

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pengertian Keluarga Berencana (KB)**

Manusia umumnya selalu merencanakan setiap apa yang ingin diperbuat, demikian halnya dengan suatu keluarga yang ingin dibentuknya. Karena besarnya satu keluarga membutuhkan biaya yang besar untuk kehidupan sehari-hari, pendidikan, kesehatan dan sebagainya yang harus ditanggung oleh setiap kepala keluarga. Pengertian keluarga berencana ada dua, yaitu pengertian secara umum dan pengertian secara khusus. Pengertian Keluarga Berencana (KB) secara umum adalah suatu usaha yang mengatur banyaknya jumlah kelahiran sedemikian rupa sehingga bagi ibu maupun bayinya dan bagi ayah serta keluarganya atau masyarakat yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kelahiran tersebut. Sedangkan pengertian khususnya, keluarga berencana dalam kehidupan sehari-hari berkisar pada pencegahan kontrasepsi atau pencegahan terjadinya pembuahan atau mencegah pertemuan antara sel mani dari laki-laki dan sel telur dari wanita sekitar persetubuhan (Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung).

#### **2.2 Sejarah Keluarga Berencana (KB)**

Keluarga Berencana mula-mula timbul atas prakarsa individu-individu yang menaruh perhatian dan kepedulian pada masalah kesehatan ibu dan anak, yaitu pada awal abad XIX di Inggris dan Amerika dengan tokohnya Marie Stopes dan Margareth Sanger. Di Indonesia sendiri sebenarnya telah banyak dilakukan usaha untuk membatasi kelahiran secara tradisional dan bersifat individual. Dengan berkembangnya Ilmu Pengetahuan dan Ilmu Kedokteran, terjadi peralihan cara membatasi kelahiran yang bersifat tradisional menjadi modern dengan memenuhi persyaratan medis (BKKBN, 1992).

Di Indonesia, karena angka kematian bayi dan ibu yang melahirkan cukup tinggi maka upaya memperkenalkan cara mengatur atau membatasi kelahiran makin meluas. Pada September 1952 di Yogyakarta, pelopor keluarga berencana dr. Sulianti Saroso menganjurkan para ibu melakukan pembatasan kelahiran. dr.

Sulianti Saroso mengalami berbagai tantangan dan hambatan, antara lain kondisi politik pada saat itu kurang mendukung upaya pembatasan kelahiran. Sehingga pada November 1952 dr. Sulianti Saroso bersama beberapa tokoh di Indonesia mendirikan Yayasan Kesejahteraan Keluarga (YKK) yang diketuai Ny. Marsidah Soewito. Sedangkan di Jakarta, perintisan dimulai pada bagian Kebidanan RSUP dr. Ciptomangunkusumo, tokoh-tokoh perintisnya adalah Prof. Sarwono Prawirohardjo, dr. H.M. Yudono, dr. Koen S. Martiono dan dr. Soeharto (BKKBN, 1992).

Berkat dukungan tokoh-tokoh keluarga berencana Indonesia, pada 23 Desember 1957 di Gedung Ikatan Dokter Indonesia Jakarta resmi dibentuk Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) lengkap dengan susunan pengurusnya dengan dr. Soeharto sebagai ketuanya. Pada tahun 1967 PKBI diakui sebagai badan hukum oleh Departemen Kehakiman. Pada Juni 1967 dibentuk seksi Penerangan PKBI dan pada September 1968 diresmikan Pusat Pendidikan Tenaga KB di Jakarta (BKKBN, 1992).

### **2.3 Tujuan Gerakan Keluarga Berencana (KB) Nasional**

Pada dasarnya tujuan gerakan KB nasional mencakup dua hal, yaitu kuantitatif dan kualitatif. Tujuan kuantitatif adalah menurunkan dan mengendalikan pertumbuhan penduduk. Sedangkan tujuan kualitatif adalah untuk menciptakan atau mewujudkan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. Tujuan gerakan KB nasional dapat dirinci sebagai berikut (BKKBN, 1994):

1. Menurunkan tingkat kelahiran dengan mengikutsertakan seluruh lapisan masyarakat dan potensi yang ada.
2. Meningkatkan jumlah peserta KB dan tercapainya pemerataan serta kualitas peserta KB yang menggunakan alat kontrasepsi efektif dan mantap dengan pelayanan bermutu.
3. Mengembangkan usaha-usaha untuk membantu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, memperpanjang harapan hidup, menurunkan tingkat kematian bayi dan anak-anak di bawah usia lima tahun serta memperkecil kematian ibu karena resiko kehamilan dan persalinan.

4. Meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap masalah kependudukan yang menjurus kearah penerimaan, penghayatan dan pengalaman norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera sebagai cara hidup yang layak dan bertanggung jawab.
5. Meningkatkan peranan dan tanggung jawab wanita, pria dan generasi muda dalam pelaksanaan upaya-upaya penanggulangan masalah kependudukan.
6. Mencapai kematapan, kesadaran, tanggung jawab dan peran serta keluarga dan masyarakat dalam pelaksanaan gerakan KB nasional sehingga lebih mampu meningkatkan kemandiriannya di wilayah masing-masing.
7. Mengembangkan usaha-usaha peningkatan mutu sumberdaya manusia untuk meningkatkan taraf hidup, kecerdasan dan kesejahteraan keluarga dan masyarakat dalam mempercepat pelebagaan nilai-nilai keluarga kecil.
8. Memeratakan penggarapan gerakan KB ke seluruh wilatah tanah air dan lapisan masyarakat perkotaan, pedesaan, transmigrasi, kumuh, miskin dan daerah pantai.
9. Meningkatkan jumlah dan mutu tenaga dan atau pengelola gerakan KB nasional yang mampu memberikan pelayanan KB yang dapat menunjang seluruh lapisan masyarakat di seluruh pelosok tanah air dengan kualitas yang tinggi dan kenyamanan yang memenuhi harapan.

## **2.4 Kontrasepsi**

### **2.4.1 Pengertian Kontrasepsi**

Menurut BKKBN (1995) dikutip dari Sukma Kemala (2002), kontrasepsi berasal dari kata kontra yang berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma(sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut.

### 2.4.2 Jenis-jenis Alat Kontrasepsi

Jenis-jenis alat kontrasepsi beragam, diantaranya adalah (www.ramelda.wordpress.com):

#### 1. Pil KB

Pil KB adalah obat pencegah kehamilan yang diminum dan telah diperkenalkan sejak 1960. Pil diperuntukkan bagi wanita yang tidak hamil dan menginginkan cara pencegah kehamilan sementara yang paling efektif bila diminum secara teratur. Minum pil dapat dimulai segera sesudah terjadinya keguguran, setelah menstruasi, atau pada masa post-partum bagi para ibu yang tidak menyusui bayinya. Jika seorang ibu ingin menyusui, maka hendaknya penggunaan pil ditunda sampai 6 bulan sesudah kelahiran anak (atau selama masih menyusui) dan disarankan menggunakan cara pencegah kehamilan yang lain.

Adapun jenis Pil KB yaitu:

#### 1. Pil gabungan atau kombinasi

Tiap pil mengandung dua hormon sintetis, yaitu hormon estrogen dan progestin. Pil gabungan mengambil manfaat dari cara kerja kedua hormon yang mencegah kehamilan, dan hampir 100% efektif bila diminum secara teratur.

#### 2. Pil berturutan

Dalam bungkusan pil-pil ini, hanya estrogen yang disediakan selama 14—15 hari pertama dari siklus menstruasi, diikuti oleh 5—6 hari pil gabungan antara estrogen dan progestin pada sisa siklusnya.

Ketepatan penggunaan dari pil berturutan ini hanya sedikit lebih rendah daripada pil gabungan, berkisar antara 98—99%. Kelalaian minum 1 atau 2 pil berturutan pada awal siklus akan dapat mengakibatkan terjadinya pelepasan telur sehingga terjadi kehamilan. Karena pil berturutan dalam mencegah kehamilan hanya bersandar kepada estrogen maka dosis estrogen harus lebih besar dengan kemungkinan risiko yang lebih besar pula sehubungan dengan efek-efek sampingan yang ditimbulkan oleh estrogen.

### 3. Pil khusus – Progestin (pil mini)

Pil ini mengandung dosis kecil bahan progestin sintetis dan memiliki sifat pencegah kehamilan, terutama dengan mengubah mukosa dari leher rahim (merubah sekresi pada leher rahim) sehingga mempersulit pengangkutan sperma. Selain itu, juga mengubah lingkungan endometrium (lapisan dalam rahim) sehingga menghambat peletakan telur yang telah dibuahi.

Kontrasepsi pil tidak boleh diberikan pada wanita yang menderita hepatitis, radang pembuluh darah, kanker payudara atau kanker kandungan, hipertensi, gangguan jantung, varises, perdarahan abnormal melalui vagina, kencing manis, pembesaran kelenjar gondok (struma), penderita sesak napas, eksim, dan migraine (sakit kepala yang berat pada sebelah kepala). Pemakaian pil dapat menimbulkan efek samping berupa perdarahan di luar haid, rasa mual, muntah, bercak hitam di pipi (hiperpigmentasi), jerawat, penyakit jamur pada liang vagina (candidiasis), nyeri kepala, penambahan berat badan, tekanan darah tinggi, ASI berkurang, gangguan fungsi hati, perubahan libido dan depresi (Direktorat Pelayanan Medis KB Depkes RI).

### 2. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR atau IUD (Intra Uterine Device) bagi banyak kaum wanita merupakan alat kontrasepsi yang terbaik. Alat ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar air susu ibu (ASI). Namun, ada wanita yang ternyata belum dapat menggunakan sarana kontrasepsi ini. Karena itu, setiap calon pemakai AKDR perlu memperoleh informasi yang lengkap tentang seluk-beluk alat kontrasepsi ini.

Prinsip pemasangan adalah menempatkan AKDR setinggi mungkin dalam rongga rahim (cavum uteri). Saat pemasangan yang paling baik ialah pada waktu mulut peranakan masih terbuka dan rahim dalam keadaan lunak. Misalnya, 40 hari setelah bersalin dan pada akhir haid. Pemasangan AKDR dapat dilakukan oleh dokter atau bidan yang telah dilatih secara khusus. Pemeriksaan secara berkala

harus dilakukan setelah pemasangan satu minggu, lalu setiap bulan selama tiga bulan berikutnya. Pemeriksaan selanjutnya dilakukan setiap enam bulan sekali.

Jenis-jenis AKDR di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Copper-T

AKDR berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik.

2. Copper-7

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan  $200 \text{ mm}^2$ , fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Coper-T.

3. Multi Load

AKDR ini terbuat dari dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. Batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan  $250 \text{ mm}^2$  atau  $375 \text{ mm}^2$  untuk menambah efektivitas. Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil), dan mini.

4. Lippes Loop

AKDR ini terbuat dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya. Lippes Loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm 9 (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning), dan 30 mm (tebal, benang putih) untuk tipe D. Lippes Loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan lain dari pemakaian spiral jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik.

Penggunaan AKDR ini dapat menimbulkan efek samping berupa mules-mules, nyeri pada waktu haid, nyeri pada waktu senggama, keputihan, infeksi, perdarahan haid yang lebih lama atau lebih banyak dari biasa (menoragia),

perdarahan di luar haid (metroragia), dan kegagalan pada pemasangan AKDR (Direktorat Pelayanan Medis KB Depkes RI).

### 3. Suntikan

Kontrasepsi suntikan adalah obat pencegah kehamilan yang pemakaiannya dilakukan dengan jalan menyuntikkan obat tersebut pada wanita subur. Obat ini berisi *Depo Medorxi Progesterone Acetate (DMPA)*. Penyuntikan dilakukan pada otot (intra muskuler) di bokong (gluteus) yang dalam atau pada pangkal lengan (deltoid).

Cara ini baik untuk wanita yang menyusui dan dipakai segera setelah melahirkan. Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu empat minggu setelah melahirkan. Suntikan kedua diberikan setiap satu bulan atau tiga bulan berikutnya. Kontrasepsi suntikan tidak diperbolehkan untuk wanita yang menderita penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, kencing manis, paru-paru, dan kelainan darah. Efek samping kontrasepsi suntikan antara lain; tidak datang haid (amenorrhoe), perdarahan yang mengganggu, sakit kepala, mual, muntah, gelisah, rambut rontok, timbul jerawat diwajah, perubahan berat badan, hiperpigmentasi, keputihan, produksi ASI bertambah, perubahan libido dan depresi.

### 4. Implant (Norplant)

Norplant merupakan alat kontrasepsi jangka panjang yang bisa digunakan untuk jangka waktu 5 tahun. Norplant dipasang di bawah kulit, di atas daging pada lengan atas wanita. Alat tersebut terdiri dari enam kapsul lentur seukuran korek api yang terbuat dari bahan karet silastik. Masing-masing kapsul mengandung progestin levonogestrel sintetis yang juga terkandung dalam beberapa jenis pil KB. Hormon ini lepas secara perlahan-lahan melalui dinding kapsul sampai kapsul diambil dari lengan pemakai. Kapsul-kapsul ini bisa terasa dan kadangkala terlihat seperti benjolan atau garis-garis ( The Boston's Book Collective, *The Our Bodies, Ourselves*, 1992).

Norplant sama artinya dengan implant. Norplant adalah satu-satunya merek implant yang saat ini beredar di Indonesia. Oleh karena itu, sering juga digunakan untuk menyebut implant. Di beberapa daerah, implant biasa disebut

dengan susuk. Indonesia merupakan negara pemula dalam penerimaan norplant yang dimulai pada 1987. Sebagai negara pelopor, Indonesia belum mempunyai referensi mengenai efek samping dan permasalahan yang muncul sebagai akibat pemakaian norplant. Pada 1993, pemakai norplant di Indonesia tercatat sejumlah 800.000 orang.

Efektivitas norplant cukup tinggi. Tingkat kehamilan yang ditimbulkan pada tahun pertama adalah 0,2%, pada tahun kedua 0,5%, pada tahun ketiga 1,2%, dan 1,6% pada tahun keempat. Secara keseluruhan, tingkat kehamilan yang mungkin ditimbulkan dalam jangka waktu lima tahun pemakaian adalah 3,9 persen. Wanita dengan berat badan lebih dari 75 kilogram mempunyai risiko kegagalan yang lebih tinggi sejak tahun ketiga pemakaian (5,1 persen).

Pemasangan norplant biasanya dilakukan di bagian atas (bawah kulit) pada lengan kiri wanita (lengan kanan bagi yang kidal), agar tidak mengganggu kegiatan. Norplant dapat dipasang pada waktu menstruasi atau setelah melahirkan oleh dokter atau bidan yang terlatih. Sebelum pemasangan dilakukan pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu dan juga disuntik untuk mencegah rasa sakit. Luka bekas pemasangan harus dijaga agar tetap bersih, kering, dan tidak boleh kena air selama 5 hari. Pemeriksaan ulang dilakukan oleh dokter seminggu setelah pemasangan. Setelah itu, setahun sekali selama pemakaian dan setelah 5 tahun norplant harus diambil/dilepas.

Wanita yang tidak diperbolehkan menggunakan norplant adalah mereka yang menderita penyakit diabetes, kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, migrain, epilepsi, benjolan pada payudara, depresi mental, kencing batu, penyakit jantung, atau ginjal (The Boston Women's Book Collective, 1992).

Kelebihan norplant adalah masa pakainya cukup lama, tidak terpengaruh faktor lupa sebagaimana kontrasepsi pil/suntik, dan tidak mengganggu kelancaran air susu ibu. Sedangkan kekurangannya adalah bahwa pemasangan hanya bisa dilakukan oleh dokter atau bidan yang terlatih. Penggunaan norplant menimbulkan efek samping, misalnya spotting atau menstruasi yang tidak teratur. Selain itu, kadang-kadang juga menimbulkan berat badan bertambah.



## 5. Kondom/ diafragma

Kondom merupakan salah satu pilihan untuk mencegah kehamilan yang sudah populer di masyarakat. Kondom adalah suatu kantung karet tipis, biasanya terbuat dari lateks, tidak berpori, dipakai untuk menutupi zakar yang berdiri (tegang) sebelum dimasukkan ke dalam liang vagina. Kondom sudah dibuktikan dalam penelitian di laboratorium sehingga dapat mencegah penularan penyakit seksual, termasuk HIV/AIDS.

Kondom mempunyai kelebihan antara lain mudah diperoleh di apotek, toko obat, atau supermarket dengan harga yang terjangkau dan mudah dibawa kemana-mana. Selain itu, hampir semua orang bisa memakai tanpa mengalami efek sampingan. Kondom tersedia dalam berbagai bentuk dan aroma, serta tidak berserakan dan mudah dibuang. Sedangkan diafragma adalah kondom yang digunakan pada wanita, namun kenyataannya kurang populer di masyarakat.

### 2.5. Teori Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu, semua makhluk hidup mulai dari binatang sampai dengan manusia, mempunyai aktifitas masing-masing. Manusia sebagai salah satu makhluk hidup mempunyai bentangan kegiatan yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang dilakukannya, yaitu antara lain: berjalan, berbicara, bekerja, menulis, membaca, berfikir dan seterusnya. Secara singkat, aktifitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi 2 yakni: a) Aktivitas-aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain misalnya: berjalan, bernyanyi, tertawa, dan sebagainya. b) Aktivitas yang tidak dapat diamati orang lain dari luar misalnya: berfikir, berfantasi, bersikap dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005).

Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup dan perilaku terbuka. Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus masih belum dapat diamati orang lain dari luar secara luas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Perilaku terbuka terjadi bila

respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktik dapat diamati orang lain dari luar (Notoatmodjo, 2005).

Green (1980) menganalisis bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ditentukan oleh:

- a. Faktor-faktor predisposisi (*disposing factors*) merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku. Yang termasuk faktor ini adalah pengetahuan, sikap, keyakinan dan nilai.
- b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) adalah faktor anteseden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Termasuk di dalamnya keterampilan dan sumber daya pribadi di samping sumber daya komuniti.
- c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) merupakan faktor penyerta (yang datang sesudah) perilaku yang memberikan ganjaran, insentif, atau hukuman atas perilaku dan berperan bagi menetap atau lenyapnya perilaku itu. Yang termasuk faktor ini adalah manfaat sosial dan jasmani dan ganjaran nyata ataupun tidak nyata yang pernah diterima pihak lain.

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan praktik. Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap subjek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan tertentu tentang kesehatan mungkin penting sebelum suatu tindakan kesehatan pribadi terjadi, tetapi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang cukup kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya. Pengetahuan itu menghasilkan perubahan dalam segala hal. Pengetahuan merupakan faktor penting namun tidak memadai dalam perubahan perilaku kesehatan. Dalam perubahan perilaku kesehatan, selain pengetahuan diperlukan beberapa faktor lainnya seperti keyakinan, nilai dan sikap (Green, 1980).

Sikap didefinisikan oleh Berkowitz (1972) yaitu suatu respon evaluatif. Sikap dikatakan sebagai respon. Respon akan timbul apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki timbulnya reaksi individual. Respon evaluatif berarti bahwa bentuk respon yang dinyatakan sebagai sikap itu didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu, yang memberi kesimpulan nilai terhadap stimulus dalam bentuk baik atau buruk, positif atau negatif, menyenangkan atau tidak menyenangkan, suka atau tidak suka, yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap objek sikap. Dilihat dari strukturnya, sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang, yaitu komponen kognitif (cognitive) berupa apa yang dipercaya oleh subjek pemilik sikap, komponen afektif (affective) merupakan komponen perasaan yang menyangkut aspek sosial, dan komponen konatif (conative) merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh subjek (Azwar, 1988).

Praktik adalah tindakan nyata seseorang setelah memiliki pengetahuan dan bersikap terhadap sesuatu atau aplikasi dari sikap. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain yaitu antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, yaitu (Notoatmodjo, 2005):

a. Praktik terpimpin

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan panduan. Misalnya, seorang anak kecil menggosok gigi namun masih selalu diingatkan ibunya.

b. Praktik secara mekanisme

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis. Misalnya, seorang anak secara otomatis menggosok gigi setelah makan, tanpa disuruh ibunya.

c. Adopsi

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekadar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang

berkualitas. Misalnya menggosok gigi, bukan sekedar gosok gigi melainkan dengan teknik-teknik yang benar.

## 2.6 Studi mengenai KB

Di tahun 1997 Kantor Kementerian Negara Kependudukan bekerjasama dengan BKKBN melakukan penelitian mengenai Pemakaian Kontrasepsi menurut Tahapan Keluarga di Kabupaten Blora Jawa Tengah dan Jakarta Pusat. Dari penelitian tersebut dihasilkan bahwa sebanyak 17 persen (160 dari 941 wanita PUS) di Kabupaten Blora dan 40 persen (353 dari 892 wanita PUS) di Jakarta Pusat tidak ikut KB. Salah satu alasan yang diketahui mengapa mereka tidak ikut KB adalah hamil. Alasan ini dikemukakan oleh sekitar 9 persen (15 wanita PUS) di Kabupaten Blora dan sekitar 16 persen (56 wanita PUS) di Jakarta Pusat. Diantara 145 wanita PUS yang tidak ikut KB, dan tidak dalam keadaan hamil di Kabupaten Blora, sebesar 23 persen diantaranya menginginkan anak segera, 43 persen menginginkan anak lagi tetapi ditunda dan 34 persen tidak menginginkan anak lagi. Di Jakarta Pusat, proporsi yang menginginkan anak segera hampir dua kali lipat jumlahnya yaitu mencapai 40 persen (dari 297 wanita PUS), yang tidak ingin anak lagi sekitar 46 persen dan 14 persen masih menginginkan anak lagi tetapi ditunda (Kantor Kementerian Negara Kependudukan/BKKBN, 1997).

Pada tahun 2004, BKKBN mengadakan penelitian mengenai kemandirian KB di Propinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur. Dengan sampel sebanyak 6.743 WUS, lebih dari separuh WUS (58,4%) merupakan peserta KB dan 41,6% bukan peserta KB. Dari penelitian tersebut, ditemukan bahwa (BKKBN, 2004):

- Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kesertaan KB.
- Adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan WUS dengan kesertaan KB.
- Tidak didapatkannya hubungan yang bermakna antara pekerjaan WUS dengan kesertaan KB.
- Terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan suami dengan kesertaan KB.
- Tidak diperolehnya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan suami dengan kesertaan KB.

- Adanya hubungan yang signifikan antara jumlah anak dengan kesertaan KB.
- Adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan WUS dengan kesertaan KB.
- Ada hubungan yang bermakna antara sikap WUS dengan kesertaan KB.
- Adanya hubungan yang bermakna antara tempat tinggal dengan kesertaan KB.
- Terdapat hubungan yang signifikan antara indeks kesejahteraan dengan kesertaan KB.
- Diperoleh hubungan yang bermakna antara akses media dengan kesertaan KB.

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Teori

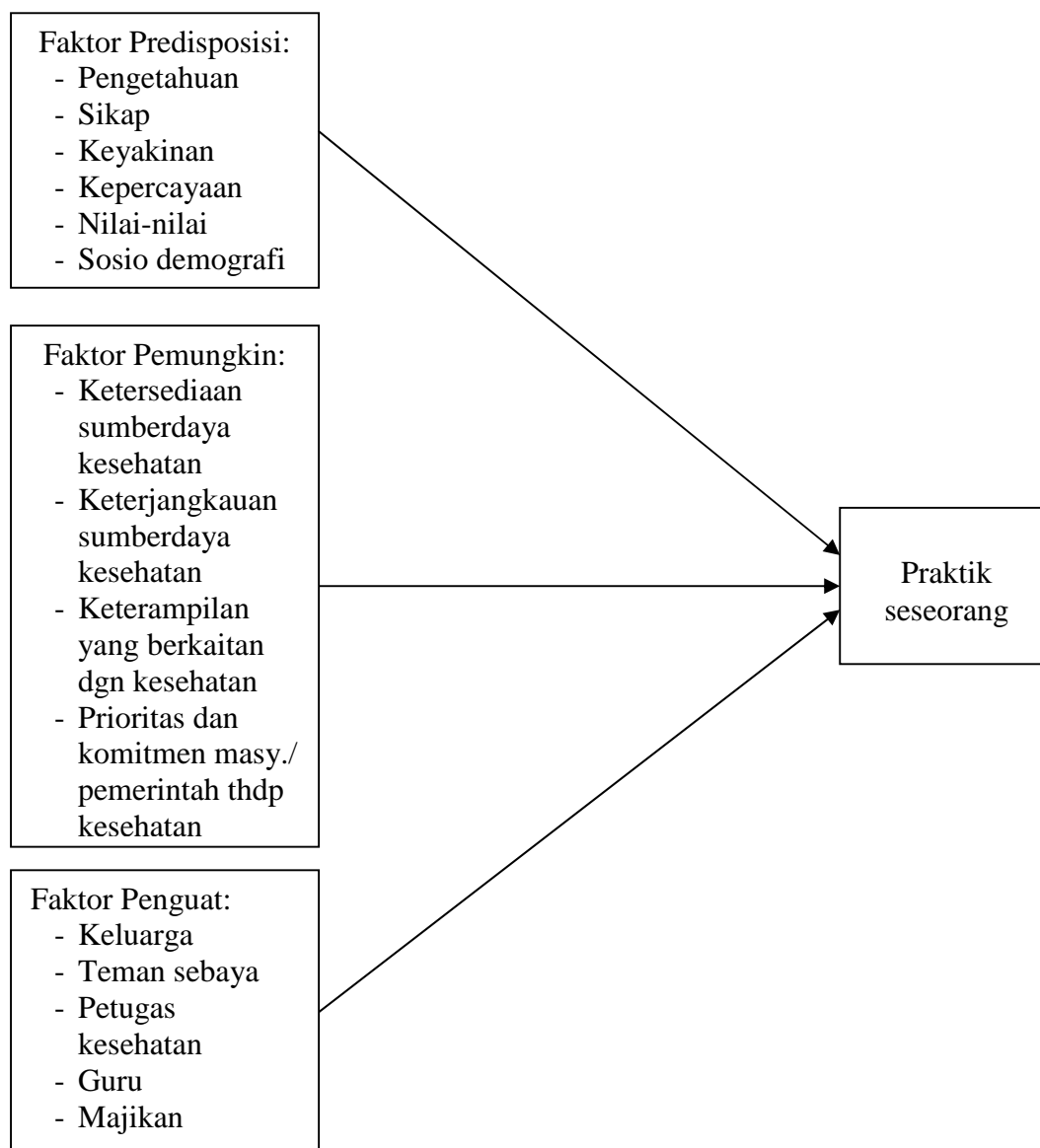
Masalah pembentukan serta perubahan perilaku merupakan suatu hal yang penting dalam perilaku kesehatan. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya (Notoatmodjo, 2007). Perilaku adalah hasil antara stimulus (faktor eksternal) dengan respon (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku. Dengan kata lain, perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor-faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek (Notoatmodjo, 2005).

Banyak teori yang mengungkapkan tentang determinan perilaku, salah satunya adalah Green (1980). Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan atau penyebab masalah kesehatan. Green membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan, yakni faktor perilaku dan faktor non perilaku. Selanjutnya Green menganalisis faktor-faktor yang merupakan penyebab perubahan perilaku dibedakan dalam tiga jenis, yaitu:

- a. Faktor-faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi, berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak. dalam arti umum, dapat dikatakan faktor predisposisi sebagai preferensi "pribadi" yang dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar.
- b. Faktor-faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia, sekolah klinik atau sumber daya yang serupa itu. Faktor pemungkin ini juga menyangkut ketersediaan berbagai sumber daya, biaya, jarak, ketersediaan transportasi, jam buka dan sebagainya.
- c. Faktor-faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Apakah penguat itu positif atau negatif bergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan,

yang sebagian diantaranya lebih kuat daripada yang lain dalam mempengaruhi perilaku.

**Bagan 1. Teori Lawrence Green mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang**



(Sumber: Green, Lawrence W., Marshal W. Kreuter, Sigrid G. Deeds, Key B. Patridge. 1980. Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik edisi terjemahan oleh Zulazmi Mamdy, Zarfil Tafal, Sudarti Kresno. Jakarta: FKM UI. Hlm. 120)





Hubungan antara Praktik KB atau Akseptor KB dengan Faktor Predisposisi, Pemungkin dan Penguat.

Keputusan seorang wanita untuk menjadi akseptor KB dipengaruhi oleh banyak faktor. Dalam penelitian ini, praktik KB atau akseptor KB dipengaruhi oleh faktor predisposisi, pemungkin dan penguat. Faktor predisposisi berupa pengetahuan, sikap, umur, pekerjaan WUS dan suami serta pendidikan WUS dan suami. Dengan pengetahuan KB yang cukup tinggi dan sikap yang positif WUS mengenai KB maka WUS tersebut akan memikirkan untuk berperilaku KB. Semakin tinggi pendidikan WUS dan suami maka pengetahuannya mengenai KB akan tinggi pula sehingga WUS tersebut akan memikirkan untuk menjadi akseptor KB dan memperoleh dukungan dari suami pula. Selain itu, makin muda umur WUS dan bagi WUS yang bekerja maka mereka akan lebih memikirkan lagi untuk ber-KB karena umur yang masih muda, sistem reproduksinya masih tinggi dan bagi WUS yang memiliki karir dalam pekerjaannya, akan lebih efisien bila mereka ber-KB. Bila suami memiliki pekerjaan dan penghasilan yang cukup maka biaya untuk ber-KB tidak menjadi masalah lagi.

Faktor pemungkin berupa akses terhadap pelayanan KB mengenai persepsi terhadap jarak dan biaya KB. Jarak pelayanan kesehatan dari tempat tinggal dan biaya yang dikeluarkan berpengaruh terhadap keputusan WUS untuk ber-KB. Bila jarak pelayanan kesehatan tidak terlalu jauh dari tempat tinggal dan biayanya juga terjangkau maka WUS akan termotivasi untuk menjadi akseptor KB. Petugas yang melayani atau yang memberikan pelayanan saat pemasangan alat kontrasepsi juga berpengaruh karena ada sebagian ibu tidak mau dilayani oleh petugas laki-laki, salah satu alasannya karena malu dan bukan mukhrim (menurut agama islam).

Faktor pengaut berupa penyuluhan dari petugas kesehatan/KB dan dukungan dari suami, keluarga, teman sebaya dan media. Dengan mendapatkan penyuluhan dari petugas kesehatan mengenai KB maka pengetahuan WUS meningkat sehingga akan memantapkan WUS untuk menjadi akseptor KB. Selain itu, dukungan dari suami, keluarga dan teman sebaya akan mempengaruhi untuk menjadi akseptor KB serta keterpaparan WUS oleh media mengenai KB akan memantapkan WUS untuk menjadi akseptor.

### 3.3 Hipotesis

1. Adanya hubungan antara faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, sosio demografi) dengan ketidaksertaan WUS (non akseptor) dalam KB di kecamatan Tanah Abang Jakarta Pusat tahun 2009.
2. Ada hubungan antara faktor pemungkin (akses terhadap pelayanan KB yaitu jarak dan biaya KB serta petugas yang melayani KB) dengan ketidaksertaan WUS (non akseptor) dalam KB di kecamatan Tanah Abang Jakarta Pusat tahun 2009.
3. Ada hubungan antara faktor penguat (penyuluhan petugas, dukungan dari suami, keluarga, teman dan keterpaparan media) dengan ketidaksertaan WUS (non akseptor) dalam KB di kecamatan Tanah Abang Jakarta Pusat tahun 2009.

### 3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional dari masing-masing variabel adalah sebagai berikut:

No.	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1.	Praktik	Tindakan nyata yang dilakukan responden setelah mengetahui tentang KB.	Wawancara	Kuesioner	1.Non akseptor KB 2.Akseptor KB	Ordinal
2.	Pengetahuan WUS	Tingkatan pengetahuan adalah tahu/tidaknya responden mengenai KB, seperti jenis-jenis kontrasepsi, efek sampingnya, tempat pelayanan KB, keuntungan dan kerugiannya.	Wawancara	Kuesioner	1.Rendah 2.Tinggi	Ordinal
3.	Sikap WUS	Kecenderungan responden untuk menjadi akseptor KB atau tidak.	Wawancara	Kuesioner	1.Negatif 2.Positif	Ordinal
4.	Umur WUS	Usia responden dari lahir sampai waktu pengumpulan data.	Wawancara	Kuesioner	<20-34 th dan $\geq$ 35 th.	Interval

5.	Pendidikan WUS	Status pendidikan formal terakhir responden.	Wawancara	Kuesioner	1.Rendah → tamat SMP kebawah. 2.Tinggi → tamat SMA keatas.	Ordinal
6.	Pendidikan suami	Status pendidikan formal terakhir suami responden.	Wawancara	Kuesioner	1.Rendah → tamat SMP kebawah. 2.Tinggi → tamat SMA keatas.	Ordinal
7.	Pekerjaan WUS	Status pekerjaan utama responden yang menghasilkan uang.	Wawancara	Kuesioner	1.Tidak bekerja 2.Bekerja	Ordinal
8.	Pekerjaan suami	Status pekerjaan utama suami responden yang menghasilkan uang.	Wawancara	Kuesioner	1.Tidak bekerja 2.Bekerja	Ordinal
9.	Jumlah anak masih hidup	Jumlah anak kandung yang masih hidup baik laki-laki maupun perempuan yang dimiliki oleh responden.	Wawancara	Kuesioner	1. ≤ 2 anak 2. > 2 anak	Ordinal
10.	Akses terhadap pelayanan kesehatan ▪ Persepsi terhadap jarak  ▪ Persepsi terhadap biaya KB	Persepsi responden terhadap jarak yang harus ditempuh untuk menjangkau sarana kesehatan untuk pemasangan alat kontrasepsi	Wawancara	Kuesioner	1.Jauh 2.Dekat	Ordinal
		Persepsi responden terhadap biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh alat kontrasepsi.	Wawancara	Kuesioner	1.Mahal 2.Murah	Ordinal
11.	Petugas yang melayani KB	Jenis kelamin petugas yang memberikan/ melayani pemasangan alat kontrasepsi.	Wawancara	Kuesioner	1.Petugas Laki-laki 2.Petugas Perempuan	Nominal

12.	Penyuluhan KB	Pendidikan mengenai KB yang diterima WUS dari petugas kesehatan sampai dengan pengumpulan data.	Wawancara	Kuesioner	1.Tidak pernah mendapat penyuluhan 2.Pernah mendapat penyuluhan	Ordinal
13.	Dukungan dari suami	Dukungan dari suami responden yang memberikan pengaruh untuk menjadi akseptor	Wawancara	Kuesioner	1.Tidak ada dukungan 2. Ada dukungan	Ordinal
14.	Dukungan dari keluarga	Dukungan dari ayah, ibu, kakak, adik, mertua, saudara ipar responden yang memberikan pengaruh untuk menjadi akseptor	Wawancara	Kuesioner	1. Tidak ada dukungan 2. Ada dukungan	Ordinal
15.	Dukungan dari teman sebaya	Dukungan dari teman atau tetangga responden yang memberikan pengaruh untuk menjadi akseptor	Wawancara	Kuesioner	1. Tidak ada dukungan 2. Ada dukungan	Ordinal
16.	Keterpaparan media	Informasi dari media yang diterima oleh responden tentang KB sampai saat pengumpulan data.	Wawancara	Kuesioner	1. Tidak terpapar 2. Terpapar	Ordinal