



METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG (MKJP)

Masalah utama yang dihadapi oleh Indonesia di bidang kependudukan adalah pertumbuhan penduduk yang masih tinggi. Salah satu upaya pemerintah dalam mengendalikan jumlah penduduk adalah dengan melaksanakan program Keluarga Berencana (KB) bagi Pasangan Usia Subur (PUS). Untuk mengatasi permasalahan kependudukan tersebut maka akseptor KB diarahkan untuk menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). Dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang dapat mencegah tingginya angka kegagalan pemakaian KB non MKJP (Pil Suntik, dan KB tradisional lainnya) dan dapat menurunkan angka fertilitas. Saat ini pengguna KB Non MKJP lebih banyak dari pada KB MKJP. Padahal KB MKJP sangat efektif menurunkan fertilitas. Hasil penelitian menunjukkan Mereka yang memiliki Sikap negatif berisiko 3,11 kali untuk tidak KB dengan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dibandingkan orang yang memiliki sifat positif. Mereka yang pengetahuan rendah berisiko 1,9 kali tidak menggunakan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dibandingkan yang memiliki pengetahuan baik. Variabel yang tidak berhubungan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Kabupaten Indragiri Hilir adalah efek samping, Dukungan Suami dan Pendapatan Keluarga.

Ikhtiyaruddin, SKM, MKM | Nila Puspita Sari, SKM, MKM
Agus Alamsyah, SKM, M.Kes | Elmia Kursani, SST, M.Kes

METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG (MKJP)

METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG (MKJP)



CV. Global Aksara Pers
Anggota IKAPI, Jawa Timur, 2021,
No. 282/ITI/2021
Jl. Wonocolo Utara V/18 Surabaya
+628977416123/+628573269334
www.globalaksarapers.com



METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG (MKJP)

Di Susun Oleh:

Ikhtiyaruddin, SKM, MKM

Nila Puspita Sari, SKM, MKM

Agus Alamsyah, SKM, M.Kes

Elmia Kursani, SST, M.Kes

**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG HAK CIPTA**

**PASAL 113
KETENTUAN PIDANA
SANKSI PELANGGARAN**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG (MKJP)

Penulis:

Ikhtiyaruddin, SKM, MKM
Nila Puspita Sari, SKM, MKM
Agus Alamsyah, SKM, M.Kes
Elmia Kursani, SST, M.Kes



METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG

*Diterbitkan pertama kali dalam bahasa Indonesia
oleh Penerbit Global Aksara Pers*

ISBN: 978-623-462-199-0

IX + 147 hal; 14,8 x 21 cm

Cetakan Pertama, November 2022

copyright © November 2022 Global Aksara Pers

Penulis : Ikhtiyaruddin, SKM, MKM
Nila Puspitasari, SKM, MKM
Agus Alamsyah, SKM, M.Kes
Elmia Kursani, SST, M.Kes

Penyunting : Ns. Asfeni, S.Kep., M.Kes

Desain Sampul : Tito Nanda Ramadhan

Layouter : Aqshal Rezqika H.P

Hak Cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan bentuk dan cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit.

Diterbitkan oleh:



CV. Global Aksara Pers
Anggota IKAPI, Jawa Timur, 2021,
No. 282/JTI/2021
Jl. Wonocolo Utara V/18 Surabaya
+628977416123/+628573269334
globalaksarapers@gmail.com

KATA PENGANTAR

Dasar kependudukan merupakan suatu disiplin ilmu yang tidak dapat dipisahkan dalam mempelajari ilmu kesehatan masyarakat dalam bentuk perluasan kajian demografi di bidang kesehatan masyarakat khususnya tentang struktur penduduk yang meliputi jumlah, persebaran, dan komposisi penduduk serta proses demografi yang meliputi fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian), dan migrasi (mobilitas penduduk). Selain itu, membahas juga tentang fenomena kependudukan dengan segala permasalahannya dipandang dari aspek kesehatan masyarakat. sehingga perlu untuk mengkaji dan menganalisa masalah kependudukan serta menguasai konsep dasar penghitungan ukuran-ukuran demografi dalam konteks kesehatan masyarakat.

Masalah utama yang dihadapi oleh Indonesia di bidang kependudukan adalah pertumbuhan penduduk yang masih tinggi. Salah satu upaya pemerintah dalam mengendalikan jumlah penduduk adalah dengan melaksanakan program Keluarga Berencana (KB) bagi Pasangan Usia Subur (PUS). Selain mengendalikan jumlah penduduk program KB juga bermanfaat untuk mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015 seperti yang tercantum dalam Millenium Development Goals (MDGs) 2015 indikator 5b yaitu meningkatkan pemakaian kontrasepsi cara modern. Berdasarkan kondisi

tersebut akan berdampak pada fertlisasi yang akan mendorong jumlah persalinan dan akan berdampak laju pertumbuhan penduduk di Indonesia. Untuk mengatasi permasalahan kependudukan tersebut maka akseptor KB diarahkan untuk menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) Semoga buku sederhana ini bisa bermanfaat bagi semua pihak, kekurangan isi dan materi yang ada didalamnya dijadikan sebagai saran dan masukan untuk perkembangan selanjutnya.

Pekanbaru, 20 Oktober 2022

Ikhtiyaruddin

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Pendahuluan	1
----------------------	---

BAB 2

DASAR DEMOGRAFIS

A. Tingkat-tingkat Demografi	3
B. Demografi Sebagai Objek Keilmuan	8
C. Data Demografi	10
D. Pentingnya Belajar Logika	13

BAB 3

PERTUMBUHAN PENDUDUK DUNIA DAN TEORI-TEORI KEPENDUDUKAN

A. Pertumbuhan Penduduk Dunia	18
B. Teori Kependudukan	21

BAB 4

DATA DEMOGRAFI (SUMBER DAN UKURAN)

A. Mengukur Fertilitas	26
B. Variabel Antara (<i>Intervening</i>)	32

C. Sikap dan Norma	34
--------------------------	----

BAB 5

KELUARGA BERENCANA

A. Latar Belakang	37
B. Definisi Keluarga Berencana	39
C. Siklus Hidup Keluarga Dasar	41
D. Pentingnya Konsep Siklus Keluarga.....	44
E.. Fertitas Keluarga Berencana dan Siklus Hidup	45
F. Tahap Meninggalkan Rumah.....	48
G. Model-model Ketengan dan Siklus Keluarga	49

BAB 6

KONSEP KONTRASEPSI

A. Pengertian Kontrasepsi	52
B. Metode Kontrasepsi	52
C. Jenis Metode Kontrasepsi Jangka Panjang.....	80
D. Faktor Yang Mempengaruhi dalam memilih Kontrasepsi.....	90

BAB 7

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PASANGAN USIA SUBUR DALAM PEMAKAIAN MKJP

A. Umur.....	95
B. Jumlah Anak	99

C. Tingkat Pendidikan	101
D. Pengetahuan.....	103
E. Sikap.....	105
F. Dukungan Pasangan	107
G. Peran Petugas Kesehatan	109
H. Pendapatan Keluarga.....	112
I. Akses Pelayanan Kesehatan	113
J. Efek Samping	115
K. Kelengkapan Pelayanan KB.....	116
L. Dukungan Tokoh Masyarakat dan Agama.....	118

BAB 8

HASIL RISET

A. Analisis Univaria.....	121
B. Analisis Bivariat.....	123
C. Analisis Multivariat	124
D. Kesimpulan	133

I. PENDAHULUAN

Masalah utama yang dihadapi oleh Indonesia di bidang kependudukan adalah pertumbuhan penduduk yang masih tinggi. Salah satu upaya pemerintah dalam mengendalikan jumlah penduduk adalah dengan melaksanakan program Keluarga Berencana (KB) bagi Pasangan Usia Subur (PUS). Selain mengendalikan jumlah penduduk program KB juga bermanfaat untuk mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015 seperti yang tercantum dalam Millenium Development Goals (MDGs) 2015 indikator 5b yaitu meningkatkan pemakaian kontrasepsi cara modern.

Metode Kontrasepsi terdiri dari dua yaitu : Metode Kontrasepsi Jangka Pendek yang terdiri dari Pil, Suntik, dan Kondom Sementara Metode Kontrasepsi Jangka Panjang adalah metode kontrasepsi yang terdiri dari IUD, Implan, MOW dan MOP. Metode kontrasepsi yang digunakan akseptor KB didominasi oleh kontrasepsi non MKJP jenis suntik dan Pil. Padahal kontrasepsi suntik dan pil memerlukan kontrol bulanan untuk melakukan suntik ulang maupun untuk memperoleh pil KB. Diharuskannya kontrol ulang untuk

mendapatkan pelayanan kontrasepsi ulang mengakibatkan angka putus pakai pada metode tersebut cukup tinggi dibandingkan dengan alat kontrasepsi yang tergolong metode kontrasepsi jangka panjang.

Berdasarkan kondisi tersebut akan berdampak pada fertilisasi yang akan mendorong jumlah persalinan dan akan berdampak laju pertumbuhan penduduk di Indonesia. Untuk mengatasi permasalahan kependudukan tersebut maka akseptor KB diarahkan untuk menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). Dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang dapat mencegah tingginya angka kegagalan pemakaian KB non MKJP (Pil Suntik, dan KB tradisonal lainnya) dan dapat menurunkan angka fertilitas. Saat ini pengguna KB Non MKJP lebih banyak dari pada KB MKJP. Padahal KB MKJP sangat efektif menurunkan fertilitas. Cakupan penggunaan kontrasepsi jangka panjang secara nasional pada tahun 2019 sebesar 21,44%. Berdasarkan data yang bersumber statistik rutin BKKBN Provinsi Riau Untuk provinsi Riau capaian penggunaan MKJP tahun 2020 yaitu 10,53% masih dibawah target nasional 16,47%. Berdasarkan capaian penggunaan MKJP perkabupaten di provinsi RIAU capaian terendah yaitu di Kabupaten Indragiri Hilir sebesar 9,97%.

A. Tingkat-tingkat Demografi

Geografi adalah ilmu yang mempelajari hubungan kausalgejala-gejala di muka bumi dan peristiwa-peristiwa yang terjadi di muka bumi baik yang fisik maupun yang menyangkut dengan makhluk hidup beserta masalahnya, melalui pendekatan keruangan, ekologis dan regional untuk kepentingan program, proses dan keberhasilan pembangunan (Bintarto, 1979). Salah satu aspek geografi adalah aspek non fisik yang didalamnya terdapat faktor kependudukan, sedangkan ilmu yang mempelajari tentang penduduk disebut juga sebagai demografi. Berikut ini adalah beberapa definisi tentang demografi.

Demografi adalah ilmu yang mempelajari penduduk (suatu wilayah) terutama mengenai jumlah, struktur (komposisi penduduk) dan perkembangannya (perubahannya). (Multilingual Demographic Dictionary 1982, dalam Ida Bagoes Mantra 2000) Demografi adalah ilmu yang mempelajari jumlah, persebaran teritorial dan komposisi penduduk serta perubahan- perubahannya dan sebab sebab perubahannya, yang biasanya timbul karena fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian), gerak teritorial (migrasi) dan mobilitas sosial (perubahan status). (Philip M. Hauser dan Duddley Duncan 1959, dalam Ida Bagoes Mantra 2000).

Berdasarkan kedua definisi diatas dapat disimpulkan bahwa demografi adalah ilmu yang mempelajari struktur dan proses penduduk di suatu daerah. Struktur merupakan gambaran atau potret penduduk dari hasil sensus penduduk (cacah jiwa) pada hari sensus tertentu, struktur penduduk meliputi: jumlah, persebaran, dan komposisi penduduk. struktur penduduk ini selalu berubah-ubah dan perubahan tersebut disebabkan karena proses demografi yaitu kelahiran, kematian dan migrasi penduduk. Ketiga unsur tersebut saling berpengaruh, jika pada suatu penduduk tingkat kelahiran tinggi maka akan berpengaruh pada struktur penduduk di daerah tersebut yaitu prosentase penduduk usia muda jumlahnya akan menjadi lebih besar. Demografi tidak mempelajari penduduk sebagai individu tetapi penduduk sebagai suatu kelompok, jadi yang dimaksud dengan penduduk dalam kajian demografi adalah sekelompok orang yang bertempat tinggal di suatu wilayah. Pertumbuhan penduduk merupakan keseimbangan yang dinamis antara kekuatan-kekuatan yang menambah dan kekuatan-kekuatanyang mengurangi jumlah penduduk.

Secara terus-menerus penduduk akan dipengaruhi oleh jumlah bayi yang lahir (menambah jumlah penduduk), tetapi secara bersamaan juga akan dipengaruhi oleh jumlah kematian (mengurangi jumlah penduduk) yang terjadi pada semua golongan umur. Sementara itu migrasi juga sangat berperan dalam pertumbuhan penduduk, imigran (pendatang) akan menambah jumlah penduduk dan

emigran akan mengurangi jumlah penduduk (Ida Bagus Mantra 1981). Migrasi masuk menuju suatu daerah akan meningkatkan laju pertumbuhan penduduk, sebaliknya migrasi keluar dari suatu daerah akan menurunkan laju pertumbuhan penduduk daerah yang bersangkutan. tiga sumber data yang harus ada dalam demografi yaitu sensus penduduk, registrasi penduduk, dan survey. Sumberdata yang pertama adalah sensus penduduk yaitu merupakan suatu proses keseluruhan dari pengumpulan, pengolahan, penilaian, penganalisaan dan penyajian data penduduk yang menyangkut ciri demografi antara lain sosial ekonomi dan lingkungan hidup.

Sensus penduduk mempunyai cirri-ciri yang khas dalam pelaksanaannya, ciri yang pertama bersifat individu yaitu semua informasi sosial ekonomi yang dikumpulkan bersumber dari individu baik anggota rumah tangga maupun anggotamasyarakat, kedua bersifat universal yaitu pencacahan bersifat menyeluruh, ketiga pencacahan harus diselenggarakan serentak di seluruh negara, dan yang keempat sensus penduduk dilaksanakan secara periodik. Informasi geografi meliputi lokasi daerah pencacahan dan jumlah penduduk yang bertempat tinggal didaerah tersebut. Informasi tentang migrasi penduduk dari masing-masing penduduk didapat melalui pertanyaan tempat tinggal, lamanya bertempat tinggal sekarang, tempat tinggal terakhir sebelum tinggal di daerah sekarang, dan tempat tinggal selama lima tahun yang lalu.

Data mengenai rumah tangga yang dikumpulkan

meliputi banyaknya rumah tangga pada saat pencacahan, hubungan masing-masing anggota rumah tangga dengan kepala rumah tangga, komposisi anggota dan jenis kelamin anggota rumah tangga. Sedangkan untuk informasi penduduk pada karakteristik sosial dan demografi meliputi karakteristik pendidikan, dan karakteristik ekonomi meliputi komposisi penduduk menurut variabel tertentu.

Misalnya komposisi penduduk menurut umur dan jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, aktivitas, pendapatan dan sebagainya. Sedangkan informasi kelahiran (fertilitas) dan kematian (mortalitas) umumnya ditanyakan mengenai jumlah anak yang dilahirkan pada masa lalu begitu pula jumlah anggota keluarga yang meninggal. Sumber data demografi yang kedua adalah registrasi penduduk yaitu pencatatan kejadian-kejadian kependudukan yang terjadi setiap saat. Jumlah penduduk akan bertambah dari waktu ke waktu dan akan mempengaruhi perubahan dari waktu ke waktu pula, seiring dengan perubahan jumlah penduduk dan segala macam bentuk aktivitasnya. Aktivitas dari penduduk akan mengakibatkan berbagai macam bentuk kegiatan yang ada.

Pada dasarnya akan selalu dibarengi dengan gerakan-gerakan penduduk sebagai akibat dari gerakan-gerakan beraktivitas, maka penduduk akan selalu bergerak dari suatu tempat ke tempat yang lain sesuai dengan kebutuhannya. Sumber data demografis yang ketiga adalah survey yaitu pengumpulan data data demografis pada suatu

obyek penduduk dengan cara wawancara tiap-tiap penduduk secara mendetail. Survey ini bersifat lebih terbatas dan informasi yang dikumpulkan lebih luas dan mendalam, biasanya survey kependudukan ini dilaksanakan dengan sistem sample atau dalam bentuk studikusus (Ida Bagoes Mantra, 2000). Laju pertumbuhan penduduk merupakan salah satu indikator yang paling sering digunakan untuk menggambarkan kondisi kependudukan suatu di daerah, tidak hanya pada saat ini saja tetapi juga dapat untuk melihat kondisi pada masa yang akan datang.

Bintarto dan Surastopo, (1979) laju pertumbuhan penduduk lebih tinggi dari pada laju pertumbuhan ekonomi dapat diartikan bahwa produksi yang dihasilkan oleh pertumbuhan ekonomi penduduk akan habis dikonsumsi oleh penduduk itu sendiri sehingga tidak akan ada kelebihan penghasilan. Terdapat berbagai macam bentuk penyajian data dan informasi demografis, salah satunya adalah dalam bentuk peta, karena peta mempunyai kelebihan dibandingkan penyajian dalam bentuk yang lain, khususnya untuk data yang ada hubungannya dengan letak dan lokasi distribusi dan ruang selain itu peta juga dapat menggambarkan informasi dari aspek keruangan dan peta juga dapat digunakan sebagai alat untuk menganalisa. Apabila akan menyajikan data yang menunjukkan distribusi keruangan atau lokasi dan sifat-sifatnya, maka hendaknya informasi tersebut dituangkan dalam bentuk peta.

B. Demografi Sebagai Objek Keilmuan

Demografi mempelajari perubahan populasi yang disebabkan oleh tiga komponen dasar yaitu fertilitas, mortalitas dan migrasi. Demografi berbeda dengan ilmu sosial lain yang fokus pada suatu pendekatan. Demografi menggunakan pendekatan kuantitatif, fokus pada sejumlah besar orang, peristiwa penting, dan proses yang dapat diukur pada level makro. Penelitian demografi ditandai dengan deskripsi bersifat hati-hati dan akurat, serta susunan pengukuran dan teknik melakukan monitoring pada dinamika kependudukan.

Demografi yang menekankan pada statistik dan deskripsi level makro membuat studi ini menyediakan fakta empiris bagi perencana dan pemegang program bahkan keilmuan lain seperti kesehatan, sosiologi dan ekonomi untuk dimanfaatkan dan dikembangkan lebih lanjut. Hal ini juga menyebabkan teori-teori dalam ilmu demografi kurang berkembang karena terlalu fokus pada deskripsi dan ukuran kependudukan tersebut.

Deskripsi dan ukuran merupakan dasar dari demografi sebagai objek. Ilmu kependudukan ini tidak sampai pada tahap penjelasan dan teori. Misalnya menjawab pertanyaan mengapa tingkat fertilitas menurun atau mengapa kematian meningkat berdasarkan umur. Namun demikian, demografi merupakan interdisiplin ilmu yang menguraikan tentang peristiwa kependudukan, perilaku individu dan sistem sosial. Sehingga demografi merupakan studi yang mengacu pada integrasi perspektif

teori disiplin ilmu lain antara lain sosiologi, antropologi, ekonomi, psikologi sosial, epidemiologi dan geografi manusia.

Pemahaman menyeluruh dari berbagai disiplin ilmu ini membuat demografi menjadi sebuah ilmu yang bersifat interdisiplin. Berbeda dengan multidisiplin yang menjelaskan sebuah fenomena secara terpisah, interdisiplin 'meloncat' dari batasan disiplin ilmu dan membentuk sebuah kerangka pikir yang mencakup berbagai disiplin ilmu yang digunakan.

Salah satu prasyarat dari studi interdisiplin adalah kesamaan kerangka pikir. Kesamaan kerangka pikir ini dapat berupa kesamaan teori atau kesamaan metode. Disamping dari banyaknya manfaat dari interdisiplin ilmu yaitu pemupukan ide dan keahlian lintas keilmuan, penemuan jawaban baru dari pertanyaan lama, serta pelebaran perspektif, terdapat kekurangan dari pendekatan ini. Bahwa komunikasi yang terjadi antar bidang keilmuan tidaklah mudah, dikarenakan perbedaan terminologi yang dimiliki masing-masing bidang ilmu. Hambatan ini menyebabkan studi menjadi kurang ilmiah karena hanya sampai pada tahap permukaan dari masing-masing keilmuan.

Salah satu bentuk studi interdisiplin dalam demografi adalah studi populasi yang tidak hanya bertujuan mendeskripsikan asal mula dan konsekuensi dari perubahan populasi tetapi juga pengertian tentang mekanisme pengaturan perubahan tersebut. Sebagai

sebuah studi interdisiplin, demografi membutuhkan sebuah kerangka pikir yang mengintegrasikan wawasan dari semua keilmuan yang terlibat. Kerangka pikir tersebut harus menampung baik level mikro berupa perilaku maupun level makro berupa institusi atau pengaruh kebudayaan terhadap perilaku. Salah satu kerangka yang akhir-akhir ini digunakan adalah pendekatan siklus kehidupan.

C. Data Demografi

Demografi merupakan gabungan dua kata berasal dari bahasa Yunani, yaitu *demos* dan *grafein* yang artinya rakyat dan tulisan. Jadi demografi adalah setiap tulisan mengenai rakyat atau kependudukan manusia (Fitriani, Nurul, Theresia Militina, Aji Sofyan Effendi 2012). Analisis kependudukan tersebut dapat merujuk masyarakat secara keseluruhan atau kelompok tertentu yang didasarkan kriteria seperti pendidikan, kewarganegaraan, agama, atau etnisitas tertentu. Demografi merupakan studi ilmiah tentang penduduk terutama berkaitan dengan fertilitas, mortalitas, dan mobilitas. Demografi mencakup jumlah penduduk, persebaran geografis, komposisi penduduk dan karakter demografis serta bagaimana faktor-faktor ini berubah dari waktu ke waktu (Santoso, Soeroso 2005).

Maka dari itu, demografi fokus mengkaji permasalahan kependudukan secara kuantitatif, seperti jumlah, struktur, komposisi, dan ukuran kependudukan sehingga teknik-teknik perhitungan data kependudukan atau demografi sangat diperlukan untuk mendapatkan

hasil dan kualitas perhitungan yang baik Armansyah (2019).

Para praktisi atau ahli di bidang kependudukan disebut sebagai demograf. Para demograf tertarik pada statistik fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian), dan mobilitas (perpindahan tempat) karena ketiga variabel ini merupakan komponen yang berpengaruh terhadap perubahan penduduk. Ketiga komponen tersebut diukur dengan tingkat kelahiran, tingkat kematian dan tingkat migrasi yang menentukan jumlah penduduk, komposisi umur dan laju pertumbuhan atau penurunan penduduk.

Jenis data demografis yang paling umum mengungkapkan karakteristik sosial dan ekonomi suatu populasi. Ini dapat mencakup:

1. Ukuran populasi
2. Kepadatan penduduk
3. Usia
4. Jenis kelamin
5. Etnisitas
6. Tingkat Pendidikan
7. Status pernikahan
8. Angka kelahiran
9. Tingkat kematian
10. Pendapatan
11. Pekerjaan

Di Amerika Serikat, 13 agensi bertanggung jawab untuk mengumpulkan data demografis:

1. Biro Analisis Ekonomi (BEA): Statistik utama tentang ekonomi, seperti pendapatan pribadi dan produk domestik bruto (PDB)
2. Biro Statistik Keadilan (BJS): Informasi tentang kejahatan dan sistem peradilan pidana
3. Biro Statistik Tenaga Kerja (BLS): Statistik tentang pasar tenaga kerja dan harga, seperti pengangguran dan inflasi
4. Biro Statistik Transportasi (BTS): Data transportasi, termasuk keselamatan, kinerja, dan infrastruktur
5. Biro Sensus: Demografi populasi umum, seperti usia, jenis kelamin, pendapatan, tingkat kemiskinan
6. Layanan Penelitian Ekonomi (ERS): Pertanian, nutrisi, keamanan, dan statistik terkait makanan lainnya
7. Administrasi Informasi Energi (EIA): Informasi tentang konsumsi dan produksi energi
8. Layanan Statistik Pertanian Nasional (NASS): Statistik pertanian terperinci, seperti produksi dan harga tanaman
9. Pusat Statistik Pendidikan Nasional (NCES): Data tentang pendidikan di AS, termasuk K-12 dan perguruan tinggi dan universitas
10. Pusat Statistik Kesehatan Nasional (NCHS): Statistik kesehatan dan layanan manusia, seperti kunjungan dokter dan vaksinasi
11. Pusat Statistik Sains dan Teknik Nasional (NCSES):

Data sains dan teknik, termasuk pengeluaran untuk penelitian dan pengembangan

12. Kantor Penelitian, Evaluasi, dan Statistik (ORES): Jaminan Sosial, data pensiun dan cacat
13. Statistik Penghasilan (SOI): Statistik pendapatan dan pajak untuk bisnis dan individu.

D. Pentingnya Belajar Logika

Logika berasal dari kata Yunani kuno (logos) yang berarti hasil pertimbangan akal pikiran yang diutarakan lewat kata, dan mengenai percakapan yang berkenaan dengan bahasa. Logos adalah kata atau pikiran yang benar, dengan demikian secara etimologi, logika berarti suatu pertimbangan akal atau pikiran yang diutarakan lewat kata dan dinyatakan lewat bahasa. Sebagai ilmu, logika disebut dengan logikē epistēmē (Latin: logica scientia) atau ilmu logika (ilmu pengetahuan) yang mempelajari kecakapan untuk berfikir secara lurus, tepat, dan teratur. Istilah lain yang digunakan sebagai gantinya adalah Mantiq, kata Arab yang diambil dari kata kerja naqata yang berarti berkata atau terucap.

Sedangkan logika yang dikatakan sebagai pengertian yang masuk akal, biasanya di dalamnya terdapat dua penalaran yang saling berlawanan, yakni antara yang betul dan salah, karena itu Irving M. Copi mengatakan, "Logika adalah ilmu yang mempelajari metode dan hukum-hukum yang digunakan untuk

membedakan penalaran yang betul dan penalaran yang salah. Menurut Syaikh Abu Abdullah Muhammad Ahmad Muhammad 'Ulaisy, Logika (mantiq) adalah: tatanan berfikir yang dapat memelihara otak dari kesalahan berfikir dengan pertolongan Allah Swt.

Sedangkan menurut Syaikh Al-Jurjani merumuskan Logika sebagai: suatu alat yang mengatur kerja otak dalam berfikir agar terhindar dari kesalahan; selain merupakan ilmu kecermatan praktis. Lain halnya dengan pendapat Al-Qusaini, ilmu logika adalah: ilmu yang membahas objek-objek pengetahuan tashawur dan tashdiq untuk mencapai interaksi keseduanya, atau suatu pemahaman yang dapat mendeskripsikan tashawur dan tashdiq.

Logika dapat dibedakan dua macam, Namun keduanya tidak dapat dipisahkan satu sama lainnya, Berikut macam-macam Logika:

1. Logika Kodratiah

Akal budi yang dapat berkerja menurut hukum-hukum logika dengan cara spontan, tetapi dalam hal-hal yang sulit baik akal budinya maupun seluruh diri manusia dapat dan nyatanya dipengaruhi oleh keinginan-keinginan dan kecenderungan-kecenderungan subyektif. Selain itu perkembangan pengetahuan manusia itu sendiri masih terbatas.

Hal-hal yang menyebabkan bahwa kesesatan tidak dapat dihindari. Namun dalam diri manusia itu sendiri juga terasa adanya kebutuhan untuk menghindari kesesatan itu. Untuk itu untuk menghindari

kesesatan itu diperlukan suatu ilmu khusus yang merumuskan azas-azas yang harus ditepati setiap dalam setiap pemikiran.

Jadi Logika Kodratiah adalah Logika yang berdasarkan akal budi yang dapat berkerja menurut hukum-hukum logika dengan cara spontan dan memerlukan sebuah ilmu khusus untuk menghindari kesesatan berfikir.

2. Logika Ilmiah

Logika ini membantu logika kodratiah. Logika ilmiah memperhalus, mempertajam pikiran serta akal budi. Berkat pertolongan logika ini dapatlah akal budi bekerja dengan lebih cepat lebih teliti, lebih mudah dan lebih aman.

Mempelajari ilmu logika atau Mantiq (arab), seperti halnya mempelajari ilmu lainnya, tidak terlepas dari tujuan dan kegunaan. Tujuan dan kegunaan ilmu Logika diantaranya sebagaimana di jelaskan oleh pakar ilmu logika (*Manathiqah*) berikut.

Tujuan logika menurut Muhammad Nur al-ibrahim.¹⁰

1. Melatih, mendidik, dan mengembangkan potensi akal dalam mengkaji objek pikir dengan menggunakan metodologiberfikir.
2. Menempatkan persoalan dan menunaikan tugas pada situasi dan kondisi yang tepat.
3. Membedakan proses dan kesimpulan berfikir yang berani (hak) dari yang salah.

Adapun mempelajari ilmu logika sungguh sangat berfaedah sekali untuk hal-hal sebagai berikut:

1. Membantu setiap orang yang mempelajari logika untuk berfikir secara rasional, kritis, lurus, tetap, metodelis dan koheran.
2. Melatih jiwa manusia agar dapat menghalus jiwa dan fikirannya.
3. Mendidik kekuatan akal fikiran dan memperkembangkannya yang sebaik baiknya dengan melatih dan membiasakan mengadakan penyelidikan-penyelidikan tentang cara berfikir. Dengan membiasakan latihan berfikir, manusia akan mudah cepat mengetahui dimana letak kesalan yang menggelincirkannya dalam usaha menuju hukum-hukum yang diperoleh dengan fikiran itu.
4. Meningkatkan kemampuan berfikir secara abstrak, cermat, dan obyektif.
5. Menambah kecerdasan dan meningkatkan kemampuanberfikir secara tajam dan mandiri.
6. Memaksa dan mendorong orang untuk berfikir sendiri denganmenggunakan asas-asas sistematis.
7. Meningkatkan cinta akan kebenaran dan menghindari kesalahan-kesalahan berfikir, kekeliruan serta kesesatan.
8. Mampu melakukan analisis terhadap suatu kejadian.
9. Terhindari dari klenik, gugon-tuhon (bahasa jawa).
10. Apabila sudah mampu berfikir rasional, kritis, lurus, metodelis dan analitis sebagaimana tersebut pada butir

pertama maka akan meningkatkan citra seseorang.

Mempelajari logika itu sama dengan mempelajari ilmu pasti, dalam arti sama-sama tidak langsung memperoleh faedah dengan ilmu itu sendiri, tapi ilmu-ilmu itu sebagai perantara yang merupakan suatu jembatan untuk ilmu-ilmu yang lain juga untuk menimbang sampai dimana kebenaran ilmu-ilmu itu. Dengan demikian maka ilmu logika juga boleh disebut pertimbangan atau ukuran, dalam bahasa arab disebut ilmu mizan atau mi'jarul ulum.

Manusia dituntut berfikir dalam berbagai cabang ilmu pengetahuan, baik pengetahuan yang berhubungan dengan alam maupun pengetahuan yang berhubungan dengan manusia. Manusia berfikir tentang rumah tangga, pendidikan anak-anak, pemerintahan Negara dan berbagai masalah lainnya. Dalam hal ini logika merupakan obor penerang jalan menuju arah yang dituju. Karena itu logika dinamakan ilmu dari segala ilmu, ilmu timbangan dan ukuran dari segala ilmu.

A. Pertumbuhan Penduduk Dunia

Dengan semakin meningkatnya arus global saat ini, maka pertumbuhan penduduk dunia pun semakin padat dengan proses persaingan yang semakin ketat. dan ini menjadi is sentral pada saat ini baik bagi pemerintah lokal maupun dunia. Sudah menjadi hukum bahwa dengan semakin tingginya tingkatpenduduk dunia, maka arus dan pergerakan ekonomi pun akan semakin tinggi sehingga penduduk baik lokal maupun dunia akan mengalami kemandekan dari segi ekonomi sosial dan begitu juga dengan budaya. Dengan semakin tingginya penduduk saat ini maka tantangan tersendiri bagi pemerintah khususnya adalah bagaimana meningkatkan sumber daya manusia itu sendiri. Sebab antara peredaran kehidupan manusia dengan sumber daya memiliki keterikatan yang kuat.manusia ditinjau dari segi kuantitas tanpa didukung oleh sumber daya yang kuat maka hanya akan menghasilkan penduduk yang terbelakang.

Banyak para pakar menilai bahwa dengan bertambahnya penduduk di Indonesia maka akan membutuhkan segala jenis sarana prasarana fasilitas yang memadai agar bisa sejalan dengan pertumbuhan penduduk tersebut titik ini artinya bahwa jumlah penduduk dalam suatu daerah harus seimbang harus dengan jumlah

sumber-sumber ekonominya, baru dapat diperoleh kenaikan pendapatan nasionalnya. Dijelaskan oleh wirosuhardjo 2007 bahwa laju pertumbuhan penduduk akan mempengaruhi perencanaan di sektor ekonomi.

Beranjak dari konteks di atas, maka para ahli juga banyak memberikan definisi tentang pertumbuhan penduduk itu sendiri. Salah satunya adalah menurut Kuncoro, 2010 bahwa strategi dalam pembangunan adalah apa yang disebut sebagai *people centered development* atau *paten hyperforce*. ini berarti bahwa tujuan utama dalam pembangunan dan kehendak serta kapasitas manusia merupakan sumber daya yang paling penting. Penduduk merupakan unsur yang yang terpenting dalam segala jenis kegiatan khususnya dalam kegiatan ekonomi elemen dari ekonomi sendiri salah satunya adalah tentang tenaga kerja yang menyangkut penyaluran pemasaran dan lain sebagainya.

Berdasarkan hal ini maka penambahan penduduk justru akan menambah potensi masyarakat untuk menghasilkan dan juga sebagai sumber permintaan baru yang berarti juga dapat menambah luas pasar dan barang-barang yang dihasilkan dalam suatu ekonomi tergantung pada pendapatan penduduk dan jumlah penduduk bertambah dengan sendirinya, luas pasar juga akan bertambah.

Menurut Mulyadi, 2014 menjelaskan bahwa pertumbuhan penduduk adalah sebuah proses keseimbangan yang dinamis antara yang dinamis antara

komponen ke penduduk kependudukan yang dapat menambah dan mengurangi jumlah penduduk. yang menjadi permasalahan pertumbuhan penduduk yang cukup tinggi ini dapat menimbulkan berbagai masalah dan hambatan dalam pembangunan ekonomi (Subandi, 2014). Berkaitan dengan ini maka konteks yang sudah dijelaskan diatas sangat serasi Dan selaras dengan apa yang disampaikan oleh para ahli tersebut. Maka jelas bahwa dengan semakin bertambahnya penduduk maka terdapat dua opsi kemungkinan yang akan terjadi yang pertama akan membuat ekonomi semakin berkembang kemudian yang kedua akan membuat ekonomi semakin mundur. Pada tahun 2005 BPS pernah mendefinisikan dari pertumbuhan penduduk itu sendiri bahwa pertumbuhan penduduk merupakan perubahan jumlah penduduk di suatu wilayah tertentu pada waktu tertentu dari pada waktu sebelumnya. Pertambahan penduduk yang cepat menimbulkan masalah yang serius bagi kesejahteraan dan bagi pembangunan, oleh karena itu besarnya jumlah penduduk jika tidak di imbangi oleh dukungan ekonomi yang tinggi akan menimbulkan berbagai masalah seperti kemiskinan dan ketidakstabilan kondisi nasional secara keseluruhan. Antara 1 ungkapan dan ungkapan yang lain sebagaimana diungkapkan di atas terdapat hubunganyang kuat bahwa penduduk yang padat akan menimbulkan berbagai macam keadaan atau kondisi pada suatu Negara.

B. Teori Kependudukan

Teori Pertumbuhan Penduduk sudah di singgung sebelumnya bahwa salah satu hambatan yang terjadi dalam pembangunan ekonomi di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia ialah adanya ledakan penduduk titik masalah kependudukan sangat mempengaruhi pelaksanaan dan pencapaian tujuan pembangunan. tujuan pembangunan adalah untuk meningkatkan standar hidup penduduk di negara yang bersangkutan. maka berkenaan dengan hal ini muncullah teori-teori tentang pertumbuhan penduduk itu sendiri dengan adanya teori-teori ini akan memberikan pelajaran kepada semua pakar atau siapapun yang berkepentingan dalam mengkaji pertumbuhan penduduk titik teori-teori tersebut adalah:

1. Teori Malthus

Dalam bukunya lincoln Arsyad, 1997, yang berjudul *ison the principle of population*, ia melukiskan konsep hasil yang menurun. itu sendiri telah menjelaskan bahwa kecenderungan umum penduduk suatu negara untuk tumbuh menurut deret ukur yaitu menjadi dua kali lipat setiap 30-40 tahun. sementara itu, pada waktu yang bersamaan, karena hasil yang menurun dari tanah, persediaan pangan hanya tumbuh menurut deret hitung titik oleh karena pertumbuhan persediaan pangan tidak bisa mengimbangi pertumbuhan penduduk yang sangat cepat dan tinggi maka pendapatan perkapita akan cenderung turun

menjadi sangat rendah, yang menyebabkan jumlah penduduk tidak pernah tabel atau hanyasedikit di atas subsistem. Manusia berkembang sesuai deret ukur, sementara itu pertumbuhan produksi makanan hanya meningkat sesuai deret hitung.

Karena perkembangan jumlah manusia jauh lebih cepat dibandingkan dengan pertumbuhan produksi hasil-hasil pertanian maka akan menyebabkan penduduk kesulitan memenuhi kebutuhan hidup sehingga akan berimbas kepada kemiskinan yang terus meningkat. Sebagaimana teori-teori yang lain bahwa teori malthus juga mendapat dua opsi kemungkinan itu ada yang pro dan ada yang kontra dengan pendapat para ahli lainnya. Pandangan yang kontra bahwa teori yang dikemukakan oleh Malthus tidaklah kompeten dan tidak mengikuti perkembangan zaman bagi mereka yang kontra memiliki beberapa alasan yang berbentuk kritik dari teori malthus sebagai berikut:

- a. Maltos tidak memperhitungkan kemajuan kemajuan transportasi yang menghubungkan suatu daerah dengan daerah lain sehingga pengiriman makanan ke daerah- daerah kekurangan dengan mudah terlaksanakan.
- b. Menurutnya bahwa malthus tidak memperhitungkan kemajuan yang pesat dalam teknologi terutama dalam bidang pertanian jadi produksi pertanian dapat pula ditingkatkan secara cepat dengan mempergunakan teknologi baru.

- c. Fertilitas akan menurun apabila terjadi perbaikan ekonomi dan standar hidup penduduk dinaikkan hal ini tidak diperhitungkan oleh malthus

2. Aliran Neo malthusian.

Aliran ini menghancurkan semua cara atau preventive checks misalnya dengan penggunaan alat-alat kontrasepsi untuk mengurangi jumlah kelahiran, pengguguran kandungan, bahkan Paul menyatakan bahwa satu-satunya jalan untuk mengendalikan tingkat kelahiran di bawah kendali dengan cara paksaan.

3. Menurut John Stuart mill

Seorang ahli filsafat dan ahli ekonomi berkebangsaan Inggris dapat menerima pendapat malthus mengenai laju pertumbuhan penduduk melampaui laju pertumbuhan makanan sebagai suatu aksioma namun demikian John Stuart mill berpendapat bahwa pada suatu manusia dapat mempengaruhi perilaku demokrasinya, jika produktivitas seseorang tinggi maka terdapat kecenderungan memiliki keluarga kecil atau fertilitas rendah. Mel menyanggah bahwa kemiskinan tidak dapat dihindarkan akibat pengaruh pertumbuhan penduduk, jika suatu waktu wilayah terjadi kekurangan bahan makanan maka keadaan tersebut hanyalah bersifat sementara dan dapat ditanggulangi dengan mengimpor makanan atau memindahkan penduduk ke daerah lain yang dikenal dengan transmigrasi. Mel menyarankan peningkatan pendidikan sehingga penduduk lebih rasional sehingga

mempertimbangkan perlu tidaknya menambah jumlah anak sesuai dengan karir dan usaha yang ada ada (Sukirno, 2006).

4. Michael Thomas dan Diublely.

Kedua ahli ini adalah penganut teori fisiologis, saddler mengemukakan bahwa daya reproduksi manusia dibatasi oleh jumlah penduduk yang ada di suatu negara atau wilayah jika kepadatan penduduk tinggi maka daya produksi rendah begitu juga sebaliknya, jika kepadatan penduduk rendah. teori double et memiliki kesamaan dengan teori sadler, hanya. Tolak yang berbeda, jika saddler mengatakan bahwa reproduksi penduduk berbanding terbalik dengan tingkat kepadatan penduduk maka double yg berpendapat bahwa reproduksi penduduk terbalik dengan makanan yang tersedia jika suatu jenis makhluk diancam biaya, mereka akan mengimbangnya dengan reproduksi yang lebih besar (Saputra, 2011).

5. Teori David Ricardo

David Ricardo berpendapat bahwa pertumbuhan penduduk yang terlalu besar hingga dua kali lipat bisa menyebabkan melimpahnya tenaga kerja. tenaga kerja yang melimpah menyebabkan upah yang diterima menurun dimana upah tersebut hanya bisa untuk membiayai tingkat hidup minimum atau subsistens level. pada taraf ini, perekonomian mengalami stagnasi atau kemandekan yang disebut stationary state (Lincoln Arsyad, 2014).

Teori-teori yang sudah dijelaskan di atas, dengan keadaan seperti ini akan membuat pertumbuhan perekonomian di suatu wilayah akan melemah sehingga akan menyebabkan meningkatnya kemiskinan. Masing-masing teori mengungkapkan hal yang sama meskipun dalam tata redaksi mereka berbeda namun pada intinya bahwa di negara berkembang, pertumbuhan penduduk yang singkat yang sangat besar jumlahnya menambah kerumitan masalah pembangunan titik masalah penduduk adalah masalah penambahan jumlah penduduk yang sangat besar di negara berkembang.

A. Mengukur Fertilitas

Fertilitas merupakan kemampuan memproduksi yang sebenarnya dari penduduk (*actual reproduction performance*). Atau jumlah kelahiran hidup yang dimiliki oleh seorang atau sekelompok perempuan. Kelahiran yang dimaksud disini hanya mencakup kelahiran hidup, jadi bayi yang dilahirkan menunjukkan tanda-tanda hidup meskipun hanya sebentar dan terlepas dari lamanya bayi itu dikandung.

Fertilitas sebagai istilah demografi diartikan sebagai hasil reproduksi yang nyata dari seseorang wanita atau sekelompok wanita. Dengan kata lain fertilitas ini menyangkut banyaknya bayi yang lahir hidup. Fekunditas, sebaliknya, merupakan potensi fisik untuk melahirkan anak. Jadi merupakan lawan arti kata sterilitas. Natalitas mempunyai arti sama dengan fertilitas hanya berbeda ruang lingkupnya. Fertilitas mencakup peranan kelahiran pada perubahan penduduk sedangkan natalitas mencakup peranan kelahiran pada perubahan penduduk dan reproduksi manusia.

Istilah fertilitas sering disebut dengan kelahiran hidup (*live birth*), yaitu terlepasnya bayi dari rahim seorang wanita dengan adanya tanda-tanda kehidupan, seperti bernapas, berteriak, bergerak, jantung berdenyut dan lain sebagainya.

Sedangkan paritas merupakan jumlah anak yang telah dipunyai oleh wanita. Apabila waktu lahir tidak ada tanda-tanda kehidupan, maka disebut dengan lahir mati (*still live*) yang di dalam demografi tidak dianggap sebagai suatu peristiwa kelahiran.

Kemampuan fisiologis wanita untuk memberikan kelahiran atau berpartisipasi dalam reproduksi dikenal dengan istilah fekunditas. Tidak adanya kemampuan ini disebut infekunditas, sterilitas atau infertilitas fisiologis. Pengetahuan yang cukup dapat dipercaya mengenai proporsi dari wanita yang tergolong subur dan tidak subur belum tersedia. Ada petunjuk bahwa di beberapa masyarakat yang dapat dikatakan semua wanita kawin dan ada tekanan sosial yang kuat terhadap wanita/pasangan untuk mempunyai anak, hanya sedikit satu atau dua persen saja dari mereka yang telah menjalani perkawinan beberapa tahun tetapi tidak mempunyai anak. Seorang wanita dikatakan subur jika wanita tersebut pernah melahirkan paling sedikit seorang bayi.

Pengukuran fertilitas lebih kompleks dibandingkan dengan pengukuran mortalitas (kematian) karena seorang wanita hanya meninggal sekali, tetapi dapat melahirkan lebih dari seorang bayi. Kompleksnya pengukuran fertilitas ini karena kelahiran melibatkan dua orang (suami dan istri), sedangkan kematian hanya melibatkan satu orang saja (orang yang meninggal). Seseorang yang meninggal pada hari dan waktu tertentu, berarti mulai saat itu orang tersebut tidak mempunyai resiko kematian lagi. Sebaliknya,

seorang wanita yang telah melahirkan seorang anak, tidak berarti resiko melahirkan dari wanita tersebut menurun.

Pengukuran fertilitas kumulatif ialah mengukur jumlah rata-rata anak yang dilahirkan oleh seorang perempuan hingga mengakhiri batas usia subur. Sedangkan pengukuran fertilitas tahunan (*vital rates*) ialah mengukur jumlah kelahiran pada tahun tertentu dihubungkan dengan jumlah penduduk yang mempunyai resiko untuk melahirkan pada tahun tersebut.

1. Pengukuran Fertilitas Tahunan

Pengukuran fertilitas tahunan hasilnya berlaku untuk periode waktu tertentu, seperti dalam perhitungan tingkat kelahiran kasar (CBR) di tahun 1975, akan berlaku pada periode tahun 1970-1980. Pengukuran fertilitas tahunan dapat meliputi:

a. Tingkat Fertilitas Kasar (*crude birth rate*)

Tingkat fertilitas kasar didefinisikan sebagai banyaknya kelahiran hidup pada suatu tahun tertentu tiap 1000 penduduk pada pertengahan tahun, dengan rumus dapat ditulis sebagai berikut:

$$CBR = \frac{P}{P_m \times k}$$

Dimana:

CBR = Crude Birth Rate atau Tingkat Kelahiran Kasar

P_m = Penduduk pertengahan tahun

k = Bilangan konstan yang biasanya 1.000

B = Jumlah kelahiran pada tahun

tertentu

b. Tingkat Fertilitas Umum (*general fertility rate*)

Tingkat fertilitas umum yaitu perbandingan jumlah kelahiran pada tahun tertentu dengan jumlah penduduk perempuan umur 15-49 tahun pada pertengahan tahun, dengan rumus dapat ditulis sebagai berikut:

$$\text{GFR} = B / \text{Pf (15-49)} \times k$$

Dimana:

GFR = General Fertility Rate atau Tingkat Fertilitas Umum

Pf (15-49) = Jumlah penduduk perempuan umur 15-49 tahun pada pertengahan tahun

B = Jumlah kelahiran pada tahun tertentu

c. Tingkat Fertilitas Menurut Umur (Age Specific Fertility Rate)

$$\text{ASFR}_i = B_i / P_i \times k$$

Di antara kelompok perempuan usia reproduksi (15- 49) terdapat variasi kemampuan melahirkan, karena itu perlu dihitung tingkat fertilitas perempuan pada tiap-tiap kelompok umur. Perhitungan tersebut dapat dikerjakan dengan rumus sebagai berikut:

Dimana:

ASFR_i = Tingkat Fertilitas Menurut Umur i

B_i = Jumlah kelahiran bayi kelompok umuri

P_{fi} = Jumlah perempuan kelompok umur ipada pertengahan tahun

K = angka konstanta = 1.000

2. Pengukuran Fertilitas Kumulatif

Pengukuran fertilitas kumulatif yaitu mengukur rata-rata jumlah anak laki-laki dan perempuan yang dilahirkan oleh seorang perempuan pada waktu perempuan itu memasuki usia subur hingga melampaui batas reproduksinya (15-49 tahun). Ada tiga macam ukuran fertilitas kumulatif yaitu:

a. Tingkat Fertilitas Total (*total fertility rates*)

Tingkat fertilitas total didefinisikan jumlah kelahiran hidup laki-laki dan perempuan tiap 1.000 penduduk yang hidup hingga akhir masa reproduksinya dengan catatan, tidak ada seorang perempuan yang meninggal sebelum mengakhiri masa reproduksinya dan tingkat fertilitas menurut umur tidak berubah pada periode tertentu. Dalam praktek Tingkat Fertilitas Total dikerjakan dengan menjumlahkan Tingkat Fertilitas Menurut Umur, apabila umur tersebut berjenjang lima tahunan, dengan asumsi bahwa tingkat fertilitas menurut umur tunggal sama dengan rata-rata tingkat fertilitas kelompok umur lima tahunan, maka rumus dari Tingkat Fertilitas Total adalah sebagai berikut:

$$TFR = 5 \sum ASFR_i$$

Dimana:

TFR = Total Fertility Rate

\sum = Penjumlahan tingkat fertilitas menurut umur

ASFR_i = Tingkat fertilitas menurut umur ke i dari kelompok berjenjang 5 tahunan

b. Gross Reproduction Rates

Gross Reproduction rate ialah jumlah kelahiran bayi perempuan oleh 1.000 perempuan sepanjang masa reproduksinya dengan catatan tidak ada seorang perempuan yang meninggal sebelum mengakhiri masa reproduksinya, seperti Tingkat Fertilitas Total.

Perhitungan Gross Reproduction Rate sebagai dibawah ini.

$$GRR = 5$$

$\sum_i ASFR_i$ Dimana:

ASFR_i adalah tingkat fertilitas menurut umur ke-i dari kelompok berjenjang 5 tahunan

c. Net Reproduction Rates

Net Reproduction Rate ialah jumlah kelahiran bayi perempuan oleh sebuah kohor hipotesis dari 1.000 perempuan dengan memperhitungkan kemungkinan meninggalkan perempuan-perempuan itu sebelum mengakhiri masa

reproduksinya. Dalam prakteknya perhitungan Net Reproduction Rate dapat didekati dengan rumus di bawah ini:

$$NRR = \sum ASFR_i \times n_{l-x}/l_0$$

B. Variabel Antara (*Intervening*)

Penelitian merupakan sebuah kegiatan mencari tahu atas suatu hal secara sistematis dengan metode ilmiah dan kebijakan serta aturan yang berlaku. Dalam penelitian terdapat variabel penelitian yang menjadi komponen sekaligus objek yang menjadi titik fokus dalam sebuah proses penelitian. Variabel penelitian sendiri ada beraneka macam salah satunya yaitu variabel intervening (mediator/ mediasi).

Pengertian variabel intervening adalah variabel yang secara teoritis mempengaruhi hubungan antara variabel independen dengan dependen menjadi hubungan yang tidak langsung. Dapat juga diartikan bahwa variabel intervening adalah variabel yang dapat memperlemah dan memperkuat hubungan antar variabel (variabel moderator), tetapi tidak dapat diukur & diamati. Variabel mediasi atau intervening letaknya berada di antara variabel independen dengan dependen sehingga variabel dependen tidak dapat langsung terpengaruh oleh variabel independen.

Pengertian variabel intervening menurut sugiyono (2007), bahwa variabel intervening adalah sebuah variabel yang secara teoritis mempengaruhi hubungan antara

variabel bebas (*independen*) dan variabel terkait (*dependen*) menjadi hubungan yang tidak langsung dan tidak bisa diukur dan diamati. Variabel intervening merupakan variabel antara/ penyela yang terletak di antara variabel bebas (*independen*) dan variabel terkait (*dependen*), sehingga variabel independen tidak secara langsung mempengaruhi timbulnya atau berubahnya variabel dependen.

Sedangkan menurut variable antara (*intervening*) Holmbeck (1997), bahwa Variabel mediasi (*intervening*) adalah variabel yang menentukan bagaimana (atau mekanisme yang dengannya) efek yang diberikan terjadi antara variabel independen dan variabel dependen.

Diterapkan kebijakan harga baru diikuti peningkatan volume penjualan, sebab pembeli bersifat rasional.

1. Diterapkan kebijakan harga baru (*variabel Independen*).
2. Diikuti peningkatan volume penjualan (*variabel dependen*).
3. Sebab pembeli bersifat rasional (*variabel Intervening*).
4. Hubungan antara kualitas pelayanan dengan kepuasankonsumen dan loyalitas.

Hubungan antara kualitas pelayanan dan kepuasan konsumen dan loyalitas:

1. Hubungan antara kualitas pelayanan (*variabel independen*).
2. Kepuasan konsumen (*variabel intervening*).

3. Loyalitas (*variabel dependen*).

Contoh variabel intervening dalam pendidikan :Terdapat pengaruh jumlah biaya pendidikan yang dikeluarkan oleh orang tua terhadap gaya hidup mahasiswa dan akanberimbas pada IPK mahasiswa tersebut:

1. Jumlah biaya pendidikan (*variabel independen*).
2. IPK mahasiswa (*variabel dependen*).
3. Gaya hidup (*variabel intervening*).

C. Sikap dan Norma

Manusia sebagai makhluk sosial juga tertulis dalam buku Politics karya Aristoteles yang mengatakan bahwa manusia adalah zoon politicon, yaitu manusia selalu hidup berkelompok dalam masyarakat. Sudah merupakan kelaziman bahwa dalam suatu masyarakat ada aturan yang berlaku. Sebagai makhluk sosial, manusia dituntut untuk dapat mengikuti aturan atau norma dalam berkehidupan di masyarakat.

Sudah merupakan kelaziman bahwa dalam suatu masyarakat ada aturan yang berlaku. Sebagai makhluk sosial, manusia dituntut untuk dapat mengikuti aturan atau norma dalam berkehidupan di masyarakat. Secara umum, norma berperan sebagai aturan atau batasan yang wajib ditaati oleh semua anggota masyarakat. Dalam buku PPKn kelas VII (2017), dijelaskan bahwa seluruh kelompok masyarakat pasti memiliki aturan, bahkan ketika hanya ada

dua orang berkumpul, pasti akan ada aturan atau norma yang mengatur mereka dalam berinteraksi.

Pada hakekatnya, norma merupakan kaedah hidup yang memengaruhi tingkah laku manusia dalam hidup bermasyarakat. Norma terdiri atas empat dasar, yaitu norma kesusilaan, norma kesopanan, norma agama, dan norma hukum. Seorang ahli hukum bangsa Romawi bernama Cicero (106–43 SM), mengatakan "ubi societas ibi ius" artinya di mana ada masyarakat, di situ ada hukum. Hukum ini juga merupakan sanksi yang akan kita terima apabila melanggar norma. Dengan adanya hukum tersebut, apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan batasannya menjadi jelas dan dapat dipatuhi bersama. Sikap patuh inilah yang kemudian akan berangsur menjadi suatu kesadaran dan kebiasaan dalam berkehidupan.

Aturan yang nyata juga perlu melalui proses sosialisasi. Pertama, aturan harus diketahui oleh anggota masyarakat, selanjutnya peraturan akan diakui oleh anggota masyarakat, artinya masyarakat akan merasa memiliki aturan tersebut dan terikat oleh aturan. Selanjutnya, aturan akan dihargai oleh masyarakat. Jika dihargai, masyarakat memahami tentang tujuan dan manfaat norma.

1. Budaya malu, yaitu sikap malu jika melanggar aturan. Misalnya, malu datang terlambat hadir di sekolah; malu ketika berbuat salah; malu ketika tidak bisa menjaga rahasia teman; dan lain-lain.
2. Budaya tertib, yaitu membiasakan bersikap tertib di

mana pun kalian berada. Misalnya, mengikuti antrian sesuai dengan nomor antrian; mematuhi peraturan lalu lintas; dan lain-lain

3. Budaya bersih, yaitu sikap untuk berkata dan berperilaku jujur dan bersih dari tindakan-tindakan kotor. Misalnya, tidak menyontek ketika ulangan atau ujian; tidak mencuri atau korupsi; selalu berbicara jujur; tidak menjelek-jelekan orang lain; dan lain-lain.
4. Budaya sopan, yaitu sikap untuk selalu berlaku sopan di mana pun dan kepada siapa pun. Misalnya, menghormati orang lain; berbicara santun kepada orang yang lebih tua; membiasakan diri untuk mengucapkan maaf, tolong, dan terima kasih; dan lain-lain.
5. Budaya musyawarah untuk mufakat. Misalnya, pengambilan keputusan oleh masyarakat berdasarkan kesepakatan bersama (konsensus) baik melalui musyawarah atau pemungutan suara; membicarakan permasalahan secara bersama untuk mencapai mufakat; dan lain-lain.

A. Latar Belakang

Keluarga berencana merupakan tindakan yang dapat membantu individu dan pasangan suami isteri untuk mengatur jarak antara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran, menentukan jumlah anak, dan mendapatkan kelahiran yang diinginkan (Hartanto, 2013). Indonesia merupakan negara berkembang dengan jumlah peningkatan penduduk yang cukup tinggi (Sulistyawati, 2009). Data sensus penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa jumlah dan pertumbuhan penduduk Indonesia, yaitu sebanyak 237.556.363 jiwa atau bertambah sekitar 32 juta dilihat dari jumlah penduduk tahun 2000.

Program keluarga berencana merupakan salah satu program pembangunan nasional yang sangat penting dalam rangka mewujudkan keluarga Indonesia yang sejahtera. Sesuai dengan Undang–Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, disebutkan bahwa Program Keluarga Berencana (KB) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga serta peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (UU 10/1992). Keluarga berencana juga berarti mengontrol jumlah dan

jarak kelahiran anak, untuk menghindari kehamilan yang bersifat sementara dengan menggunakan kontrasepsi sedangkan untuk menghindari kehamilan yang sifatnya menetap bisa dilakukan dengan cara sterilisasi (Ekarini, 2008).

Keluarga Berencana (KB) merupakan satu program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk. Program keluarga berencana oleh pemerintah adalah agar keluarga sebagai unit kecil kehidupan bangsa diharapkan menerima Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada pertumbuhan yang seimbang. Dalam pengertian keluarga berencana secara umum ialah, dapat diuraikan bahwa keluarga berencana suatu usaha yang mengatur banyak jumlah kelahiran sedemikian rupa sehingga bagi ibu maupun bayinya dan bagi ayah serta keluarganya atau masyarakat yang bersangkutan tidakakan menimbulkan kerugian sebagaia akibat langsung dari kelahiran tersebut.

Irianto, (2014) meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk. Dalam pengertian sempitnya keluarga berencana dalam kehidupan sehari hari berkisar pada pencegahan konsepsi atau pencegahan terjadinya pembuahan mencegah pertemuan antara sel mani

(*spermatozoa*) dari pria dan sel telur (*ovum*) dari wanita sekitar persetubuhan.

B. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana secara umum dapat diuraikan bahwa keluarga berencana ialah 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 Dalam pengertian sempitnya keluarga berencana dalam kehidupan sehari-hari berkisar pada pencegahan konsepsi atau pencegahan terjadinya pembuahan mencegah pertemuan antara sel mani (*spermatozoa*) dari pria dan sel telur (*ovum*) dari wanita (Koes irianto, 2014).

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 BAB I Pasal 1 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga sebagai landasan hukum yang berisikan berbagai pengertian: Keluarga Berencana(KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia idealmelahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Pengertian Keluarga Sejahtera (KS) adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah,

mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungannya.

Selain undang-undang yang mendefinisikan tentang program KB, Hanafi Hartanto (1994) menjelaskan pengertian Keluarga Berencana (KB) sebagai suatu ikhtiar atau usaha manusia mengatur kehamilan dalam keluarga, secara tidak melawan hukum agama, undang-undang negara dan moral pancasila, demi untuk mendapatkan kesejahteraan keluarga khususnya dan kesejahteraan bangsa umumnya (Siti Soleha, 2016). Sedangkan menurut Menurut UU No 10 tahun 1992 dalam Handayani (2010) Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (UU No 10 tahun 1992).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa program keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur jarak interval kehamilan, merencanakan waktu kelahiran yang tepat dalam kaitanya dengan umur istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

C. Siklus Hidup Keluarga Dasar

Bukan hanya anak yang berkembang, keluargapun juga berkembang lho. Tiap tahapan perkembangannya memunculkan kondisi psikologis yang berbeda, termasuk sumber stress yang berbeda juga. Seperti apa sih siklus kehidupan keluarga. Carter dan McGoldrick (1988, dalam Santrock, 2004) yang jadi acuan para psikolog keluarga berikut ini:

Tahap ‘Meninggalkan Rumah dan Menjadi Individu Dewasa Lajang’. Tahap ini tidak selalu terjadi di budaya kita, karena banyak orang dewasa memilih tinggal di rumah orangtuanya. Yang pasti, ketika sudah mulai kuliah, biasanya seseorang jadi jauh lebih mandiri dibandingkan usia sebelumnya. Yang cukup banyak terjadi di budaya kita adalah beberapa individu dewasa yang sudah memiliki penghasilan ikut membayar beberapa pengeluaran di rumah, sementara yang belum punya penghasilan membantu mengurus rumah. Kemandirian ini (mulai melepas pengaruh orangtua) penting lho dalam tahapan hidup berkeluarga. Justru mereka yang masih terlalu tergantung pada orangtuanya di tahap ini (misalnya masih terus mengharap dibayari oleh orangtua) seringkali mengalami masalah dalam kehidupan berkeluarganya kelak.

Tahap ‘Pasangan Baru’. Tahap ini terjadi di bulan-bulan pertama pernikahan. Pada tahap ini terjadi beberapa perubahan peran, mulai dari sepasang kekasih menjadi suami dan istri. Dalam budaya kita, kebanyakan orang

sudah menyadari bahwa ketika menikah, dia juga harus menyesuaikan diri dengan keluarga besar pasangan. Pada tahap ini biasanya individu yang menikah mengubah beberapa perilakunya sehingga sesuai dengan pasangannya. Contohnya apabila biasanya ia pulang dari kantornya sesukanya, kini mungkin ia berusaha menyelesaikan pekerjaannya lebih cepat agar bisa segera pulang. Contoh lain adalah mereka yang kemudian jadi punya kebiasaan baru untuk memasak sarapan. Beberapa pertengkaran besar mungkin terjadipada tahap ini karena baik suami dan istri sedang berusaha menyesuaikan diri dengan peran baru sebagai suami atau istri, juga sebagai menantu, dan bagian baru dari lingkungan pasangan. Berbagai pembelajaran juga terjadi pada saat ini, terutama kalau pasangan bisa bertengkar dengan cara yang baik.

Tahap 'Menjadi Orangtua'. Banyak yang mengatakan bahwa tahap ini terjadi setelah anak lahir. Kenyataannya tahap ini sudah terjadi sejak pasangan menyadari kehamilan sang istri. Bukankah setelah sadar hamil, maka mulai ada beberapa perubahan perilaku, seperti usaha menjaga asupan makanan, istirahat lebih banyak, pemeriksaan kehamilan, juga membeli barang yang akan digunakan untuk anak kelak? Tahap ini terjadi setidaknya sampai anak memasuki masa remajanya. Sampai pada tahap itu idealnya pasangan yang kini menjadi orangtua memiliki visi dan misi yang sejalan dan dapat saling mendukung, karena inilah yang akan membuat anak tumbuh dan berkembang optimal. Kenyataannya banyak

pasangan yang justru mengalami pertengkaran terhebatnya pada tahap ini, karena berbagai kelemahan personal dan ketidaksiapannya menjadi orangtua. Pada budaya kita, keluarga besar seringkali punya peran pula dalam tahap ini, dan tantangan ini harus disikapi secara tepat.

Tahap 'Keluarga dengan Remaja'. Ini merupakan salah satu tahap yang paling menantang dalam kehidupan berkeluarga. Anak yang tadinya penurut cenderung jadi remaja tak penurut, dan ini merupakan perkembangan normal. Anak yang sebelumnya sulit diatur, jadi remaja yang jauh lebih sulit diatur. Orangtua yang sudah terbiasa mengatur dengan cara yang telah berhasil pada tahap sebelumnya cenderung mengalami kesulitan, dan tentu saja ini jadi tantangan tersendiri dalam hidup bersama pasangan. Apabila pasangan memang betul-betul siap dan trampil menjadi pasangan dan menjadi orangtua, tantangan besar ini akan lebih mudah dihadapi.

Tahap 'Keluarga dengan Anak Dewasa', artinya anak yang mereka besarkan saat ini sudah menjadi dewasa mandiri. Anak dari pasangan ini mungkin sudah atau belum menikah, tapi belum punya keturunan. Beberapa pasangan merasa lebih dekat satu sama lain di tahap ini, karena masa-masa mengasuh anak telah mereka lewati bersama. Beberapa pasangan lain justru menjadi asing satu sama lain, terutama mereka yang pada tahap-tahap sebelumnya kurang memahami cara berkomunikasi yang hangat.

Tahap 'Keluarga di Masa Pensiun'. Pensiun mengubah cara hidup keluarga, biasanya karena tanggung jawab untuk bekerja dan penghasilan menjadi sangat berkurang dibandingkan sebelumnya. Selain itu terjadi pula perubahan fisik, beberapa orang mengalami sakit berkepanjangan dan butuh beraneka perawatan. Cucu yang telah dilahirkan anak mereka juga menjadikan pasangan sebagai nenek dan kakek, dan ini membedakan pula kondisi psikologis mereka. Meninggalnya pasangan menjadikan individu sebagai janda atau duda, dan ini adalah tantangan tersendiri.

Tahap-tahap ini terjadi pada sebagian besar keluarga. Apabila ada yang terlewat (contohnya tidak mengalami tahap 'Pasangan Baru' karena terlanjur hamil sebelum menikah), maka pasangan ini harus bekerja lebih keras untuk membuat pernikahannya bahagia. Dalam tiap tahap pun ada cara-cara yang berbeda untuk mengatasi permasalahan yang dialami. Jika pasangan lebih suka menyalahkan satu sama lain dibandingkan bekerja keras bersama, tentu saja yang didapatkan adalah masalah lebih besar, bukan kebahagiaan.

D. Pentingnya Konsep Siklus Keluarga

Siklus hidup keluarga dalam ilmu kependudukan dipandang penting, karena lima alasan pokok sebagai berikut:

1. Menunjukkan interaksi antara anggota keluarga. Peristiwa- peristiwa seperti kelahiran, kematian, dan

perubahan umur atau status anak, tidak hanya mempengaruhi individu-individu yang bersangkutan, tetapi juga anggota keluarga yang lain.

2. Memperjelas pengaruh yang kontinu dari peristiwa-peristiwa yang terjadi pada tahap-tahap awal siklus terhadap kehidupan keluarga sampai akhir siklus tersebut.
3. Menghilangkan konsepsi yang salah tentang keluarga, misalnya pandangan bahwa keluarga hanya melewati satu atau dua tahap tertentu saja.
4. Merupakan suatu ringkasan yang penting tentang pengaruh gabungan faktor-faktor fertilitas, mortalitas, nupsialitas dengan faktor-faktor ekonomi dan kebudayaan.
5. Dapat menjelaskan bermacam-macam variasi kegiatan sosial demografi dan sosial ekonomi.

E. Fertilitas Keluarga Berencana dan Siklus Hidup Keluarga

Fertilitas (*Fertility*) sebagai istilah demografi diartikan sebagai hasil reproduksi yang nyata dari seorang wanita atau sekelompok wanita. Dengan kata lain, fertilitas ini menyangkut banyaknya bayi yang lahir hidup. Fekunditas, sebaliknya, merupakan potensi fisik untuk melahirkan anak. Kedua hal ini berkaitan erat, dimana fekunditas merupakan modal awal dari seorang perempuan untuk mengalami fertilitas dalam hidupnya dan seorang yang telah mengalami fertilitas pasti fekunditasnya

baik.

Kelahiran dapat diartikan sebagai hasil reproduksi yang nyata dari seorang wanita atau kelompok wanita. Fertilitas merupakan taraf kelahiran penduduk yang sesungguhnya berdasarkan jumlah kelahiran yang terjadi. Pengertian ini digunakan untuk menunjukkan pertambahan jumlah penduduk. Fertilitas disebut juga dengan natalitas. Apakah ingin memiliki anak atau tidak dan penentuan waktu untuk hamil merupakan suatu keputusan keluarga yang sangat penting. Littlefield (1977) menekankan pentingnya pertimbangan semua rencana kehamilan keluarga ketika seseorang bekerja di bidang perawatan maternitas. Tipe perawatan kesehatan yang didapat keluarga sebagai sebuah unit selama masa prenatal sangat mempengaruhi kemampuan keluarga mengatasi perubahan-perubahan yang luar biasa dengan efektif setelah kehamilan bayi.

Usia antara 15-49 tahun merupakan usia subur bagi seseorang wanita karena pada rentang usia tersebut kemungkinan wanita melahirkan anak cukup besar. Salah satu cara untuk menekan laju penduduk adalah melalui program Keluarga Berencana (KB).

Fertilitas memiliki pengukuran, dimana angka fertilitas menurut golongan umur dimaksudkan untuk mengatasikelemahan angka kelahiran kasar karena tingkat kesuburan pada setiap golongan umur tidak sama hingga gambaran kelahiran menjadi lebih teliti. Perhitungan angka fertilitas menurut golongan umur biasanya dilakukan

dengan interval 5 tahun hingga bila wanita dianggap berusia subur terletak antara umur 15-49 tahun, akan diperoleh sebanyak 7 golongan umur. Dengan demikian dapat disusun menjadi distribusi frekuensi pada setiap golongan umur. Dari distribusi frekuensi tersebut, dapat diketahui pada golongan umur berapa yang mempunyai tingkat kesuburan tertinggi. Hal ini penting untuk menentukan prioritas program keluarga berencana.

KB dirumuskan sebagai upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui batas usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera. Menurut para ulama (di kutip dari media online BKKBN) KB di sini mempunyai arti sama dengan tanzim al nasl (pengaturan keturunan). Sejauh pengertiannya tanzim al nasl bukan tahdid al nasl (pembatasan keturunan) dalam arti pemandulan (taqim) dan aborsi (*isqath al-haml wa al ijhadl*) maka KB tidak dilarang. Meski secara teoritis telah banyak fatwa ulama yang membolehkan KB dalam arti tanzimal nasl tetapi tetap harus memperhatikan jenis dan cara kerja alat atau metode kontrasepsi yang akan digunakan untuk ber-KB.

Peserta keluarga berencana adalah pasangan usia subur dimana salah satu atau dua orang dari pasangan tersebut menggunakan salah satu atau alat kontrasepsi untuk tujuan pencegahan kehamilan, baik melalui program maupun non- program. Pasangan usia subur memiliki

batasan umur yang digunakan adalah 15–44 tahun dan bukan 15-49 tahun. Hal ini tidak berarti berbeda dengan perhitungan fertilitas yang menggunakan batasan 15-49 tahun, tetapi dalam kegiatan keluarga berencana mereka yang berada pada kelompok umur 44-49 tahun bukan merupakan sasaran keluarga berencana lagi. Hal ini dilatar belakangi oleh pemikiran bahwa mereka yang berada pada kelompok umur 44–49 tahun, kemungkinan untuk melahirkan lagi sudah sangat kecil.

F. Tahap Meninggalkan Rumah

Tahap meninggalkan rumah dan menjadi individu dewasa lajang. Dimulai dari anak sulung meninggalkan rumah sampai anak bungsu meninggalkan rumah (perkawinan biasanya dianggap meninggalkan rumah). Tahap ini tidak selalu terjadi di budaya kita, karena banyak orang dewasa memilih tinggal di rumah orangtuanya. Yang pasti, ketika sudah mulai kuliah, biasanya seseorang jadi jauh lebih mandiri dibandingkan usia sebelumnya. Yang cukup banyak terjadi di budaya kita adalah beberapa individu dewasa yang sudah memiliki penghasilan ikut membayar beberapa pengeluaran di rumah, sementara yang belum punya penghasilan membantu mengurus rumah. Kemandirian ini (mulai melepas pengaruh orangtua) penting lho dalam tahapan hidup berkeluarga. Justru mereka yang masih terlalu tergantung pada orangtuanya di tahap ini (misalnya masih terus mengharap dibayari oleh orangtua) seringkali mengalami masalah

dalam kehidupan berkeluarganya kelak.

1. Membedakan diri dengan keluarga asal dan mengembangkan hubungan sesame
2. Dewasa dengan orang tua
3. Membanting hubungan pertemanan yang intim
4. Memulai karir/pekerjaan

G. Model-model Ketenangan dan Siklus Keluarga

Tahap-tahap siklus hidup keluarga digambarkan ke dalam 2 model, yaitu:

1. Siklus hidup keluarga model tradisional

Siklus hidup keluarga model tradisional yaitu pergerakan tahap yang sebagian besar keluarga lewati, dimulai dari belum menikah (bujangan), menikah, pertumbuhan keluarga, penyusutan keluarga, dan diakhiri dengan putusnya unit dasar. Tahapan dari FLC model tradisional adalah:

- a. Tahap I: Bachelor; Pemuda/i single dewasa yang hidup berpisah dengan orang tua
- b. Tahap II: Honeymooners; Pasangan muda yang baru menikah.
- c. Tahap III: Parenthood; Pasangan yang sudah menikah setidaknya ada satu anak yang tinggal hidup bersama.
- d. Tahap IV: Postparenthood; Sebuah pasangan menikah yang sudah tua dimana tidak ada anak yang tinggal hidup bersama.

- e. Tahap V: Dissolution; Salah satu pasangan sudah meninggal.
2. Siklus hidup keluarga model non-traditional
- a. Family Household
 - 1) Childless Couples: pasangan yang memilih untuk tidak memiliki anak dikarenakan oleh pasangan tersebut lebih memilih pada pekerjaan.
 - 2) Pasangan yang menikah diumur diatas 30 tahun menikah terlalu lama dikarenakan karir dimana memutuskan untuk memiliki sedikit anak atau justru malah tidak memiliki anak.
 - 3) Pasangan yang memiliki anak di usia yang terlalu dewasa (didas 30 tahun).
 - 4) Single Parent I: single parent yang terjadi karena perceraian.
 - 5) Single Parent II: pria dan wanita muda yang mempunyai satu atau lebih anak diluar pernikahan.
 - 6) Single Parent III: seseorang yang mengadopsi satu atau lebih anak.
 - 7) Extended Family: seseorang yang kembali tinggal dengan orang tuanya untuk menghindari biaya yang dikeluarkan sendiri sambil menjalankan karirnya. Misalnya anak, atau cucu yang cerai kemudian kembali ke rumah orang tuanya.
 - b. Non-Family Household
 - 1) Pasangan tidak menikah

- 2) Perceraian tanpa anak
- 3) Single Person: orang yang menunda pernikahan atau bahkan memutuskan untuk tidak menikah
- 4) Janda atau duda

1. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Terdapat beberapa metode dalam kontrasepsi. Metode dalam kontrasepsi tidak ada satupun yang efektif secara menyeluruh. Meskipun begitu, beberapa metode dapat lebih efektif dibandingkan metode lainnya. Efektivitas metode kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian penggunaa dengan instruksi. Perbedaan keberhasilan metode juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkandung tidak konsisten) dan penggunaan sempurna (mengikuti semua instruksi dengan benar dan tepat) (Mulyani dan Mega, 2013).

2. Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi dapat dikelompokkan menjadi 4 macam, yakni:

a. Metode Kontrasepsi Sederhana Dan Alamiah

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Pengertian Metode Amenore Laktasi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan

pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.

Mal dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi bila :

- Menyusui secara penuh, lebih efektif bila menyusui 8x sehari
- Belum haid
- Umur bayi kurang dari 6 bulan

Mekanisme kerja :

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolactin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolactin meningkat dan hormone gonadotropin melepas hormone penghambat.

Indikasi :

Wanita yang menyusui secara eksklusif., Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan., Ibu belum mendapatkan haid setelah bersalin

Keuntungan

- Efektifitas tinggi

- Segera efektif
- Tidak mengganggu senggama
- Tidak ada efek samping
- Tidak perlu pengawasan medic
- Mendapatkan kekebalan pasif
- Sumber asuhan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bagi yang optimal
- Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau alat minum yang dipakai.
- Mengurangi perdarahan pascapersalinan
- Mengurangi risiko anemia, meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi (Kurnia Dewi,2013)

2) Metode Kalender

Pengertian

Metode Kalender (pantang berkala) merupakan metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi. Sistem kalender ini berdasarkan pada siklus haid atau menstruasi wanita.

Mekanisme Kerja

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala yaitu tidak

melakukan hubungan seksual pada masa subur istri. Menggunakan 3 patokan yaitu ovulasi (pembuahan) terjadi 14 hari sebelum haid yang akan datang, sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi dan ovum hidup 24 jam setelah ovulasi. Jadi apabila konsepsi ingin dicegah, hubungan seksual harus dihindari sekurang-kurangnya selama 3 hari yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi.

Keuntungan

- Lebih sederhana.
- Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat
- Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya.
- Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual
- Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- Tidak memerlukan biaya.
- Tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi.

Keterbatasan

- Memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri.
- Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya.
- Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat.
- Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur.
- Harus mengamati siklus mesntruasi minimal 6 (enam) kali siklus.
- Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat).
- Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain (Proverawati dkk,2010)

3) Metode Suhu Basal

Pengertian

Metode Suhu Basal Tubuh adalah metode yang diukur menjelang ovulasi suhu basal tubuh. Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih dari 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi daripada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal diukur setiap hari di

waktu pagi segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas.

Keuntungan

- Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan terhadap masa subur.
- Membantu wanita yang mengalami siklus tidak teratur.
- Membantu menunjukkan perubahan tubuh lain selain lendir serviks.
- Berada dalam kendali wanita.
- Dapat mencegah atau meningkatkan kehamilan.

Kerugian

- Membutuhkan motivasi.
- Perlu diajarkan oleh spesialis KB.
- Suhu tubuh dipengaruhi oleh beberapa faktor (sakit, kurang tidur, stress, alcohol, imunisasi, iklim).
- Bila suhu tidak diukur pada waktu yang sama menyebabkan ketidak akuratan suhu tubuh basal.
- Tidak mendeteksi permulaan masa subur sehingga sulit mencapai kehamilan.
- Butuh masa pantang panjang karena hanya mendeteksi masa pasca ovulasi

sehingga abstinum sudah harus dilakukan pra ovulasi (Sulistyawati,2011).

4) Metode Lendir Serviks

Pengertian

Metode Lendir Serviks merupakan metode pengecekan lendir atau disebut juga metode ovulasi (mucus atau billings). Metode ini dilakukan dengan mnegecek karakteristik lendir yang dikeluarkan oleh vagina. Rumus lendir masa subur: bening, basah, dan licin.

Cara menggunakan metode lendir serviks

- Bagi pengguna kontrasepsi ini pertama kali, maka dianjurkan untuk berpantang hubungan seksual sepanjang keseluruhan siklus menstruasi pertama.
- Pasangan jangan berhubungan intim selama menstruasi.
- Harus rajin mencatat setiap perubahan lendir pada bagan yang sesuai. Sebelum setiap miksi, vulva diusap dengan kertas toilet berwarna untuk memisahkan lendir.
- Mencatat hari menstruasi, hari kering dan hari lendir subur/mukus.
- Pada tanda pertama lendir, hubungan intim harus dihindari sampai malam ke-4

setelah puncak atau jangan berhubungan seks sampai 4 hari sesudah terakhir kalinya menemukan lendir bening,basah,licin.

- Jangan membasuh bagian dalam vagina kapan pun juga.
- Bila kesulitan menentukan kondisi lendir sesungguhnya ataupun infeksi di vagina, sebaiknya gunakan metode KB yang lain.

Keuntungan

- Dalam kendali wanita
- Memberikan kesempatan pada pasangan menyentuh tubuhnya.
- Meningkatkan kesadaran terhadap perubahan tubuhnya.

Keterbatasan

- Anda tidak memegang kendali dalam pengambilan keputusan tentang kapan berhubungan seks.
- Tanda-tanda kesuburan berubah-ubah dari bulan ke bulan.
- Setelah melahirkan atau keguguran.

5) Metode Syptomthermal

Pengertian

Metode Syptomthermal merupakan kombinasi antara bermacam metode KB Alamiah untuk menentukan masa subur/ovulasi yaitu melakukan dengan mengamati perubahan lendir dan perubahan suhu badan tubuh dengan perhitungan masa subur melalui metode kalender.

Keuntungan

- Tidak ada efek fisik.
- Aman dan Ekonomis
- Meningkatkan hubungan kerjasama antar pasangan.
- Dapat langsung dihentikan apabila pasangan menginginkan kehamilan.
- Tidak memerlukan tindak lanjut atau alat kontrasepsi lain setelah belajar metode simptoothermal yang benar

Keterbatasan

- Tidak cocok digunakan oleh wanita yang mempunyai bayi, berpenyakit, pasca perjalanan maupun konsumsi alcohol.

- Kurang efektif karena pengguna harus mengamati dan mencatat suhu basal tubuh maupun lendir serviks.
- Memerlukan kerjasama antara pasutri.
- Pengguna harus mendapatkan pelatihan/instruksi yang benar (Kurnia Dewi,2013).

6) Metode Barrier

a) Diafragma

Pengertian

Diafragma adalah salah satu jenis kontrasepsi, yang dirancang dan disesuaikan dengan vagina untuk menutupi serviks. Diafragma merupakan kap yang berbentuk bulat, cembung, terbuat dari karet (lateks) yang dapat dibengkokkan. **Jenis**

- Flat spring (lembar logam gepeng).
- Coil spring (kawat lengkung).
- Arching spring (pegas logam kombinasi).

Keuntungan

- Sangat efektif.
- Tidak mempengaruhi pemberian ASI.
- Tidak ada risiko berkaitan dengan metode

- Tidak ada efek samping sistemik.

Keterbatasan

- Pemeriksaan pelvik oleh tenaga medis terlatih
- Berkaitan dengan infeksi saluran kemih
- Harus tetap berada ditempatnya selama 6 jam setelah hubungan seksual.
- Harus tersedia sebelum melakukan hubungan seksual (Proverawati,2010).

b) Spermisida

Pengertian

Spermisida adalah bahan kimia (non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal dan krim.

Mekanisme kerja

Menyebabkan sel membrane sperma terpecah, menghambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

Indikasi

- Tambahan pada kondom, diafragma.
- Tambahan pada kontrasepsi hormonal pada saat awal dari siklus pertama/bila lupa minum 2 tablet.
- Fertilitas rendah yang telah bersedia menggunakan metode barrier.
- Senggama jarang.

Efek samping

- Iritasi vagina
- Iritasi penis dan tidak nyaman.
- Gangguan rasa panas di vagina.
- Kegagalan tablet tidak larut (Kurnia Dewi,2013).

c) Kondom

Pengertian

Kondom adalah selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual.

Mekanisme Kerja

- Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara

mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang penis.

- Mencegah penularan mikroorganisme (IMS dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain.

Indikasi

- Pria

penyakit genetalia, sensitivitas penis terhadap sekret vagina, ejakulasi dini.

- Wanita

vaginitis, kontraindikasi terhadap kontrasepsi oral dan IUD, untuk membuktikan bahwa tidak ada semen yang dilepaskan di dalam vagina, metode temporer.

Pasangan pria dan wanita

Pengendalian dari pihak pria lebih diutamakan, senggama yang jarang, penyakit kelamin, herpes genetalia/kondiloma akuminata, uteritis. Sistitis/dysuria, metode sementara sebelum menggunakan kontrasepsi oral atau IUD.

Keterbatasan

- Kondom rusak atau diperkirakan bocor.
- Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan.
- Adanya reaksi alergi
- Mengurangi kenikmatan seksual (Kurnia Dewi,2013).

b. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode hormonal. Metode ini bekerja dengan cara mengganggu produksi sel telur dan kesuburan rahim. Cara kerjanya dengan mencegah indung telur mengeluarkan sel-sel telur, mempersulit pembuahan, dan menjaga agar dinding rahim tidak mendukung terjadinya kehamilan yang tidak dikehendaki. Produksi sel telur yang sempurna tidak akan bisa dibuahi oleh sperma, dan rahim yang tidak subur mustahil bisa menerima calon bayi yang akan menempel pada dinding rahim sehingga tidak terjadi kehamilan.

1) Pil KB

Pil KB memberikan keuntungan yaitu tetap membuat menstruasi teratur, mengurangi kram atau sakit saat menstruasi. Kesuburan juga dapat kembali

pulih dengan cara menghentikan pemakaian pil ini. Cara kerja pil KB adalah dengan mencegah pelepasan sel telur. Pil ini mempunyai keberhasilan yang tinggi (99%) bila digunakan dengan tepat dan secara teratur.

Jenis-jenis pil KB yang biasa digunakan yaitu:

a) Pil Kombinasi

Pengertian

Pil Kombinasi atau *combination oral contraceptive pil* adalah pil KB yang mengandung kombinasi derivat estrogen (cth : etinil estradiol) dan derivat progestin (contoh: levonorgestrol) dalam dosis kecil.

Pil KB kombinasi mengandung hormon aktif dan hormon tidak aktif, termasuk:

- *Conventional Pack*

Paket konvensional biasanya berisi 21 pil dengan hormone aktif dan 7 pil dengan hormone tidak aktif atau 24 pil aktif dan empat pil tidak aktif. Haid terjadi setiap bulan selama seminggu ketika minum pil pada hari ke 4-7 dari pil terakhir yang tidak aktif.\

- *Continuous Doxing or Extended Cycle*

Merupakan pil kombinasi yang berisi 84 pil dengan hormone aktif dan 7 pil dengan hormone tidak aktif. haid terjadi setiap empat kali setahun selama seminggu ketika minum pil pada hari ke 4-7 dari pil terakhir yang tidak aktif. Tersedia juga pil KB yang mengandung 28 pil dengan hormone aktif yang dapat mencegah haid (Proverawati,2010).

Mekanisme Kerja

- Menekan ovulasi
- Mencegah implantasi
- Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma
- Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur menjadi tidak optimal (Kurnia Dewi,2013).

Keuntungan

- Resiko terhadap kesehatan kecil.
- Memiliki efektifitas tinggi, apabila di minum secara teratur.
- Tidak mengganggu hubungan seksual.
- Siklus haid teratur
- Dapat mengurangi kejadian anemia.

- Dapat mengurangi ketegangan sebelum menstruasi (pre menstrual tension)
- Dapat digunakan dalam jangka panjang
- Mudah dihentikan setiap waktu
- Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.
- Dapat digunakan pada usia remaja sampai memopause.
- Membantu mengurangi kejadian kehamilan ektopik, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorea dan jerawat.

Keterbatasan

- Tidak mencegah penyakit menular seksual termasuk Hepatitis B maupun HIV/AIDS.
- Pengguna harus minum pil setiap hari.
- Tidak boleh digunakan pada wanita menyusui.
- Repot, karena harus rutin mengkonsumsi setiap hari (Proverawati,2010).

b) Mini pil

Pengertian

Minipil merupakan tablet yang hanya mengandung progestin saja (contoh: noretindron, norgestrol, atau linestrenol) dalam dosis rendah. Oleh karena itu mini pil cocok untuk ibu menyusui karena tidak mengandung derivat estrogen sehingga tidak mempengaruhi produksi ASI.

Jenis mini pil, yaitu :

- Mini pil dalam kemasan dengan isi 28 pil. Pil ini mengandung 75 mikrogram desogestrel.
- Mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil. Pil ini mengandung 300 mikrogram levonogestrel atau 350 mikrogram noretindrom (Kurnia Dewi, 2013).

Keuntungan

- Sangat efektif bila digunakan secara benar
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Tidak mempengaruhi ASI
- Kesuburan cepat kembali

- Nyaman dan mudah digunakan
- Sedikit efek samping
- Dapat dihentikan setiap saat.
- Tidak mengandung estrogen

Keterbatasan

- Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- Mual, terutama pada tiga bulan pertama.
- Perdarahan bercak selama 3 bulan pertama
- Pusing
- Nyeri payudara
(Sulistyawati,2011).

c) Suntik Kb

Pengertian

Jenis kontrasepsi yang pada dasarnya mempunyai cara kerja seperti pil. Suntikan juga mengurangi resiko lupa minum pil dan dapat bekerja selama 3 bulan (Proverawai,2010).

Jenis

Tersedia dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu sebagai berikut:

- a.** Depomendroksiprogesteron asetat (DMPA) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara disuntik intramuscular (di daerah bokong).
- b.** Depo noretisteron enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg noretindrom enantat, diberikan setiap dua bulan dengan cara intramuskular (Sulistyawati,2011).

Keuntungan

- Sangat efektif
- Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan oembekuan darah.
- Tidak memiliki pengaruh ASI

- Sedikit efek samping
- Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai primenopause.
- Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- Menurunkan kejadian penyakit jinak kanker payudara.
- Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

Keterbatasan

- Sering ditemukan gangguan haid seperti : siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting), tidak haid sama sekali.
- Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).

- Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
- Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- Tidak menjamin perlindungan terhadap infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
- Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).
- Pada pengguna jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang),

sakit kepala, nervositas dan jerawat.

c. Metode Kontrasepsi Mantap

1) MOW/Metode Operatif Wanita

/ Tubektomi

Pengertian

MOW merupakan metode kontrasepsi dengan cara melakukan operasi (mengikat atau memotong) kedua saluran indung telur, tubektomi merupakan kontrasepsi yang efektif dan berlangsung seumur hidup.

Mekanisme Kerja

Dengan mengikat dan memotong saluran indung telur, sel telur yang dilepas indung telur tidak dapat bergerak ke saluran indung telur sehingga tidak dapat bertemu dengan sel sperma.

Kelebihan

- Tidak mempengaruhi kemampuan seksual perempuan.
- Tidak mengurangi kenikmatan seksual.
- Memiliki potensi kecil untuk kembali mendapatkan anak dengan jalan operasi yang sangat rumit dan mahal namun hasilnya belum positif.

- Waktu operasi sangat sebentar dan prosesnya cukup gampang.
- Dapat dilakukan dengan anesthesia lokal sebagai prosedur rawat jalan.
- Masa reproduktif perempuan terbatas sehingga penyesalannya tidak terlalu mendalam.

Kekurangan

- Sebelum melakukan tubektomi perlu pertimbangan yang matang karena bersifat permanen kecuali dilakukan rekanalisasi
- Tidak melindungi diri dari IMS termasuk HIV/AIDS
- Setelah tindakan Tubektomi harus beristirahat selama 2-3 hari dan tidak mengangkat beban berat selama 1 minggu (Ferlita dkk, 2018).

2) MOP/Metode Operasi Pria/Vasektomi

Pengertian

MOP/vasektomi merupakan metode sterilisasi atau operasi pada laki-laki. Vasektomi dilakukan dengan cara pemotongan atau penyumbatan vas deferens dari kantongnya (zakam) ke penis untuk mencegah lewatnya sperma.

Cara kerja

Saluran sperma yang diikat/dipotong menyebabkan cairan mani yang keluar tidak mengandung sperma.

Kelebihan

- Tidak mengurangi kenikmatan seksual sewaktu berhubungan badan.
- Tidak menyebabkan lelaki impoten.
- Masih bisa mengeluarkan air mani.
- Air mani tidak mengandung sperma.
- Waktu operasi sangat sebentar dan prosesnya cukup gampang.
- Dapat dilakukan dengan anesthesia local sebagai prosedur rawat jalan.

Kekurangan

- Setelah operasi selama sebanyak minimal 20 ejakulasi harus memakai alat kontrasepsi yang lainnya (misalnya kondom), karena dalam ejakulasi tersebut masih terdapat air mani.
- Tidak melindungi dari HIV/AIDS atau penyakit menular lainnya.
- Metode ini hampir permanen sehingga sulit untuk dipulihkan.

- Kadang rasa penyelesaiannya lebih besar daripada perempuan karena timbul keinginan untuk memiliki anak lagi dan karena masa kesempatan laki-laki untuk mendapatkan anak sebenarnya sangat panjang (Uliyah,2010).

d. Metode Kontrasepsi Darurat

Pengertian

Metode Kontrasepsi Darurat merupakan kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan bila digunakan setelah hubungan seksual yang tidak terlindung dengan alat kontrasepsi.

Jenis kontrasepsi darurat

- Mekanik

AKDR Tembaga : ML, NT, CuT.

- Medik

Pil KB, progestin, estrogen, mifepristone, danazol

Indikasi

- Indikasi kondar (kontrasepsi darurat) untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
- Salah pakai kontrasepsi (kondom bocor, diafragma lepas, gagal senggama terputus, salah hitung, IUD eksplusi, lupa pil KB, terlambat suntik KB).

- Pemerksaan.
- Tidak pakai KB.

Jenis dan pemberian

- AKDR : CuT, Multiload, Nova-T.
 - Indikasi → senggama 7 hari terakhir (tanpa KB, KB salah, diperkosa).
 - Cara kerja → mencegah infertilitas, mencegah implantasi.
 - Bila dalam 21 hari tidak haid → tes kehamilan.
- Pil Kombinasi : Microgynon 50 Ovril, neogynon, nordiol dan eugynon
 - Indikasi → senggama 7 hari terakhir (tanpa KB, KB salah, diperkosa).
 - Cara → 2X4 : segera minum 4 tablet, 12 jam kemudian 4 tablet lagi.
 - Cara Kerja → merubah endometrium, mencegah ovulasi dan mengganggu tuba.
 - Bila dalam 21 hari tidak haid → tes kehamilan.

Efek samping

Nausea dan muntah, terjadi dalam 2 jam sesudah penggunaan pil pertama atau kedua perlu diberikan dosis ulang, Pusing, Lesu dan Spoting

- Morning after IUD Insertion
 - CuT atau Cu-7 mungkin merupakan pilihan utama sebagai metode kontrasepsi setelah berhubungan.
 - Inseri IUD post coital (pasca berhubungan) harus dilakukan dalam jangka waktu 5-7 hari setelah senggama yang tidak terlindungi.

Mekanisme kerja IUD post Coital

- Mencegah implantasi dari ovum yang telah dibuahi

Metode ini tidak boleh digunakan pada :

- Nulligravida
- Wanita yang partner seksualnya banyak.
- Wanita yang mengalami kejahatan seksual.
- Wanita dengan riwayat Pelvic Inflammatory Disease (PID)

Keterbatasan

- Pil kombinasi hanya efektif digunakan dalam 72 jam pasca senggama.
- Pil kombinasi dapat menyebabkan muntah atau nyeri dada.
- AKDR hanya efektif jika dipasang dalam 7 hari pascasenggama.

- AKDR harus dipasang oleh tenaga terlatih jangan digunakan pada klien yang terpapar dengan risiko PMS.

3. Jenis Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Pengertian AKDR

AKDR adalah Kontrasepsi yang dipasang di dalam rahim, sangat efektif dan aman, ukurannya kecil, terbuat dari plastik lentur, berbentuk huruf T, diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga. Dipasang oleh petugas medis yang terlatih pada rahim wanita melalui vagina dan leher rahim, memberikan perlindungan jangka panjang terhadap kehamilan hingga 8 tahun dan tidak mengandung hormone (Ferlita dkk, 2018).

Jenis AKDR

AKDR Non-hormonal

Pada saat ini AKDR telah memasukigenerasi ke-4. Karena itu berpuluh-puluh macam AKDR telah dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra dan logam sampai generasi plastic (polietilen) baik yang ditambah obat maupun tidak.

Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi 2:

- Bentuk terbuka (oven device)
Misalnya: LippesLoop, CUT,Cu-7,Marguiles, SpringCoil, Multiload,Nova-T
- Bentuk tertutup (closed device)
Misalnya: Ota-Ring, Atigon,dan Graten Berg Ring.

Menurut Tambahan atau Metal

- Medicated IUD
Misalnya: Cu T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), Cu T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu T 380 A (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun) Pada jenis Medicated IUD angka yang tertera dibelakang IUD menunjukkan luasnya kawat halus tembaga yang ditambahkan, misalnya Cu T 220 berarti tembaga adalah 200 mm².
- Un Medicated IUD
Misalnya: Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon.
Cara insersi lippes loop : Push Out
Lippes Loop dapat dibiarkan in-utero selamanya sampai menopause, sepanjang tidak ada keluhan dan atau persoalan bagi akseptornya. IUD yang banyak dipakai di

Indonesia dewasa ini dari jenis Un Medicated yaitu Lippes Loop dan yang dari jenis Medicated Cu T, Cu-7, Multiload dan Nova-T.

Mekanisme Kerja

Sampai sekarang belum ada orang yakin bagaimana mekanisme kerja AKDR dalam mencegah kehamilan. Ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang menimbulkan radang setempat, dengan sebutan leukosit yang dapat melarutkan blastosis atau sperma. Mekanisme kerja AKDR dililiti kawat tembaga mungkin berbeda. Tembaga dalam konsentrasi kecil yang dikeluarkan ke dalam rongga uterus selain menimbulkan reaksi radang seperti pada AKDR biasa, juga menghambat khasiat anhydrase karbon dan fosfatase alkali. AKDR yang mengeluarkan hormone juga menebalkan lendir serviks sehingga menghalangi sperma (Sulistiyawati, 2012).

b. Implan

Pengertian Implan

Salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas (Handayani,2010).

Jenis Implan

- Norplant. Terdiri atas enam batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonogestrel. Lama kerjanya lima tahun.
- Implanon. Terdiri atas satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya tiga tahun.
- Jadena dan Indoplant. Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonogestrel dengan lama kerja tiga tahun (Sulistiyawati, 2012).

Mekanisme Kerja

- Lendir serviks menjadi kental
- Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- Mengurangi transportasi sperma
- Menekan ovulasi (Anggraini & Martini, 2012)

Keuntungan

Keuntungan dari segi kontrasepsi.

- Daya guna tinggi
- Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun)

- Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- Bebas dari pengaruh estrogen
- Tidak mengganggu aktivitas seksual
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan.
- Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan

Keuntungan dari segi nonkontrasepsi.

- Mengurangi nyeri haid.
- Mengurangi jumlah darah haid.
- Mengurangi/memperbaiki anemia.
- Melindungi terjadinya kanker endometrium.
- Menurunkan angka tumor jinak payudara.
- Mengurangi angka kejadian endometriosis (Sulistiyawati, 2012).

Kerugian

- Tidak memberikan efek protektif terhadap Penyakit Menular Seksual, termasuk AIDS
- Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
- Akseptor tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai keinginan,

akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.

- Dapat mempengaruhi penurunan maupun kenaikan berat badan.
- Memiliki semua resiko sebagai layaknya setiap tindak bedah minor (infeksi, hematoma, dan perdarahan).
- Secara kosmetik susuk Norplant dapat terlihat dari luar
- Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan terjadinya perubahan pola dasar haid :
Perdarahan bercak (Spotting), atau ketidakteraturan daur, Hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid (lazimnya berkurang dengan sendirinya setelah bulan pertama masa penggunaan)
- Pada wanita yang pernah mengalami kista ovarium, maka penggunaan susuk Norplant tidak memberikan jaminan
- pencegahan terbentuknya kembali kista ovarium dikemudian hari.

c. Tubektomi/Metode Operatif Wanita

Pengertian Tubektomi

Tubektomi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi. Kontrasepsi ini untuk

jangka panjang dan sering disebut sterilisasi (Handayani, 2010).

Faktor yang paling penting dalam pelaksanaan sterilisasi adalah kesukarelaan dari akseptor. Sterilisasi sebaiknya tidak dilakukan kepada wanita yang belum/tidak menikah, pasangan yang tidak harmonis atau hubungan perkawinan yang sewaktu-waktu terancam perceraian, dan pasangan yang masih ragu menerima sterilisasi. Keputusan untuk sterilisasi adalah jumlah anak dan usia istri.

Indikasi Tubektomi dikenal dengan istilah keputusan 100 (umur ibu x banyak anak = 100), dengan ketentuan:

- a. Umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup
- b. Umur 30 tahun dengan 3 anak hidup
- c. Umur 35 tahun dengan 2 anak hidup

Misalnya, seorang wanita telah berusia 35 tahun dan telah memiliki tiga anak. Lalu data tersebut diformulasikan, dengan mengalikan 35 dengan 3, sehingga berjumlah 105. Hasil ini dapat diartikan sebagai kondisi aman. Untuk itu jika ingin menjalani kontrasepsi jenis ini, maka sebaiknya usia anak bungsu telah melewati masa balita (Proverawati, 2010).

Mekanisme Kerja

Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Biran Afandi dkk, 2011)

Keuntungan

- Penggunaannya sangat efektif, yaitu 0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan
- Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)
- Tidak bergantung pada faktor senggama
- Baik bagi klien bila kehamilan menjadi resiko kehamilan yang serius
- Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi local
- Tidak ada efek samping dalam jangka waktu yang panjang
- Tidak ada perubahan dalam (Proverawati, 2010).

Kerugian

- Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi
- Klien dapat menyesal dikemudian hari

- Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)
- Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
- Tidak melindungi dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

d. Vasektomi/Metode Operatif Pria

Pengertian Vasektomi

Vasektomi atau Kontrasepsi Mantap Pria merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum (Hartono,2010).

Prinsipnya sama dengan tubektomi pada perempuan, yaitu menutup saluran bibit laki-laki (vas deferens) dengan melakukan operasi kecil pada kantong zakar sebelah kanan dan kiri. Operasi ini tergolong ringan, bahkan lebih ringan dari khitan (sunat) dan bisa dilakukan tanpa pisau. Seperti jugapada perempuan, sperma yang tidak keluar akan menangani operasi akan memeriksa secara teliti kondisi kesehatan yang bersangkutan. Operasi bisa dilakukan kapan saja

dan hanya dokter yang benar-benar terlatih menangani masalah ini (Meilani,2010).

Cara Kerja

Saluran vas deferens yang berfungsi mengangkut sperma dan diikat, sehingga aliran sperma dihambat tanpa mempengaruhi jumlah cairan semen. Jumlah sperma hanya 5% dari cairan ejakulasi. Cairan semen diproduksi dalam vesika seminalis dan prostat sehingga tidak akan terganggu oleh vasektomi (Anggraini dan Martini,2012).

Kelebihan

- Teknik operasi kecil yang sederhana dapat dikerjakan kapan saja.
- Komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan.
- Vasektomi akan mengalami klimakterium dalam suasana alami.
- Baik yang dilakukan pada laki-laki yang tidak ingin punya anak.
- Vasektomi lebih murah dan lebih sedikit komplikasi dari sterilisasi tubulus.
- Tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual (Mulyani dan Mega, 2013).

Kekurangan

- Diperlukan suatu tindakan operatif.
- Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.
- Kontap-pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens, dikeluarkan.
- Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria (Hartanto, 2010).

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi dalam Memilih Kontrasepsi

Menurut Hartanto (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi dalam memilih metode kontrasepsi adalah:

- a. Faktor Pasangan (Motivasi Dan Rehabilitas)
 - 1) Usia
 - 2) Gaya Hidup
 - 3) Frekuensi senggama
 - 4) Jumlah keluarga yang diinginkan
 - 5) Pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu
 - 6) Sikap kewanitaan

- 7) Sikap kepriaan
- b. Faktor Kesehatan (Kontraindikasi Absolut Atau Relatif)
 - 1) Status kesehatan
 - 2) Riwayat haid
 - 3) Riwayat keluarga
 - 4) Pemeriksaan fisik
 - 5) Pemeriksaan panggul
 - c. Faktor Metode Kontrasepsi (Penerimaan dan Pemakaian Berkesinambungan)
 - 1) Efektivitas
 - 2) Efek samping minor
 - 3) Kerugian
 - 4) Komplikasi-komplikasi yang potensial
 - 5) Biaya

Sedangkan menurut Menurut Lawrence Green (1980) yang dikutip dari Notoatmodjo (2010), perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu:

- a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan. Misalnya perilaku ibu untuk memeriksakan kehamilannya akan dipermudah apabila ibu tersebut tahu apa manfaat periksa hamil, tahu siapa dan di mana periksa hamil tersebut dilakukan. Demikian pula,

perilaku tersebut akan dipermudah bila ibu yang bersangkutan mempunyai sikap yang positif terhadap pemeriksaan hamil. Di samping itu, kepercayaan, keyakinan, nilai, tradisi, usia, ekonomi, jumlah anak, tingkat pendidikan dan efek samping penggunaan KB juga menjadi mempermudah (positif) atau mempersulit (negatif) terjadinya perilaku penggunaan alat kontrasepsi di masyarakat.

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Misalnya, untuk terjadinya perilaku ibu pemeriksaan hamil, maka diperlukan bidan atau dokter, fasilitas pemeriksaan hamil seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, Posyandu dan sebagainya. Agar seseorang atau masyarakat mau menggunakan alat kontrasepsi, harus tersedia sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan serta pelayanan KB yang optimal. Pengetahuan dan sikap saja belum menjamin terjadinya perilaku, maka masih diperlukan sarana atau fasilitas untuk memungkinkan atau mendukung perilaku tersebut. Dari segi kesehatan masyarakat, agar masyarakat mempunyai perilaku sehat harus

terakses (terjangkau) sarana dan prasarana atau fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Pengetahuan, sikap dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Sering terjadi, bahwa masyarakat sudah tahu bahwa ia harus menjarangkan kehamilannya, tetapi ia tidak menggunakan KB karena alasan yang sederhana, yaitu istri Tokoh Masyarakat (Kiai, Ketua RT) belum menggunakan KB. Dari contoh ini jelas terlihat bahwa tokoh masyarakat dan tokoh adat merupakan faktor penguat (*reinforcing*) bagi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Di samping tokoh masyarakat, peraturan, Undang-Undang, tenaga kesehatan, surat-surat keputusan dari pejabat pemerintah pusat ataupun daerah, perilaku tenaga kesehatan serta partisipasi suami juga menjadi faktor penguat kenapa seseorang mau menggunakan KB

A. Konsep Pasangan Usia Subur (PUS)

1. Pengertian PUS

Pasangan Usia Subur adalah pasangan suami istri yang istrinya berumur antara 15 sampai dengan 49 tahun atau pasangan suami istri yang istri berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau

istri berumur lebih dari 50 tahun, tetapi masih haid (Kurniawati, 2014). PUS yang menjadi peserta KB adalah pasangan usia subur yang suami/istrinya sedang memakai atau menggunakan salah satu alat atau cara kontrasepsi modern pada tahun pelaksanaan pendataan keluarga (BKKBN,2011). PUS merupakan sasaran utama program KB sehingga perlu diketahui bahwa:

- Hubungan antara persalinan dengan risiko ibu-anak paling aman pada persalinan kedua atau anak kedua dan ketiga.
- Jarak kehamilan 2-4 tahun, adalah jarak yang paling aman bagi kesehatan ibu-anak.
- Umur melahirkan antara 20-30 tahun, adalah umur yang paling aman bagi kesehatan ibu-anak.
- Masa reproduksi (kesuburan) dibagi menjadi 3 yaitu: masa menunda kehamilan/kesuburan (sampai usia 20 tahun), masa mengatur kesuburan/menjarangkan (usia 20-30 tahun), masa mengakhiri kesuburan/tidak hamil lagi (diatas usia 30 tahun). Masa reproduksi (kesuburan) ini merupakan dasar dalam pola penggunaan kontrasepsi rasional.

1. Umur

Menurut (Musu,2012), umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Umur dipandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan dan perkembangan seseorang. Kematangan individu dapat dilihat langsung secara objektif dengan periode umur, sehingga berbagai proses pengalaman, pengetahuan, keterampilan, kemandirian, terkait sejalan dengan bertambahnya umur individu.

Menurut (kusumaningrum, 2009), umur dalam hubungannya dengan pemakaian Keluarga Berencana (KB) berperan sebagai faktor *instrinsik*. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi faliah komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal seorang wanita. Perbedaan fungsi faaliah, komposisi biokimiawi dan sistem hormonal pada suatu periode umur menyebabkan perbedaan pada kontrasepsi yang dibutuhkan.

Masa reproduksi umur menyebabkan perbedaan pada kontrasepsi yang dibutuhkan.

Masa reproduksi (kesuburan) dibagi menjadi 3, yaitu :

- a. Masa menunda kehamilan (kesuburan)
- b. Masa mengatur kesuburan (menjarangkan)
- c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi).

Masa reproduksi (kesuburan) ini merupakan dasar dalam pola penggunaan kontrasepsi rasional.

a. Masa Menunda Kehamilan

Sebaiknya istri menunda kehamilan pertama sampai umur 20 tahun.

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- 1) Kembalinya kesuburan yang tinggi . artinya kembalinya kesuburan dapat dijamin 100%. Ini penting karena akseptor belum mempunyai anak.
- 2) Efektifitas yang tinggi. Hal ini penting karena kegagalan akan menyebabkan tujuan KB tidak tercapai.

Prioritas kontrasepsi yang sesuai : Pil, AKDR, Cara sederhana (kondom, spermisida).

b. Masa Mengatur Kesuburan

Umur melahirkan terbaik bagi istri adalah umur 20-30 tahun

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- 1) Kembalinya kesuburan (reversibilitas) cukup.
- 2) Efektifitas cukup tinggi.

- 3) Dapat dipakai 2-4 tahun, sesuai dengan jarak kehamilan yang aman untuk ibu dan anak.
- 4) Tidak menghambat produksi air susu ibu (ASI). Ini penting karena ASI adalah makanann terbaik bagi bayi sampai umur 2 tahun. Penggunaan ASI mempengaruhi angka kesakitan bayi/anak.

Prioritas kontrasepsi yang sesuai:

AKDR, Suntikan, Mini pil, Pil, Cara Sederhana, Implan/AKBK, Kontap (jika umur sekitar 30 tahun).

c. Masa Mengakhiri Kesuburan

Pada umumnya setelah keluarga mempunyai 2 anak dan umur istri telah melebihi 30 tahun, sebaiknya tidak hamil lagi.

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai :

- 1) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadi kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Selain itu akseptor sudah tidak ingin mempunyai anak lagi.
- 2) Dapat dipakai untuk jangka panjang.
- 3) Tidak menambah kelainan/penyakit yang sudah ada. Pada masa umur tua kelaian seperti penyakit jantung, darah tinggi dan metabolic meningkat. Oleh karena itu, sebaiknya tidak memberikan

obat/kontrasepsi yang menambah kelainan/penyakit tersebut.

Prioritas kontrasepsi yang sesuai : Kontap, AKDR, Implan, Suntikan, Mini Pil, Pil, Cara Sederhana.

Penelitian yang dilakukan oleh Luky Trianto dan Diah Indriani (2018) dengan judul faktor yang mempengaruhi penggunaan jenis metode kontrasepsi jangka panjang (mkjp) pada wanita menikah usia subur di provinsi jawa timur, mengemukakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemilihan kontrasepsi ($p=0,000$). Asumsi peneliti dalam penelitian ini dari 171 orang responden .WUS dengan umur (kurang dari 30) tahun yang menggunakan MKJP sebanyak 30 orang dan WUS yang menggunakan metode MKJP yang banyak dipilih adalah metode implan sebesar 56,7%. Sedangkan WUS dengan umur (lebih dari 30) tahun yang menggunakan MKJP sebanyak 141 orang dan WUS yang menggunakan MKJP yang banyak dipilih adalah metode kontrasepsi IUD sebesar 42,6%. Hal ini menunjukkan bahwa, semakin bertambah usia, pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan menjadi lebih lama.

2. Jumlah Anak (Paritas)

Paritas adalah jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik mampu bertahan hidup. Titik ini dicapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram. Suatu peningkatan pada paritas seorang wanita dicapai hanya jika kehamilan menghasilkan janin yang mampu bertahan hidup (Varney, 2007).

Primipara adalah wanita yang pernah hamil sekali dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Primigravida yaitu wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua kehamilan atau lebih dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Seorang wanita yang kehamilannya tidak mencapai titik bertahan hidup disebut nulipara (Varney, 2007).

Anak adalah harapan atau cita-cita dari sebuah perkawinan. Berapa jumlah yang diinginkan, tergantung dari keluarga itu sendiri. Apakah satu, dua, tiga dan seterusnya. Dengan demikian keputusan untuk memiliki sejumlah anak adalah sebuah pilihan, yang mana pilihan tersebut dipengaruhi oleh nilai yang dianggap sebagai satu harapan atau setiap keinginan yang dipilih oleh orang tua.

Program KB selain upaya untuk mewujudkan keluarga berkualitas melalui promosi, perlindungan dan bantuan dalam mewujudkan hak-hak reproduksi juga untuk penyelenggaraan pelayanan, pengaturan, dan dukungan yang diperlukan untuk membentuk keluarga dengan usia kawin yang ideal, mengatur jumlah, jarak dan usia ideal melahirkan anak.

Dalam merencanakan jumlah anak dalam keluarga, suami dan istri perlu mempertimbangkan aspek kesehatan dan kemampuan untuk memberikan pendidikan dan kehidupan yang layak.

Dalam hal ini suami perlu mengetahui apa yang dimaksud dengan 4 terlalu yaitu :

- a. Terlalu muda untuk hamil / melahirkan (<18 tahun)
- b. Terlalu tua untuk melahirkan (> 34 tahun)
- c. Terlalu sering melahirkan (> 3 kali)
- d. Terlalu dekat jarak antara kehamilan sebelumnya dengan kehamilan berikutnya (< 2 tahun)

Merencanakan jumlah anak dalam keluarga dapat dilakukan dengan memperhatikan usia reproduksi istri.

Penelitian yang dilakukan oleh Yocki Yuanti dan Maesaroh (2019) dengan judul faktor yang mempengaruhi penggunaan jenis metode kontrasepsi jangka panjang (mkjp) pada wanita

menikah usia subur di provinsi jawa timur, mengemukakan ada hubungan bermakna pada tiap kelompok usia dengan pemakaian MKJP. Pada penelitian ini diperoleh nilai $p=0.002$, dan $OR=6.758$ yang artinya PUS dengan paritas berisiko berpeluang 6,7 kali lebih besar untuk memilih MKJP dibandingkan PUS dengan paritas tidak berisiko.

3. Tingkat Pendidikan

Menurut Undang-Undang RI nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional menyatakan bahwa jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Serta pasal 19 ayat 1 menyebutkan bahwa pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis dan doktor yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi. Pada umumnya, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya.

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan

rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap objek tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Asivah Noor Rachmayani (2015) dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penggunaan kontrasepsi pada wanita usia subur di Sumatera Utara, mengemukakan bahwa sebagian besar penggunaan alat kontrasepsi pada WUS di Sumatera Utara pada tahun 2008 – 2012 yaitu mereka yang tingkat pendidikannya menengah yaitu sebesar 80,1%, sedangkan WUS dengan pendidikan tidak sekolah lebih sedikit yang menggunakan alat kontrasepsi yaitu sebesar 58,8%.

Bedasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai p -value = 0,010 sehingga dapat diartikan bahwa pada tingkat kemaknaan 5% terdapat hubungan yang bermakna signifikan antara pendidikan dengan perilaku penggunaan kontrasepsi pada WUS di Sumatera Utara. Sedangkan berdasarkan perhitungan risk estimate diperoleh OR 0,651 (0,229 – 1,848), yang artinya WUS yang tingkat pendidikannya tidak sekolah berpeluang 0,651 kali menggunakan

kontrasepsi dibandingkan dengan WUS yang tingkat pendidikannya tinggi. WUS yang tingkat pendidikannya menengah berpeluang 1,829 menggunakan kontrasepsi dibandingkan dengan WUS yang tingkat pendidikannya tinggi.

4. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu seseorang dan terjadi setelah orang tersebut melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*Over Behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, biasanya pengetahuan seseorang diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan memiliki enam tingkatan yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami disini maksudnya tidak hanya sekedar tahu tetapi dapat menginterpretasikan secara benar terhadap objek tertentu.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi dapat diartikan seseorang yang dapat memahami suatu objek tertentu dan mampu mengaplikasikannya objek tersebut.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi terhadap suatu objek.

Hasil penelitian Yocki Yuanti dan Maesaroh (2019) dengan judul faktor yang mempengaruhi penggunaan jenis metode kontrasepsi jangka panjang (mkjp) pada wanita menikah usia subur di provinsi jawa timur, menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan pemilihan alat kontrasepsi didapatkan nilai $p=0.005$ yang artinya ada hubungan

pengetahuan dengan pemilihan alat kontrasepsi, dan nilai OR=4.435 yang berarti PUS yang berpengetahuan baik memiliki peluang 4x lebih besar memilih alat kontrasepsi MKJP dibandingkan dengan pengetahuan rendah.

Menurut WHO dalam Kusuningrum (2009) pengetahuan seseorang berasal dari pengalaman yang berasal dari berbagai sumber, misalnya pendidikan, media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan tersebut. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

5. Sikap

Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Sikap juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Alport dalam Notoatmodjo (2010), menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu :

- 1) Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)
Komponen-komponen tersebut secara bersama membentuk suatu sikap yang utuh (*total attitude*). Penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

- 1) Menerima (*receiving*), artinya seseorang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- 2) Merespon (*responding*) artinya usaha untuk menjawab dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
- 3) Menghargai (*valuing*), artinya seseorang memberikan nilai positif terhadap stimulus dan mengajak atau mempengaruhi orang lain dalam merespon.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*) atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Menurut penelitian oleh Sri Setiasih (2013) dengan judul analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan metode kontrasepsi jangka panjang (mkjp) pada wanita usia subur

(wus) di kabupaten kendal, bahwa Responden yang memiliki sikap baik dan memilih MKJP Non Hormonal persentasenya lebih besar (55,69%) daripada responden yang memiliki sikap kurang dan memilih MKJP Non Hormonal (9,01%). Responden yang memiliki sikap baik dan memilih Selain MKJP Non Hormonal sebesar 44,31% dibandingkan responden yang memiliki sikap kurang dan memilih Selain MKJP Non Hormonal sebesar 90.99%. Hasil uji chi square memperoleh nilai $p=0,027$, sehingga ada hubungan antara sikap dengan pemilihan MKJP Non Hormonal. Setelah diuji regresi logistik ganda, untuk sikap responden didapatkan nilai OR 2,041 artinya adalah responden dengan sikap baik tentang MKJP mempunyai kemungkinan memilih MKJP Non Hormonal sebesar 2,041 kali dibandingkan dengan responden yang mempunyai sikap kurang baik.

6. Dukungan Pasangan

Dalam persyaratan penggunaan metode kontrasepsi telah dijelaskan bahwa dalam penggunaan metode kontrasepsi harus dapat diterima bukan hanya oleh klien tetapi juga pasangan dan lingkungan budaya di masyarakat. Permasalahanyang ada dalam kontrasepsi yaitu

apabila mendengar kata kontrasepsi identik dengan perempuan sebagai penggunaanya (Dewi, 2013).

Dukungan suami merupakan dorongan terhadap ibu secara moral maupun material, dimana dukungan suami mempengaruhi ibu untuk menjadi akseptor KB. Adapun dukungan suami meliputi (Dewi, 2013):

- 1) Perhatian, dimana perhatian yang diberikan sangat membantu ibu menjadi akseptor KB dan perhatian sehingga kepatuhan melakukan suntik KB dapat berjalan lancar.
- 2) Informasi, dimana suami yang selalu mendukung akan memberikan informasi tentang suntik KB baik mendapatkan informasi dari TV maupun majalah dan koran.
- 3) Finansial, suami akan menyediakan dana atau uang untuk keperluan biaya suntik KB, maupun biaya transport
- 4) Emosional, dimana suami mengingatkan atau memberikan saran pada ibu untuk rutin suntik KB.

Penelitian yang dilakukan oleh Budairti, Indah dkk (2017) dengan judul Determinan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (mkjp) pada akseptor, menunjukkan bahwa Hasil uji statistik diperoleh $p\text{-value}=0,000$, maka hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan suami/ pasangan dengan

penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) pada akseptor KB di kerja Puskesmas Kalirejo Kecamatan Negeri Katon Kabupaten Pesawaran Tahun 2017.

Peneliti berpendapat bahwa suami/ pasangan hendaknya memiliki pengetahuan yang lebih tentang kontrasepsi khususnya MKJP, karena dengan pengetahuan yang lebih tersebut akan dapat memberikan perhatian serta izin kepada pasangannya dalam penggunaan kontrasepsi. Karena itu dukungan suami atau pasangan sangatlah penting pada akseptor KB dalam penggunaan kontrasepsi MKJP guna mempertahankan perilaku akseptor KB untuk dapat tetap menggunakan MKJP.

7. Peran Petugas Kesehatan

Menurut Hartanto (2004), peran adalah tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat. Menurut Notoatmodjo (2010) peran adalah suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, sikap yang diharapkan oleh masyarakat muncul dan menandai sifat dan tindakan si pemegang kedudukan. Jadi peran menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umum.

Menurut Notoatmodjo (2010), sesuatu yang

bermanfaat untuk mempelajari interaksi antara individu sebagai pelaku (*actors*) yang menjalankan berbagai peranan. Suatu peranan, apakah dokter, perawat, bidan atau petugas kesehatan lain mempunyai kewajiban atau paling tidak diharapkan untuk menjalankan suatu tugas atau kegiatan yang sesuai dengan peranannya.

Menurut Prawirohardjo (2009), peran (*role*) adalah perilaku yang diharapkan dari seseorang yang memiliki status. Seseorang mungkin tidak memandang suatu peran dengan cara yang sama sebagaimana orang lain memandangnya. Sifat kepribadian seseorang mempengaruhi bagaimana orang itu merasakan peran tersebut. Tidak semua orang yang mengisi suatu peran merasa sama terikatnya kepada peran tersebut, karena hal ini dapat bertentangan dengan peran lainnya. Semua faktor ini terpadu sedemikian rupa, sehingga tidak ada dua individu yang memerankan satu peran tertentu dengan cara yang benar-benar sama.

Menurut Dewi (2013) petugas kesehatan adalah seseorang yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Petugas kesehatan berdasarkan pekerjaannya adalah tenaga medis, dan tenaga paramedis seperti tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga penunjang medis dan lain sebagainya. Ada dua aspek mutu pelayanan

kesehatan yang perlu dilakukan di puskesmas yaitu *quality of care dan quality of service*. *Quality of care* antara lain menyangkut keterampilan teknis petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat atau paramedis lain) dalam menegakkan diagnosis dan memberikan perawatan kepada pasien.

Menurut teori Grenn (1985), faktor-faktor pemungkin (Enabling Factors) adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan seseorang. Yang dimaksud dengan factor pemungkin adalah sarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan misalnya puskesmas, jumlah tenaga kesehatan, posyandu, makanan bergizi, uang dan sebagainya. Dalam hal penelitian ini dukungan tenaga kesehatan merupakan salah satu enabling factors dalam menentukan pemilihan alat kontrasepsi.

Hasil penelitian Yocki Yuanti dan Maesaroh (2019) faktor yang mempengaruhi penggunaan jenis metode kontrasepsi jangka panjang (mkjp) pada wanita menikah usia subur di provinsi jawa timur, menemukan bahwa uji statistik regresi logistik ganda didapatkan nilai $p=0.801$ artinya tidak ada hubungan signifikan antara dukungan nakes dengan pemilihan MKJP.

Hal tersebut tidak mendukung teori Bertrand (1998) dan teori Green (1985) yang menyatakan

salah satu faktor yang mempengaruhi pemilihan alat kontrasepsi pada Pus adalah dukungan tenaga kesehatan. Bentuk dukungan tenaga kesehatan adalah pelayanan konseling oleh pemberi pelayanan KB (BKKBN,2003).

Informasi tentang KB oleh tenaga kesehatan, termasuk konseling perlu dilakukan karena dapat membantu para calon peserta memperoleh gambaran tentang berbagai cara kontrasepsi yang kemudian menghasilkan keputusan yang tepat atas pilihannya. Namun keputusan memilih metode kontrasepsi akan kembali kepada PUS tersebut.

8. Penghasilan/Pendapatan Keluarga

Tinggi rendahnya status sosial dan keadaan ekonomi penduduk di Indonesia akan mempengaruhi perkembangan dan jumlah program KB di Indonesia. Kemajuan program KB tidak bisa lepas dari tingkat ekonomi masyarakat, karena berkaitan erat dengan kemampuan untuk membeli alat kontrasepsi yang digunakan (Deden Istiawan, 2013). Tingkat kesejahteraan keluarga dalam hal ini status ekonomi suatu keluarga sangat berpengaruh terhadap pemilihan kontrasepsi. Hal ini disebabkan karena untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi yang diperlukan, peserta harus menyediakan dana yang diperlukan. Walaupun alat kontrasepsi dari pemerintah gratis, tetapi untuk melaksanakan

metode operasi wanita memerlukan biaya yang cukup besar bagi akseptor dengan tingkat kesejahteraan kurang dari KS II untuk biaya akomodasi ke rumah sakit, perawatan dan kontrol alat kontrasepsi setelah pemasangan.

Berdasarkan mahmudah 2014 menunjukkan bahwa dari 13 responden dengan tingkat kesejahteraan KS I ke bawah (keluarga miskin) terdapat 1 responden memilih menggunakan MKJP (0,96%) dan 12 responden memilih menggunakan non-MKJP (11,54%). Dari 91 responden dengan tingkat kesejahteraan KS II ke atas (bukan keluarga miskin) terdapat 34 responden memilih menggunakan MKJP (32,69%) dan 57 responden memilih menggunakan non-MKJP (54,81%). Analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat kesejahteraan dengan pemilihan MKJP ($\text{sig}=0,034$). Berdasarkan uji risk estimate didapatkan Nilai Prevalence Ratio (PR) sebesar 1,474. Artinya, akseptor dalam kelompok keluarga miskin memiliki peluang untuk memilih metode kontrasepsi non-MKJP sebesar 1,474 kali lebih besar dibandingkan dengan akseptor dalam kelompok bukan keluarga miskin.

9. Akses Pelayanan KB

Menurut KBBI Jarak adalah ruang sela yang menunjukkan panjang luasnya antara satu titik ke titik yang lain. Pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan dengan akses geografi, yang dimaksudkan dalam hal ini adalah tempat

memfasilitasi atau menghambat pemanfaatan adalah hubungan antara lokasi suplai dan lokasi dari klien yang dapat diukur dengan jarak, waktu tempuh atau biaya tempuh. Fasilitas – fasilitas kesehatan yang ada belum digunakan dengan efisien oleh masyarakat karena lokasi pusat – pusat pelayanan tidak berada dalam radius masyarakat banyak dan lebih banyak berpusat di kota – kota dan lokasi sarana yang tidak terjangkau dari segi perhubungan.

Akses pelayanan merupakan salah satu yang mempengaruhi penggunaan metoda kontrasepsi termasuk MKJP10. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang tempat pelayanan KB dan metoda kontrasepsi yang digunakan. Perbaikan dalam pelayanan KB dan penyediaan akses yang mudah dapat meningkatkan penggunaan metoda kontrasepsi.

Berdasarkan penelitian hadie tahun 2015, Ada hubungan yang bermakna antara sikap akseptor terhadap akses pelayanan KB dengan penggunaan MKJP, semakin positif sikap seseorang terhadap akses pelayanan KB maka semakin tinggi kesertaannya dalam penggunaan MKJP. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Styavada dan Adamchak dari Nepal bahwa salah satu kesulitan yang ditemukan oleh akseptor yang akan menggunakan alat kontrasepsi adalah harus melakukan perjalanan ke fasilitas pelayanan

kesehatan yang cukup jauh dan banyak menemukan kesulitan.

10. Efek Samping

Efek samping adalah perubahan fisik atau psikis yang timbul akibat dari penggunaan alat/obat kontrasepsi, tetapi tidak berpengaruh serius terhadap kesehatan klien. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan permasalahan, terlihat bahwa ada beberapa ibu tetap memilih menggunakan MKJP yaitu sebesar (15,9%) meskipun dia tahu efek samping dari metode kontrasepsi tersebut, hal ini disebabkan karena pengalaman ibu yang pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya dan faktor umur ibu yang lebih dari 40 tahun dan sudah tidak produktif lagi. PUS menyatakan terdapat efek samping terhadap metode kontrasepsi yang digunakan. Hal ini disebabkan karena pasangan usia subur sering mengeluhkan mengalami perubahan berat badan serta keputihan sehingga membuat pasangan usia subur merasa tidak nyaman dengan adanya efek samping tersebut. Peneliti berpendapat apabila PUS mengalami efek samping tersebut supaya segera memeriksakan dan berkonsultasi kepada petugas kesehatan agar keluhan dari efek samping tersebut dapat segera diatasi.

Berdasarkan hasil penelitian siswanto, 2014 dari 28 PUS menyatakan ada efek samping dan

memilih Non MKJP sebanyak 35 PUS (92,1%), dan 3 PUS (7,9%) memilih MKJP. Sedangkan dari 68 PUS menyatakan tidak ada efek samping dan memilih Non MKJP sebanyak 36 PUS (62,1%), dan sebanyak 22 PUS (37,9%) memilih MKJP. Analisis chi-square pada $\alpha=0,05$ diperoleh nilai $p=0,002$ yang berarti bahwa ada hubungan antara efek samping dengan pemilihan metode kontrasepsi jangka panjang pada pasangan usia subur di Kerja Puskesmas Segala Mider tahun 2014. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=4,417$, artinya PUS yang merasakan ada efek samping, mempunyai peluang 4,417 kali untuk memilih kontrasepsi non MKJP dibanding dengan PUS yang tidak merasakan efek samping. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Musdalifah (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara variabel efek samping dengan variabel pemakaian kontrasepsi hormonal.

11. Kelengkapan Pelayanan KB

Model pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat meliputi 1) hal yang menyangkut kemudahan memperoleh pelayanan kesehatan seperti tersedianya fasilitas-fasilitas layanan kesehatan; 2) Sikap individu terhadap pelayanan kesehatan; 3) Ancaman penyakit seperti persepsi individu terhadap penyakit; 4) pengetahuan tentang

pennyakit; 5) dan karakteristik demografi (Muzaham, 1995).

Berdasarkan penelitian wulandari 2015 distribusi responden berdasarkan kelengkapan pelayanan, tempat pelayanan yang lengkap terdapat 44,4% memilih MKJP dan 45,6% non MKJP. Analisa kelengkapan pelayanan kesehatan dengan keikutsertaaan MKJP dengan nilai alpha 5% menunjukkan hasil yaitu nilai $p = 1 (>0,05)$. Hasil tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara kelengkapan pelayanan kesehatan dengan keikutsertaaan MKJP. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Fienalia Rainy Alus pada tahun 2012 menyebutkan ada hubungan secara signifikan antara kelengkapan pelayanan KB dengan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dengan p value 0,005. Responden yang kelengkapan pelayanan KB baik memiliki peluang sebesar 5,6 kali lebih besar untuk menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) di banding dengan responden yang kelengkapan pelayanan KB kurang. Hasil penelitian yang sama juga dikemukakan oleh Puspitowati (2004), bahwa adanya konseling atau informasi pelayananan menunjukkan pengaruh terhadap pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan. Hasil lainnya oleh Asih dan Oesman (2007), menunjukkan adanya hubungan antara kelengkapan pelayanan yang meliputi akses

informasi, adanya konseling, dan informasi dalam memilih kontrasepsi dengan keikutsertaan pasangan usia subur dalam memilih metode kontrasepsi. Hasil diatas sejalan dengan teori, peleyananan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan secara mandiri atau berkelompok dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mengobati penyakit serta memelihara kesehatan individu, kelompok atau masyarakat (Azwar, 1988).

12. Dukungan Tokoh Masyarakat dan Tokoh Agama

Menurut WHO, bahwa agama dan kepercayaan juga dapat mempengaruhi orang dalam pemilihan metode kontrasepsi karena adanya aturan yang ditetapkan dalam ajaran yang dianut. KB bukan hanya masalah demografi dan klinis tetapi juga mempunyai dimensi sosial-budaya dan agama, khususnya perubahan sistim nilai dan norma masyarakat. Oleh karena itu KB perlu mendapat dukungan masyarakat, termasuk tokoh agama. Walaupun awalnya mendapat tantangan akhirnya program KB didukung tokoh agama dengan pemahaman bahwa KB tidak bertentangan dengan agama dan merupakan salah satu upaya dalam pengaturan masalah kependudukan untuk memerangi kemiskinan, kebodohan, keterbelakangan dan ketidakpedulian masyarakat

sehingga dapat mendukung pembangunan bangsa. Di pihak lain, peserta KB yang lebih dari 22,5 juta banyaknya juga memerlukan pegangan, pengayoman dan dukungan rohani yang kuat dan ini hanya bisa diperoleh dari pemimpin agama (Kusumaningrum, 2009).

Dukungan Tokoh agama/tokoh masyarakat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu Mendukung dan Tidak Mendukung. Tokoh agama/tokoh masyarakat di responden yang mendukung dan memilih MKJP Non Hormonal persentasenya lebih kecil (26.26%) daripada tokoh agama/tokoh masyarakat di responden yang tidak mendukung dan memilih MKJP Non Hormonal (30.7%). Tokoh agama/tokoh masyarakat di responden yang mendukung dan memilih Selain MKJP Non Hormonal sebesar 73.74% lebih besar dibandingkan Tokoh agama/tokoh masyarakat di responden yang tidak mendukung dan memilih Selain MKJP Non Hormonal sebesar 69.3%. Hasil uji chi square memperoleh nilai $p=0,384$ sehingga tidak ada hubungan antara dukungan Tokoh agama/tokoh masyarakat di responden dengan pemilihan MKJP Non Hormonal. Lebih jauh lagi, melalui wawancara tokoh agama/tokoh masyarakat berpendapat bahwa KB MKJP itu tidak dilarang kalau niatnya untuk kebaikan untuk keluarga, yang memberikan pelayanan wanita dan mendapat kesepakatan dari

suami. Kemudian, untuk wawancara lebih mendalam, ditanyakan lagi tentang KB yang sesuai bagi wanita pasangan usi subur yang lebih dari 30 tahun. Tokoh agama/tokoh masyarakat menyarankan untuk ikut KB, jika jumlah anak dalam 1 keluarga sudah banyak atau usia sudah tua atau tidak produktif. Di Kabupaten Kendal, acara pengajian, tausiah hampir setiap hari diadakan, termasuk di acara-acara pernikahan, yang salah satunya juga menjelaskan tentang keluarga dalam agama, dalam wawancara mereka mengatakan bahwa KB IUD, MOW/MOP itu tidak di larang asalkan niatnya untuk kebaikan keluarga itu sendiri, tetapi mereka tetap tidak menggunakan MKJP Non Hormonal kemungkinan responden mendapat informasi yang tidak sepenuhnya benar dari teman dan tetangga tentang kontrasepsi tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Kusumaningrum (2009) yang menyatakan bahwa dukungan tokoh agama tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan PUS (p value 1,000). Begitu juga dengan variabel lainnya. hasil penelitian menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan pemilihan metode alat kontrasepsi IUD.

(DETERMINAN PENGGUNAAN METODE KONTRASEPSI
JANGKA PANJANG (MKJP) PADA PASANGAN USIA SUBUR
(PUS) DIMASA NEW NORMAL DIKABUPATEN INDRAGIRI
HILIR)

1. Analisa Univariat

Analisis ini memperoleh distribusi frekuensi katakteristik responden serta masing-masing variabel independen dan variabel dependen. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden

No.	Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Umur		
	<35 tahun	123	41,8
	≥35 tahun	171	58,2
	Total	294	100
2.	Pendidikan Terakhir		
	SD	8	2,7
	SMP	52	17,7
	SMA	115	39,1
	D3/PT	119	40,5
	Total	294	100
3.	Pengetahuan		
	Rendah	174	59,2

	Tinggi	120	40,8
	Total	294	100
4.	Sikap		
	Negatif	189	64,3
	Positif	105	35,7
	Total	294	100
5.	Dukungan Suami		
	Kurang Dukungan	117	39,8
	Ada Dukungan	177	60,2
	Total	294	100
6.	Peran Petugas		
	Kurang Berperan	113	38,4
	Ada berperan	181	61,6
	Total	294	100
7.	Akses Pelayanan KB		
	Tidak ada	128	43,5
	Ada	166	56,5
	Total	294	100
8.	Efek Samping		
	Ada	115	60,9
	Tidak Ada	179	39,1
	Total	294	100
9.	Pendapatan Keluarga		
	Tidak sesuai	200	68
	Sesuai Perkapita	94	32
	Total	294	100

Berdasarkan tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa dari 294 responden pada penelitian ini didapatkan bahwa sebagian

besar responden berumur dibawah 35 tahun sebanyak 123 orang (41,8%). Sebagian besar responden memiliki pendidikan PT/DIII sebanyak 119 orang (40,5%). Sebagian besar responden berpengetahuan rendah sebanyak 174 orang (59,2%).

2. Analisis Bivariat

Berikut ini merupakan hasil analisis bivariat antara variabel independen dengan variabel dependen.

Tabel. 2. Hubungan antara variabel independen

No	Variabel independen		Variabel dependen (Penggunaan MKJP)		Total	OR	P Value
			Tidak	Ya			
1	Sikap	Negatif	113 (76,87%)	76 (51,7%)	189 (64,29%)	3,1 (1,88-5,13)	0,001
		Positif	34 (23,13%)	71 (48,3%)	105 (35,7%)		
2	Pendapatan Keluarga	Tidak	106 (72,11%)	94 (63,95%)	200 (68,03%)	1,46 (0,89-2,39)	0,134
		Sesuai	41 (27,89%)	53 (36,05%)	94 (31,97%)		
3	Pengetahuan	Kurang	97 (65,99%)	77 (52,38%)	174 (59,18%)	1,76 (1,10-2,82)	0,018
		Baik	50 (34,01%)	70 (47,62%)	120 (40,82%)		
4	Dukungan Suami	Kurang	48 (32,65%)	69 (46,94%)	117 (39,8%)	0,54 (0,34-0,88)	0,013
		Ya	99 (67,35%)	78 (53,06%)	177 (60,2%)		
5	Peran Petugas	Kurang	45 (30,61%)	68 (46,26%)	113 (38,44%)	0,51 (0,32-0,83)	0,006
		Ya	102 (69,39%)	79 (53,74%)	181 (61,56%)		
6	Akses Pelayanan KB	Tidak	42 (28,57%)	86 (58,5%)	128 (43,54%)	0,28 (0,17-0,46)	0,001
		Ya	105 (71,43%)	61 (41,5%)	166 (56,46%)		
7	Efek Sauping	Ada	46 (31,29%)	69 (46,94%)	115 (39,12%)	0,51 (0,32-0,83)	0,006
		Tidak	101 (68,71%)	78 (53,06%)	179 (60,88%)		

dan variabel dependen dengan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Kabupaten Indragiri Hilir tahun 2022

Berdasarkan data analisis bivariat variabel independen dan variabel dependen dengan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Kabupaten Indragiri Hilir tahun 2022, variabel yang memiliki nilai signifikan berhubungan kurang dari nilai $\leq 0,05$ adalah variabel sikap (0,001), pengetahuan (0,018), Dukungan suami (0,013), Peran petugas (0,006), Akses pelayanan KB (0,001) dan Efek Samping (0,006).

3. Analisis Multivariat

Seleksi Bivariat

Hasil seleksi bivariate yang digunakan dalam menentukan kandidat untuk dimasukkan kedalam permodelan multivariat.

Tabel. 3
Hasil Seleksi Bivariat

No.	Variabel	P Value	Keterangan
1	Sikap	0,001	Kandidat
2	Pendapatan Keluarga	0,134	Kandidat
3	Pengetahuan	0,018	Kandidat
4	Dukungan Suami	0,013	Kandidat
5	Peran Petugas	0,006	Kandidat
6	Akses Pelayanan KB	0,001	Kandidat
7	Efek Samping	0,006	Kandidat

Berdasarkan tabel 3, menunjukkan bahwa ada 7 (tujuh) atau semua variabel yang dimasukkan kedalam permodelan multivariat yakni variabel sikap (0,001), pengetahuan (0,018), Dukungan suami (0,013), Peran petugas (0,006), Akses pelayanan KB (0,001) dan Efek Samping (0,006).

a. Permodelan multivariat I

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui faktor yang paling mempengaruhi Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Kabupaten Indragiri Hilir tahun 2022, analisis yang digunakan adalah *logistic regression*. Berdasarkan uji analisis bivariat, maka variabel independen masuk semua dalam analisis. Permodelan

multivariat yang pertama dijadikan sebagai acuan untuk mengamati variabel yang berpotensi sebagai *confounder*.

Tabel. 4
Permodelan Multivariat I

Variabel	Odds Ratio	95% CI		P value
		Lower	Upper	
Sikap	2,93	1,69	5,06	0,001
Pendapatan Keluarga	0,99	0,54	1,82	0,987
Pengetahuan	1,83	1,08	3,10	0,025
Dukungan Suami	0,69	0,39	1,23	0,215
Peran Petugas	0,49	0,29	0,84	0,010
Akses Pelayanan KB	0,28	0,16	0,49	0,001
Efek Samping	0,76	0,43	1,34	0,351

Tabel 4 menunjukkan bahwa hasil permodelan multivariat I, diperoleh bahwa ada 3 variabel independen dengan nilai p Value > 0,05 yaitu pendapatan keluarga, Dukungan Suami. Efek Samping. pendapatan keluarga memiliki p value terbesar yakni 0,987 sehingga variabel pendapatan keluarga dikeluarkan pada permodelan multivariat II.

b. Permodelan multivariat II

Pada permodelan multivariat II variabel tempat pendapatan keluarga dikeluarkan dari permodelan. Variabel dapat dikeluarkan bila *Odds Ratio*(OR) tidak mengalami perubahan > 10%, jika ada perubahan OR lebih dari 10%, maka variabel dimasukkan kembali dalam model. Seleksi dimulai dari *p value* terbesar.

Tabel. 5
Permodelan Multivariat II

No	Variabel	P Value	OR	95% CI
1	Sikap	0,001	2,930	1,69-5,05
2	Pengetahuan	0,025	1,832	1,08-3,11
3	Dukungan Suami	0,181	0,697	0,41-1,18
4	Peran Petugas	0,10	0,495	0,29-0,84
5	Akses Pelayanan KB	0,001	0,288	0,18-0,50
6	Efek Sampling	0,342	0,765	0,44-1,32

Selanjutnya untuk mengetahui apakah variabel tempat pendapatan keluarga benar keluar atau merupakan variabel *confounding*, maka dilakukan pemeriksaan *confounding* dengan melihat perubahan OR. Apabila diperoleh OR > 10% maka variabel pendapatan keluarga merupakan variabel *confounding*.

Tabel. 6

Perubahan dari OR Sebelum dan Sesudah pendapatan keluarga Dikeluarkan

No	Variabel	OR Sebelum dikeluarkan	OR setelah dikeluarkan	Perubahan Odds Ratio(%)
1	Sikap	2,931	2,930	0,022
2	Pendapatan Keluarga	0,995	-	-
3	Pengetahuan	1,832	1,832	0,010
4	Dukungan Suami	0,696	0,697	0,189
5	Peran Petugas	0,495	0,495	0,004
6	Akses Pelayanan KB	0,288	0,288	0,077
7	Efek Samping	0,766	0,765	0,085

Tidak ada perubahan OR lebih dari 10 % sehingga variabel pendapatan keluarga dapat dikeluarkan dari model. Selanjutnya adalah mengeluarkan variabel Efek Samping.

c. Permodelan multivariat III

Pada permodelan multivariat III variabel Efek Samping dikeluarkan dari permodelan. Permodelan multivariat III dilakukan dengan analisis sebagai berikut:

Tabel. 7
Permodelan Multivariat III

No	Variabel	<i>P value</i>	OR	95% CI
1	Sikap	0,001	2,996	1,74-5.16
2	Pengetahuan	0,022	1,848	1,09-3,13
3	Dukungan Suami	0,142	0,676	0,40-1,14
4	Pakaian terlindung	0,013	0,511	0,30-0,87
5	Akses Pelayanan KB	0,001	0,269	0,16-0,45

Untuk mengetahui apakah variabel Efek Samping benar benar keluar atau merupakan variabel *confounding*, maka dilakukan pemeriksaan *confounding* dengan melihat perubahan OR. Apabila diperoleh OR > 10% maka variabel Efek Samping merupakan variabel *confounding*.

Tabel. 8

Perubahan dari OR Sebelum dan Sesudah Variabel Efek Samping Dikeluarkan

No	Variabel	OR Sebelum dikeluarkan	OR setelah dikeluarkan	Perubahan OR (%)
1	Sikap	2,931	2,996	2,223
2	Pengetahuan	1,832	1,848	0,870
3	Dukungan Suami	0,696	0,676	2,910
4	Peran Petugas	0,495	0,511	3,078
5	Akses Pelayanan KB	0,288	0,269	6,495
6	Efek Samping	0,766	-	-

Tabel 8, menunjukkan tidak ada perubahan OR lebih dari 10 % sehingga variabel Efek Samping dapat dikeluarkan dari model. Selanjutnya adalah mengeluarkan variabel Dukungan Suami

d. Permodelan multivariat IV

Pada permodelan multivariate IV variabel pemasangan Dukungan Suami dikeluarkan dari permodelan. Permodelan multivariat terakhir dilakukan dengan analisis sebagai berikut :

Tabel. 9
Permodelan Multivariat IV

No	Variabel	OR	P value	95% CI	
				Lower	Upper
1	Sikap	3,111	0,001	1,81	5,34
2	Pengetahuan	1,909	0,016	1,13	3,22
3	Peran Petugas	0,504	0,011	0,29	0,85
4	Akses Pelayanan KB	0,264	0,001	0,15	0,44

Untuk mengetahui apakah variabel Dukungan Suami benar benar keluar atau merupakan variabel *confounding*, maka dilakukan pemeriksaan *confounding* dengan melihat perubahan OR. Apabila diperoleh $OR > 10\%$ maka variabel Dukungan Suami merupakan variabel *confounding*.

Tabel. 11
Perubahan dari OR Sebelum dan Sesudah Variabel Dukungan Suami Dikeluarkan

No	Variabel	OR Sebelum dikeluarkan	OR setelah dikeluarkan	Perubahan OR (%)
1	Sikap	2,931	3,111	6,170
2	Pengetahuan	1,832	1,909	4,211
3	Dukungan Suami	0,696	-	-
4	Pakaian terlindung	0,495	0,504	1,819
5	Akses Pelayanan KB	0,288	0,264	8,170

Tabel 4.11 permodelan multivariat IV menunjukkan tidak ada perubahan OR lebih dari 10 % sehingga variabel Dukungan Suami dapat dikeluarkan dari model.

e. Permodelan Akhir

Permodelan akhir multivariat dilakukan dengan hasil analisis sebagai berikut:

Tabel. 12
Permodelan Multivariat Akhir

No	Variabel	OR	<i>P</i> <i>value</i>	95% CI	
				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
1	Sikap	3,111	0,001	1,81	5,34
2	Pengetahuan	1,909	0,016	1,13	3,22
3	Peran Petugas	0,504	0,011	0,29	0,85
4	Akses Pelayanan KB	0,264	0,001	0,15	0,44

Berdasarkan tabel 12 pada pemodelan multivariat terakhir, maka 4 variabel yang berhubungan sebab akibat yakni Sikap, Pengetahuan, Peran Petugas dan Akses Pelayanan KB.

4. Kesimpulan

Adapun interpretasi hasil penelitian adalah sebagai berikut:

- 1) Mereka yang memiliki Sikap negatif berisiko 3,11 kali untuk tidak dengan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dibandingkan orang yang memiliki sifat positif. Uji statistik menunjukkan hasil yang signifikan (p value = 0,001 dan CI 95% = 1,81-5,34).
- 2) Mereka yang pengetahuan rendah berisiko 1,9 kali tidak menggunakan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

dibandingkan yang memiliki pengetahuan baik. Uji statistik menunjukkan hasil yang signifikan (p value = 0,016 dan CI 95% = 1,13-3,22).

- 3) Variabel yang berhubungan terbalik dengan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Kabupaten Indragiri Hilir adalah variabel Peran Petugas dengan OR = 0,5 dan Akses Pelayanan KB OR = 0,26.
- 4) Variabel yang tidak berhubungan Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Kabupaten Indragiri Hilir adalah efek samping, Dukungan Suami dan Pendapatan Keluarga.
- 5) Tidak ada variabel confounding pada penelitian ini

REFERENSI

- Afandy Biran. (2010). *Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi* (2nd ed.). Jakarta.
- Alus, F. R. (2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Mkjp) Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011*. Universitas Indonesia.
- Anggraeni, & Martini. (2012). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Ari, S. (2012). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba medika.
- BKKBN. (2019). *Evaluasi Kinerja Program Kkbpk Tahun 2019*. pekanbaru.
- BPS. (2010). *Population of Indonesia. According to Provinces and Regencies/Cities. Population Census 2010*. retrieved from <https://www.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfeve=zdhhzdfmnje2oguzotzmngi3ymu1ntax&xzmn=ahr0chm6ly93d3cuynbzlmvmlkl3b1ymxpy2f0aw9ulziwmtavmtavmdqvzdhhzdfmnje2oguzotzmngi3ymu1ntaxl3blbmr1zhvrlwluzg9uzxnpys1tzw51cnv0lxbyb3zpbnnplwrhbi1rywita290ys1z>
- Brooke, W., & dkk. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 67(9), 552–553. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000421455.21771.a1>
- Budiarti, I., Nuryani, D. D., & Hidayat, R. (2017). Determinan

- Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) pada Akseptor KB. *Jurnal Kesehatan*, 8(2), 220. <https://doi.org/10.26630/jk.v8i2.490>
- Constance, S. (2009). *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Handayani Sri. (2010). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rahima.
- Kurnia, D., & Maria, U. (2013). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Kurnia, D., & Ulfa Maria. (2013). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Kusumaningrum Radita. (2009). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis Kontrasepsi Yang Digunakan Pada Pasangan Usia Subur (Undip)*. Retrieved from http://eprints.undip.ac.id/19194/1/Radita_Kusumaningrum.pdf
- Laras, M. N. T., & Indrawati, F. (2015). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Mkjp) Pada Akseptor Kb Wanita Di Kecamatan Banyubiru Kabupaten Semarang. *Unnes Journal of Public Health.*, 4(3), 76–85. <https://doi.org/10.15294/ujph.v4i3.7222>
- Mar'atul, U. (2010). *Panduan Aman Dan Sehat Memilih Alat KB*. Yogyakarta: Insania.
- Meilany dkk. (2010). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Fitra Maya.
- Mulyani, N. siti, & Rinawati, M. (2013). *Keluarga Berencana*

- dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Musdalifah, Muksen Sarake, R. (2013). Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Kontrasepsi Hormonal Pasutri Di Wilayah Kerja Puskesmas Lampa Kecamatan Duampanua Kabupaten Pinarang 2013. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanduin*, 1, 1–13.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmalasari, & Wulandari, D. (2018). Pengaruh Penggunaan Gadget Terhadap Tingkat Prestasi. *Jurnal Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi Komputer*, 3(2), 1–8.
- Proverawati, A. (2010). *Panduan Memilih Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rachmayani, A. N. (2015). *faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penggunaan kontrasepsi pada wanita usia subur di Sumatera Utara* (UIN Syarif Hidayatullah). <https://doi.org/10.5897/ERR2015>
- Setiasih, S., Widjanarko, B., & Istiarti, T. (2016). Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKIP) pada Wanita Pasangan Usia Subur (PUS) di Kabupaten Kendal Tahun 2013. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 11(2), 32. <https://doi.org/10.14710/jpki.11.2.32-46>
- Setiawan N. (2011). *Penentuan ukuran sampel memakai rumus slovin dan tabelkrejcie-morgan: telaah konsep dan aplikasinya*. Bandung.
- Triyanto, L., & Indriani, D. (2018). Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Jenis Metode Kontrasepsi

- Jangka Panjang (MKJP) pada Wanita Menikah Usia Subur di Provinsi Jawa Timur. *The Indonesian Journal of Public Health*, 13(2)(April), 244–255. <https://doi.org/10.20473/ijph.v13il.2018.244-255>
- Varney, Helen. Kriebs, Jan M. Geger, C. L. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan* (4th ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Yuanti, Y., & Maesaroh, M. (2019). Determinan Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Mkjp) Pada Pasangan Usia Subur. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 5(2), 154–161. <https://doi.org/10.33485/jiik-wk.v5i2.118>
- BPS. (2022). Statistik Indonesia (Statistic Yearbook of Indonesia 2022). retrieved from <https://www.bps.go.id/publication/2022/02/25/0a2afea4fab72a5d052cb315/statistik-indonesia2022.html> diakses pada 22 Juni 2022 2. BKKBN. 2019.
- Laporan Kinerja Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Tahun 2019. Jakarta.
- Constance, S. (2009). *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Gayatri, Maria. (2020). The Utilization of Long-Acting Reversible Contraception and Associated Factors Among Women in Indonesia. *Global Journal of Health Science*; Vol. 12, No. 3; 2020. ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744 page 110-120. doi:10.5539/gjhs.v12n3p110
- BKKBN. (2020). *Evaluasi Kinerja Program Kkbpk Tahun 2020*. pekanbaru.
- Mulyani, N. siti, & Rinawati, M. (2013). *Keluarga Berencana*

- dan Alat Kontrasepsi. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Handayani Sri. (2010). Pelayanan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Rahima.
- Varney, Helen. Kriebs, Jan M. Gegor, C. L. (2007). Buku Ajar Asuhan Kebidanan (4th ed.). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bolarinwa, O. A., & Olagunju, O. S. (2020). Knowledge and factors influencing longacting reversible contraceptives use among women of reproductive age in Nigeria. *Gates open research*, 3, 7. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12902.3>
- Yuanti, Y., & Maesaroh, M. (2019). Determinan Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Mkjp) Pada Pasangan Usia Subur. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 5(2), 154–161. <https://doi.org/10.33485/jiik-wk.v5i2.118>
- Priskatindeaa, Sudarto Ronoatmodjo. 2021. Hubungan Tingkat Pengetahuan Alat KB dengan Pemakaian Kontrasepsi Modern pada Wanita Remaja Kawin di Pulau Jawa (Analisis SDKI 2017). *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*. Volume 5 No.1 Juni 2021. Hal 9-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.7454/epidkes.v5i1.4455>
- Kusumaningrum W, Damayanti R, Storey JD, Yelda F. 2020. Improving a long-acting reversible contraception usage by understanding client perspectives. *Med J Indones* [Internet]. 2020Jul.1 [cited 2022Jun.22];29(2):204-12.

Available

from:

<https://mji.ui.ac.id/journal/index.php/mji/article/view/3149>

Kurnia, D., & Ulfa Maria. (2013). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta: CV Trans Info Media

Kursani, Elmia. (2021). Dasar Ilmu Kependudukan. Nusa Tenggara Barat: CV Alliv Renteng Mandiri

BIOGRAFI PENULIS

Nama : Ikhtiyaruddin, SKM, MKM



Penulis lahir di Desa Bukit Batu, Kecamatan Bukit Batu Kabupaten Bengkalis. Penulis menempuh pendidikan di SDN 06 Bukit Batu tahun 1994 dan SMPN 07 Bukit Batu pada tahun 2000 lalu melanjutkan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK)

Pemprov Riau pada tahun 2000-2003. Penulis merampungkan pendidikan S1 kesehatan masyarakat minat Epidemiologi di Universitas Hang Tuah Pekanbaru pada tahun 2010 dan S2 kesehatan masyarakat pada kampus yang sama di Minat Epidemiologi pada tahun 2019. Aktif mengikuti pelatihan epidemiologi seperti ToT Penyelidikan Epidemiologi, ToT Imunisasi berbasis HCD, Fundamental Epidemiologi, Serta aktif mengikuti seminar nasional dan internasional. Penulis merupakan dosen tetap Universitas Hang Tuah Pekanbaru dan juga sebagai Sekretaris Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (P3M) Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Selain menjadi Dosen tetap Penulis juga sering mengikuti project riset nasional, WHO, CDC dan menjadi Fasilitator pada pelatihan Epidemiologi (Surveilans dan Penyelidikan

Epidemiologi untuk Tim Gerak Cepat, Imunisasi, DII). Mata kuliah yang diampuh penulis yaitu Epidemiologi Dasar, Epidemiologi Penyakit Menular, Surveilas Epidemiologi dan Investigasi Wabah. Saat ini penulis juga menjadi Sekretaris pada Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia (PAEI) Provinsi Riau dan pengurus Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) Pengurus Daerah Riau Bidang Penyakit Menular dan Tidak Menular.

Nama : Nila Puspitasari, SKM, MKM



Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, lahir di Kota Padang pada 27 April 1989. Menempuh pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Tahun 2007-2011, Peminatan Kesehatan Lingkungan,

dan melanjutkan studi S2 Di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Tahun 2007-2011, Peminatan Kesehatan Lingkungan, dan melanjutkan studi S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia Tahun 2014-2016, Peminatan Kesehatan Lingkungan. Saat ini Penulis merupakan Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Pekanbaru, Prodi Kesehatan Masyarakat di Kota Pekanbaru. Saat ini aktif menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi, baik kegiatan Penelitian, Pengabdian Masyarakat, dan juga Pengajaran. Mata kuliah yang diampu saat ini diantaranya adalah Dasar Kesehatan Lingkungan, Analisis Kualitas Lingkungan, Manajemen Pengendalian Vektor, Pengelolaan Sampah Padat dan Pengendalian Vektor, dan Manajemen Penyehatan Makanan dan Minuman.

Nama : Agus Alamsyah, SKM, M.Kes



Penulis lahir di Desa Candirejo Kecamatan Pasir Penyu Kabupaten Indragiri Hulu Provinsi Riau pada tanggal 05 Agustus 1987. Penulis menempuh pendidikan di SDN 048 Candirejo tahun 1995 dan SMPN 1 Pasir Penyu pada tahun 2000 lalu melanjutkan pendidikan

Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Pemprov Riau pada tahun 2000-2003. Penulis merampungkan pendidikan S1 kesehatan masyarakat minat Epidemiologi di Universitas Hang Tuah Pekanbaru pada tahun 2011 dan S2 kesehatan masyarakat pada kampus yang sama di bidang manajemen epidemiologi pada tahun 2014. Penulis adalah dosen tetap Universitas Hang Tuah Pekanbaru dan juga sebagai Kepala Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Sebelum bekerja di Universitas Hang Tuah Pekanbaru penulis juga pernah bekerja di Puskesmas Air Molek dan di Komisi Pemberantasan HIV/AIDS Kota

Pekanbaru. Mata kuliah yang diampuh penulis yaitu Epidemiologi Dasar, Epidemiologi Penyakit Menular, Manajemen bencana, Telaah Artikel dan Investigasi Wabah. Saat ini penulis juga menjadi anggota pengurus Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) Pengda Riau selain itu juga menjadi anggota pengurus Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia (PAEI). Penulis juga terlibat dalam pengelolaan jurnal di Universitas Hang Tuah Pekanbaru menjadi section editor di jurnal Kesehatan komunitas Sinta 3. Penulis juga pernah menjadi reviewer di jurnal INKOFAR LPPM Meta Industri Cikarang dan Reviewer Jurnal International Macedonian Terindeks Scopus Q3.

Nama : Elmia Kursani, SST, M.Kes



Elmia Kursani SST, M.Kes.
Lahir di Bukittinggi 29 juni
1980 anak ke 6 dari 9 orang
bersaudara. Dari bapak
H.A. Chairul Basri (Alm) dan
Ibu Hj. Jusnibar. Memiliki
satu orang anak laki laki
Khairul Habibi Saleh.
Menyelesaikan pendidikan
Sekolah Perawat
Kesehatan DEPKES

Bukittinggi 1998, Pendidikan Diploma DIII kebidanan di
Akademi Kebidanan DEPKES Bukittinggi 2001, Pendidikan
D4 Bidan Pendidik Universitas Padjadjaran Bandung
(UNPAD) 2003, menyelesaikan pendidikan S2 Ilmu
Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi
tahun 2014 STIKes Hang Tuah Pekanbaru.

Penulis pernah bekerja di beberapa Institusi Kesehatan
seperti: Direktur (pertama) dan perintis Akademi
kebidanan Tuanku Tambusai Bangkinang dan sebagai
PUKET III STIKes Tuanku Tambusai Banginang 2001 sampai
2007, sebagai dosen Luar Biasa di Akademi Kebidanan
Pasir Pengaraian 2007 sampai 2009, sebagai dosen tidak

tetap prodi Kebidanan di Universitas Tabrani Rab 2008 sampai 2010. Sebagai Direktur di Akademi Kebidanan Laksamana Pekanbaru tahun 2011 sampai 2013, sebagai dosen tetap di STIKes Hang Tuah Pekanbaru prodi Sarjana Kesehatan Masyarakat dan mulai tahun 2017 sebagai penanggung jawab peminatan Kesehatan Reproduksi sampai sekarang.

Penulis aktif dalam kepanitian internal, dan aktif dalam kegiatan eksternal seperti aktif dalam organisasi seperti IAKMI Pengda Riau. Buku ajar yang telah dihasilkan yaitu Teori Kesehatan Reproduksi (2015) dan buku ajar Sosio-Antropologi Kesehatan (2020) serta buku Efektivitas Pijat Tuina Pada Anak Balita (2020). Aktif dalam melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi seperti pengabdian masyarakat dan penelitian dan mendapatkan dana lokal dari STIKes Hang Tuah Pekanbaru. Pada tahun 2020 ini penulis mendapatkan dana penelitian sebagai dosen pemula dengan judul “Efektivitas Pijat Tuina dalam Upaya Menurunkan Picky Eater (Sulit Makan) pada Balita di Kota Pekanbaru Riau”.