengukur *Unmet need* dalam SDKI ke dalam dua kelompok yaitu *unmet need* pada wanita usia subur yang ingin menjarangkan dan membatasi kelahiran berikutnya

- a. *Unmet need* pada wanita usia subur yang ingin menjarangkan kelahiran.

Wanita yang memerlukan KB untuk menjarangkan kelahiran mencakup wanita hamil yang kehamilannya tidak diinginkan waktu itu, wanita yang belum haid setelah melahirkan dan tidak memakai alat kontrasepsi (Alkon) tetapi ingin menunggudua tahun atau lebih sebelum kelahiran berikutnya, wanita yang belum memutuskan apakah ingin anak lagi atau ingin anak lagi tapi belum tahu kapan waktunya serta tidak memakai alkon juga masuk dalam kategori ini.

- b. *Unmet need* pada wanita usia subur yang ingin membatasi kelahiran, Wanita yang memerlukan KB untuk membatasi kelahiran mencakup wanita hamil yang kehamilannya tidak diinginkan, wanita yang haid dan yang sudah haid setelah melahirkan anak yang tidak diinginkan, dan tidak memakai alat kontrasepsi lagi.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dalam mengukur *unmet need* menggunakan metode yang telah dikembangkan oleh Westoff dan Ochoa (1991).

Perubahan paradigma dalam gerakan KB mengakibatkan kualitas layanan KB menjadi isu yang semakin krusial. Tinggi rendahnya partisipasi masyarakat dalam gerakan KB secara tidak langsung dipengaruhi oleh kualitas layanan yang disediakan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Jain (1989) dalam Dwiyanto (1996), bahwa pelayanan KB berperan penting dalam menunjang keberhasilan KB melalui peningkatan penerimaan dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi.

Unmet need keluarga berencana atau kebutuhan alat kontrasepsi yang belum terpenuhi sering dijadikan indikator dalam merespon kebutuhan akan layanan kontrasepsi. Dalam memenuhi kebutuhannya, pasangan usia subur sering mengalami hambatan dalam pemanfaatan layanan KB sehingga akses mereka terbatas, bahkan tertutup sama sekali. Hal ini mengakibatkan mereka tidak menggunakan alat kontrasepsi, padahal sebenarnya mereka membutuhkan. Survey Demografi dan Kesehatan yang dilakukan sejak tahun 1990 menanyakan kepada perempuan dengan *unmet need* mengenai alasan utama mengapa mereka tidak menggunakan atau memilih metode kontrasepsi. Menurut SDK, alasan mengapa perempuan tidak mau ber-KB padahal mereka tidak mengharapkan kehamilan, setidaknya dalam dua tahun

terakhir adalah karena 2 (dua) alasan utama, yaitu motivasi yang lemah untuk mengatur fertilitas dan tingginya anggapan biaya pelayanan kontrasepsi.

Kategori pertama erat kaitannya dengan kebingungan (ambivalensi) tentang berapa anak yang kelak diinginkan dan sangat umum ditemui untuk *unmet need* penjarangan kelahiran. Selain itu, anggapan rendahnya kemungkinan untuk hamil juga menyebabkan minimnya motivasi diri untuk mengatur kelahiran. Alasan ini banyak dijumpai pada mereka yang secara seksual tidak aktif atau mereka yang menganggap dirinya tidak subur. Dibanyak Negara, proporsi perempuan dengan anggapan seperti ini terjadi kurang dari 10% dari seluruh perempuan dengan *unmet need*. Namun proporsi ini meningkat pada perempuan-perempuan di Egypt, Jordan dan Turkey dimana 17% dari seluruh perempuan ini menganggap dirinya tidak berisiko tinggi hamil.

Analisis SDK menunjukkan bahwa *unmet need* kurang berhubungan dengan ukuran konvensional ketersediaan akses pelayanan kontrasepsi seperti jarak dan waktu yang dibutuhkan untuk menjangkau pelayanan kontrasepsi terdekat jika dibandingkan dengan aspek kualitas dan kognitif pelayanan. Termasuk di dalam aspek kualitas dan kognitif pelayanan adalah metode kontrasepsi yang tersedia dan pengetahuan tentang kontrasepsi itu sendiri. Yang termasuk penjelasan dari penyebab kedua yaitu perihal

anggapan pembiayaan pelayanan kontrasepsi adalah rasa takut akan efek samping penggunaan kontrasepsi atau disebut dengan biaya psikologi (*psychological cost*).

Kajian lanjut SDK dengan menggunakan *in-depth interview* menunjukkan bahwa efek samping yang nyata atau hanya sebatas kekhawatiran menunjukkan pengaruh yang besar terhadap kejadian *unmet need*. Di 15 (lima belas) negara yang terpilih untuk dilakukan analisis, rata-rata 10% dari seluruh perempuan *unmet need* memutuskan keberlangsungan penggunaan kontrasepsi karena efek samping. Lebih dari separuh perempuan dengan *unmet need* tersebut bahkan tidak pernah menggunakan kontrasepsi apapun. Tidak adanya persetujuan dari suami atau masyarakat terhadap ideologi keluarga berencana juga tercatat sebagai biaya sosial (*social cost*) yang harus diperhitungkan untuk membuka tabir alasan adanya *unmet need*.

Suami dapat menentang kontrasepsi karena mereka lebih pronatalist dibandingkan isterinya atau mereka tidak menyetujui penggunaan metode kontrasepsi tertentu atau karena kedua alasan tersebut. Terkadang perempuan juga salah persepsi tentang tidak setujunya suami agar isteri ber-KB. Komunikasi tentang keluarga berencana antara suami dan isteri dengan demikian memiliki nilai kontribusi terhadap kejadian *unmet need*.

Perempuan dengan *unmet need* secara luas dan umum digambarkan sebagai perempuan dengan status yang rendah dan lemah dalam posisi tawar-menawar dalam rumah tangga, ternyata perlu upaya keras untuk mempromosikan persiapan kehidupan berkeluarga bagi para calon pengantin tentang bagaimana kedepan mereka merencanakan tujuan reproduksinya. Setelah mereka mengetahui kapan akan memiliki anak pertama dan kapan kehamilan selanjutnya maka mereka tentu tidak larut dalam kebingungan yang akhirnya memutuskan untuk tidak menggunakan metode kontrasepsi apapun walaupun mereka belum menginginkan kehamilan. Konseling dalam konteks ini tampak tidak berlebih jika disebut sebagai upaya yang sangat strategis mencegah kejadian *unmet need*. Dengan pemberian konseling tentang kesehatan reproduksi maka diharapkan perempuan dapat memahami secara benar bahwa dirinya dapat saja berisiko hamil misal walupun sudah berumur 35 atau jarang berhubungan seksual.

Ketakuatan berlebih saat penggunaan kontrasepsi juga dapat dikurangi dengan pemberian konseling yang lengkap dan baik kepada calon atau akseptor KB dan hal-hal apa saja yang harus diwaspadai. Dengan pengetahuan yang cukup, mereka tidak perlu harus khawatir dan mengorbankan diri untuk tidak terlindungi dengan metode kontrasepsi. *Sharing the burden* atau pelibatan suami dalam hal ber KB juga perlu menjadi perhatian untuk menciptakan kondisi yang kondusif dalam sebuah keluarga

yang akan dapat menulari lingkungannya untuk menghindari penolakan konsep KB (Ardiana, 2012). *Unmet need* pelayanan layanan kontrasepsi / keluarga berencana berkaitan dengan *demand* keluarga berencana. *Demand* KB adalah niat atau motivasi individu atau pasangan untuk mengontrol fertilitas dimasa yang akan datang. *Demand* KB terbagi dalam 3 kategori yaitu keinginan untuk menunda kelahiran anak pertama, keinginan untuk menjarangkan kehamilan dan keinginan untuk mengakhiri kelahiran. Untuk menunda, mengatur jarak dan membatasi kelahiran ditentukan oleh penilaian ekonomi dan sosial yang memiliki kekuatan untuk motivasi pengendalian kesuburan.

Kelompok *unmet need* mencakup wanita hamil yang kehamilannya tidak diinginkan, wanita yang belum haid (amenorrhoe) setelah melahirkan anak yang tidak diinginkan, dan wanita yang tidak hamil atau belum haid setelah melahirkan dan tidak memakai kontrasepsi tetapi ingin menunggu dua tahun atau lebih sebelum kelahiran berikutnya. Wanita yang belum memutuskan apakah ingin anak lagi tapi belum tahu kapan juga termasuk dalam kelompok *unmet need*. Wanita yang hamil akibat kegagalan metode kontrasepsi, wanita yang mengalami *infecund* yaitu mereka telah menikah lima tahun atau lebih tetapi tidak pernah melahirkan, menopause dan histerektomi bukan termasuk dalam kelompok *unmet need*.

Pengguna kontrasepsi tradisional termasuk ke dalam kelompok *unmet need*, karena metode yang digunakan tidak bisa diandalkan dan tidak sesuai dengan tujuan reproduksi.

2. **Penyebab *Unmet Need***

- a. Akses ke layanan yang dipengaruhi oleh pengetahuan dan transportasi.
- b. Kualitas layanan terhadap pemilihan alat kontrasepsi, pemahaman efek samping yang ditimbulkan oleh masing-masing metode kontrasepsi dan hubungan antara wanita dan provider. Enam komponen dalam kualitas pelayanan kontrasepsi yang dapat meningkatkan cakupan pengguna keluarga berencana yaitu: 1) pilihan metode; 2) informasi yang diberikan kepada klien; 3) kompetensi *provider*; 4) tempat konseling; 5) tindak lanjut dan keberlangsungan pelayanan; dan 6) pelayanan yang tepat.

Bentuk layanan keluarga berencana yang diberikan oleh provider bukan sekedar menyediakan alat kontrasepsi, tetapi memperhatikan kebutuhan sosial dan kesehatan calon akseptor. Keberhasilan klien dalam mengambil keputusan pemilihan kontrasepsi adalah mengerti tentang keefektifan metode, mengetahui kelebihan dan kelemahan metode, cara pencegahan terhadap penyakit menular seksual,

mengerti pemakaian metode dan kapan untuk kembali, serta tanda dan cara mengatasi efek samping.3). Hambatan biaya.4). Hambatan sosial, budaya dan norma agama.

Faktor lain yang mempengaruhi *unmet need* pelayanan keluarga berencana adalah Usia perkawinan yang terlalu muda, pendidikan wanita yang rendah, jarak ke layanan dan diskriminasi gender terhadap pemilihan jenis kelamin anak adalah karakteristik demografi yang menentukan tingginya kebutuhan KB yang tidak terpenuhi. Terdapat perbedaan karakteristik demografi dalam *unmet need* pelayanan keluarga berencana untuk pembatasan dan penjarangan kelahiran. Pembatasan kelahiran lebih tinggi pada wanita dengan usia lebih dari 35 tahun, tidak memiliki pendidikan formal dan paritas lebih dari empat. Sedangkan untuk penjarangan kelahiran lebih tinggi pada wanita usia dibawah 25 tahun, pendidikan menengah atau tinggi dan paritas rendah. Upaya peningkatkan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Undang-undang no. 10/1992).

C. Kehamilan Yang Tidak Diinginkan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus didalam tubuhnya. Membutuhkan 2 sel untuk membentuk manusia, dari 200-300 juta sperma yang masuk kedalam saluran reproduksi wanita dan hanya 300-500 sperma yang mampu mencapai tempat pembuahan, tetapi hanya sperma yang masuk kedalam ovum yang bisa menyebabkan terjadinya suatu proses pembuahan (fertrilisasi) yang menandai awal dari kehamilan. kehamilan yang tidak diinginkan atau KTD mengandung arti sebagai kehamilan yang terjadi saat salah satu atau kedua belah pihak dari pasangan tidak menginginkan anak sama sekali atau kehamilan yang sebenarnya diinginkan tapi tidak pada saat itu, dimana kehamilan terjadi lebih cepat dari yang telah direncanakan.

Banyak yang berpikir bahwa KTD hanya terjadi pada remaja, tapi ternyata tidak. Pada pasangan yang telah menikah pun KTD masih mungkin terjadi, oleh karena kehamilan yang terjadi memang sedang tidak diinginkan. Menurut Prof. dr. H. Moch Anwar, MMed. Sc, SpoG, KFer., diperkirakan sekitar 75 juta/33 % kehamilan didunia adalah kehamilan yang tidak diinginkan. Terbukti tidak semua kehamilan didunia ini dikehendaki oleh suami istri tersebut. Tentunya hal ini dipengaruhi oleh faktor-faktor tertentu.

Disisi lain, banyak pula pasangan suami istri yang sudah hidup berpuluh tahun harus menghadapi ujian yang berat untuk mendapatkan keturunan atau bahkan mengeluarkan ratusan juta untuk mendapatkan keturunan. Misalnya dengan inseminasi bayi tabung atau adopsi.

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

Kehamilan yang direncanakan serta diharapkan pasangan suami istri tidak lain untuk meneruskan generasinya. Faktor-faktor yang mempengaruhi mengapa suami istri menginginkan kehamilan yaitu :

- a. Mempunyai kesiapan dalam sosial ekonomi
- b. Mempunyai kesiapan mental dan emosi secara psikologis
- c. Mempunyai kesiapan fisik

Berbeda dengan pasangan suami istri yang melangsungkan pernikahan namun tidak mempunyai kesiapan apapun. Sehingga ketika mereka diberi keturunan akan menyebabkan kontra terhadap hadirnya kehamilan tersebut (*unwanted Pregnancy*).

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi mengapa suami istri tidak menginginkan kehamilan yaitu :

- a. Ketidaksiapan sosial ekonomi
- b. Lingkungan tidak sesuai
- c. Pendidikan seks yang kurang
- d. Pengawasan orang tua yang kurang

- e. Pernikahan usia dini
- f. Ketidaknyamanan dirumah
- g. Ketidakmatangan mental dan emosi
- h. Kegagalan kontrasepsi
- i. Perjudohan
- j. Penundaan dan peningkatan usia perkawinan,serta semakin dininya usia menstruasi pertama(*menarche*).
- k. Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan.
- l. Kehamilan yang disebabkan oleh pemerkosaan.
- m. Persoalan ekonomi(biaya untuk melahirkan dan membesarkan anak).
- n. Alasan karir atau masih sekolah(karena kehamilan dan konsekuensi lainnya yang dianggap dapat menghambat karir atau kegiatan belajar.
- o. Kehamilan karena *incest*.

3. Akibat yang ditimbulkan pada kehamilan yang diinginkan dan tidak diinginkan.

Dalam hal ini tentunya kehamilan yang diinginkan/direncanakan akan menimbulkan perasaan senang dan bahagia, pasangan suami istri tersebut akan merasa bahwa kehidupan mereka menjadi sempurna dengan kehadiran seorang anak, serta akan terciptanya keluarga sakinah,

mawaddah, warohmah dan terbentuknya generasi yang tidak diinginkan. Sedangkan akibat dari kehamilan yang tidak diinginkan akan menimbulkan dampak negatif antara lain :

- a. Abortus
- b. BBLR
- c. Prematuritas
- d. Malnutrisi
- e. Kurangnya ANC
- f. Tindakan Medis yang terlambat
- g. Psikologi
- h. Kesepian
- i. Perasaan malu
- j. Perasaan bersalah
- k. Depresi
- l. Menimbulkan Konflik
- m. Kecewa terhadap keluarga
- n. Sosial
- o. Dikeluarkan dari sekolah
- p. Perceraian dini
- q. Penerimaan keluarga yang kurang
- r. Tidak mampu mensupport diri dan bayinya

- s. Dikucilkan
- t. Kurang mampu mengatur waktu antara kerja dan merawat bayi
- u. Meningkatnya AKI dan AKB

4. **Upaya pencegahan dan penanggulangan kehamilan yang tidak diinginkan**

1. Ada beberapa upaya pencegahan terhadap terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, antara lain ;

- a. Pendidikan Seks yang kuat

Pendidikan seks harus diberikan sedini mungkin kepada remaja dengan tetap memperhatikan tingkat perkembangannya. Salah satu faktor dominan dalam seks *education* selain guru dan petugas kesehatan. Peran orang tua sangat potensial dalam pengembangan kualitas kepribadian remaja terutama masalah kesehatan reproduksi dan tanpa harus lepas dari makna religious. Keberhasilan pendidikan seks tergantung pada sejauh mana orang tua bersikap terbuka dan mampu menjalin komunikasi efektif, tanpa harus melarang remaja melakukan interaksi, penting juga dalam memberikan rambu-rambu dalam rangka membangun “Pergaulan yang Sehat”, dengan demikian kehamilan tidak diinginkan dapat dicegah.

b. Menjunjung tinggi nilai-nilai dan norma-norma

Dengan mengajarkan serta menerapkan nilai-nilai dan norma-norma yang berlaku di masyarakat akan menciptakan kehidupan yang tentram, aman dan sejahtera tanpa adanya suatu masalah akibat penyimpangan nilai-nilai dan norma-norma.

c. Tradisi Masyarakat

Kebiasaan dan adat istiadat yang harus menjadi salah satu faktor pendukung dalam upaya pencegahan kehamilan tidak diinginkan. Sebaliknya, adat dan kebiasaan masyarakat yang kurang baik hendaknya ditinggalkan, seperti orang tua yang mengharuskan anaknya untuk menikah diusia muda, adanya perjodohan, serta tradisi masyarakat yang beranggapan bahwa membicarakan seks adalah sesuatu yang kotor, tidak pantas, dan dianggap tabu. Padahal hal tersebut dapat menghambat proses pengajaran seks *education*.

d. Tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah

Memanfaatkan waktu luang dengan melakukan kegiatan positif seperti berolahraga, seni dan keagamaan. Hindari perbuatan-perbuatan yang akan menimbulkan dorongan dorongan seksual, seperti meraba-raba tubuh pasangannya dan menonton video porno.

2. Beberapa cara penanggulangan terhadap terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, antara lain:

- a. Penggunaan alat kontrasepsi seperti, IUD, spiral, susuk, pil, kondom, dll. Dimana penggunaan kontrasepsi ini harus tepat agar tidak terjadi kegagalan kontrasepsi
- b. Peran media dalam membentuk karakter seseorang. Sinetron atau film yang merupakan metode *reversible* yang biasa dilihat diripasaran untuk mencegah terjadinya kehamilan tidak diinginkan.
- c. Peran lingkungan sekitar. Peranan orang tua, teman, saudara, tetangga, petugas kesehatan dan masyarakat untuk tetap mensupport ibu hamil untuk merawat janinnya baik secara sosial, ekonomi, psikologis, maupun pelayanan kesehatan yang memadai.

3. Cara menangani *unwanted pregnancy* (KTD)

- a. Bersikap bersahabat dengan remaja.
- b. Memberikan konseling pada remaja dan keluarganya.
- c. Apabila ada masalah yang serius agar diberikan jalan keluar yang terbaik dan apabila belum bisa terselesaikan supaya dikonsultasikan kepada dokter ahli.
- d. Memberikan alternative penyelesaian masalah apabila terjadi kehamilan pada remaja dengan cara di selesaikan secara kekeluargaan, segera menikah, memberikan konseling kehamilan, persalinan dan keluarga berencana

e. Peranan Lingkungan, bagi mereka yang mengalami KTD, dukungan lingkungan tentu sangat diperlukan. Perhatian serta pengertian tentu sangat dibutuhkan. Jangan sampai kita sebagai pihak yang seharusnya mendampingi malah menyalahkan dan akan membuat remaja semakin merasa terperosok. Sekarang bukan bagaimana mencari siapa yang bersalah tapi bagaimana mencari pemecahan masalah bersama. Selain itu bagi kamu para remaja, ada baiknya jika mulai sekarang kamu dapat mencari informasi ke tempat yang tepat sehingga ke depannya tidak akan ada hal yang tidak diinginkan terjadi. Kamu juga akan dapat menjaga kesehatan organ reproduksimu dengan lebih baik(anonimity, 2012).

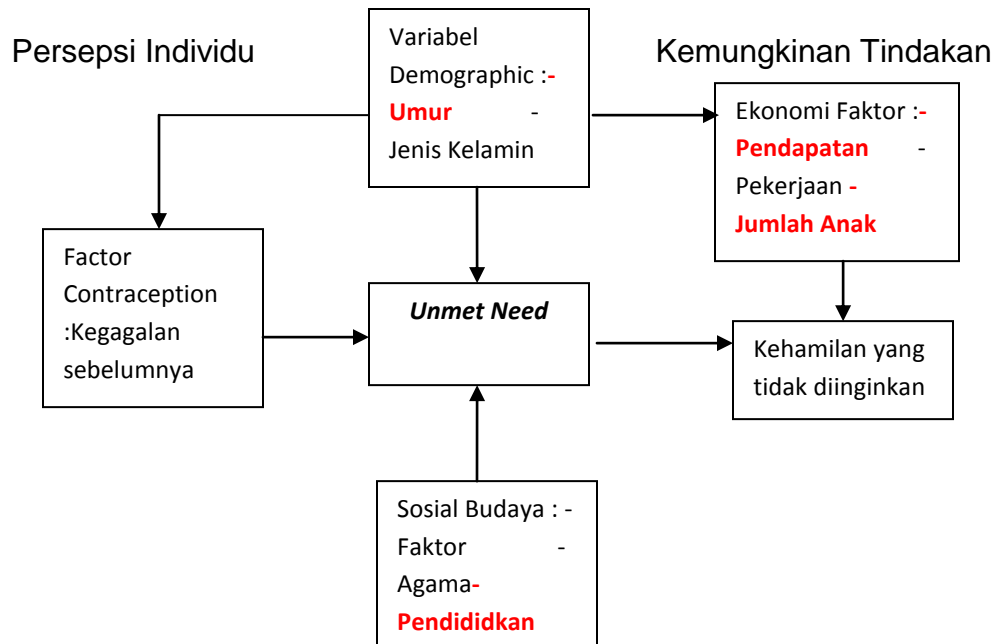
Sementara itu berdasarkan data Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) tahun 2007, sebagian besar KTD di kalangan peserta KB terjadi pada kehamilan anak ke-4 dan seterusnya yakni 25 persen. Sebalik" sebagian besar tetap membesarkan anak hasil KTD dengan penuh kasih sayang. Aborsi sangat jarang dijadikan pilihan karena para peserta KB selalu dibekali nilai-nilai oleh petugas penyuluh, bahwa bagaimanapun anak adalah amanah Tuhan. Dengan pemahaman seperti itu maka anak harus dirawat dengan kasih sayang meski semula tidak direncanakan. hampir semua anak pertama merupakan kehamilan yang direncanakan yakni 93 persen.

Tanpa melihat urutan kelahiran, secara umum hampir semua yakni 80 persen kehamilan dikalangan peserta KB adalah kehamilan yang terencana dengan baik. Sebanyak 12 persen adalah kehamilan yang diinginkan, namun waktunya tidak tepat karena terlalu cepat. Sementara dikalangan remaja belum menikah, 60 persen responden mengaku pernah aborsi baik disengaja atau spontan (keguguran) saat mengalami KTD (SDKI 2007). Sementara itu 40 persen responden tetap melanjutkan kehamilan hingga lahir, termasuk yang pernah mencoba aborsi tapi gagal.



Grafik 1 : persebaran CPR di Indonesia.

C. Kerangka Teori



Gambar 6 Model Kerangka Teori Penelitian

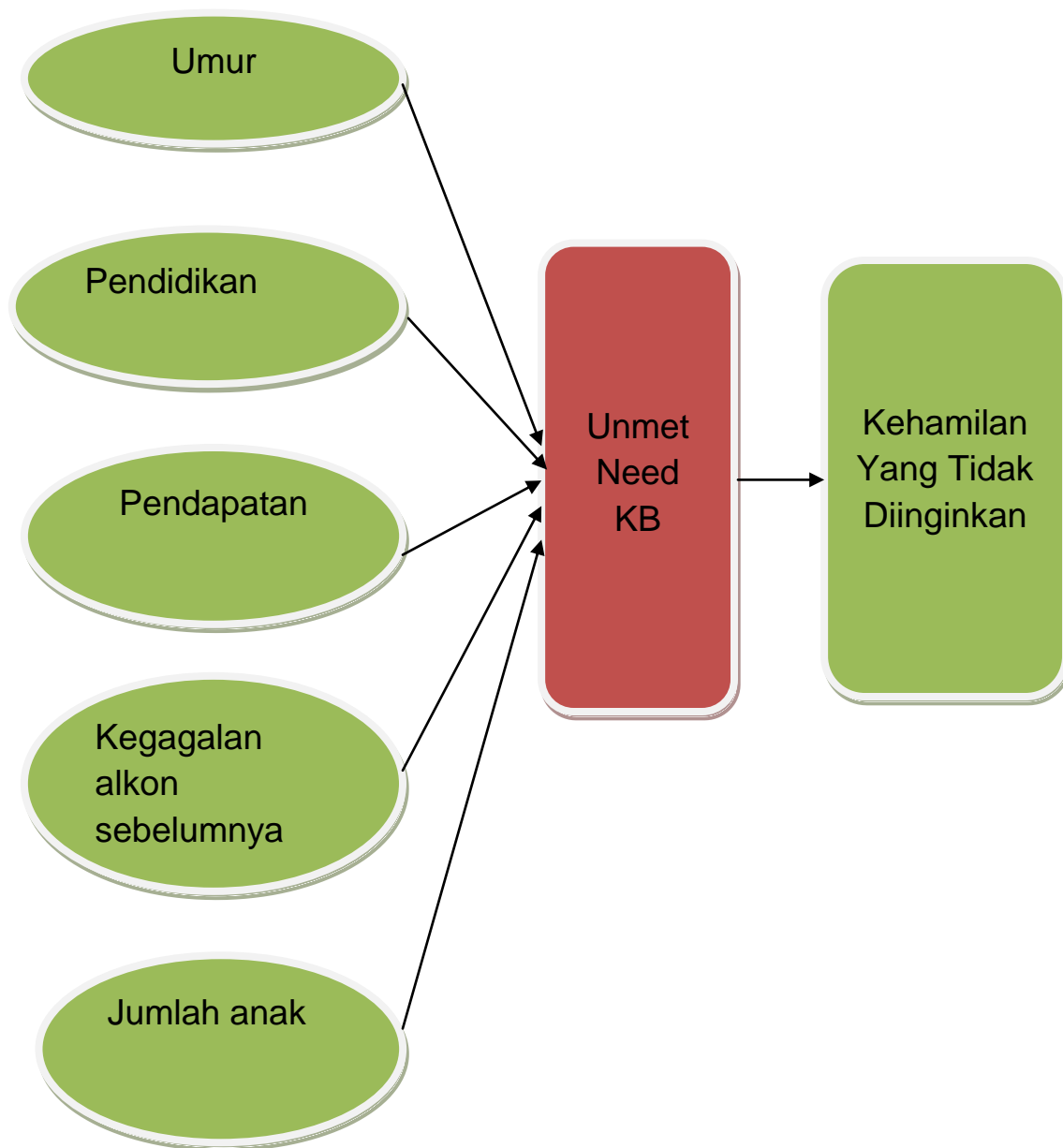
Source: Health Belief Model from Glanz et al, 2002.

Modifikasi dari *unmet need family planning*

The Health Belief Model (HBM) adalah model psikologis yang mencoba untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan. Hal ini dilakukan dengan berfokus pada sikap dan keyakinan individu. HBM ini pertama kali dikembangkan pada tahun 1950 oleh psikolog sosial Hochbaum, Rosenstock dan Kegels bekerja di Pelayanan Kesehatan Masyarakat AS. Sebuah konsep menambahkan, isyarat untuk bertindak, akan mengaktifkan kesiapan itu dan merangsang

perilaku terbuka. Sebuah tambahan baru untuk HBM adalah konsep *self-efficacy*, atau kepercayaan seseorang dalam kemampuan untuk berhasil melakukan aksinya. *The Health Belief Model* telah diterapkan untuk berbagai perilaku kesehatan dan populasi subjek. Tiga bidang dapat diidentifikasi (Conner & Norman, 1996): 1) persepsi individu yang meliputi kegagalan alat kontrasepsi, variabel demografi umur dan jenis kelamin, faktor sosial budaya agama, pendidikan, dan juga faktor ekonomi pendapatan dan jumlah anak memberikan kontribusi terhadap terjadinya *unmet need*. Faktor-faktor *unmet need* tersebut yang bisa menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan (anonimity, 2002).

D. Kerangka Konsep



Gambar 7 ; Kerangka konsep penelitian

E. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara umur dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo.
2. Ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo.
3. Ada hubungan antara pendapatan dengan kejadian *unmet need* KB pada wanita usia subur di Kota Tengah Kota Gorontalo.
4. Ada hubungan antara kegagalan alat kontrasepsi sebelumnya dengan *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo.
5. Ada hubungan antara jumlah anak dengan *unmet need* KB di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo.
6. Ada hubungan antara *unmet need* KB dengan kehamilan yang tidak diinginkan di Kecamatan Kota Tengah Kota Gorontalo.