

**DETERMINAN PERILAKU PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI PADA  
PASANGAN USIA SUBUR SEBAGAI UPAYA MENGATUR KELAHIRAN  
DI WILAYAH KERJA BADAN KEPENDUDUKAN KELUARGA  
BERENCANA DAERAH KECAMATAN CICURUG  
KABUPATEN SUKABUMI**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai  
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Rislan Muharam Afendi**

**NIM. BK 1.15.018**



**FAKULTAS KESEHATAN  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA**

**2019**

## LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : DETERMINAN PERILAKU PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI PADA PASANGAN USIA SUBUR SEBAGAI UPAYA MENGATUR KELAHIRAN DI WILAYAH KERJA BADAN KEPENDUDUKAN KELUARGA BERENCANA DAERAH KECAMATAN CICURUG KABUPATEN SUKABUMI**

**NAMA : RISLAN MUHARAM AFENDI**

**NIM : BK.1.15.018**

Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Sidang Skripsi  
Pada Program Studi Kesehatan Masyarakat  
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui :

Pembimbing I



**Dr. Ratna Dian K, M.Kes**

Pembimbing II



**Putri Noor Chotimah, MKM**

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana  
Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat

Ketua



**Nova Oktavia, SKM., MPH**

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan

Dewan Penguji Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana

Pada tanggal 19 Agustus 2019

Mengesahkan

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana

Penguji I



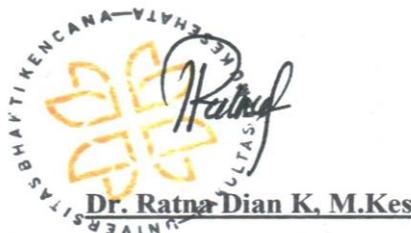
**Supriyatni, SKM.,MKM**

Penguji II



**Nova Oktavia, SKM.,MPH**

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana  
Dekan



## PERNYATAAN TERTULIS

Dengan ini saya

Nama : Rislán Muharam Afendi

NIM : BK. 1.15.018

Program Studi I : S1 Kesehatan Masyarakat

Judul Karya Ilmiah : Determinan Perilaku Penggunaan Alat Kontrasepsi Pada Pasangan Usia Subur Sebagai Upaya Mengatur Kelahiran Di Wilayah Kerja Badan Kependudukan Keluarga Berencana Daerah Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.

Menyatakan

1. Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana baik di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas Akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademi berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.



## ABSTRAK

Penggunaan alat kontrasepsi di wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug masih rendah, dari 25.620 Pasangan Usia Subur (PUS) yang tidak menggunakan alat kontrasepsi sebanyak 7.713 (30.11%). Penggunaan alat kontrasepsi merupakan salah satu upaya mengatur jarak kelahiran. Tujuan penelitian ini untuk melihat determinan perilaku penggunaan alat kontrasepsi pada PUS sebagai upaya mengatur kelahiran di wilayah kerja BKKBD kecamatan Cicurug.

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi penelitian sebanyak 321 PUS dengan sampel 59 PUS. Instrument yang digunakan adalah kuesioner yang di uji ke RW 06 dengan *random sampling* di wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug. Analisis data menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil menunjukkan ada hubungan pengetahuan dengan penggunaan alat kontrasepsi ( $p=0,001$ ) ,tidak ada hubungan sikap dengan penggunaan alat kontrasepsi ( $p=0,091$ ).dan ada hubungan dukungan suami ( $p=0,027$ ). Hasil keseluruhan bahwa variabel pengetahuan dan dukungan adanya hubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi, sedangkan variabel sikap tidak ada hubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi. Saran untuk BKKBD dapat melakukan penyuluhan rutin secara merata dengan meningkatkan keterampilan dari petugas lapangan agar PUS mau menggunakan alat kontrasepsi di wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug.

**Kata Kunci** : **Alat Kontrasepsi, PUS, Determinan Perilaku**  
**Daftar Pustaka** : **Buku 7, 3 Skripsi, 11 Jurnal, 7 Dokumen Pemerintah**  
( Tahun 2010-2019).

## **ABSTRACT**

*The use of contraceptives in the BKKBD working area of Cicurug sub-istrict is still low, namely from 25,620 PUS who did not use contraception as many as 7,713 or around 30.11%. The use of contraception itself is one of the efforts to regulate birth spacing. The purpose of this study was to look at the determinants of the behavior of contraceptive use in couples of childbearing age as an effort to regulate births in the BKKBD working area of Cicurug sub-district.*

*This research used quantitative method with cross sectional approach. Sampling in this study used lameshow formula with 59 PUS. The measuring instrument used was questionnaire that was tested in RW 06 of the BKKBD working area of Cicurug sub-district. The results showed that there were 35 PUS whose knowledge was lacking, 25 PUS had an unsupportive attitude and 29 PUS did not support the husband's support in the use of contraceptives.*

*In addition, the results of the relationship of knowledge was  $(0.001) \leq \alpha (0.05)$ , attitude relationship was  $(0.091) \leq \alpha (0.091)$  and the relationship of husband's support was  $(0.027) \leq \alpha (0.05)$ , each of the variables means that it had a relationship with use of contraception. It was in contrast with the attitude variable which means there was no relationship with the use of contraceptives. Based on the results of the study, it is necessary to have regular counseling by increasing the skills of field workers so that PUS will use contraception in the work area of the BKKBD of Cicurug sub-district.*

**Keywords: Contraception, EFA, Determinant of Behavior**

**References: Book 7, 3 Research Papers, 11 Journals, 7 Government Documents (2010-2019).**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Illahi Rabbi, Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya sehingga saya sebagai penyusun dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Tak lupa saya panjatkan shalawat serta salam bagi junjungan kita Nabi Muhammad SAW.

Dalam kesempatan ini saya sebagai penulis berbahagia karena telah dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Determinan Perilaku Penggunaan Alat Kontrasepsi Pada Pasangan Usia Subur Sebagai Upaya Mengatur Kelahiran Di Wilayah Kerja Badan Kependudukan Keluarga Berencana Daerah Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi”**. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat.

Penyusunan skripsi ini tak lepas dari dukungan dan dorongan semangat dari berbagai pihak, sehingga saya sebagai penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan tepat waktu. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana SH., MPd.,MHKes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Dr. Entris Sutrisno, S.Farm., MH.Kes., Apt. selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.

3. Dr. Ratna Dian K, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan sekaligus pembimbing utama yang telah memberikan pengarahannya selama proses bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Nova Oktavia, SKM., MPH selaku ketua program studi kesehatan masyarakat
5. Putri Noor Chotimah MKM pembimbing kedua yang telah memberikan pengarahan selama proses bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Drs. Kikin selaku kepala UPT BKKBD kecamatan Cicurug yang telah memberikan pengarahan serta izin selama penyusunan skripsi ini.
7. Bayu Nugraha Pamungkas selaku petugas lapangan keluarga berencana yang telah memberikan pengarahan saat melakukan penelitian.
8. Seluruh rekan-rekan S1 Kesehatan Masyarakat angkatan 2015 yang sedang sama-sama berjuang dan saling memberikan dukungan untuk kelancaran dalam penyusunan skripsi ini.

Ucapan terimakasih tidak terhingga kepada kedua orang tua yang senantiasa memberikan pengarahan, motivasi dan do'anya untuk kelancaran penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam skripsi ini masih banyak kekurangan, penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini.

Bandung, 19 Agustus 2019

Rislan Muharam Afendi

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian .....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis.....	8

<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Promosi Kesehatan .....	10
2.1.1 Pengertian Promosi Kesehatan .....	10
2.1.2 Visi dan Misi Promosi Kesehatan.....	11
2.1.3 Sasaran Promosi Kesehatan.....	12
2.1.4 Strategi Promosi Kesehatan .....	12
2.1.5 Pelaksanaan Promosi Kesehatan.....	14
2.1.6 Metode Promosi Kesehatan .....	14
2.2 Perilaku .....	16
2.2.1 Pengertian Perilaku .....	16
2.2.2 Determinan Perilaku.....	16
2.2.3 Faktor Predisposisi .....	17
2.2.4 Faktor Pemungkin .....	20
2.2.5 Faktor Penguat .....	21
2.3 Keluarga Berencana .....	22
2.3.1 Definisi KB.....	22
2.3.2 Tujuan Program KB .....	23
2.3.3 Ruang Lingkup Program KB.....	24
2.3.4 Sasaran Program KB .....	25
2.3.5 Strategi Pendekatan dan Cara Operasional Program Pelayanan KB	25
2.3.6 Dampak Program KB Terhadap Pencegahan Kelahiran.....	27

2.3.7 Hak-Hak Konsumen KB .....	28
2.4 Pasangan Usia Subur (PUS) .....	30
2.4.1 Definisi Pasangan Usia Subur .....	30
2.5 Kontrasepsi .....	32
2.5.1 Definisi Kontrasepsi .....	32
2.5.1 Jenis Metode atau Alat Kontrasepsi .....	33
<b>BAB III METODELOGI PENELITIAN .....</b>	<b>37</b>
3.1 Rancangan Penelitian .....	37
3.2 Paradigma Penelitian .....	37
3.3 Hipotesa Penelitian .....	42
3.4 Variabel Penelitian .....	43
3.4.1 Variabel independen .....	43
3.4.2 Variabel Dependen .....	43
3.5 Definisi Konseptual dan Definisi Oprasional .....	43
3.5.1 Definisi Konseptual .....	43
3.5.2 Definisi Operasional .....	44
3.6 Populasi dan Sampel .....	46
3.6.1 Populasi Penelitian .....	46
3.6.2 Sampel Penelitian .....	46
3.7 Pengumpulan Data .....	49
3.7.1 Teknik Pengumpulan Data .....	49

3.7.2 Instrumen Penelitian .....	49
3.7.3 Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen .....	50
3.8 pengolahan dan Analisis Data .....	54
3.8.1 Teknik Pengolahan Data .....	54
3.8.2 Teknik Analisa Data.....	55
3.9 Etika Penelitian.....	58
3.10Lokasi dan Waktu Penelitian .....	60
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>61</b>
4.1 Hasil Penelitian .....	61
4.1.1 Gambaran Pengetahuan PUS .....	61
4.1.2 Gambaran Sikap PUS .....	62
4.1.3 Gambaran Dukungan Suami .....	62
4.1.4 Gambaran Frekuesnsi Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	63
4.1.4 Hubungan Pengetahuan dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	63
4.1.5 Hubungan Sikap dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	64
4.1.6 Hubungan Dukungan Suami dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi.....	65
4.2 Pembahasan .....	66
4.2.1 Gambaran Pengetahuan PUS .....	66
4.2.2 Gambaran Sikap PUS .....	67
4.2.3 Gambaran Dukungan Suami .....	69
4.2.4 Gambaran Frekuesnsi Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	70

4.2.4 Hubungan Pengetahuan dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	71
4.2.5 Hubungan Sikap dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	73
4.2.6 Hubungan Dukungan Suami dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi	76
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>78</b>
5.1 Kesimpulan .....	78
5.2 Saran.....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	45
Tabel 4.1 Gambaran Pengetahuan PUS .....	61
Tabel 4.2 Gambaran Sikap PUS .....	62
Tabel 4.3 Gambaran Dukungan Suami .....	62
Tabel 4.4 Gambaran Frekuensi Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	63
Tabel 4.5 Hubungan Pengetahuan dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	63
Tabel 4.6 Hubungan Sikap dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	64
Tabel 4.7 Hubungan Dukungan Suami dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi	65

## DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep .....	41
---------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Surat Kesbangpol
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Uji Validitas
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian BKKBD
- Lampiran 4 : Uji Validitas Untuk RW 04
- Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian Untuk RW 05
- Lampiran 6 : Surat Balasan dari BKKBD Kabupaten Sukabumi
- Lampiran 7 : Surat Balasan dari BKKBD Kecamatan Cicurug
- Lampiran 8 : Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 9 : Surat Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 10 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 11 : Soal Yang Diujikan
- Lampiran 12 : Dokumentasi
- Lampiran 13 : Lembar Bimbingan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Undang-undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga menyatakan bahwa, pembangunan keluarga merupakan salah satu upaya mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat. Keluarga berencana merupakan upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas (KemenKes, 2014).

Undang-undang mendukung program KB sebagai salah satu upaya untuk mewujudkan keluarga sehat dan berkualitas. Pengaturan kehamilan dalam program KB dilakukan dengan menggunakan alat kontrasepsi. Program KB di Indonesia sudah dimulai sejak tahun 1957. Namun sejalan dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk Indonesia serta tingginya angka kematian ibu dan kebutuhan akan kesehatan reproduksi, program KB selanjutnya digunakan sebagai salah satu cara untuk menekan pertumbuhan jumlah penduduk serta meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Indonesia merupakan negara ke lima di dunia yang diperkirakan jumlah penduduknya yaitu sekitar 249 juta. Angka Fertilitas atau *Total Fertility Rate* (TFR) 2,6%, Indonesia masih berada di atas rata-rata TFR Negara Asean yaitu 2,4% (*World Population Data, 2013*).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan *total fertility rate* mengalami penurunan yaitu 2,4% yang sebelumnya pada tahun 2013 yaitu sebesar 2,6%, tetapi angka ini belum mencapai target yaitu 2,3%. Tren prevalensi penggunaan kontrasepsi atau *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) di Indonesia sejak tahun 1991-2017 cenderung meningkat, pada tahun 1991 tren penggunaan kontrasepsi pada wanita kawin sebesar 49,7%, tahun 1994 sebesar 54,7%, tahun 1997 sebesar 57,4%, tahun 2002-2003 sebesar 60,3%, tahun 2007 sebesar 61,4%, tahun 2012 sebesar 61,9% dan pada tahun 2017 sebesar 63,6% (SDKI, 2017).

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, cakupan pasangan usia subur (PUS) penduduk Indonesia pada tahun 2017 berjumlah 37,3 juta orang. Tercatat sebagai peserta Keluarga berencana mencapai 23,6 juta orang (63,22%) dari PUS yang ada di Indonesia, PUS lainnya yang ada di Indonesia 6,7 juta orang (18,15%) pernah mengikuti kepesertaan ber-KB dan 6,9 juta orang (18,63%) tidak pernah mengikuti program KB. Dari peserta KB yang aktif, program KB dilakukan dengan berbagai macam metode diantaranya IUD, MOW, MOP, implan, suntik, kondom dan pil (Kemenkes, 2018).

Peningkatan pelayanan KB harus dilakukan agar program KB dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan oleh pemerintah dan masyarakat terhindar dari berbagai rumor yang merugikan tentang keluarga berencana dengan jalan yaitu memberikan informasi yang tepat kepada calon pengguna kontrasepsi. Guna

mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan mengkatagorikan tiga fase untuk mencapai sasaran yaitu. Pertama, fase menunda ditunjukkan bagi Pasangan Usia Subur (PUS) yang memiliki istri berusia <20 tahun,. Kedua, fase menjarangkan dimana periode isteri berusia 20-30 tahun yang merupakan usia terbaik untuk mengandung dan melahirkan. Ketiga, fase mengentikan atau mengakhiri kehamilan dimana pada periode ini umur isteri diatas 30 tahun (Setiawati and dkk, 2017).

Pernikahan dini di Indonesia sekitar 39,17% atau 2 dari 5 anak perempuan usia 10-17 tahun pernah menikah sebelum usia 17 tahun. Sosialisasi pentingnya perkawinan di usia yang tepat perlu dilakukan oleh kementrian dan lembaga kepada masyarakat. Perlu dikomunikasikan pentingnya mengatur usia perkawinan khususnya bagi perempuan. Menikah di usia yang tepat akan mengurangi resiko kematian ibu dan bayi. Dalam jangka panjang, hal ini juga akan menurunkan angka fertilitas yaitu memperpendek rentang masa reproduksi perempuan melalui penundaan usia perkawinan (BPS, 2018).

Ditinjau dari tempat tinggal terlihat bahwa prevalensi KB perempuan kawin berusia 15-17 tahun yang tinggal di perkotaan lebih tinggi dalam penggunaan alat kontrasepsi, yaitu sebesar 47,38% di bandingkan daerah pedesaan sebesar 41,89%. Di harapkan angka keikutsertaan KB lebih besar lagi dan lebih merata diseluruh wilayah baik di perkotaan maupun pedesaan (BPS, 2018).

Akses pelayanan program KB dirasa dianggap kurang memadai, karena tidak semua Posyandu di pedesaan dibekali dengan infrastruktur dan keahlian pemeriksaan KB, kurangnya presentase tentang pengetahuan KB di daerah pedesaan, sehingga mayoritas masyarakat Indonesia yang berdomisili di pedesaan masih kurang pengetahuan tentang Program KB dan manfaatnya. Masih adanya persepsi di masyarakat bahwa banyak anak banyak rezeki (Prasanti, 2018).

Data dari BKKBN tahun 2017 menunjukkan bahwa Provinsi Jawa Barat dengan pemakaian kontrasepsi yaitu sebesar 63,3% lebih rendah di bandingkan dengan Provinsi Sulawesi Tengah sebesar 65,4% (BKKBN, 2017). Provinsi Jawa Barat terdiri dari 10 kota dan 17 kabupaten, BKKBD Jawa barat tahun 2016, salah satunya Kabupaten Sukabumi yang membawahi 47 Kecamatan dengan jumlah PUS pada tahun 2016 sebanyak 459.534 PUS dan yang tidak ber-KB sebanyak 54.863 PUS, tahun 2018 PUS di Kabupaten Sukabumi bertambah menjadi 526.708 PUS dan yang tidak ber-KB sebanyak 153.396 atau sekitar 29,12% PUS (BKKBD, 2018).

Kecamatan Cicurug merupakan salah satu daerah kabupaten Sukabumi dengan jumlah PUS paling banyak di bandingkan dengan kecamatan lain nya dengan jumlah sebanyak 25.620 PUS dan yang tidak ber-KB sebanyak 7.713 PUS atau sekitar 30,11% dari jumlah pasangan usia subur. Data BKKBN kecamatan Cicurug tahun 2019 di Desa Pasawahan khusus nya RW 06

didapatkan jumlah PUS yang ada yaitu 321, dan yang menjadi peserta KB IUD, metode operasi wanita (mow), implan, suntik, kondom dan pil berjumlah 219 orang atau sekitar (68,22%) dari PUS, sedangkan yang tidak ikut ber-KB sekitar 102 PUS atau sekitar (31,77%) (BKKBD, 2019).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan melakukan wawancara kepada kepala dan petugas BKKBD kecamatan Cicurug, Desa Pasawahan terdiri dari 6 RW, salah satunya RW 06 dengan jumlah PUS yang tidak menggunakan alat kontrasepsi sekitar 102 PUS atau sekitar 32% dari jumlah PUS yang ada yaitu yaitu 321 atau 68%, banyaknya PUS di RW 06 Desa Pasawahan yang tidak menggunakan alat kontrasepsi disebabkan pengetahuan tentang KB masih rendah, karena dalam 1 desa membawahi 6 RW hanya 1 petugas lapangan keluarga berencana sehingga tidak efektif untuk melakukan penyuluhan tentang penggunaan alat kontrasepsi dalam ber-KB (BKKBD, 2019).

Hal diatas menunjukkan bahwa sikap PUS terhadap penggunaan KB di kecamatan Cicurug masih negatif. Salah satunya PUS RW 06 menolak karena ber-KB dengan alasan ingin hamil, ingin segera mempunyai anak dan ada juga yang beranggapan menggunakan alat kontrasepsi menolak rezeki bahkan dalam satu tahun PUS di RW 06 bisa 1 tahun 1 anak (BKKBD, 2019). Selain itu, Peran dukungan suami dalam kesehatan reproduksi khususnya pada Keluarga Berencana (KB) sangat berpengaruh terhadap kesehatan. Dukungan suami juga merupakan tanggung jawab dalam kesehatan reproduksi terutama dalam rasa

perhatian emosional, instrumental, penghargaan dan informasional kurang diperhatikan terhadap pemeliharaan kesehatan, kelangsungan hidup ibu dan anak, serta berperilaku seksual yang sehat dan aman bagi dirinya, istri dan keluarganya.

*Green* mengemukakan, bahwa perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor, dimana faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya. Lalu dilanjutkan dengan faktor penguat (*enabling factor*) yang mencakup hal-hal seperti lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya. Kemudian diikuti oleh faktor penguat (*reinforcing factor*) yang menentukan dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan penelitian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Determinan Perilaku Penggunaan Alat Kontrasepsi Pada Pasangan Usia Subur Sebagai Upaya Mengatur Kelahiran Di Wilayah BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan diatas, masih adanya masyarakat PUS yang tidak menggunakan alat kontrasepsi di Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug, dapat di rumuskan masalah penelitian yaitu “determinan perilaku apa saja yang berhubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi pada PUS tersebut”?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengidentifikasi determinan perilaku yang berhubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi pada PUS sebagai upaya mengatur kelahiran di wilayah kerja BKKBD kecamatan Cicurug kabupaten Sukabumi.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan PUS di RW 06 Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.
2. Untuk mengetahui gambaran sikap PUS di RW 06 Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.
3. Untuk mengetahui gambaran dukungan suami di RW 06 Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.
4. Untuk mengetahui frekuensi penggunaan alat kontrasepsi pada PUS di RW 06 Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.

5. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan penggunaan alat kontrasepsi pada PUS sebagai upaya mengatur di RW 06 Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.
6. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan penggunaan alat kontrasepsi pada PUS sebagai upaya mengatur di RW 06 Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.
7. Untuk mengetahui hubungan dukungan dengan penggunaan alat kontrasepsi pada PUS sebagai upaya mengatur di RW 06 Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.

### **1.3 Manfaat Penelitian**

#### 1.3.1 Manfaat Teoritis

Untuk memperkaya ilmu di bidang promosi kesehatan khususnya mengenai determinan perilaku yang berhubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi sebagai upaya mengatur kelahiran di RW 06 Desa Pasawahan wilayah kerja BKKBD Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.

#### 1.3.2 Manfaat Praktis

##### 1. Bagi PUS

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan mengenai penggunaan alat kontrasepsi sehingga dapat meningkatkan jumlah akseptor KB pada pasangan usia subur di Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.

## 2. Bagi Institusi BKKBD

Penelitian ini diharapkan memberikan masukan kepada BKKBD Kecamatan Cicurug mengenai determinan perilaku penggunaan alat kontrasepsi KB pada pus sebagai upaya mengatur kelahiran, serta meningkatkan edukasi kesehatan di Kecamatan Cicurug Kabupaten Sukabumi.

## 3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dijadikan sebagai penambahan wawasan ilmu dan sarana pembelajaran terkait determinan perilaku dengan penggunaan alat kontrasepsi pada pasangan usia subur sebagai upaya mengatur.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Promosi Kesehatan

##### 2.1.1 Pengertian Promosi Kesehatan

Secara definisi istilah promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Level and Clark yang menyatakan adanya 4 tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yakni:

- a) *Health promotion* (peningkatan/promosi kesehatan)
- b) *Spesific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi)
- c) *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera)
- d) *Diability limitation* (membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan).
- e) *Rehabilitation* (pemulihan).

Menurut Piagam Ottawa tahun 1986, Promosi Kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kendali (*control*) atas kesehatannya, dan meningkatkan status kesehatan mereka (*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health*).

Untuk mencapai status kesehatan paripurna baik fisik, mental dan kesejahteraan sosial, setiap individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi setiap aspirasi, untuk memenuhi kebutuhan , dan mengubah atau mengantisipasi keadaan lingkungan.

### **2.1.2 Visi dan Misi Promosi Kesehatan**

Visi umum promosi kesehatan tidak terlepas dari Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 maupun misi WHO yakni meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial. Menurut (Notoatmodjo, 2012) untuk mencapai visi tersebut, perlu upaya yang harus dilakukan berupa misi promosi kesehatan secara umum yang terdiri dari:

- a) Advokasi (*Advocate*) Melakukan advokasi terhadap para pengambil keputusan di berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.
- b) Menjembatani (*Mediate*) Menjadi jembatan dan menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.
- c) Memampukan (*Enable*) Memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri secara mandiri (*Ottawa Charter, 1986*).

### **2.1.3. Sasaran Promosi Kesehatan**

Dalam pelaksanaan promosi kesehatan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI tahun 2011 tentang Panduan Promosi Kesehatan dikenal adanya tiga jenis sasaran, yaitu sasaran primer, sasaran sekunder dan sasaran tersier.

- a) Sasaran Primer : Sasaran primer (utama) upaya promosi kesehatan sesungguhnya adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat atau orang yang terkena dampak kesehatan.
- b) Sasaran Sekunder : Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa.
- c) Sasaran Tersier : Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya.

### **2.1.4. Strategi Promosi Kesehatan**

Menyadari rumitnya hakikat dari perilaku, maka perlu dilaksanakan strategi promosi kesehatan paripurna yang diselenggarakan dengan strategi pemberdayaan masyarakat, advokasi, dan kemitraan.

- a) Pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk menciptakan kesadaran, kemauan, serta kemampuan individu, keluarga, dan kelompok masyarakat dalam rangka meningkatkan kepedulian dan peran aktif di berbagai upaya kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, Pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif, Pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan, potensi, dan sosial budaya setempat.
- b) Advokasi dilakukan kepada para penentu kebijakan dan pemangku kepentingan guna mendapatkan dukungan dalam bentuk kebijakan dan sumber daya yang diperlukan, Hasil advokasi di setiap jenjang pemerintahan dapat diinformasikan dan dijadikan bahan advokasi ke jenjang pemerintahan yang lain secara timbal balik.
- c) Kemitraan dilaksanakan untuk mendukung pemberdayaan masyarakat dan advokasi dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan, Kemitraan dilaksanakan dengan prinsip kesamaan kepentingan, kejelasan tujuan, kesetaraan kedudukan, dan transparansi di bidang kesehatan (PermenKes, 2015).

### **2.1.5. Pelaksanaan Promosi Kesehatan**

Memperhatikan strategi promosi kesehatan tersebut di atas, maka dapat dikatakan bahwa terdapat dua kategori pelaksana promosi kesehatan, yaitu setiap petugas kesehatan dan petugas khusus promosi kesehatan (disebut penyuluh kesehatan masyarakat).

#### **a) Setiap Petugas Kesehatan**

Setiap petugas kesehatan yang melayani pasien dan ataupun individu sehat (misalnya dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, petugas laboratorium dan lain-lain) wajib melaksanakan promosi kesehatan. Namun demikian tidak semua strategi promosi kesehatan yang menjadi tugas utamanya, melainkan hanya pemberdayaan.

#### **b) Petugas Khusus Promosi Kesehatan**

Petugas khusus promosi kesehatan diharapkan dapat membantu para petugas kesehatan lain dalam melaksanakan pemberdayaan, yaitu dengan: Menyediakan alat bantu/alat peraga atau media komunikasi guna memudahkan petugas kesehatan dalam melaksanakan pemberdayaan (KemenKes, 2011)

### **2.1.6. Metode Promosi Kesehatan**

Notoatmodjo (2010) menyebutkan metode promosi kesehatan disesuaikan dengan sasaran promosi kesehatan agar pelaksanaan promosi kesehatan berjalan efektif dan efisien.

a) Metode Promosi Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatan ini antara lain:

- 1) Bimbingan dan penyuluhan
- 2) *Interview* (wawancara)

b) Metode Promosi Kelompok

Dalam memilih metode promosi kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran.

c) Metode Promosi Kesehatan Massa

- 1) Ceramah umum
- 2) Pidato/diskusi
- 3) Simulasi
- 4) Tulisan
- 5) Bill board

## **2.2 Perilaku**

### **2.2.1. Pengertian Perilaku**

Perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi, perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Oleh karena itu, perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup : berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2011).

Menurut Notoatmodjo perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus Organisme Respons. Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

### **2.2.2. Determinan Perilaku**

Determinan perilaku dibedakan menjadi dua, yakni

- a. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
- b. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, social, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

*Benyamin Bloom* (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam tiga domain, sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutkan ranah atau kawasan yakni : a) kognitif (cognitive, b) afektif (affective), c) psikomotor ( psychomotor) (Notoatmodjo, 2012).

Selanjutnya *Green* menganalisis, bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu :

### **2.2.3. Faktor predisposisi (*Predisposing factors*):**

#### a. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*)

Pengetahuan merupakan hal penting dari segala hal (Notoatmodjo, 2011). Dijelaskan pula bahwa pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat, yakni :

#### 1.) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk pengetahuan ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2.) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3.) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

4.) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5.) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6.) Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Menurut Arikunto untuk mengukur suatu pengetahuan masyarakat dari hasil kuesioner yang telah disebar dan diisi, maka dapat dilihat dari kategori hasil ukur pengetahuan dengan kategori Baik :  $\geq 75\%$ , Cukup 56-74 % dan Kurang :  $< 55\%$  (Budiman, 2013).

b. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2012). Sikap terbagi menjadi beberapa tingkatan yang meliputi:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai/Nilai yang dianut (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

c. Budaya/ Tradisi

Menurut Koentjaraningrat budaya merupakan hal-hal yang bersangkutan dengan akal, atau keseluruhan sistem gagasan, tindakan dan hasil karya manusia dalam kehidupan masyarakat yang dijadikan milik diri manusia dengan belajar (Hartika, 2016).

Menurut Yahya tradisi disebut juga sebagai khasanah yang terus hidup dalam masyarakat secara turun menurun yang keberadaannya akan selalu dijaga dari satu generasi ke generasi berikutnya (Hartika, 2016).

d. Nilai

Menurut Rokeach nilai merupakan suatu keyakinan tentang perbuatan, tindakan, atau perilaku yang dianggap baik dan dianggap jelek. Selain itu menurut Tyler bahwa nilai adalah suatu objek, aktivitas, atau ide yang dinyatakan oleh individu yang mengendalikan pendidikan dalam mengarah minat, sikap dan kepuasan (Rumiyati, 2017) .

e. Kepercayaan

Kepercayaan merupakan semua aktifitas manusia yang bersangkutan dengan religi berdasarkan getaran jiwa yang biasanya berupa emosi keagamaan (Darajat, 2013).

#### **2.2.4. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)**

a. Fasilitas kesehatan

Fasilitas Kesehatan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan dapat berupa rumah sakit, puskesmas, dan klinik (Ika Rahayu Wulansari, 2015).

b. Biaya

Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Setyawan, 2018).

**2.2.5. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)**

a. Peran Petugas

Menurut Setiadi dalam (Asri, 2013) peran adalah suatu yang diharapkan dari seseorang dalam situasi sosial tertentu agar memenuhi harapan. Peran petugas kesehatan adalah suatu kegiatan yang diharapkan dari seorang petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

b. Dukungan suami

Dukungan suami merupakan salah satu faktor penguat (*reinforcing factor*) yang dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Sedangkan dukungan suami dalam KB merupakan bentuk nyata dari kepedulian dan tanggung jawab para pria. Aspek-aspek dukungan dari keluarga (suami) ada empat aspek yaitu dukungan emosional, informasi, instrumental dan penghargaan (Susanto, 2015).

## **2.3 Keluarga Berencana**

### **2.3.1. Definisi KB**

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pengcagahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulistyawati, 2013).

Keluarga berencana menurut undang-undang No. 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepeduliandan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Program KB adalah bagian integral dalam program pembangunan nasional yang bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual, dan social budaya menuju keluarga penduduk Indonesia agar dapat mencapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional KB memiliki arti mengatur jumlah anak sesuai keinginan, dan menentukan sendiri kapan akan hamil, serta bisa menggunakan metode KB yang sesuai dengan keinginan dan kecocokan kondisi tubuh (Fitri, 2018).

### 2.3.2. Tujuan Program KB

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lainnya meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Sulistiyawati, 2013).

Menurut Wiknjosastro (2006) tujuan keluarga berencana adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak guna mewujudkan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera sebagai dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia (Fitri, 2018). Dalam era ekonomi daerah saat ini pelaksanaan program keluarga berencana bertujuan untuk mewujudkan keluarga berkualitas memiliki visi, sejahtera, maju, bertanggung jawab, bertaqwa dan mempunyai anak ideal, dengan demikian diharapkan :

- a. Terkendalinya tingkat kelahiran dan penambahan penduduk.
- b. Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama.
- c. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunnya kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan.

### 2.3.3. Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut :

#### 1. Ibu

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran. Adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut.

- a. Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksinya.
- b. Meningkatkan kesehatan mental dan social yang memungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran akan anak tersebut memang diinginkan (Sulistyawati, 2013).

Ruang lingkup KB secara umum adalah sebagai berikut.

1. Keluarga berencana.
2. Kesehatan reproduksi.
3. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga.
4. Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas
5. Keserasian kebijakan kependudukan.
6. Pengelolaan SDM aparatur.
7. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan.
8. Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur Negara.

#### **2.3.4. Sasaran program KB**

Berdasarkan tujuan yang dicapai sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Hadyani, 2010).

Menurut SDKI (2012) indikator kinerja sasaran strategi BKKBN tahun 2015-2019 adalah :

1. Persentase laju pertumbuhan penduduk (LPP)
2. Angka kelahiran total (TFR) per WUS (15-49 tahun)
3. Persentase pemakaian kontrasepsi (CPR)
4. Persentase kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (unmet need)
5. Persentase kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS (15-49 tahun).

#### **2.3.5. Strategi pendekatan dan cara operasional program pelayanan KB**

Strategi pendekatan dalam program keluarga berencana antara lain :

1. Pendekatan kemasyarakatan (*community approach*)

Diarahkan untuk meningkatkan dan menggalakkan peran serta masyarakat (kepedulian) yang dibina dan dikembangkan secara berkelanjutan.

2. Pendekatan koordinasi aktif (*active coordinative approach*)

Mengkoordinasikan berbagai pelaksanaan program KB dan pembangunan keluarga sejahtera sehingga dapat saling menunjang dan mempunyai kekuatan yang sinergik dalam mencapai tujuan dengan menerapkan kemitraan sejajar.

3. Pendekatan integrative (*integrative approach*)

Memadukan pelaksanaan kegiatan pembangunan agar dapat mendorong dan menggerakkan potensi yang dimiliki oleh semua masyarakat sehingga dapat menguntungkan dan memberi manfaat pada semua pihak.

4. Pendekatan kualitas (*quality approach*)

Meningkatkan kualitas pelayanan baik dari segi pemberi pelayanan (provider) dan penerima pelayanan (klien) sesuai dengan situasi dan kondisi.

5. Pendekatan kemandirian (*self reliant approach*)

Memberikan peluang kepada sector pembangunan lainnya dan masyarakat yang telah mampu untuk segera mengambil alih peran dan tanggung jawab dalam pelaksanaan program KB nasional.

6. Pendekatan tiga dimensi (*three dimension approach*)

Strategi tiga dimensi program KB sebagai pendekatan program KB nasional, dimana program tersebut atas dasar survey pasangan usia subur di Indonesia terhadap ajakan KIE yang terbagi menjadi tiga kelompok yaitu :

- a. 15% PUS langsung merespon “ya” untuk ber-KB
- b. 15-55% PUS merespon ragu-ragu “untuk ber-KB”
- c. 30% PUS merespon “tidak” untuk ber-KB

### **2.3.6. Dampak program KB terhadap pencegahan kelahiran**

1. Untuk ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:
  - a. Perbaikan kesehatan badan karena tercagahnya kehamilanyang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
  - b. Peningkatan kesehatan mental dan social yang memungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.
2. Untuk anak-anak yang dilahirkan, manfaatnya:
  - a. Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya dalam keadaan sehat
  - b. Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.
3. Untuk anak-anak yang lain, manfaatnya :
  - a. Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga.

- b. Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak.
  - c. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata.
4. Untuk ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat :
- a. Memperbaiki kesehatan fisiknya
  - b. Memperbaiki kesehatan mental dan social karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terluang untuk keluarganya.
5. Untuk seluruh keluarga, manfaatnya :
- Kesehatan fisik, mental dan social setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh anggota keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan ( Hadyanni,2010).

### **2.3.7. Hak-hak konsumen KB**

Hak-hak konsumen KB adalah :

#### 1. Hak atas informasi

Hak untuk mengetahui segala manfaat dan keterbatasan pilihan metode perencanaan keluarga.

2. Hak akses

Yaitu hak untuk memperoleh pelayanan tanpa membedakan jenis kelamin, agama dan kepercayaan, suku, status social, status perkawinan dan lokasi.

3. Hak pilihan

Hak untuk memutuskan secara bebas tanpa paksaan dalam memilih dan menerapkan metode KB.

4. Hak keamanan

Yaitu hak untuk memperoleh pelayanan yang aman dan efektif.

5. Hak privasi

Setiap konsumen KB berhak mendapatkan privasi atau bebas dari gangguan atau campur tangan orang lain dalam konseling pelayanan KB.

6. Hak kerahasiaan

Hak untuk mendapatkan jaminan bahwa informasi pribadi yang diberikan akan dirahasiakan.

7. Hak harkat

Yaitu hak untuk mendapatkan pelayanan secara manusiawi, penuh penghargaan dan perhatian.

8. Hak kenyamanan

Setiap konsumen KB berhak untuk memperoleh kenyamanan dalam pelayanan.

#### 9. Hak berpendapat

Hak untuk menyatakan pendapat secara bebas terhadap pelayanan yang ditawarkan.

#### 10. Hak keberlangsungan

Yaitu hak untuk mendapatkan jaminan ketersediaan metode KB secara lengkap dan pelayanan yang berkesinambungan selama diperlukan.

#### 11. Hak ganti rugi

Hak untuk mendapatkan ganti rugi apabila terjadi pelanggaran terhadap hak konsumen.

### **2.4 Pasangan Usia Subur ( PUS )**

#### **2.4.1. Definisi Pasangan Usia Subur**

Pasangan Usia Subur adalah pasangan suami isteri (berstatus kawin) yang isterinya berumur 15 sampai dengan 49 tahun dimana pasangan (laki-laki dan perempuan) sudah cukup matang dalam segala hal terlebih organ reproduksinya sudah berfungsi dengan baik. Ini dibedakan dengan perempuan usia subur yang berstatus janda atau cerai. Pada masa ini pasangan usia subur harus dapat menjaga dan memanfaatkan reproduksinya yaitu menekan angka kelahiran dengan metode keluarga berencana sehingga jumlah dan interval kehamilan dapat diperhitungkan untuk meningkatkan kualitas reproduksi dan kualitas generasi yang akan datang (BKKBN, 2013).

Dalam menjalani kehidupan berkeluarga, PUS sangat mudah dalam memperoleh keturunan, dikarenakan kedua pasangan tersebut normal. Hal inilah yang menjadi permasalahan bagi PUS yaitu perlunya mengatur kesuburan dan perawatan kehamilan. Dalam menyelesaikan masalah tersebut diperlukan tindakan dari tenaga kesehatan dalam penyampaian penggunaan alat kontrasepsi rasional untuk menekan angka kelahiran dan mengatur kesuburan dari pasangan tersebut. Maka dari itu, petugas kesehatan harus memberikan penyuluhan yang benar dan dimengerti oleh masyarakat luas (Suryani, 2016).

(Hartanto, 2004) menyatakan bahwa untuk mencapai tujuan KB yaitu mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS), penggarapan KB diarahkan pada dua bentuk sasaran, yaitu:

- a. Sasaran langsung, yakni Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15 – 49 tahun, dengan jalan mereka secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari, sehingga member efek langsung penurunan fertilitas.
- b. Sasaran tidak langsung, yaitu organisasi – organisasi, lembaga – lembaga kemasyarakatan, instansi – instansi pemerintah maupun swasta, tokoh – tokoh masyarakat (alim ulama, wanita dan pemuda) yang diharapkan dapat memberikan dukungannya dalam pelebagaan NKKBS.

## **2.5 Kontrasepsi**

### **2.5.1. Definisi Kontrasepsi**

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” berarti mencegah atau melawan, dan konsepsi berarti pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang menyebabkan kehamilan. Jadi, kontrasepsi adalah metode yang digunakan untuk mencegah kehamilan (Amallia and dkk, 2016).

Kontrasepsi terbagi atas dua yaitu secara alami dan bantuan alat. Kontrasepsi alami merupakan metode kontrasepsi tanpa menggunakan bantuan alat apapun, caranya adalah dengan tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur, cara ini lebih dikenal dengan metode kalender. Kelebihannya adalah memperkecil kemungkinan terjadinya efek samping karena tidak menggunakan alat sedangkan kelemahannya adalah kurang efektif karena kadar perhitungan masa subur bisa meleset dan tidak akurat (Wikojoastro, 2013). Secara umum syarat metode kontrasepsi ideal adalah sebagai berikut (Saifuddin, 2006) :

1. Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat bila digunakan.
2. Berdaya guna, dalam arti bila digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah terjadinya kehamilan.
3. Tidak memerlukan motivasi terus-menerus.
4. Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat.
5. Terjangkau harganya oleh masyarakat

6. Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali kesuburannya, kecuali kontrasepsi mantap.

### **2.5.2. jenis metode atau alat kontrasepsi dibagi menjadi (Hartanto, 2004).**

#### 1. Kontrasepsi Sterilisasi

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

a) Kontrasepsi Teknik, dibagi menjadi :

(1) *Coitus Interruptus* (senggama terputus) : ejakulasi dilakukan di luar vagina.

Faktor kegagalan biasanya terjadi karena ada sperma yang sudah keluar sebelum ejakulasi, orgasme berulang atau terlambat menarik penis keluar.

(2) Sistem Kalender (pantang berkala) : tidak melakukan senggama pada masa subur, perlu kedisiplinan dan pengertian antara suami istri karena sperma maupun sel telur (*ovum*) mampu bertahan hidup sampai dengan 48 jam setelah ejakulasi. Faktor kegagalan karena salah menghitung masa subur (saat *ovulasi*) atau siklus haid tidak teratur sehingga perhitungan tidak akurat.

(3) *Prolonged lactation* atau menyusui, selama tiga bulan setelah melahirkan saat bayi hanya minum ASI (Air Susu Ibu) dan menstruasi belum terjadi, otomatis tidak akan terjadi kehamilan. Tapi jika ibu hanya menyusui kurang dari enam jam per hari, kemungkinan terjadi kehamilan cukup besar.

b) Kontrasepsi Mekanik, terdiri dari :

(1) Kondom : terbuat dari *latex*. Terdapat kondom untuk pria maupun wanita serta berfungsi sebagai pemblokir sperma. Kegagalan pada umumnya karena kondom tidak dipasang sejak permulaan senggama atau terlambat menarik penis setelah ejakulasi sehingga kondom terlepas dan cairan sperma tumpah di dalam vagina.

(2) Spermatisida : bahan kimia aktif untuk membunuh sperma, berbentuk cairan, krim atau tisu vagina yang harus dimasukkan ke dalam vagina lima menit sebelum senggama. Kegagalan sering terjadi karena waktu larut yang belum cukup, jumlah spermatisida yang digunakan terlalu sedikit atau vagina sudah dibilas dalam waktu kurang dari enam jam setelah senggama.

Vaginal diafragma : lingkaran cincin dilapisi karet fleksibel ini akan menutup mulut rahim bila dipasang dalam liang vagina enam jam sebelum senggama. Efektifitasnya sangat kecil, karena itu harus digunakan bersama Spermatisida untuk mencapai efektivitas 80%.

(4) IUD (Intra Uterina Device) atau spiral : terbuat dari bahan polyethylene yang diberi lilitan logam, umumnya tembaga (Cu) dan dipasang di mulut rahim. Kelemahan alat ini yaitu bisa menimbulkan rasa nyeri di perut, infeksi panggul, pendarahan di luar masa menstruasi atau darah menstruasi lebih banyak dari biasanya.

### c) Kontrasepsi Hormonal

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

Kontrasepsi hormonal terdiri dari :

(1) Pil Kombinasi Oral Contraception (OC) : Pil kombinasi merupakan kombinasi dosis rendah estrogen dan progesteron. Penggunaan kontrasepsi pil kombinasi estrogen dan progesteron atau yang hanya terdiri dari progesteron saja merupakan penggunaan kontrasepsi terbanyak.

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

(3) Susuk KB (Implant) : Implant terdiri dari 6 kapsul silastik, setiap kapsulnya berisi levomorgestrel sebanyak 36 miligram dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 cm. Kemasan Implant dirancang agar isinya tetap steril selama masa yang ditetapkan asalkan kemasannya tidak rusak atau terbuka. Kapsul yang dipasang harus dicabut menjelang akhir masa 5 tahun.

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