

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Telaah Pustaka

##### 1. Pola Dasar Penggunaan Kontrasepsi

Teori penggunaan kontrasepsi masuk dalam tinjauan teoritis penundaan kelahiran anak. Penundaan kelahiran adalah selang antara waktu perkawinan dengan kelahiran anak pertama, anak pertama dengan anak kedua dan seterusnya. Kapan ingin mempunyai anak adalah keinginan pribadi tiap- tiap pasangan terkait dengan kondisi sosial, ekonomi dan budaya yang dianutnya. Jumlah anak berikut upaya menunda kelahirannya sangatlah terkait dengan pemaknaan ukuran rumah tangga (*family size*) yang juga erat dengan penilaian terhadap kehadiran anak (*value of children*).<sup>23</sup>

Penilaian kehadiran anak secara teoritis dijelaskan melalui dua model, yaitu model *one decision model* dan *sequential decision model*. Model yang pertama menyatakan keputusan jumlah anak yang diinginkan dari suatu perkawinan ditentukan oleh budaya yang dianut oleh masyarakat tanpa memperdulikan keadaan sosial ekonomi rumah tangga. Apabila nilai yang ada dimasyarakat adalah keluarga besar (*extended family*) maka jumlah anak yang diinginkan cenderung akan lebih banyak. Contoh dari model ini adalah masyarakat jawa tempo dulu dengan semboyan “banyak anak banyak rezeki”.<sup>23</sup>

*Sequential decision model* adalah teori yang menjelaskan keputusan jumlah anak dalam suatu perkawinan dilakukan secara teratur berdasarkan pertimbangan bersama dalam suatu perkawinan termasuk melihat dari segi ekonomi keluarga. Jumlah anak akan berubah menurut prospek ekonomi maupun pola perkawinan. Anak telah dipandang sebagai cost datau benefit terhadap rumah tangga. Dalam hal ini keputusan untuk mempunyai anak lagi atau tidak merupakan pertimbangan rasional antara jumlah

penghasilan dan keuntungan oleh faktor demografi semata, tetapi juga terkait dengan faktor sosial dan ekonomi.<sup>23</sup>

Tinjauan teoritis dan empiris secara umum menjelaskan bahwa nilai anak adalah penentu terhadap penundaan kelahiran pun jumlah anak yang diinginkan dalam rumah tangga. Perbedaan motivasi, pemahaman dan pertimbangan rasional terhadap keberadaan anak, apakah bernilai positif (anak sebagai pemberi manfaat) atau negatif (anak sebagai jumlah penghasilan) adalah penentu ukuran rumah tangga.<sup>23</sup>

Selain itu, pola dasar penggunaan kontrasepsi dapat dilihat pada penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa teori yang memengaruhi seseorang untuk menggunakan alat kontrasepsi adalah teori perilaku. Seseorang bergerak hatinya untuk menggunakan MKJP karena MKJP dinggap 20 kali efektif daripada suntik dan pil, tergolong aman, mudah didapatkan, tahan lama dan sedikit kontraindikasi. Salah satu teori perilaku yang digunakan oleh peneliti terdahulu adalah teori perilaku PRECEDE PROCEDE.

## 2. Teori Perilaku

Menurut Lawrence, Green dan Marshall (1991) teori PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) digunakan untuk mengalisis diagnosa masalah, penetapan prioritas masalah dan tujuan program dalam menentukan kebutuhan promosi kesehatan. Sedangkan PROCEDE (*Policy, Regulating, and Organizational Contrucs in Educational and Environmental Development*) digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan, pelaksanaan, dan ebvaluasi. Dalam hal ini analisis perilaku dimulai dari.<sup>11</sup>

### a. Fase 1 (Diagnosis sosial)

Proses menentukan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya melalui partisipasi dan penerapan berbagai informasi.

b. Fase 2 (Diagnosis epidemiologi)

Pada fase ini dicari siapa atau kelompok manayang terkena masalah kesehatan lalu diidentifikasi. Kemudian dicari bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan dan cara menanggulangi masalah tersebut.

c. Fase 3 (Diagnosis perilaku dan lingkungan)

Pada fase ini masalah perilaku dan lingkungan yang memengaruhi perilaku dan status kesehatan atau kualitas hidup seseorang atau masyarakat diidentifikasi. Penting bagi promotor kesehatan untuk membedakan masalah perilaku yang dapat dikontrol secara individu atau harus dikontrol melalui institusi.

d. Fase 4 (Diagnosis pendidikan dan organisasional)

Identifikasi diagnosis pendidikan dan organisasioanal dilakukan berdasarkan determinan perilaku yang memengaruhi status kesehatan seseorang <sup>12</sup> yaitu:

1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor- faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang.

2) Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor- faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan.

3) Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor- faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku.

e. Fase 5 (Diagnosis kebijakan dan administrasi)

Pada fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan peraturan yang berlaku yang dapat memfasilitasi atau menghambat pengembangan program promosi kesehatan.

f. Fase 6 (Implementasi)

Penyampaian program terjadi selama fase 5 dan proses evaluasi (fase 6) dalam fase evaluasi yang pertama terjadi secara simultan dengan pelaksanaan program.

g. Fase 7 (Evaluasi Proses)

Adalah sebuah evaluasi yang formatif, sesuatu yang muncul selama pelaksanaan program. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif untuk menilai program yang sudah berjalan berkualitas. Pencapaian pendidikan dari tujuan juga diukur dalam.

h. Fase 8 (Evaluasi Dampak)

Fokus dalam fase ini adalah evaluasi yang diukur setelah program selesai, untuk mencari tahu pengaruh intervensi dalam perilaku atau lingkungan. Waktunya akan bervariasi mulai dari sesegera mungkin setelah selesai dari menyelesaikan aktivitas sampai beberapa tahun kemudian.

i. Fase 9 (Evaluasi Hasil )

Fokus dari fase evaluasi terakhir sama dengan fokus ketiga semua proses berjalan indikator evaluasi dalam kualitas hidup dan derajat kesehatan

### 3. Gerakan Keluarga Berencana Nasional

Di Indonesia keluarga berencana modern mulai dikenal tahun 1953. Pada waktu itu telah mulai membantu masyarakat memecahkan masalah- masalah pertumbuhan

penduduk. Hingga pada tanggal 23 Desember 1957 didirikan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Dalam rangka menunjang tujuan kependudukan, berdasarkan Instruksi Presiden Nomor 26 tahun 1968 masuk dalam program Pelita 1 dan diangkat sebagai lembaga semi pemerintah dengan nama Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN). Dan pada tahun 1970 ditingkatkan menjadi Pemerintah dan diberi nama Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) melalui Keppres No.8 tahun 1970 dengan tanggungjawab kepada presiden dan bertugas mengkoordinasikan perencanaan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan program Keluarga Berencana.<sup>12</sup>

Menurut Undang- undang Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga BAB 1 Pasal 1 Ayat 8 yang berbunyi “Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas”.<sup>13</sup> Upaya kesehatan promotif dan preventif perorangan merupakan salah satu bentuk pelayanan KB. Implementasi pendekatan *life cycle* dan prinsip *continue of care* dalam pelayanan KB diberikan mulai remaja berupa pemberian informasi tentang Kesehatan Reproduksi, untuk calon pengantin berupa pemberian informasi bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi, ibu hamil terintegritas dalam pelayanan antenatal dalam bentuk konseling KB pasca- persalinan, penggunaan buku KIA, P4K, maupun informasi kelas hamil. Pelayanan nifas yang dilakukan konseling KB pasca- persalinan dan pelayanan KB pasca- persalinan. PUS yang tidak hamil diberikan konseling dengan tujuan merencanakan dan menjarangkan atau membatasi kehamilan.<sup>14</sup>

Sasaran program KB dibagi menjadi sasaran langsung dan sasaran tidak langsung tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya yaitu

pasangan usia subur (15- 49 tahun) yang bertujuan menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelolaan KB, dengan bertujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.<sup>15</sup>

Terdapat dampak program KB dalam rangka pencegahan kehamilan. Pertama untuk ibu untuk perbaikan kesehatan badan karena pencegahan kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, selain itu untuk peningkatan kesehatan mental dan sosial yang kemungkinan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya. Untuk anak yang dilahirkannya mempunyai manfaat anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandung dalam keadaan sehat, sesudah lahir anak mendapatkan perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan, memberi kesempatan kepada agar agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga, perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak, perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata. Manfaat untuk ayah yaitu memberikan kesempatan ayah untuk memperbaiki kesehatan fisiknya dan memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.<sup>15</sup>

Sesuai dengan arah kebijakan dan Strategi Nasional dalam Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana yang tertera pada RPJMN 2015-2019 Buku I dan yang akan menjadi fokus dalam pelaksanaan Program Kependudukan dan Keluarga

Berencana selama lima tahun ke depan pada nomor 3 berbunyi “Peningkatan pelayanan KB dengan menggunakan MKJP untuk mengurangi resiko drop-out maupun penggunaan non MKJP dengan memberikan informasi secara berkesinambungan untuk keberlangsungan kesertaan ber-KB serta pemberian pelayanan KB lanjutan dengan mempertimbangkan prinsip Rasional, Efektif dan Efisien (REE)”.<sup>16</sup> Dibandingkan antara realisasi tahun 2015 dengan target tahun 2019, realisasi tahun 2015 adalah 84,6%. Untuk itu BKKBN akan berupaya meningkatkan pencapaian indikator kinerja utama salah satunya dengan menurunkan tingkat putus pakai melalui ketersediaan alat kontrasepsi, pelayanan KB yang berkualitas, peningkatan informasi dan penggunaan MKJP terutama bagi PUS muda jumlah anak hidup rendah.<sup>16</sup>

#### 4. Definisi Keluarga Berencana

Definisi Keluarga berencana menurut Undang- Undang Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga menyatakan keluarga berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui proses, perlindungan dan bantuan sesuai hak produksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas. UU ini mendukung program KB untuk mewujudkan keluarga sehat dan berkualitas dengan mengatur kehamilan menggunakan alat kontrasepsi. Sebuah negara memiliki komponen terkecil yang perlu diperhatikan yaitu keluarga. Dari sebuah keluarga dihasilkan manusia berkualitas baik dari sisi materi maupun spiritual yang akan membangun bangsa dan negara.<sup>17</sup> Keluarga berencana (KB) adalah suatu program pemerintah yang berperan dalam pengaturan fertilitas. Adapun hasil dari keluarga berencana itu sendiri akan menghasilkan usia perkawinan yang ideal, usia melahirkan yang ideal, jarak melahirkan yang ideal, dan idealnya jumlah anak yang dilahirkan. Pengaturan ini merupakan salah satu kebijakan KB untuk membantu pasangan suami istri dalam mengambil keputusan dan

mewujudkan hak-hak reproduksi. Kebijakan tersebut berperan dalam mengatur kehamilan yang diinginkan, menurunkan AKB dan AKI, meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KB, meningkatkan keikutsertaan pria, dan promosi ASI eksklusif.<sup>3</sup>

#### 5. Tujuan Keluarga Berencana

Sesuai dengan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 78 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan dalam KB dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas dan pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan Pelayanan KB yang aman, bermutu dan terjangkau oleh masyarakat. Upaya komprehensif juga harus dilakukan untuk menurunkan AKI dan sebagai bagian dari Program KKB melalui pelayanan KB yang berkualitas dan merata sehingga memiliki kedudukan yang strategis. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Pasal 1 menyebutkan KB adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak-hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas. Dalam melaksanakan KB suami dan istri memiliki kedudukan, hak dan kewajiban yang sama. Oleh karena itu, pemerintah berkewajiban menyediakan bantuan pelayanan kontrasepsi bagi suami dan istri.<sup>14</sup>

#### 6. Sasaran

Dalam rangka pencapaian tujuan pada periode 2015- 2019, ditetapkan 5 sasaran strategis:

a. Menurunkan angka kelahiran total (TFR)

Dalam sebuah pembangunan, penduduk menempati 2 pilihan, dapat dikatakan sebagai aset maupun beban. Penduduk dengan kualitas SDA yang baik merupakan aset dalam sebuah pembangunan. Jumlah penduduk yang terlalu sedikit juga merupakan masalah bagi keberlangsungan masa depan. Melalui sasaran inilah perlunya strategis fokus pada pengendalian penduduk.<sup>18</sup>

b. Meningkatnya prevalensi kontrasepsi (CPR) modern

Pemakaian kontrasepsi merupakan faktor yang secara langsung memengaruhi fertilitas dan dipengaruhi berbagai faktor seperti kondisi demografi, sosial, ekonomi, hukum, politik dan lingkungan. Informasi pemakaian menjadi penting guna mengukur keberhasilan program. Sehingga melalui strategi ini berupaya meningkatkan pemakaian kontrasepsi modern guna mengendalikan angka kelahiran.<sup>18</sup>

c. Menurunkan kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*)

*Unmetneed* merupakan KB yang didefinisikan sebagai presentase wanita yang kawin yang tidak ingin mempunyai anak atau ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat kontrasepsi. Melalui sasaran strategis ini bertekad menurunkan angka *unmet need*.<sup>18</sup>

d. Meningkatkan peserta KB aktif yang menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu upaya dalam pengendalian fertiliats paling efektif. Diharapkan semua metode kontrasepsi dapat memeberikan manfaat optial kepada masyarakat dengan efek samping seminimal mungkin. Metode kontrasepsi dibedakan menjadi metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan

metode kontrasepsi jangka pendek (non MKJP). MKJP memiliki tingkat efektivitas lebih tinggi dibandingkan non MKJP dalam hal penegahan kehamilan.<sup>18</sup>

e. Menurunkan Tingkat Putus Pakai Kontrasepsi

Jumlah wanita yang menggunakan metode kontrasepsi tertentu berdampak terhadap efektifitas suatu metode kontrasepsi. Peingkatan kualiatas pelayanan harus fokus dalam menjaga keberlangsungan pemakaian metode kontrasepsi.<sup>18</sup>

7. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata ‘kontra’ yang berarti mencegah/menghalangi dan ‘konsepsi’ yang berarti pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma. Jadi kontrasepsi dapat diartikan sebagai suatu cara untuk mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur dengan sperma.<sup>19</sup> Metode kontrasepsi meliputi metode barrier, kontrasepsi hormonal, AKDR, sterilisasi dan metode perilaku. Metode ini digunakan sebelum atau selama berhubungan seks. Efektivitas biasanya dinyatakan sebagai persentase waita yang hamil setelah menggunakan metode yang diberikan selama tahun pertamanya dan kadang- kadang sebagai tingkat kegagalan seumur hidup di antara metode dengan efektivitas tinggi. Metode yang paling efektif adalah yang tahan lama dan tidak memerlukan kunjungan perawatan kesehatan secara terus-menerus.<sup>20</sup>

8. Macam- macam metode kontrasepsi

a. Metode Sederhana

Metode sederhana dibagi menjadi KB alamiah tanpa alat dan dengan alat. Metode KB alamiah tanpa alat ini dibagi menjadi metode kalender, pantang berkala, metode suhu basal, metode lendir serviks, metode symptothermal, dan senggama terputus. Sedangkan metode sederhana dengan alat dibagi menjadi kondom, barrier intravagina dan spermasida.<sup>20</sup>

b. Metode Modern

Kontrasepsi modern hormonal terdiri dari pil, suntik, Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) dan Alat Kontrasepsi Bawah Rahim (AKDR).<sup>20</sup>

9. Berdasarkan lama efektivitasnya

a. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

Metode jangka panjang terdiri dari Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR), Implant, Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP).

b. Non MKJP (Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang)

Metode yang dimaksud non MKJP itu antara lain adalah pil, suntik, kondom dan metode-metode lain selain yang sudah termasuk dalam MKJP.

10. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

a. Pengertian

Kontrasepsi jangka panjang adalah kontrasepsi yang jangka pemakaiannya tergolong lama. Yang termasuk dalam MKJP adalah Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK), Medis Operasi Pria (MOP) dan Medis Operasi Wanita (MOW).

b. Penggolongan MKJP

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible, berjangka panjang dan dapat dipakai oleh semua perempuan usia produktif.<sup>15</sup> AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum melalui perubahan pada tuba fallopi dan cairan uterus. Karena kondisi inilah mengurangi kesempatan ovum dan sperma bertemu dan menghambat pembuahan.<sup>21</sup> Efektivitas penggunaan AKDR pada umumnya risiko

kehamilan kurang dari satu di antara 100 ibu dalam satu tahun. Efektivitas dapat bertahan lama hingga 12 tahun.<sup>24</sup>

AKDR biasanya dipasang pada akhir masa menstruasi karena serviks agak terbuka pada waktu ini agar pemasangan menjadi lebih mudah.<sup>21</sup> Selain itu pemasangan dapat juga dilakukan selama 48 jam pertama setelah melahirkan, empat minggu pasca persalianan, tujuh hari setelah terjadi abortus apabila tidak ada gejala infeksi dan selama satu sampai lima hari setelah senggama yang tidak dilindungi.<sup>22</sup>

Efek samping pemasangan adalah perubahan pola haid terutama dalam 3-6 bulan pertama (haid memanjang dan banyak, haid tidak teratur dan nyeri haid). Risiko lain bagi kesehatan yang dapat terjadi adalah menyebabkan anemia bila cadangan besi ibu rendah karena haid yang panjang dan banyak. Selain itu dapat menyebabkan penyakit radang panggul bila ibu sudah terinfeksi klamidia atau gonorea sebelum pemasangan.<sup>24</sup>

## 2) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Implant dipasang dengan menggunakan teknik steril di bawah anestesi lokal kedalam bagian dalam lengan atas pada lengan yang tidak dominan. Pemasangan dilakukan dengan menggunakan sebuah aplikator yang dirancang khusus.<sup>22</sup> Mekanisme kerja AKBK yaitu menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi dan mengurangi transportasi sperma.<sup>24</sup> Wanita yang memilih implan menemukan efektivitasnya yang tinggi (risiko kehamilan kurang dari satu di antara 100 ibu dalam satu tahun) dan sedikitnya keluhan pengguna sebagai keuntungan yang penting. Mereka mungkin tidak dapat memakai metode lain karena kontraindikasi medis atau ingin memakai sebuah metode jangka panjang tanpa perlu mengambil keputusan permanen akhir

berupa sterilisasi.<sup>22</sup> Efek samping dari AKBK adalah adanya perubahan haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur lebih dari 8 hari, haid sedikit dan singkat, haid jarang atau tidak haid, sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, perubahan berat badan, jerawat, nyeri payudara, nyeri perut dan mual.<sup>24</sup>

### 3) Metode Operasi Wanita (MOW)

Tubektomi pada wanita adalah tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi. Kontrasepsi ini untuk jangka panjang dan sering disebut sterilisasi.<sup>20</sup> Untuk melakukan kontrasepsi ini peserta harus memenuhi persyaratan. Persyaratan yang dimaksud adalah calon peserta harus sukarela dalam memilih keputusannya, terikat dalam perkawinan yang sah dan harmonis, memiliki sekurangnya dua anak yang sehat fisik dan mental dan calon peserta dalam keadaan sehat oleh dokter dengan pemeriksaan.<sup>15</sup>

Macam- macam cara yang dilakukan dalam dunia medis dibagi menjadi 2 yaitu:

#### a) Penyinaran

Penyinaran merupakan tindakan penutupan pada kedua falopii wanita yang mengakibatkan yang bersangkutan tidak hamil lagi.<sup>15</sup>

#### b) Operatif

Pada metode operatif ini dibagi menjadi tiga cara yaitu pada bagian abdominal, vaginal dan transcervikal. Pada bagian abdominal biasanya dilakukan dengan cara laparotomi, mini- laparotomi dan laparoskopi. Pada bagian vaginal biasanya dilakukan dengan cara kolpotomi dan kuldoskopi. Pada bagian transcervikal biasanya dilakukan dengan cara histeroskopi, tanpa

melihat langsung, penyumbatan tuba secara mekanis dan penyumbatan tuba kimiawi.<sup>15</sup>

#### 4) Metode Operasi Pria (MOP)

Suatu metode kontrasepsi operasi minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan memerlukan operasi singkat dan tidak memerlukan anestesi umum.<sup>15</sup> Seperti MOW, MOP juga memerlukan syarat yang harus dipenuhi oleh calon peserta yaitu calon peserta harus sukarela dalam memilih, terjalin dalam hubungan perkawinan yang syah dan harmonis dengan memiliki paling sedikit 2 anak yang sehat fisik dan mental, mendapat persetujuan istri, dan dokter menyatakan calon peserta sehat melalui pemeriksaan.<sup>15</sup>

### 11. Faktor yang Memengaruhi Pemilihan Kontrasepsi

#### a. Penghasilan

Tinggi rendahnya status sosial dan keadaan ekonomi penduduk Indonesia berkaitan erat dengan kemampuan untuk membeli alat kontrasepsi yang digunakan.<sup>15</sup> Berikut ini beberapa perkembangan teori ekonomi yang relevan sebagai dasar pengendalian pertumbuhan penduduk di negara- negara berkembang.<sup>21</sup>

##### 1) Teori Klasik Malthus

Apabila besar sumber daya tetap, maka penurunan penghasilan per kapita dapat diperkirakan terjadi. Tingginya pertumbuhan penduduk akan mempercepat bertambahnya jumlah anak-anak dan mengurangi kesempatan perempuan untuk bekerja di luar rumah. Oleh karena itu, pertumbuhan penduduk juga mengurangi investasi karena menurunkan kesempatan menabung dan kesempatan belajar karena harus memenuhi kebutuhan anak- anak yang lebih banyak.<sup>21</sup>

##### 2) Teori Modal Sumber Daya Manusia

Dalam teori ini memperjelaskan proses pembangunan di negara sedang berkembang. Di Indonesia pendapat ini diadopsi sebagai paradigma pembangunan umum bahwa penduduk besar dan berkualitas adalah modal dasar pembangunan, sedangkan penduduk yang besar tetapi rendah kualitasnya menjadi beban pembangunan.<sup>21</sup> Berbeda dengan penelitian Rainy (2012) menghasilkan uji statistik tidak ada hubungan secara signifikan antara jumlah penghasilan dengan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang dengan *p value* 0,622.<sup>8</sup>

b. Budaya

Beberapa faktor budaya sangat memengaruhi dalam penelitian metode kontrasepsi. Ini terjadi karena salahnya pengertian masyarakat mengenai berbagai metode, kepercayaan religius,serta budaya, tingkat pendidikan, persepsi dan status wanita.<sup>15</sup>

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan memengaruhi kerelaan menggunakan keluarga berencana tetapi juga pemilihan suatu metode. Dihipotesiskan bahwa wanita yang berpendidikan menginginkan keluarga berencana yang efektif, tetapi tidak rela untuk mengambil risiko yang terkait dengan sebagai metode kontrasepsi.<sup>12</sup> Sependapat dengan penelitian Efi dan Meily (2012) uji statistik diperoleh hasil OR 2,8. Faktor pendidikan berpengaruh 2,8 kali dalam pemilihan MKJP. Pada penelitian ini ditemukan bahwa pemakaian MKJP tertinggi pada kelompok PUS dengan pendidikan tinggi. Ibu yang berpendidikan tinggi mempunyai kemungkinan tiga kali lebih besar untuk menggunakan MKJP dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan rendah.<sup>26</sup>

Berbeda dengan penelitian Sinta dan Dedes (2014) menyebutkan bahwa pendidikan tidak memengaruhi seseorang dalam memilih jenis kontrasepsi MKJP. Berdasarkan uji statistik memiliki nilai  $p = > 0,05$ .<sup>8</sup> Sedangkan peneliti Putri dan Hari (2014) mengatakan Hasil analisis multivariat didapatkan bahwa tidak adanya pengaruh yang signifikan antara tingkat pendidikan terakhir PUS terhadap rendahnya keikutsertaan MKJP.<sup>10</sup>

d. Status Wanita

Status wanita dalam masyarakat memengaruhi kemampuan mereka memperoleh dan menggunakan berbagai metode kontrasepsi. Wanita yang statusnya lebih dihargai maka hanya sedikit pembatasan dalam memperoleh berbagai metode.<sup>15</sup>

e. Pengetahuan

Hasil dari penelitian Rayni (2012) memperlihatkan hasil analisa hubungan pengetahuan ibu mengenai MKJP dihasilkan uji statistik nilai OR 2,6 kali yang artinya responden yang pengetahuan tentang metode kontrasepsi jangka panjang memiliki peluang 2,6 kali lebih besar untuk menggunakan metode MKJP.<sup>26</sup> Hal ini juga terbukti dalam penelitian Efy dan Meily (2013) yang mengemukakan bahwa pemakaian MKJP tertinggi pada kelompok PUS yang memiliki pengetahuan tinggi. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.<sup>11</sup>

f. Umur

Pada penelitian Efy dan Meily (2013) ditemukan bahwa sebagian responden yang berusia  $> 35$  tahun dan 20-35 tahun lebih banyak menggunakan non MKJP dibandingkan MKJP. Pada penelitian ini menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemakaian MKJP.<sup>26</sup> Berbeda dengan penelitian

Rainy (2012) menyatakan bahwa hasil uji statistik diperoleh nilai OR 2,5 dengan demikian dapat disimpulkan bahwa responden yang berumur  $\geq 30$  tahun memiliki peluang sebesar 2,5 kali lebih besar untuk menggunakan metode MKJP dibandingkan responden yang berumur  $< 30$  tahun.<sup>27</sup>

Umur wanita menentukan dalam pemilihan alat kontrasepsi yang akan digunakan karena umur wanita memengaruhi keinginan terhadap jumlah anak yang dimiliki. Umur wanita yang muda cenderung untuk mempunyai keinginan anak yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang berumur tua. Oleh karena keinginan tersebut, wanita muda cenderung memilih menggunakan non MKJP.<sup>28</sup>

g. Dukungan suami

Berdasarkan penelitian oleh Sinta dan Dedes (2014) diketahui bahwa terdapat pengaruh dukungan suami dalam penggunaan MKJP. Hal ini berkaitan erat dengan budaya masyarakat Indonesia yang masih beranggapan bahwa suami adalah pengambil keputusan utama dalam keluarga, sehingga anggota keluarga cenderung mengikuti keputusan yang telah ditetapkan oleh suami. Dengan demikian dalam memberikan pelayanan KB perlu melibatkan partisipasi pria agar pria dapat mendorong pasangannya untuk memakai alat kontrasepsi yang rasional, efektif, efisien dan sesuai dengan perencanaan keluarga.<sup>8</sup> Penelitian lain yang sejalan mengenai faktor dukungan suami memengaruhi pemilihan MKJP adalah penelitian yang dilakukan oleh Efi dan Meily (2013).<sup>11</sup>

Namun berbeda dengan penelitian Rainy (2012) yang mengatakan uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,723$ . Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan suami dengan pemilihan MKJP. Dukungan suami bukan satu-satunya faktor yang menentukan seorang istri dalam memakai alat kontrasepsi jangka panjang tetapi ada faktor lain seperti status, pandangan pribadi

serta rasa keberdayaan seorang istri yang sangat menentukan pilihan akan alat kontrasepsi yang digunakan.<sup>28</sup>

#### h. Jarak

Penelitian yang dilakukan oleh Efi dan Meily (2013) mengemukakan bahwa pemakaian MKJP tertinggi pada PUS dengan jarak ke pelayanan kesehatan sejauh ( $\leq 2,5$  km).<sup>11</sup> Penelitian Rainy (2011) juga mengemukakan hal sama bahwa uji statistik diperoleh nilai OR sebesar 4,3 yang artinya responden yang berjarak dekat ke tempat pelayanan kontrasepsi memiliki peluang sebesar 4,3 kali lebih besar.<sup>26</sup>

#### i. Jumlah Anak Hidup

Hasil penelitian Rainy (2011) menunjukkan uji statistik diperoleh nilai OR 3,9 yang artinya adanya responden yang mempunyai anak hidup  $\geq 3$  orang memiliki peluang sebesar 3,9 kali lebih besar untuk menggunakan MKJP dibanding responden yang memiliki anak hidup 0-2. Jumlah anak hidup yang dimiliki seorang wanita akan memberikan pengalaman dan pengetahuan sehingga wanita dapat mengambil keputusan yang tepat tentang cara atau alat kontrasepsi yang akan dipakai.<sup>26</sup>

Berbeda dengan penelitian Anita, Kusmiyati dan Robin (2014) menunjukkan tidak adanya hubungan antara jumlah anak hidup dengan pemilihan jenis kontrasepsi. Hasil uji analistik statistik menghasilkan  $p = 0,726$  yang artinya tidak ada hubungan antara paritas dengan pemilihan MKJP.<sup>9</sup> Sependapat dengan penelitian Indah, Budi dan Rahmat (2017) menghasilkan uji statistik  $p\text{-value} = 0,208$  yang menyimpulkan tidak ada hubungan antara jumlah anak hidup dengan pemilihan MKJP. Menurut penelitian ini paritas yang berisiko maupun tidak berisiko memerlukan informasi yang tepat tentang kontrasepsi MKJP dan non MKJP.<sup>9</sup>

#### j. Pekerjaan

Penelitian oleh Fitria dan Melani (2015) uji logistik menunjukkan tingkat signifikansi status pekerjaan 0,025 yang artinya pekerjaan memengaruhi pemilihan MKJP.<sup>27</sup> Berbeda dengan penelitian Raini 2013 yang menyatakan hubungan status pekerjaan ibu dengan penggunaan MKJP menunjukkan uji statistik  $p = 1000$  yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan ibu dengan penggunaan MKJP.<sup>26</sup>

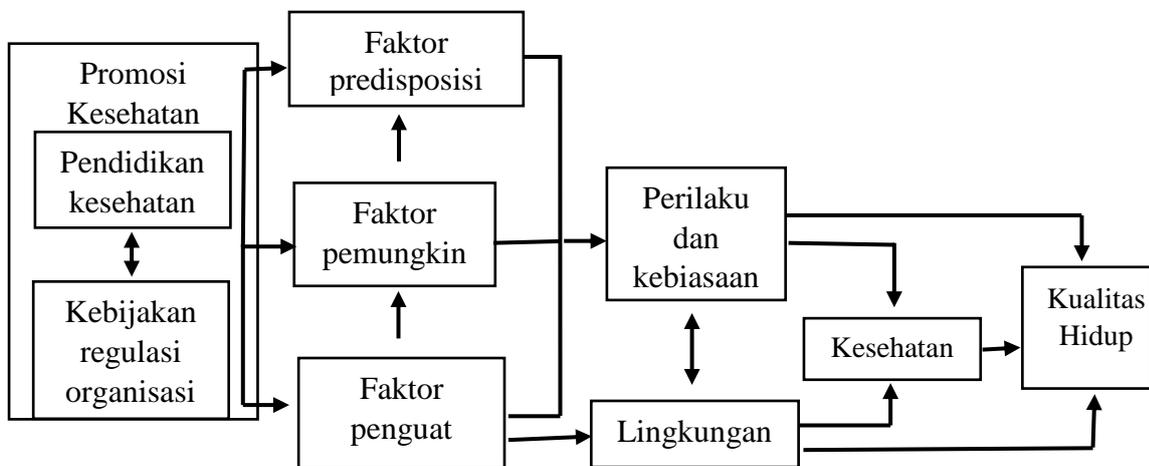
#### k. Biaya Pemasangan

Rainy (2012) menghasilkan uji statistik bahwa biaya pemasangan diperoleh OR sebesar 2,5 yang artinya responden yang biaya penggunaan alat kontrasepsi >10000 memiliki peluang sebesar 2,5 kali lebih besar untuk menggunakan MKJP.<sup>29</sup> Bertentangan dengan Efy dan Meily (2012) menghasilkan bahwa pemakaian MKJP tertinggi pada kelompok PUS dengan biaya pemasangan KB yang gratis dan tidak ada hubungan yang bermakna dengan pemakaian MKJP.<sup>26</sup>

## B. Kerangka Teori

### A. PRECEDE

Fase 5	Fase 4	Fase 3	Fase 2	Fase 1
Diagnosis kebijakan dan administrasi	Diagnosis pendidikan dan organisasional	Diagnosis perilaku dan lingkungan	Diagnosis epidemiologi	Diagnosis sosial

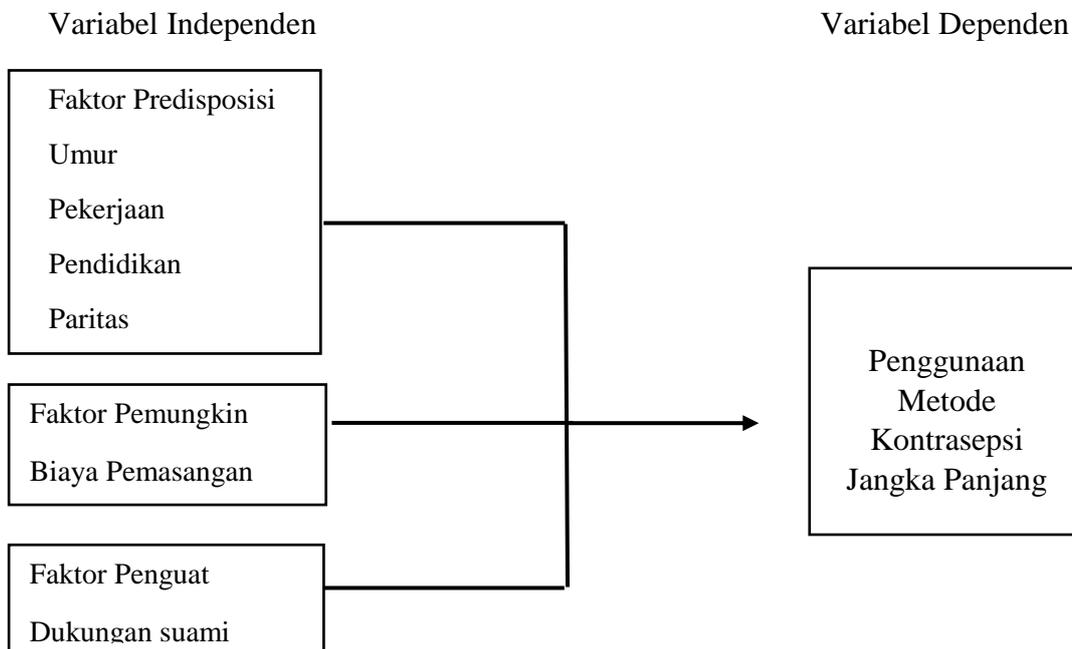


Fase 6	Fase 7	Fase 8	Fase 9
Implementasi	Evaluasi Proses	Evaluasi Dampak	Evaluasi Hasil

### B.PROCEED

Gambar 1. Kerangka Teori PRECEDE (1991)<sup>7</sup>

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

### D. Hipotesis

1. Adanya hubungan antara faktor predisposisi (umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anak hidup, penghasilan) dengan pemilihan MKJP di Desa Srihardono, Kecamatan Pundong, Kabupaten Bantul tahun 2019.
2. Adanya hubungan antara pendidikan dengan pemilihan MKJP di Puskesmas Pundong, Bantul tahun 2018.
3. Adanya hubungan antara faktor pemungkin (biaya pemasangan) dengan pemilihan MKJP di Desa Srihardono, Kecamatan Pundong, Kabupaten Bantul tahun 2019.
4. Adanya hubungan antara faktor penguat (dukungan suami) dengan pemilihan MKJP di Desa Srihardono, Kecamatan Pundong, Kabupaten Bantul tahun 2019.