

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 (Sulistyawati, 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. Terkendalnya 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 menurunkan 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 (*qualily approach*)

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

5. Pendekatan kemandirian (*self rellant apporoach*)

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 kehamilan yang 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) Spermatasida : 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 spermatasida 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 Spermatasida 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.