

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kebutuhan Ber-KB (*Unmet need*)

2.1.1 Definisi Kebutuhan Ber-KB (*Unmet need*)

Unmet need adalah pasangan usia subur yang tidak ingin punya anak lagi atau yang ingin menjarangkan kelahiran, tetapi tidak menggunakan kontrasepsi (BKKBN, 2014). *Unmet need* merupakan suatu kebutuhan akan alat kontrasepsi yang tidak terpenuhi. Wanita usia subur yang dikatakan *unmet need* jika ingin menunda kehamilan atau mengakhiri kehamilan untuk masa dua tahun berikutnya tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi (Fadhila, 2015). *Unmet need* KB adalah presentase wanita yang saat ini tidak menggunakan metode kontrasepsi dan tidak ingin anak lagi atau menunda kelahiran, tetapi tidak menggunakan kontrasepsi (Uljanah, 2016). *Unmet need* adalah tidak terpenuhinya pemakaian kontrasepsi pada wanita yang ingin mengakhiri atau menunda kehamilan sampai 24 bulan (Utami, 2013). Konsep banyak digunakan untuk mengidentifikasi wanita yang sebenarnya perlu menggunakan alat kontrasepsi karena sudah tidak ingin anak lagi atau ingin memnunda kehamilannya namun tidak menggunakan alat kontrasepsi. Dengan kata lain wanita dikatakan *unmet need* apabila wanita tersebut tidak menggunakan metode KB padahal tidak ingin anak lagi atau ingin menunda untuk mempunyai anak lagi (Dahniar, 2016). Menurut Mawarni (2016) *Unmet need* adalah kelompok wanita usia subur dengan status menikah yang sebenarnya sudah tidak ingin mempunyai anak lagi atau ingin menjarangkan kehamilannya namun tidak menggunakan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan.

Perempuan dengan *unmet need* untuk program keluarga berencana adalah perempuan yang produktif dan aktif secara seksual dan tidak ingin punya anak tetapi tidak menggunakan kontrasepsi apapun (Ernani, 2012).

2.1.2 Dampak *Unmet need* KB

Unmet need yang tinggi akan mengakibatkan kemungkinan terjadinya kehamilann tidak diinginkan atau yang biasa disebut dengan *unwanted pregnancy*. Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi dimana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran dari suatu kehamilan. Kehamilan ini akibat dari suatu perilaku seksual/ hubungan yang disengaja maupun tidak disengaja (Ernani, 2012).

Unmet need akan berdampak pada aborsi karena adanya *unwanted pregnancy*, jarak hamil terlalu dekat, melahirkan terlalu banyak maupun komplikasi penyakit selama kehamilan, kesulitan persalinan, dan komplikasi pada masa nifas (Listyaningsih, 2016). Selain itu *unwanted pregnancy* ini dapat mendorong ibu untuk melakukan aborsi, dan dapat berakhir dengan kematian ibu akibat *unsafe abortion*. Definisi *Unsafe abortion* menurut WHO adalah prosedur untuk terminasi kehamilan yang tidak diinginkan yang dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih, atau disuatu tempat yang tidak memenuhi standard minimal medis atau keduanya. *Unsafe abortion* ini sering terjadi di negara-negara yang tidak melegalkan tindakan aborsi kecuali dengan indikasi medis. Tindakan aborsi ini dibantu oleh tenaga kesehatan yang tidak terlatih, bahkan oleh non tenaga kesehatan seperti dukun beranak atau usaha aborsi dilakukan sendiri oleh perempuan yang ingin aborsi. *Unsafe abortion* bisa juga dikaitkan dengan aspek legalitas , yaitu adanya pembatasan tindakan aborsi, sehingga aborsi sering dilakukan secara sembunyi-

sembunyi. *Unsafe abortion* meningkat risiko infeksi pasca aborsi. Tidak tersedianya alat pendukung untuk kebutuhan keadaan darurat dan komplikasi akibat tindakan aborsi juga menyebabkan meningkatnya angka kematian (Ernani, 2012).

Masalah kependudukan Indonesia adalah jumlah penduduk yang besar dan distribusi yang tidak merata. Salah satu penyebab tingginya *Total Fertility Rate* (TFR) yang merupakan indikator pertambahan jumlah penduduk adalah kebutuhan KB yang tidak terpenuhi (*unmet need for family planning*) yang tinggi (Suseno, 2011). Ledakan populasi yang diperkirakan terjadi pada tahun 2030 akan menjadi masalah jika tidak segera di tanggulasi oleh pemerintah. Selain itu, masalah lain yang muncul adalah kemiskinan dan kelaparan yang mungkin akan dialami oleh Indonesia jika mengalami pertumbuhan penduduk yang pesat tanpa adanya peningkatan produksi makanan dan penyediaan lapangan pekerjaan yang memadai (Ernani, 2012).

2.1.3 Alasan *Unmet need KB*

Alasan yang sering dikemukakan oleh perempuan di Indonesia adalah :

- a. Ibu merasa tidak membutuhkan alat kontrasepsi karena merasa melakukan hubungan seksual yang tidak terlalu sering/ jarang, dikarenakan suami jarang berada dirumah atau alasan lain
- b. *Postpartum Amenorrhea* merupakan alasan yang banyak dikemukakan oleh ibu, biasanya sebelum mengalami haid pertama setelah melahirkan mereka belum mau menggunakan alat kontrasepsi. Padahal post partum amenorrhea hanya efektif jika ibu melakukan ASI Eksklusif. Hal inilah yang sering tidak dilakukan oleh ibu sehingga menyebabkan kehamilan.

- c. Menentang penggunaan alat kontrasepsi karena dianggap tidak sesuai dengan kepercayaan yang dianut ibu.
- d. Kurangnya pengetahuan mengenai alat kontrasepsi. Hal ini ditandai dengan banyaknya ibu yang percaya pada mitos atau isu-isu efek samping penggunaan alat kontrasepsi yang belum tentu benar. Alasan lain yang dikemukakan adalah ibu tidak pernah tahu atau mendengar mengenai program keluarga berencana akibat minimnya kontak dengan tenaga kesehatan dan kurangnya akses informasi kesehatan.
- e. Harga mahal dan akses yang sulit untuk mendapatkan pelayanan KB. Hal ini banyak terjadi di daerah terpencil dengan sarana dan pelayanan kesehatan yang kurang. Banyak ibu yang percaya bahwa alat kontrasepsi yang paling bagus adalah yang mahal, padahal efektifitas alat kontrasepsi tergantung kebutuhan dan kepatuhan ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi.
- f. Ketakutan dengan efek samping, khawatir dengan kesehatannya, dan ketidaknyamanan saat menggunakan alat KB.
- g. Alasan lain yang tidak diketahui atau tidak mau dikemukakan oleh ibu

2.2 Faktor-faktor *Unmet Need* KB

2.2.1 Umur

Perencanaan keluarga menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera perlu dibuat dalam rangka menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat, dan melahirkan pada usia tua. Perencanaan menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera dibagi atas tiga masa menurut usia reproduksi istri sebagai berikut:

- a. Masa menunda kehamilan, bagi pasangan usia subur dengan istri dibawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan.
- b. Masa mengatur kesuburan (menjarangkan kehamilan), periode usia istri antara 20-35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak dua orang dan jarak kelahiran anak pertama dan kedua adalah 3-4 tahun.
- c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi), periode usia istri diatas 35 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.

Dalam penelitian Katulistiwa (2014), didapatkan hasil bahwa ada hubungan umur dengan kejadian *unmet need* KB. Dalam hasil penelitian menyatakan bahwa angka *unmet need* tertinggi pada usia muda dan usia tua. Terdapat penurunan kebutuhan KB untuk penjarangan kelahiran setelah mencapai umur 30 tahun, dan untuk tujuan pembatasan mencapai puncaknya pada umur 35-44 tahun. Status *unmet need* KB akan tinggi pada wanita usia muda dan tua yang diibaratkan huruf “U” terbalik, yaitu kebutuhan KB rendah pada usia muda dan tua, namun kebutuhan ini tinggi pada kelompok usia produktif. Umur seseorang berpengaruh signifikan terhadap pemenuhan kebutuhan kontrasepsinya. Kelompok perempuan usia muda dan tua beresiko tinggi untuk mengalami *unmet need* KB karena kelompok ini tidak menyadari bahwa mereka memiliki potensi komplikasi selama kehamilan. Penurunan penggunaan kontrasepsi pada kelompok perempuan usia tua disebabkan oleh adanya perubahan sistem reproduksi baik organ maupun fungsinya, yang menyebabkan timbulnya keluhan-keluhan yang dapat mengganggu kesehatannya. Umur berperan sebagai faktor predisposisi dalam hubungannya dengan struktur organ, fungsi fisiologis, komposisi biokimiawi serta sistem hormonal seorang

wanita. Perbedaan fungsi fisiologis, komposisi biokimiawi dan sistem hormonal dapat mempengaruhi pemakaian kontrasepsi yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat, dan melahirkan pada usia tua.

2.2.2 Pendidikan

Pendidikan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) yaitu proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau sekelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya oengajaran dan pelatihan. Tingkat pendidikan tidak hanya mempengaruhi kerelaan menggunakan KB, tetapi juga pemilihan suatu metode kontrasepsi. Pendidikan akan mempengaruhi sikap seseorang dalam pengambilan keputusan karena semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin rasional pengambilan keputusan. Hal tersebut juga berlaku dalam pengambilan keputusan dalam memilih metode kontrasepsi yang tepat dan efektif bagi ibu jarak kehamilannya atau dalam membatasi jumlah kelahiran (Laras, 2015). Pendidikan sering diartikan sebagai usahan manusia untuk membina kepribadiannya sesuai dengan nilai-nilai didalam masyarakat dan kebudayaan. Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemauan yang akan dikembangkan. Tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi biasanya lebih mudah menyerap informasi dan mengimplementasikan dalam perilaku dan gaya hidupnya. Tingkat pendidikan menurut Undang-undang No 20 Tahun 2003 adalah:

- a. Pendidikan dasar/rendah (SD-SMP/MTs)

- b. Pendidikan menengah (SMA/SMK)
- c. Pendidikan tinggi (Perguruan Tinggi)

Menurut penelitian yang dilakukan Suseno (2011), didapatkan bahwa pendidikan memiliki pengaruh terhadap kejadian *unmet need*. Cara yang paling jelas bagaimana pendidikan dapat mempengaruhi kesuburan pasangan adalah dengan memberikan informasi yang benar tentang pencegahan kehamilan dan persalinan. Bukti empiris menegaskan bahwa dengan pendidikan yang baik akan berpengaruh kepada pengetahuan yang lebih baik tentang kontrasepsi, bagaimana mereka harus digunakan dan dimana mereka dapat diperoleh.

2.2.3 Pendapatan

Penghasilan atau pendapatan adalah semua penghasilan yang didapatkan oleh keluarga baik berupa uang maupun jasa. Pendapatan sangat erat kaitannya dengan bagaimana status ekonomi keluarga tersebut yang juga berhubungan dengan pemilihan alat kontrasepsi. Dalam memilih alat kontrasepsi perlu mempertimbangkan kemampuan yang dimiliki untuk membeli alat kontrasepsi, sehingga tidak memberatkan bagi penggunaannya. Kemampuan ekonomi sangat mempengaruhi seseorang untuk mendapatkan dan memanfaatkan layanan kesehatan. Karena untuk mendapatkan layanan, setidaknya akseptor juga harus menyiapkan dana. Seseorang yang memiliki penghasilan menengah keatas cenderung lebih banyak untuk menggunakan kontrasepsi dibandingkan dengan mereka yang memiliki pendapatan kurang. Semakin indeks kekayaan akan semakin tinggi tingkat penerimaan dan pemakaian kontrasepsi. Salah satu indikator dari keinginan untuk memakai alat/ cara KB yang membayar untuk pelayanan yang mereka peroleh.

Dalam penelitian Suseno (2011), didapatkan hasil bahwa pendapatan berpengaruh terhadap kejadian *unmet need* karena dapat dijelaskan bahwa konsep tentang fertilitas suatu negara bahkan seorang individu cukup bervariasi. Oleh karena itu fungsi fertilitas atau disebut sebagai kehadiran seorang anak sangat krusial karena menyangkut *opportunity cost*. Terdapat asumsi bahwa kemajuan industry dan pola kehidupan modern menggoyahkan keluarga luas (*extended family*) dan nilai-nilai yang mendukung keluarga besar.

2.2.4 Jumlah Anak

Salah satu tujuan dari kontrasepsi adalah untuk menjarangkan kehamilan, jadi keluarga yang ingin mengatur jumlah keluarga yang diinginkan ataupun yang ingin menjarangkan kehamilan sehingga jumlah anak dalam keluarga sesuai dengan keinginan menggunakan kontrasepsi. Jumlah anak seorang wanita dapat mempengaruhi cocok tidaknya suatu metode secara medis. Angka kejadian *unmet need* juga dapat dilakukan dengan cara membatasi jumlah anak. Dalam setiap keluarga pasti memiliki keinginan untuk mempunyai anak dalam jumlah yang berbeda-beda, dengan demikian ini adalah suatu pilihan atau keputusan dari keluarga tersebut. Penggunaan kontrasepsi berbeda antara perempuan dengan paritas tinggi dan paritas rendah. Penggunaan kontrasepsi meningkat pada perempuan dengan paritas tinggi. Jumlah dan jenis kelamin anak yang hidup memiliki pengaruh besar terhadap penerimaan metode keluarga berencana. Semakin banyak jumlah anak masih hidup maka akan meningkatkan penggunaan kontrasepsi. Perempuan dengan paritas ≤ 2 orang anak hidup penggunaan kontrasepsi lebih rendah dibandingkan dengan paritas ≥ 3 (Afiah, 2017).

2.2.5 Pengetahuan KB

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan yang didapat manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan diperoleh melalui mekanisme belajar. Dimana proses belajar dipengaruhi oleh 3 komponen yaitu komponen input, proses dan output. Input dari pendidikan ini meliputi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sedang belajar. Sedangkan proses merupakan mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) individu yang sedang belajar sementara output merupakan hasil daripada pembelajaran. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar dikategorikan menjadi 4 yaitu faktor materi, faktor lingkungan, faktor instrument, dan faktor individu yang sedang belajar (WHO, 2008).

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2010) (dalam Dahniar, 2016), bahwa pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek 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. Kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap berbagai macam kontrasepsi dengan kelebihan dan kelemahannya masing-masing, termasuk cara kerja alat kontrasepsi (Ernani, 2012). Dari hasil penelitian Suseno (2011), pengetahuan tentang kontrasepsi berpengaruh terhadap kejadian *unmet need*. Bagi suatu pasangan penting untuk mengetahui tentang jenis kontrasepsi, dan bagaimana cara pemakaiannya. Kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi adalah salah satu

alasan yang paling penting mengapa kebutuhan kontrasepsi tidak terpenuhi (*unmet need*).

2.2.6 Efek Samping

Rasa takut terhadap efek samping yang ditimbulkan oleh penggunaan kontrasepsi akan menyebabkan penolakan terhadap pemakaian kontrasepsi. Keterbatasan distribusi alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Ernani, 2012).

Pengetahuan mengenai cara memilih alat kontrasepsi yang tepat merupakan hal penting dalam upaya perlindungan terhadap kesehatan reproduksi perempuan. Minimnya pengetahuan tersebut akan berdampak terhadap peningkatan angka kematian ibu hamil dan bersalin, angka kehamilan yang tidak diinginkan, dan angka kejadian penyakit menular seksual, serta angka kejadian gangguan kesehatan akibat efek samping kontrasepsi. Pada umumnya masyarakat masih merasa takut untuk menggunakan AKDR, karena metode pemasangannya yang menggunakan berbagai macam alat medis yang diperlukan. Sehingga menimbulkan rasa takut pada sebagian dari masyarakat yang akan menggunakannya (Astuti, 2013).

Sampai saat ini belum tersedia alat kontrasepsi yang benar benar ideal atau sempurna, setiap metode kontrasepsi memiliki keunggulan dan kelemahan, pengalaman menunjukan bahwa saat ini pilihan metode kontrasepsi umumnya masih dalam berbentuk cafetarian atau supermarket, dimana calon akseptor memilih sendiri kontrasepsi yang diinginkan, padahal dalam kontrasepsi tidak ada satupun metode yang sesuai untuk semua pemakai, dan seyogyanya tidak digunakan oleh sekelompok tertentu karena ada kontraindikasi (Astuti, 2013).

2.2.7 Dukungan Suami

Dukungan suami merupakan dorongan pada ibu baik secara moral maupun material, karena dukungan suami sangat mempengaruhi ibu untuk menjadi akseptor KB. Tetapi beberapa suami tidak menyetujui istri untuk menjadi akseptor KB. pemakaian alat kontrasepsi adalah tanggung jawab bersama sebagai pasangan, sehingga metode kontrasepsi yang dipilih mencerminkan kebutuhan serta keinginan suami dan istri. Suami dan istri harus saling mendukung dalam penggunaan metode kontrasepsi karena keluarga berencana dan kesehatan reproduksi bukan hanya urusan pria atau wanita saja (BKKBN, 2011). Dukungan suami mempengaruhi wanita pasangan usia subur dalam melakukan perilaku ber-KB. Budaya patrilineal yang menjadikan pria sebagai kepala keluarga yang masih banyak dianut, sebagian besar pola keluarga di Indonesia menjadikan pria sebagai kepala keluarga yang bertanggung jawab terhadap fertilitas. Pandangan serta dukungan suami tentang KB akan sangat berpengaruh terhadap keputusan didalam keluarga untuk menggunakan alat atau cara KB tertentu (Handayani, 2017).

Menurut Suparyanto (2011), dalam melaksanakan Keluarga Berencana, dukungan suami sangat diperlukan. Seperti diketahui bahwa Indonesia, keputusan suami dalam mengizinkan istri adalah pedoman penting bagi istri untuk menggunakan kontrasepsi. Bila suami tidak mengizinkan dan tidak mendukung, hanya sedikit istri yang berani untuk tetap memasang alat kontrasepsi tersebut. Dukungan suami sangat berpengaruh besar dalam pengambilan keputusan menggunakan atau tidak dan metode apa yang akan dipakai.

Dalam penelitian yang dilakukan Afiah (2017), Dukungan Suami terbukti berpengaruh terhadap keputusan didalam keluarga untuk menggunakan alat atau cara KB tertentu. Kejadian *unmet need* seringkali ketika suami tidak setuju terhadap

penggunaan alat atau cara KB tertentu yang diakibatkan adanya persepsi tentang fertilitas, kurangnya pemahaman terhadap alat atau cara KB, takut akan efek samping, masalah sosial budaya, dan berbagai faktor lainnya.

Dukungan suami sangat berkaitan erat dengan *unmet need* KB. Rendahnya dukungan suami yang mengakibatkan banyaknya kasus *unmet need* KB. Dukungan yang dimaksud adalah berupa dukungan emosional, serta dukungan instrumental berupa memberikan biaya untuk menggunakan kontrasepsi (Sohibun, 2015).

2.2.8 Penerimaan Informasi

Klien harus memperoleh informasi yang cukup sehingga dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang sesuai untuk mereka. Informasi tersebut meliputi pemahaman tentang efektifitas relatif (*relative effectiveness*) dari metode kontrasepsi, cara kerja, efek samping, manfaat dan kerugian metode tersebut, gejala dan tanda yang perlu ditindak lanjuti di klinik atau fasilitas kesehatan, kembalinya kesuburan dan perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi ketiga, 2014).

Banyak kebijakan yang dapat diambil untuk mengatasi permasalahan *unmet need*, salah satunya ialah dengan cara memperkuat KIE KB dan advokasi. KIE dan advokasi adalah langkah yang dilakukan untuk memberikan pemahaman tentang penggunaan berbagai alat kontrasepsi serta hasil yang diharapkan dari program KB yang pelaksanaannya memerlukan koordinasi lintas sektor yang terkait. KIE dan Konseling merupakan cara yang dapat digunakan untuk mengurangi angka *unmet need* KB. konseling merupakan hal yang sangat penting, karena dapat membantu klien memutuskan pilihan dari berbagai alat kontrasepsi dan alternatif penyelesaian masalah reproduksi dan keluarga berencana (KB). Konseling yang baik membuat

klien puas juga membantunya dalam metode KB secara konsisten dan sukses. Konseling dapat menjamin kontinuitas akseptor KB (Ernani, 2012).

2.2.9 Persepsi Pelayanan KB

Bagaimana pelayanan KB juga dapat mempengaruhi kebutuhan ber-KB. Keterbatasan pasangan usia subur untuk mendapatkan pelayanan KB menjangkau jarak layanan kesehatan menyebabkan banyaknya kebutuhan PUS dalam penggunaan kontrasepsi yang belum terpenuhi. Persyaratan medis dalam penggunaan kontrasepsi:

a. Umum

1. Pelayanan dan informasi Keluarga Berencana merupakan intervensi kunci dalam upaya meningkatkan kesehatan perempuan dan anak, serta merupakan hak asasi manusia
2. Telah terjadi perkembangan yang berarti dalam teknologi kontrasepsi, misalnya transisi dari estrogen dosis tinggi ke dosis rendah pada pil kombinasi, atau dari AKDR inert ke AKDR yang mengeluarkan levonogestrel. Perkembangan ini telah menghasilkan pilihan lebih banyak tentang metode kontrasepsi yang lebih aman dan efektif. Di lain pihak, masih sangat banyak pasangan diseluruh dunia yang belum mendapat akses terhadap pelayanan Keluarga Berencana karena berbagai faktor seperti masalah logistic, sosial, perilaku, organisasi, prosedur dalam sistem pelayanan kesehatan yang perlu diperbaiki.
3. Untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan KB yang bermutu dilakukan berbagai strategi, misalnya:

- a) Hak-hak klien perlu dipertimbangkan dalam perencanaan, manajemen, dan penilaian dalam pelayanan KB
 - b) Meningkatkan ketersediaan berbagai metode kontrasepsi sehingga klien dapat memilih metode kontrasepsi yang paling cocok untuk mereka
 - c) Melaksanakan konseling dan pelayanan KB berdasar kriteria dan persyaratan medis yang terkini.
- b. Isu tentang mutu pelayanan dan akses yang mempengaruhi pemberian kontrasepsi
1. Klien harus memperoleh informasi yang cukup sehingga dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang sesuai untuk mereka.
 2. Untuk metode yang memerlukan prosedur bedah, insersi atau pencabutan alat oleh tenaga terlatih, tenaga terlatih tersebut perlu dilengkapi dengan fasilitas yang cukup agar prosedur tersebut dapat dilaksanakan sesuai dengan standar, termasuk prosedur pencegahan infeksi
 3. Peralatan dan pasokan yang cukup dan sesuai dengan kebutuhan harus tersedia
 4. Petugas pelayanan harus dilengkapi dengan panduan-panduan yang memungkinkan mereka melaksanakan penapisan dan pelayanan terhadap klien sebaik-baiknya dan dapat menghindari risiko yang tidak diinginkan
 5. Petugas pelayanan harus mendapat pelatihan yang cukup dalam konseling Keluarga Berencana. Konseling merupakan elemen kunci

dalam mutu pelayanan, mulai dari kunjungan serta ulang, dan meliputi bukan hanya tentang kontrasepsi, melainkan juga masalah-masalah seksualitas dan pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS. (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi ketiga, 2014)

Kualitas pelayanan yang baik memiliki peranan yang sangat besar dalam meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penerimaan dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi (Ernani, 2012). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Suseno (2011), didapatkan hasil bahwa adanya pengaruh kualitas pelayanan dan konseling terhadap kejadian *unmet need* KB. Kualitas pelayanan yang baik yang disediakan oleh tempat pelayanan kesehatan khususnya pelayanan KB berperan sangat penting untuk kelangsungan pemakaian alat kontrasepsi bagi akseptor dan calon akseptor sehingga tidak terjadi drop out dan discontinuation yang merupakan pendorong terjadinya *unmet need*. Pilihan metode kompetensi teknis tenaga kesehatan, informasi yang diberikan kepada klien hubungan interpersonal, mekanisme tindak lanjut dan kontinuitas merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh penyedia layanan kesehatan. Kualitas pelayanan keluarga berencana yang baik merupakan salah satu sarana yang penting guna peningkatan pengetahuan akseptor tentang kontrasepsi dan penerimaan metode yang efektif bagi wanita, serta mempengaruhi pilihan metode.

2.3 Pasangan Usia Subur (PUS)

Pasangan Usia Subur (PUS) adalah pasangan suami istri yang istrinya berumur antara 15 sampai 49 tahun dan sang istri masih dalam masa reproduksi (Mantra, 2003). Pasangan usia subur berkisar antara usia 20-45 tahun dimana

pasangan (laki-laki dan perempuan) sudah cukup matang dalam segala hal terlebih organ reproduksinya sudah berfungsi dengan baik. Ini dibedakan dengan wanita 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 (Suparyanto, 2012). Wanita Usia Subur menurut Depkes RI (2011), Wanita Usia Subur adalah wanita yang masih dalam usia reproduktif yaitu antara 15-49 tahun, dengan status belum menikah, menikah atau janda. Wanita usia subur mempunyai organ reproduksi yang masih berfungsi dengan baik, sehingga lebih mudah untuk mendapatkan kehamilan, yaitu antara umur 20 sampai dengan 45 tahun. Usia subur wanita berlangsung lebih cepat apabila dibandingkan dengan pria. Adapun puncak kesuburan adalah usia 20-29 tahun yang memiliki kesempatan 95% untuk terjadinya kehamilan. Saat wanita berumur 30 tahun presentase untuk terjadinya kehamilan menurun menjadi 40%. Sedangkan setelah mendekati usia 50 tahun, wanita hanya mempunyai kesempatan hamil dengan presentase 10%. Masa reproduksi sehat wanita terbagi menjadi 3 periode yaitu reproduksi muda (15-19 tahun) merupakan tahap menunda kehamilan, reproduksi sehat (20-35 tahun) merupakan tahap untuk emnjarangkan kehamilan, dan reproduksi tua (36-45) tahun merupakan tahap mengakhiri kehamilan. Usia ideal untuk menikah yaitu usia 21 tahun untuk perempuan dan usia 25 tahun untuk laki-laki. Sedangkan usia ideal yang matang secara biologis dan psikologis adalah 20-25 tahun bagi wanita dan usia 25-30 tahun untuk pria. Pada usia tersebut adalah usia yang paling baik untuk berumah tangga karena sudah matang dan berpikir secara dewasa. Beberapa

individu dan pasangan usia subur yang masuk kategori *unmet need* adalah sebagai berikut:

- a. Perempuan hamil yang kehamilannya tidak diinginkan dengan alasan menunda kehamilan.
- b. Perempuan hamil yang kehamilannya tidak diinginkan karena tidak menginginkan anak lagi.
- c. Perempuan nifas dengan kelahiran anak tidak diinginkan karena ingin menunda kehamilan ataupun tidak menginginkan anak lagi.
- d. Perempuan yang sedang tidak hamil dan tidak menginginkan kehamilan dalam waktu dekat, tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi.
- e. Perempuan yang belum haid setelah melahirkan dan ingin menunda kehamilan berikutnya atau tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi.
- f. Perempuan yang belum dapat memutuskan menginginkan anak lagi namun tidak menggunakan alat kontrasepsi.
- g. Perempuan yang menggunakan kontrasepsi tradisional (Listyaningsih, 2016).

2.4 Keluarga Berencana (KB)

2.4.1 Pengertian Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana yang selanjutnya disebut Program KB adalah upaya sistematis, terencana dan berkesinambungan dalam mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi perlindungan, dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas (BKKBN, 2017). Pengertian keluarga berencana menurut UU No 10

tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pengembangan keluarga sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Setyorini, 2016). Menurut WHO (*World Health Organisation*) *Expert Comitte* 1970, keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Suratun, 2008).

Secara umum KB dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah, serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan aborsi (Suratun, 2008). Keluarga berencana (*family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga.

Metode kontrasepsi bekerja dengan dasar mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita (fertilisasi), atau mencegah telur yang

sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim. Kontrasepsi dapat bersifat reversibel (kembali) atau permanen (tetap). Kontrasepsi yang reversibel adalah metode kontrasepsi yang dapat dihentikan setiap saat tanpa efek lama dalam mengembalikan kesuburan atau kemampuan untuk kembali memiliki anak. Metode kontrasepsi permanen atau yang kita sebut sterilisasi adalah metode kontrasepsi yang tidak dapat mengembalikan kesuburan karena melibatkan tindakan operasi. Metode kontrasepsi juga dapat digolongkan berdasarkan cara kerjanya yaitu metode *barrier* (penghalang), contohnya kondom yang menghalangi sperma; metode hormonal seperti konsumsi pil; dan metode kontrasepsi alami yang tidak menggunakan alat-alat bantu maupun hormonal, namun berdasarkan fisiologis seorang wanita dengan tujuan untuk mencegah fertilisasi (pembuahan).

Faktor yang mempengaruhi pemilihan kontrasepsi adalah efektifitas, keamanan, frekuensi pemakaian, efek samping, serta kemauan dan kemampuan untuk melakukan kontrasepsi secara teratur dan benar. Selain itu tersebut, pertimbangan kontrasepsi juga didasarkan atas biaya serta peran dari agama dan kultur budaya mengenai kontrasepsi tersebut, faktor lainnya adalah frekuensi hubungan seksual (Sulistyawati, 2011).

2.4.2 Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2011). Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori pembangunan menurut Alex Inkeles dan David

Smith yang mengatakan bahwa pembangunan sekadar perkara pemasok modal dan teknologi saja tapi juga membutuhkan sesuatu yang mampu mengembangkan sarana yang berorientasi pada masa sekarang dan masa depan, memiliki kesanggupan untuk merencanakan, dan percaya bahwa manusia dapat mengubah alam, bukan sebaliknya (Sulistiyawati, 2011). Keluarga Berencana (KB) memiliki tujuan :

- a. Tujuan demografis berupa penurunan TFR tahun 2000 sebesar 50% dari kondisi TFR tahun 1970
- b. Tujuan filosofi berupa kelembagaan dan pembudayaan norma keluarga kecil bahagia sejahtera (NKKBS)

Perencanaan kehamilan dan mencegah kehamilan yang belum diinginkan:

- a. Pengaturan jarak dan usia kehamilan
- b. Penggunaan kontrasepsi rasional, efektif dan efisien
- c. Pelayanan KB bagi keluarga miskin
- d. Keterlibatan pria dalam perencanaan kehamilan dan keterlibatan pria dalam KB
- e. Penurunan kehamilan dikalangan PUS muda
- f. Meningkatkan status kesehatan perempuan dan anak dengan cara :
 - a) Pengaturan usia melahirkan yang tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua.
 - b) Pengaturan jarak antara kehamilan
 - c) Peningkatan keterlibatan pria keterlibatan pria dalam kehamilan anak.
Peningkatan menyusui eksklusif.
 - d) Pencegahan dan perlindungan HIV dan AIDS

- g. Meningkatkan kesehatan dan kepuasan seksual dengan cara :
- a) Kondom fungsi ganda (*dual protection*)
 - b) Program *Universal Precaution* untuk pencegahan HIV dan AIDS dalam program KB
 - c) Penggunaan kontrasepsi pada PUS yang ingin menunda anak pertama
 - d) Pelayanan integrasi dan deteksi dini kanker alat reproduksi (Setyorini, 2016).

2.4.3 Ruang Lingkup Keluarga Berencana

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut :

a. Ibu

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

- 1) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksinya
- 2) Meningkatkan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan.

b. Suami

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut:

- 1) Memperbaiki kesehatan fisik
- 2) Mengurangi beban ekonomi keluarga yang di tanggunginya

c. Seluruh Keluarga

Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial setiap anggota keluarga, dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orang tuanya. Ruang lingkup program KB menurut Sulistyyaningsih (2011). secara umum adalah sebagai berikut:

- a. Keluarga berencana
- b. Kesehatan reproduksi remaja
- c. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga.
- d. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- e. Keserasian kebijakan kependudukan
- f. Pengelolaan SDM aparatur
- g. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan
- h. Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur Negara

2.4.4 Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran KB dapat dibagi menjadi dua yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung :

- a. Sasaran langsung

Pasangan Usia Subur (PUS) yaitu pasangan yang wanitanya berusia 15-49 tahun, karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. PUS diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilitasi.

b. Sasaran tidak langsung

- 1) Kelompok remaja usia 15-19 tahun, remaja ini memang bukan merupakan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung tetapi merupakan kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual akibat telah berfungsinya alat-alat reproduksinya. Sehingga program KB disini lebih berupaya promotif dan preventif untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta kejadian aborsi
- 2) Organisasi-organisasi, lembaga kemasyarakatan serta instansi pemerintah maupun swasta serta tokoh masyarakat dan pemuka agama yang diharapkan dapat memberikan dukungan dalam melembagakan NKKBS.

2.4.5 Strategi Pendekatan, dan Cara Operasional Program Pelayanan KB

Dalam hal pelayanan kontrasepsi, diambil kebijaksanaan sebagai berikut :

- a. Perluasan jangkauan pelayanan kontrasepsi dengan cara menyediakan sarana yang bermutu dalam jumlah yang mencukupi dan merata
- b. Pembinaan mutu pelayanan kontrasepsi dan pengayoman medis
- c. Pelembagaan pelayanan kontrasepsi mandiri oleh masyarakat dan pelembagaan keluarga kecil sejahtera

Dalam hal strategi pelayanan kontrasepsi dibantu pokok-pokok sebagai berikut:

- a. Menggunakan pola pelayanan kontrasepsi rasional sebagai pola pelayanan kontrasepsi kepada masyarakat, berdasarkan kurun reproduksi sehat

- b. Pada usia dibawah 20 tahun dianjurkan menunda kehamilan dengan menggunakan pil KB, AKDR, kontrasepsi suntik, susuk, kondom, atau intravagina. Pada usia 20-30 tahun dianjurkan untuk menjarangkan kehamilan. Cara kontrasepsi yang dianjurkan adalah AKDR, implan, kontrasepsi suntik, pil mini, pil KB, kondom, atau intravagina. Sesudah usia 30 tahun atau pada fase mengakhiri kesuburan dianjurkan memakai kontrasepsi mantap, AKDR, implan, kontrasepsi suntik, pil KB, kondom, atau intravagina.
- c. Menyediakan sarana dan alat kontrasepsi yang bermutu dalam jumlah yang cukup dan merata
- d. Meningkatkan mutu pelayanan kontrasepsi
- e. Menumbuhkan kemandirian masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kontrasepsi maupun dalam mengelola pelayanan kontrasepsi

Untuk mencapai sukses yang diharapkan, maka ditempuh strategi tiga dimensi, yaitu sebagai berikut:

- a. Perluasan Jangkauan

Semua jajaran pembangunan diajak berperan serta dalam ikut menangani program KB dan mengajak semua PUS yang potensial untuk menjadi akseptor KB. Istri pegawai negeri, ABRI, dan pemimpin masyarakat diajak menjadi pelopor yang dapat diandalkan agar masyarakat mengikuti dengan senang hati dan penuh kebanggaan.

- b. Pembinaan

Organisasi yang sudah mulai ikut serta menangani program diajak berperan serta mendalami lebih terperinci tentang apa yang terjadi, dan diberikan kepercayaan untuk ikutmenangani program KB dalam lingkungannya sendiri, menjadi petugas sukarela, dan mulai dikenalkan mengenai program-program pos KB, posyandu, pembinaan anak-anak, dan sebagainya

c. Pelembagaan dan pembudayaan

Tahapan awal KB mandiri yaitu masyarakat akan mencapai suatu tingkat kesadaran dimana melaksanakan KB budan hanya karena ajakan melainkan atas kesadaran dan keyakinan sendiri

Strategi ini dilengkapi dengan “Panca Karya” yang mempertajam sasaran dan memperjelas target, yaitu pasangan usia muda dengan paritas rendah, PUS dengan jumlah anak yang cukup, dan generasi muda. Dengan penajaman pendekatan yang bersifat kemasyarakatan dan wilayah tersebut, maka program KB tidak lagi menunggu sasarannya, tetapi lebih bersifat aktif (Sulistiyawati, 2011).

2.4.6 Dampak Program KB

2.4.6.1 Dampak Program KB terhadap Pencegahan Kelahiran

Program KB bertujuan untuk memenuhi permintaan pelayanan KB dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, serta mengendalikan angka kelahiran yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas penduduk dan mewujudkan keluarga-keluarga kecil berkualitas. Sasaran utama kinerja program KB adalah sebagai berikut:

- a. Menurunnya pasangan usia subur (PUS) yang ingin melaksanakan KB namun pelayanan KB tidak terlayani (*unmet need*) menjadin sekitar 6,5%

- b. Meningkatkan partisipasi laki-laki dalam melaksanakan KB menjadi sekitar 8%
- c. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi 2,4% per perempuan

Hal ini memungkinkan perempuan untuk menghindari kehamilan ketika mereka tidak ingin hamil, merencanakan kehamilan ketika mereka melakukan dan mendorong kesehatan mereka sendiri; sehingga dalam prosesnya akan menghasilkan kesehatan yang signifikan, serta manfaat ekonomi dan sosial bagi individu perempuan itu sendiri, keluarga, komunitas, dan keseluruhan masyarakat (Sulistyawati, 2011).

2.4.6.2 Dampak Program KB terhadap Kehidupan Sosial

- a. Implikasi program KB terhadap bidang pendidikan

- 1) Aspek mikro

Merubah komposisi penduduk dari komposisi expensive menjadi kemampuan *constructive* dan *stationare*. Perubahan ini berpengaruh pada pengembangan antara kebutuhan sarana dan prasarana pendidikan dengan kemampuan negara untuk melaksanakan investasi di bidang pendidikan.

- 2) Aspek makro

Dengan ber-KB menuju keluarga kecil akan memberi peluang untuk menyekolahkan anak. Ukuran yang lazim dipakai dalam bidang pendidikan adalah :

- a) Angka Partisipasi Kasar (APK)

Indikator ini mengukur proporsi anak sekolah pada jenjang pendidikan tertentu dalam kelompok umur jenjang pendidikan

tersebut, APK biasanya diterapkan untuk jenjang pendidikan sampai usia 7-12 tahun, (usia 13-15 tahun), dan SLTA (usia 16-18 tahun)

b) Angka Partisipasi Murni (APM)

Indikator ini mengukur proporsi anak yang bersekolah pada kelompok umur tertentu pada tingkat yang sesuai dengan kelompok umur tersebut. APM selalu lebih rendah dibandingkan APK karena pembilangannya lebih kecil sementara penyebutnya sama. Nilai APM yang mendekati 100% menunjukkan hampir semua penduduk bersekolah tepat waktu sesuai dengan usia sekolah pada pendidikannya.

c) Angka Melek Huruf

Angka melek huruf adalah prosentase penduduk yang memiliki kemampuan membaca dan menulis huruf latin/ dan atau lainnya. Indikator itu menggambarkan mutu SDM yang diukur dalam aspek pendidikan, semakin tinggi nilai indikator ini, semakin tinggi mutu SDM suatu masyarakat. Untuk mempertajam analisis batasan usia dapat diubah sesuai kebutuhan.

d) Pendidikan yang Ditawarkan

Indikator ini menunjukkan keterkaitan sistem pendidikan dalam mendidik kelompok penduduk dewasa.

e) Rata-rata lama sekolah

Rata-rata lama sekolah dihitung dengan menggunakan dua variable secara simultan yaitu tingkat/ kelas yang sedang/ pernah dijalani dengan jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan

b. Implikasi program KB terhadap angkatan kerja

Angkatan Kerja (AK) adalah penduduk yang berumur 10 tahun ke atas dan selama seminggu lalu mempunyai pekerjaan, baik bekerja maupun sementara tidak bekerja karena suatu sebab seperti sedang menunggu panen, pegawai sedang cuti, dan pekerja kelas professional (dukun/dalang) yang sedang menunggu pekerjaan berikutnya. Disamping itu mereka tidak mempunyai pekerjaan tetapi sedang mencari pekerjaan dan mendapat imbalan berupa balas jasa. Pengaruh program KB terhadap angkatan kerja adalah mereduksi penduduk usia kerja dengan merubah komposisi penduduk dari ekspansi menjadi produktif.

c. Pengaruh implikasi pelaksanaan program KB terhadap kehidupan sosial ekonomi

Kehidupan sosial ekonomi dalam hal ini tidak lepas dari pembangunan ekonomi. Pembangunan ekonomi dapat ditingkatkan sebagai suatu proses dimana Riil Nasional *Income* naik secara terus menerus dalam jangka waktu yang lama.

Kenaikan Riil Nasional *Income* dipengaruhi oleh beberapa faktor dominan, antara lain Pendapatan (Y), Konsumsi (C), tabungan/ saving (S), dan Investor (I).

Secara makro pengaruh pelaksanaan program KB terhadap pembangunan ekonomi banyak berkaitan dengan kebutuhan dan

kemampuan negara untuk melakukan investasi (penanaman modal). Semakin tinggi laju pertumbuhan penduduk akan berpengaruh terhadap semakin tingginya investasi. Prof. DR. Soemitro Djoyohadikusumo mengemukakan apabila tingkat investasi suatu negara tidak dapat mengimbangi tingkat laju pertumbuhan penduduknya, maka akan berakibat pada penurunan kualitas kehidupan masyarakat. Secara makro pengaruh program KB terhadap kehidupan ekonomi keluarga adalah pada rasionalisasi tingkat pengeluaran (konsumsi) keluarga/rumah tangga. Semakin besar jumlah anggota keluarga akan semakin besar pula pemenuhan kehidupannya.

d. Pengaruh program KB terhadap kehidupan budaya

Aspek budaya yang banyak dipengaruhi dan mempengaruhi pelaksanaan program KB adalah pada perilaku/ tingkah laku/ pola pikir yang rasional dan bertanggung jawab, kebersihan lingkungan.

2.4.7 Metode Kontrasepsi

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susus Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. Metode ini hanya efektif sampai 6 bulan saja dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Menurut Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat (2014). MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi bila:

- 1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian ≥ 8 kali sehari

- 2) Belum haid
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

b. Metode Keluarga Berencana Alami (KBA)

1) Metode Kalender

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala, yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri digunakan tiga patokan, yaitu:

- a) Ovulasi terjadi 14 ± 2 hari sebelum haid yang akan datang,
- b) Sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi,
- c) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

Jadi apabila konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama 3 hari atau 72 jam, yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam setelah ovulasi. Tampaknya cara ini mudah dilaksanakan, tetapi dalam praktiknya sukar untuk menentukan saat ovulasi dengan tepat, karena hanya sedikit wanita yang mempunyai siklus haid teratur, dan juga dapat terjadi variasi terutama pasca persalinan dan pada tahun-tahun menjelang menopause.

2) Metode Pantang Berkala

- a) Prinsipnya adalah tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur
- b) Patokan masa subur adalah sebagai berikut:
 - (1) Ovulasi terjadi 14 ± 2 hari sebelum haid yang akan datang

(2) Sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi

(3) Ovum dapat hidup selama 24 jam setelah ovulasi

Jadi koitus dihindari selama 72 jam, yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam setelah ovulasi

Berikut adalah 6 langkah menentukan masa aman dalam pantang berkala:

- a) Tentukan siklus haid terpendek
- b) Tentukan siklus haid terpanjang
- c) Siklus haid terpendek dikurangi 18
- d) Siklus haid terpanjang dikurangi 11
- e) Tentukan masa ovulasi = hasil langkah (c) sampai dengan langkah (d)
- f) Tentukan masa aman, mulai dari hasil langkah (c) dikurangi 1 sampai dengan hasil langkah (d) dikurangi 1.

3) Metode Suhu Basal

Cara lain untuk menentukan masa aman adalah dengan suhu basal tubuh. Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi daripada sebelum ovulasi. Suhu basal dicatat dan diteliti setiap hari. Suhu basal diukur waktu pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktifitas. Penggunaan suhu basal akan meningkatkan daya guna pantang berkala. Namun suhu basal tubuh dapat pula meningkat pada beberapa kondisi seperti infeksi, ketegangan, dan waktu tidur yang tidak teratur.

Oleh karena itu, dianjurkan agar tidak melakukan hubungan seksual sampai terlihat suhu tetap tinggi tiga hari (pada waktu pagi) berturut-turut. Panjang siklus haid yang teratur ialah 28-30 hari. Dengan mengenal tanda-tanda premenstruasi, maka saat ovulasi dapat diperkirakan.

Efek samping dari Metode Suhu Basal adalah pantang yang terlampaui lama dapat menimbulkan frustrasi. Hal ini dapat dilakukan dengan pemakaian kondom atau tablet vagina saat berhubungan seksual. Sedangkan daya guna metode suhu basal ini adalah 15 kehamilan per 100 wanita per tahun, daya guna dapat ditingkatkan dengan menggunakan pola cara rintangan, misalnya kondom atau obat spermatisida disamping pantang berkala.

4) Metode Lendir Serviks

Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur. Wanita akan diajarkan tentang cara mengenali perubahan karakteristik lendir serviks dan pola sensasi di vulva (kebasahan, perasaan banyak cairan atau kering) selama siklus.

Perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi merupakan pengaruh estrogen. Pola yang tidak subur dapat dideteksi baik pada masa praovulasi maupun pasca ovulasi siklus menstruasi. Saat kedua ovarium berada dalam keadaan diam akan terlihat jumlah estrogen dan progesterone menurun, hasilnya adalah ketiadaan sensasi atau lendir pada vulva. Pada saat wanita merasakan sensasi pada vulva dan keberadaan lendir sepanjang hari ketika ia melakukan aktifitas hariannya, catat hasil

pengamatannya sebelum hari berakhir. Selama pencatatan siklus yang pertama tidak boleh melakukan hubungan seksual agar familiar terhadap sensasi dan adanya lendir. Kemudian ia harus belajar membedakan lendir serviks dengan cairan semen, pelumas seksual yang normal, dan rabas vagina. Wanita tidak boleh melakukan penyemprotan untuk membersihkan vagina karena tindakan tersebut dapat menghilangkan cairan vagina. Perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi adalah sebagai berikut:

- a) Beberapa hari setelah menstruasi, wanita memiliki pola kering pada vulva yang tidak berubah. Beberapa wanita dapat memperlihatkan adanya rabas tetapi biasanya karakteristik rabas sama dari hari ke hari. Keadaan ini dikenal sebagai pola infertile dasar (*basic infertile pattern-BIP*). Jumlah hari beragam, lebih lama pada siklus yang memanjang dan lebih cepat pada siklus pendek. Pada fase ini dianggap masa tidak subur (*infertile*).
- b) Selanjutnya fase pra ovulasi. Wanita harus memperhatikan adanya perubahan dari pola infertile dasar pada sensasi yang terjadi di vulva atau dari penampilan lendir. Perubahan ini menunjukkan dimulainya masa subur dalam suatu siklus. Perubahan sensasi dari keadaan basah menjadi licin dapat terlihat pada vulva. Jumlah lendir akan meningkat sehingga menjadi jernih dan mudah diregangkan, dengan konsistensi seperti putih telur (*spinnbarkeit*). Hari terakhir sensasi lendir di vulva disebut hari puncak, ini merupakan fase subur yang maksimal. Terjadi

perubahan sensasi dari kering menjadi lengket. Tiga hari setelah puncak masih merupakan hari-hari subur karena ovulasi terjadi selama 48 jam pada hari puncak dan ovum dapat bertahan hidup sampai 24 jam.

- c) Hari-hari tidak subur pascaovulasi dimulai pada hari keempat setelah masan puncak dan berlanjut sampai menstruasi. Menstruasi dapat terjadi 11-16 hari setelah puncak.

5) Metode Simtomtermal

Klien harus mendapat instruksi untuk metode lendir serviks dan suhu basal. Masa subur dapat ditentukan dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks.

- a) Setelah darah haid berhenti hubungan seksual dapat dilakukan pada malam hari pada hari kering dengan berselang sehari selama masa tidak subur. Ini adalah aturan selang hari kering (aturan awal), atau sama dengan metode lendir serviks.
- b) Masa subur dimulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lendir, ini adalah aturan awal. Aturan yang sama dengan metode lendir serviks, yaitu berpantang melakukan hubungan seksual sampai masa subur berakhir.
- c) Pantang melakukan hubungan seksual sampai hari puncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi
- d) Apabila aturan ini tidak mengidentifikasi hari yang sama sebagai hari akhir masa subur, selalu ikuti aturan yang paling

konservatif, yaitu aturan yang mengidentifikasi masa subur yang paling panjang.

6) Koitus Interruptus

Metode ini memiliki cara kerja dengan alat kelamin pria (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah. Efektifitas metode ini bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan koitus terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-18 kehamilan per 100 perempuan per tahun). Efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis (Sulistyawati, 2011).

c. Metode Barrier

1) Kondom

Kondom merupakan selubung/ sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual. Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS (Buku Panduan Praktis Pelayanan

Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat, 2014). Kondom akan efektif jika dipakai dengan baik dan benar. Secara teoritis kegagalan kondom hanya terjadi jika kondom tersebut sobek karena kurang hati-hati, pelumas kurang, atau karena tekanan pada waktu ejakulasi (Sulistyawati, 2011).

2) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Diafragma ini memiliki cara kerja dengan menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat, 2014).

3) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia yang digunakan untuk menon-aktifkan atau membunuh sperma. Spermisida ini menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pemuahan sel telur (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat, 2014). Spermisida ini dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal supositoria, atau *dissolvable film* dan krim (Sulistyawati, 2011).

d. Kontrasepsi Kombinasi (Hormon Esterogen dan Progesteron)

1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi dapat menekan ovulasi, mencegah implantasi, membuat lendir serviks mengental dan sulit dilalui oleh sperma, serta membuat

pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. Pil kombinasi ini harus diminum setiap hari. Pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya akan segera hilang. Pil ini memiliki efektifitas yang tinggi (hampir menyerupai efektifitas tubektomi), bila digunakan setiap hari. Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid. dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan. Mudah dihentikan setiap saat dan kesuburan akan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat, 2014).

2) Suntikan Kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogestron Asetat dan 5 mg Estradiol Siproionat yang diberikan injeksi Intramuscular sebulan sekali (cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol valerat yang diberikan secara injeksi Intramuscular sebulan sekali. Kontrasepsi ini memiliki cara kerja menekan ovulasi, membuat lendir serviks semakin kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat, 2014).

e. Kontrasepsi Progestin

1) Kontrasepsi Suntikan Progestin

Profil :

- a) Sangat efektif
- b) Aman
- c) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi
- d) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan
- e) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler (di daerah bokong).
- b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler

Cara kerja:

- a) Mencegah ovulasi
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan

2) Kontrasepsi Pil Progestin (minipil)

Profil :

- a) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB
- b) Sangat efektif pada masa laktasi
- c) Dosis rendah
- d) Tidak menurunkan produksi ASI
- e) Tidak memberikan efek samping estrogen
- f) Efek samping utama adalah gangguan perdarahan; perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur
- g) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat

Jenis minipil:

- a) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 μ g levonogestrel, atau 350 μ g noretindron
- b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 μ g desogestrel.

Cara kerja minipil

- a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)
- b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
- c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

Efektifitas metode ini Sangat efektif (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu-dua tablet atau jaringan sampai terjadi

gangguan gastrointestinal (muntah, diare), karena kolitik asetilsistein bersamaan dengan minipil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontraseptif dari minipil dapat terganggu. Agar didapatkan kehandalan yang tinggi maka:

- a) Jangan sampai ada tablet yang lupa
- b) Tablet yang digunakan pada jam yang sama (malam hari)
- c) Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan minipil

3) Kontrasepsi Implan

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Implan mencegah terjadinya kehamilan melalui berbagai cara. Seperti kontrasepsi progestin pada umumnya, mekanisme utamanya adalah menebalkan mucus serviks sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma. Walaupun pada konsentrasi yang rendah, progestin akan menimbulkan pengentalan mucus serviks. Perubahan segera terjadi setelah pemasangan implan. Progestin juga menekan pengeluaran *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *lutening hormone* (LH) dari hipotalamus dan hipofise. Lonjakan LH (*surge*) direndahkan sehingga ovulasi ditekan oleh levonogestrel. Level LH ditekan lebih kuat oleh etonogestrel sehingga tidak terjadi ovulasi pada tahun 3 pertama penggunaan implan. Penggunaan jangka panjang, juga menyebabkan hipotropisme endometrium sehingga dapat membantu proses implantasi.

Perubahan pertumbuhan dan maturasi endometrium, juga menjadi penyebab terjadinya perdarahan ireguler. Hal baru dalam implant ialah cara pengeluaran hormone levonogestrel di dalam tubuh yang terjadi secara terus menerus dan stabil selama 3-4 tahun. Metode kontrasepsi subdermal ini setara terus-menerus dan stabil selama 3-4 tahun. Metode kontrasepsi subdermal ini setara dengan 1095-1460 pil progestin yang harus diminum setiap hari. (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat, 2014).

f. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Menurut WHO (2007), AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman dan reversibel yang terbuat dari plastic atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis. Menurut BKKBN (2005), AKDR merupakan suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan dalam rahim terbuat dari bahan *polyethylene* dilengkapi dengan benang *nylon* sehingga mudah dikeluarkan dari dalam rahim (Mandang, 2016).

AKDR menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii dan mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri. AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. AKDR juga memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat, 2014).

g. Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitas tubektomi :

- a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan
- b) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan)
- c) Efektivitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektifitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan

Efek samping dari tubektomi jarang sekali ditemukan, baik jangka pendek maupun jangka panjang (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3 Cetakan Keempat, 2014).

2) Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan

metode ini. Vasektomi disebut juga sebagai metode kontrasepsi operatif lelaki. Ini adalah metode permanen untuk pasangan tidak ingin anak lagi. Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen. Vasektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang.

Efektivitas Vasektomi:

- a) Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
 - b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisis sperma) masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
 - c) Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan
 - d) Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinannya adalah pengguna tidak menggunakan metode tambahan (*barrier*) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi, oklusi vas deferens tidak tepat, rekanalisasi spontan.
- 3) Rekanalisasi

Operasi rekanalisasi dengan teknik bedah mikro sudah banyak dikembangkan. Teknik ini tidak saja menyambung kembali tuba falopii dengan baik, tetapi juga menjamin kembalinya fungsi tuba. Hal ini disebabkan oleh teknik bedah mikro yang secara akurat menyambung kembali tuba dengan trauma yang minimal, mengurangi perlekatan pascaoperasi, mempertahankan fisiologi tuba, serta menjamin fimbriae tuba tetap bebas sehingga fungsi penangkapan ovum masih tetap baik. Tidak semua klien pascatubektomi dapat dengan mudah menjalankan rekanalisasi atau dikabulkan permintaan rekanalisasinya. Beberapa pertimbangan harus diberikan untuk keberhasilan rekanalisasi tersebut.

2.4.8 Pola Dasar Penggunaan Kontrasepsi

Perencanaan Keluarga menurut Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi ketiga, 2014 :

- a. Seorang perempuan telah dapat melahirkan, segera setelah ia mendapat haid yang pertama (*menarche*)
- b. Kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai nanti mati haid (menopause)
- c. Kehamilan dan kelahiran terbaik, artinya resiko paling rendah untuk ibu dan anak, adalah antara 20-35 tahun
- d. Persalinan pertama dan kedua paling rendah resikonya
- e. Jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2-4 tahun

Agar dapat mewujudkan pelaksanaan pola perencanaan keluarga dengan baik, maka diperlukan penggunaan kontrasepsi yang rasional (menurut ilmu

kesehatan) yang sifat-sifatnya sesuai dengan cir-ciri setiap masa (periode) perencanaan keluarga tersebut.

a. Masa-masa menunda kehamilan/kesuburan

1) Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan

- a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%. Hal ini penting karena dalam periode ini akseptor belum memiliki anak.
- b) Efektifitas relatif tinggi. Hal ini karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan dari program.

2) Kontrasepsi yang cocok

Sesuai dengan ciri-ciri yang diperlukan maka prioritas pertama yang disarankan adalah pil, kemudian disusul AKDR mini, selanjutnya dengan cara sederhana.

3) Alasan

- a) Umur dibawah 20 tahun adalah usia dimana sebaiknya tidak memiliki anak terlebih dahulu karena berbagai alasan
- b) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pasangan muda masih sering melakukan hubungan seksual (frekuensi tinggi) sehingga angka kegagalan tinggi.

- c) Penggunaan AKDR mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih lagi calon peserta dengan kontraindikasi terhadap pil.
- b. Masa mengatur kesuburan/menjarangkan kehamilan
- 1) Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan
 - a) Efektifitas yang cukup tinggi
 - b) Reversibilitas cukup tinggi, karena akseptor masih berharap memiliki anak
 - c) Dapat dipakai 3-4 tahun, yaitu sesuai dengan jarak kelahiran yang telah direncanakan
 - d) Tidak menghambat produksi ASI. Hal ini penting, karena ASI adalah makanan terbaik untuk bayi sampai dengan usia 2 tahun. Pemberian ASI akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.
 - 2) Kontrasepsi yang cocok

Sesuai dengan ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan, maka prioritas pertama kontrasepsi yang disarankan pada periode ini adalah AKDR, disusul pil, suntik, cara sederhana, susuk KB, dan kontrasepsi mantap.
 - 3) Alasan
 - a) Usia antara 20-30 tahun merupakan usia yang baik untuk mengandung dan melahirkan
 - b) Segera setelah anak pertama lahir, dianjurkan untuk memakai AKDR sebagai pilihan utama

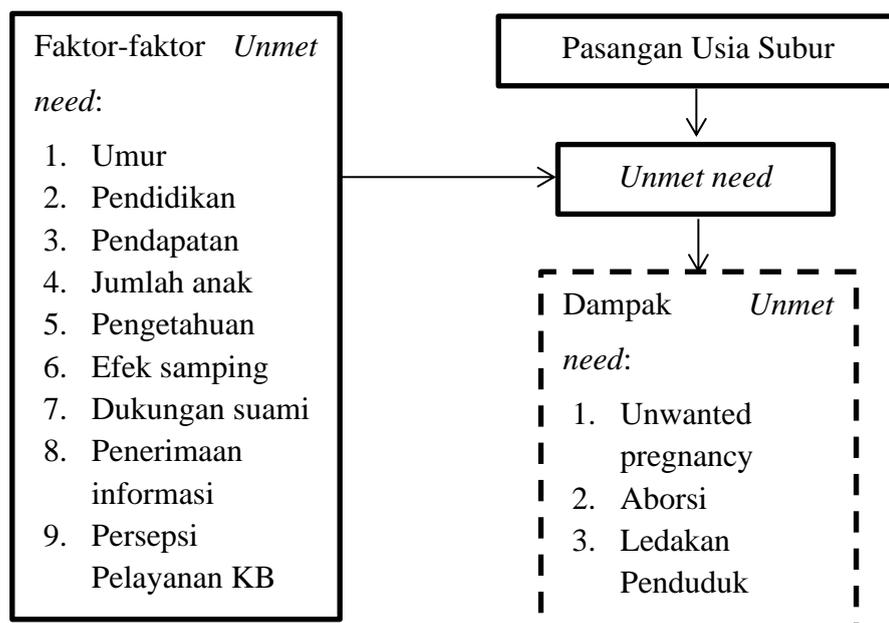
- c) Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi, namun disini tidak/kurang berbahaya karena yang bersangkutan berada pada usia yang baik untuk mengandung dan melahirkan.
 - d) Kegagalan kontrasepsi bukan merupakan kegagalan program
- c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi)
- 1) Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan
 - a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi pada ibu dan anak, disamping itu akseptor memang tidak mengharapkan untuk memiliki anak lagi
 - b) Reversibilitas rendah.
 - c) Dapat dipakai untuk jangka panjang.
 - d) Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua terdapat kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan, dan gangguan metabolic meningkat. Oleh karena itu, sebaiknya tidak diberikan obat kontrasepsi yang akan menambah kelainan tersebut.
 - 2) Kontrasepsi yang cocok

Prioritas utama kontrasepsi yang disarankan pada masa ini adalah kontrasepsi mantap (tubektomi atau vasektomi), disusul susuk KB, AKDR, suntik, pil, dan cara sederhana.
 - 3) Alasan menurut Sulistyawati (2011)

- a) Ibu usia diatas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/ tidak punya anak lagi karena alasan medis dan alasan yang lainnya.
- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap (kontap), susuk KB dan AKDR dapat merupakan pilihan berikutnya apabila belum bersedia dengan kontap.
- c) Dalam kondisi darurat maka kontrasepsi mantap (kontap) lebih cocok dipakai dan relative lebih baik untuk mengakhiri kesuburan dibandingkan dengan susuk KB, AKDR, maupun suntik.
- d) Pil kurang dianjurkan karena usia ibu yang relative tua dan adanya kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibawah ini dapat menggambarkan bahwa Pasangan Usia Subur (PUS) dapat mengalami *unmet need* yang dapat dipicu oleh beberapa faktor antara lain : Umur, Pendidikan, Pendapatan, Jumlah anak, Pengetahuan, Efek Samping, Dukungan suami, Penerimaan informasi, serta Persepsi pelayanan KB.



Keterangan :

_____ : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Studi Literatur Faktor Determinan yang Berkorelasi dengan Kebutuhan ber-KB yang Belum Tercapai

