

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gerakan Keluarga Berencana Nasional

1. Sejarah Keluarga Berencana

Gerakan keluarga berencana yang kita kenal sekarang ini bermula dari kepeloporan beberapa tokoh, baik didalam maupun di luar negeri, pada awal abad ke 19 di Inggris, upaya keluarga berencana mula-mula timbul atas prakasa sekelompok orang yang menaruh perhatian pada masalah kesehatan ibu. Maria Stones (1880-1950) menganjurkan pengaturan kehamilan dikalangan kaum buruh di Inggris. Di Amerika Serikat dikenal Margareth Sanger (1883-1966) yang dengan program *birth control*-nya merupakan pelopor Keluarga Berencana modern. Pada 1917 didirikan *National Birth Control Leanguedan* pada November 1921 diadakan *American National Birth Control Conference* yang pertama. Salah satu hasil konferensi tersebut adalah pendirian *American Birth Control Leangue* dengan Margareth Sanger sebagai ketuanya. Pada 1925 Margareth Sanger mengorganisasi konferensi internasional di New York yang menghasilkan pembentukan *International Women for scientific study on conference* di Janewa yang melahirkan pembentukan *International Women for scientific study on population dan International Planned Parenthood Federation*(IPPF). Federasi ini memilih Margareth Sanger dan Rama Ran dari India sebagai pemimpinnya sejak itu berdirilah perkumpulan-perkumpulan Keluarga Berencana di seluruh dunia, termasuk di Indonesia yang mendirikan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). (Winkyosastro, 1998).

Di Indonesia keluarga berencana modern mulai di kenal pada tahun 1953. Pada tanggal 23 Desember 1957 berdirilah sebuah wadah dengan nama Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), dan merupakan pelopor Pergerakan Keluarga Berencana Nasional. PKBI memperjuangkan terwujudnya keluarga sejahtera melalui cara mengatur atau menjarangkan kehamilan, mengobati kemandulan dan memberi

nasehatan perkawinan. Kegiatan penerangan dan pelayanan sangat terbatas, karena banyaknya kesulitan dan hambatan yang melarang penyebarluasan gagasan keluarga berencana.

Berdasarkan hasil penandatanganan Deklarasi Kependudukan PBB tahun 1967, maka di bentuklah Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) sebagai lembaga semi pemerintah. Dan pada tahun 1970 dan di beri nama Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang bertanggung jawab kepada presiden, dan bertugas mengkoordinasikan perencanaan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan program keluarga berencana (Palti, 2010).

2. Definisi Keluarga Berencana

Menurut WHO (1970), keluarga berencana adalah program yang bertujuan membantu pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak di inginkan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami dan istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga. (Hartanto, 2002).

Keluarga Berencana adalah upaya penting kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera. (Juliantoro, 2000). Keluarga Berencana adalah sebagai proses penetapan jumlah dan jarak anak yang diinginkan dalam keluarga seseorang dan pemilihan cara yang tepat untuk mencapai keinginan tersebut. (Mc Kenzie, 2006).

Dalam pengertian umum, dapat diuraikan bahwa keluarga berencana 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. Atau meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang

menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dalam mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

Dalam pengertian khususnya keluarga berencana dalam kehidupan sehari-hari berkisar pada pencegahan konsepsi atau pencegahan terjadinya pembuahan mencegah pertemuan antar sel mani (*spermatozoa*) dari pria dan sel telur (*ovum*) dari wanita sekitar persetubuhan.

3. Visi dan Misi Keluarga Berencana

Visi KB berdasarkan paradigma baru program Keluarga Berencana Nasional adalah untuk mewujudkan “Keluarga Berkualitas Tahun 2015”. Keluarga berkualitas adalah keluarga yang sehat, maju, mandiri, memiliki anak yang ideal, berwawasan kedepan, bertanggungjawab, harmonis dan bertakwa Kepada Tuhan Yang Maha Esa. Visi “Keluarga Berkualitas 2015” dijabarkan dalam salah satu misi “Mewujudkan pembangunan dan mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera” (BKKBN, 2013).

4. Tujuan Keluarga Berencana

Kebijakan Keluarga Berencana bertujuan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk melalui usaha penurunan tingkat kelahiran. Kebijakan KB ini berssama-sama dengan usaha-usaha pembangunan yang lain selanjutnya akan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Upaya menurunkan tingkat kelahiran dilakukan dengan mengajak Wanita Usia Subur (WUS) untuk berkeluarga berencana. Sementara itu penduduk yang belum memasuki usia subur diberikan pemahaman dan pengertian mengenai keluarga berencana. Untuk menunjang dan mempercepat pencapaian tujuan pembangunan KB telah ditetapkan beberapa kebijakan, yaitu perluasan jangkauan, pembinaan terhadap peserta KB agar secara terus menerus memakai alat kontrasepsi, perlembagaan dan pembudayaan NKKBS serta peningkatan keterpaduan pelaksanaan keluarga berencana (Imbarwati, 2009).

5. Konsep Wanita Usia subur

Wanita Usia Subur (WUS) berdasarkan konsep Departemen Kesehatan (2003) adalah wanita dalam usia reproduktif, yaitu usia 20-49 tahun baik yang berstatus kawin, janda maupun yang belum menikah. Pada wanita usia subur ini berlangsung lebih cepat dari pada pria. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Pada usia ini wanita memiliki kesempatan 95% untuk hamil. Pada usia 30-an persentasenya menurun sehingga 90%. Sedangkan memasuki usia 40 tahun kesempatan untuk hamil hingga menjadi 40% setelah usia 40 tahun hanya punya maksimal 10% kesempatan untuk hamil.

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

- a. Sasaran langsung, yaitu Wanita Usia Subur (WUS) usia 20-49 tahun, dengan jalan mereka secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari, sehingga memberikan efek langsung penurunan fertifikasi.
- b. Sasaran tidak langsung, yaitu organisasi-organisasi, lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi-instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (alim ulama, wanita dan pemuda) yang diharapkan dapat memberikan dukungan dalam pelebagaan NKKBS.

B. Alat Kontrasepsi

1. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah alat untuk atau obat yang digunakan untuk menunda, menjarangkan kehamilan, serta menghentikan kesuburan. Kontrasepsi berasal dari kata *Kontra* dan *konsepsi*. *Kontra* berarti mencegah atau melawan. Sedangkan *konsepsi* adalah pertemuan antar sel telur (ovum) yang matang dengan sperma yang akan mengakibatkan kehamilan. Maka kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan pertemuan antar sel telur dengan sperma tersebut.

2. Syarat-syarat kontrasepsi ideal

Syarat kontrasepsi yang ideal yaitu aman pemakaiannya dan dipercaya, dapat dipercaya, tidak ada efek samping yang merugikan, lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan, tidak mengganggu hubungan peretubuhan, tidak memerlukan bantuan medis atau control yang ketat selama pemakaian, cara penggunaannya sederhana dan tidak rumit, harga murah dan dijangkau oleh masyarakat, dan dapat diterima oleh pasangan suami istri (Proverawati, 2010).

3. Manfaat kontrasepsi

Manfaat kontrasepsi yaitu untuk merencanakan kehamilan dan kelahiran, untuk mencegah penyakit kelamin, menurunkan kematian karena kehamilan yang beresiko atau aborsi yang tidak aman, menurunkan angka kematian ibu dan bayi, jarak kelahiran yang baik membuat anak-anak yang lebih sehat dan terawat, membantu bapak mempunyai waktu luang untuk membangun keluarga sejahtera (BKKBN,2012).

4. Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal adalah alat atau obat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kehamilan dimana bahan bakunya mengandung preparat esterogen dan progesterone.

Jenis kontrasepsi hormonal yaitu : kontrasepsi oral (Pil), kontrasepsi suntik dan kontrasepsi implant.

a. Pil KB

Pil KB biasanya mengandung *estrogen* dan *Progesteron*. Pil yang harus diminum setiap hari dan dapat dipakai oleh semua ibu usia produktif baik yang sudah mempunyai anak ataupun belum. Cara kerja pil KB adalah menghambat ovum, yaitu dengan cara membuat lender serviks kental sehingga transportasi sperma menjadi sulit, Efektifitas metode ini mencapai 99% bila digunakan dengan tepat. Tetapi dalam praktek ternyata kegagalan pil masih cukup tinggi yaitu mencapai 70% (Mulyani Nina siti, 2013).

1) Keuntungan Pil KB

- a) mudah menggunakannya.
- b) Mengurangi resiko kanker ovarium kandungan.
- c) Cocok digunakan untuk menunda kehamilan pada PUS muda.
- d) Relatif murah.
- e) Mengurangi rasa kejang nyeri perut saat haid.
- f) Kesuburan segera kembali.

2) Kerugian Pil KB

- a) Pemakaian harus disiplin meminum pil KB setiap hari jika tidak kemungkinan hamil cukup tinggi.
- b) Dapat mempengaruhi Produk ASI untuk pil yang mengandung estrogen.
- c) Dapat meningkatkan resiko infeksi klamida (janior) disekitar kemaluan wanita.
- d) Tidak dianjurkan pada wanita yang berumur diatas 35 tahun dan perokok karena dapat mempengaruhi keseimbangan metabolisme tubuh.

b. Kontrasepsi Suntik

★ Kontrasepsi suntik merupakan alat kontrasepsi yang hanya mengandung *progestin* dan diberikan tiap 3 bulan. Cara kerja kontrasepsi suntik yaitu dengan mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan menghambat perkembangan kanker. Angka kegagalan kurang dari 1% bila penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwal yang ditentukan (Mulyani Nani Siti, 2013).

1) Keuntungan Kontrasepsi Suntik

- a) Praktis, efektif dan aman.
- b) Tidak mengurangi ASI, cocok digunakan untuk ibu menyusui.
- c) Tidak terbatas umur.

2) Kerugian Kontraepsi Suntik

- a) Harus kembali ketempat pelayanan.
- b) Kembalinya kesuburan memerlukan waktu.

- c) Tidak dianjurkan untuk penderita kanker, darah tinggi, jantung, dan lever/hati.
 - d) Perubahan berat badan.
- c. Susuk KB/Implant

Kontrasepsi susuk KB/Implant adalah kontrasepsi batang plastik yang lentur dan ditempatkan di bawah bagian tangan. Mekanisme kerjanya yang pasti belum dapat dipastikan tetapi mungkin sama seperti metode lain yang hanya mengandung progestin. Alat kontrasepsi ini memiliki efek mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks, dan menghambat perkembangan siklus endometrium. Angka kegagalan kurang dari 1%. Angka kegagalan ini lebih rendah bila dibandingkan dengan alat kontrasepsi pil KB, dan IUD (Mulyani Nina Siti, 2013).

- 1) Keuntungan Susuk KB/Implant
 - a) Praktis dan efektif.
 - b) Tidak menghambat produksi ASI.
 - c) Masa pakai jangka panjang (3 sampai 5 tahun).
 - d) Kesuburan akan cepat kembali setelah pengangkatan.
 - e) Dapat digunakan oleh ibu yang cocok dengan hormone estrogen.
- 2) Kerugian Susuk KB/Implant
 - a) Harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan terlatih atau dokter.
 - b) Pemakaian tidak bisa menghentikan pemakainya sendiri.
 - c) Dapat menyebabkan pola haid berubah.
 - d) Keluar bercak darah atau pendarahan yang lebih banyak selama menstruasi.

C. Alasan Pemilihan Alat Kontrasepsi KB

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan konseling pada setiap akseptor KB dan Wasangan Usia Subur (WUS) yaitu pada saat mereka memperoleh pelayanan kontrasepsi. Pemilihan menggunakan jenis kontrasepsi

sebaiknya ditentukan oleh calon pemakainya sendiri. Calon pemakai sebaiknya mengetahui jenis kontrasepsi apa saja yang dapat dipilih dan cocok bagi dirinya, maka calon aseptor yang bersangkutan harus memahami benar alat atau metode kontrasepsi yang dipilih.

D. Preferensi Pemilihan Alat Kontrasepsi KB

Preferensi atau dengan kata lain yaitu kecenderungan, kesukaan/kesenangan, pilihan yang merupakan hak untuk didahulukan dan diutamakan atau diprioritaskan. Preferensi pemilihan kontrasepsi merupakan suatu pilihan atau kesukaan dalam memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan. Memilih alat kontrasepsi bukan merupakan hal yang mudah karena efek yang berdampak terhadap tubuh tidak akan diketahui selama belum menggunakannya. Selain itu tidak ada alat kontrasepsi yang selalu cocok bagi semua orang karena situasi dan kondisi tubuh dari setiap individu selalu berbeda. Penggunaan alat kontrasepsi secara rasional berarti penggunaan alat kontrasepsi hendaknya secara sukarela tanpa ada unsur paksaan. Dengan demikian keputusan memilih alat kontrasepsi adalah suatu pilihan, yang mana pilihan tersebut sangat dipengaruhi oleh nilai yang dianggap sebagai suatu harapan atas setiap keinginan yang dipilih tetapi juga sebagai hak asasi manusia (Teori preferensi).

E. Faktor-faktor Penggunaan Kontrasepsi Hormonal

Pemilihan alat kontrasepsi KB dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor pendorong (dukungan kesehatan, pengambilan keputusan), dan faktor pendukung (ketersediaan alat kontrasepsi, keterjangkauan alat kontrasepsi).

1. Keterjangkauan Pelayanan Alat Kontrasepsi

Menurut Manuaba (1998), Faktor-faktor mempengaruhi alasan pemilihan metode kontrasepsi diantaranya adalah tingkat ekonomi, pekerjaan dan ketersediaan pelayanan kesehatan yang terjangkau. Adanya keterkaitan pendapatan dengan kemampuan membayar jelas berhubungan dengan masalah ekonomi, sedangkan kemampuan

membayar biasanya tergantung variabel non ekonomi dalam hal selera atau presepsi individu terhadap barang atau jasa.

2. Ketersediaan Alat Kontrasepsi

Ketersediaan alat kontrasepsi terwujud dalam bentuk fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas atau sarana kesehatan (tempat pelayanan kontrasepsi). Untuk dapat digunakan, pertama kali suatu metode kontrasepsi harus tersedia dan mudah didapat. Promosi metode tersebut melalui media, melalui kontak langsung petugas program KB, oleh dokter dan sebagainya dapat meningkatkan secara nyata pemilihan metode kontrasepsi. Memberikan konsultasi medis mungkin dapat dipertimbangkan sebagai salah satu upaya promosi. Disamping itu daya beli individu ini juga dipengaruhi oleh ada tidaknya subsidi dari pemerintah.

3. Dukungan Petugas Lapangan KB

Untuk mengubah atau mendidik masyarakat seringkali diperlukan pengaruh dari tokoh atau pemimpin masyarakat (*community leader*), misalnya dalam masyarakat tertentu kata-kata kepala suku selalu di ikuti. Keberhasilan program KB di Indonesia antara lain karena melibatkan ulama, iklan-iklan obat atau pasta gigi di televisi menampilkan tokoh yang berpakaian dokter atau dokter gigi. Untuk mengubah atau mendidik masyarakat diperlukan tokoh panutan yang merupakan pemimpin masyarakat, tetapi dapat juga tokoh-tokoh lain (profesional, pakar, ulama, seniman, ilmuwan, petugas kesehatan, dan sebagainya), tergantung pada jenis, masalah atau perubahan yang bersangkutan. (Sarwono, 2001).

4. Dukungan Suami

Program KB dapat terwujud dengan baik apabila ada dukungan dari pihak-pihak tertentu. Menurut Friedman (1998) dan Sarwono (2007) ikatan suami istri yang kuat sangat membantu ketika keluarga menghadapi masalah, karena suami istri membutuhkan dukungan dari pasangan. Hal ini disebabkan orang yang paling bertanggungjawab terhadap keluarga adalah orang itu sendiri. Dukungan tersebut dapat tercipta apabila hubungan interpersonal keduanya baik. Masyarakat

Indonesia khususnya dipedesaan sebagai peran penentu dalam pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami, sedangkan istri hanya membantu menyumbangkan saran.

Hartanto (2004) mengatakan bahwa metode kontrasepsi tidak dapat dipakai istri tanpa kerja sama suami dan saling percaya. Keadaan ideal bahwa suami istri harus bersama memilih metode kontrasepsi yang baik, saling kerja sama dalam pemakaian, membiayai pemakaian kontrasepsi dan memperhatikan tanda bahaya pemakaian.

Konsep umum dijadikan landasan teori adalah teori Green dan Kreuter (2005) yang digunakan untuk menilai perilaku individu atau kelompok. Ada 3 faktor yang mempengaruhi individu untuk bertindak yaitu faktor Presdisposisi (Pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai kemampuan dan unsur-unsur lain, yang terdapat dalam individu dan masyarakat), faktor pendukung (tersedia sarana prasarana), dan faktor pendorong (petugas kesehatan).

Konseptersebut dikombinasikan dengan teori Kar yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), perilaku kesehatan bertitik tolak dari niat seseorang, dukungan sosial, ada tidaknya informasi dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak Notoatmojo (2003) mengatakan determinan perilaku di pengaruhi oleh faktor internal dan eksternal serta menurut Robins (1994) beberapa kareteristik individu, meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, tanggungjawab dan status masa kerja.