

 Buku Ajar

Buku Ajar

KONSEP KEPENDUDUKAN DAN KIE DALAM PELAYANAN KB



Paramitha Amelia Kusumawardani, S.ST., M.Keb
Nurul Azizah, S.Keb., Bd., M.Sc

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO**

Buku Ajar
Konsep Kependudukan Dan KIE Dalam Pelayanan KB

Oleh ;
Paramitha Amelia Kusumawardani, S.ST., M.Keb
Nurul Azizah, S.Keb., Bd., M.Sc



Diterbitkan oleh
UMSIDA PRESS
Jl. Mojopahit 666 B Sidoarjo
ISBN : 978-623-464-002-1
Copyright 2021
Authors
All rights reserved

Buku Ajar
Konsep Kependudukan Dan KIE Dalam Pelayanan KB

Penulis:

Paramitha Amelia Kusumawardani, S.ST., M.Keb
Nurul Azizah, S.Keb., Bd., M.Sc

ISBN :

978-623-464-002-1

Editor:

M. Tanzil Multazam,.SH,.M.Kn
Mahardika Darmawan Kusuma Wardana,.S.Pd,.M.Pd

Copy Editor :

Wiwit Wahyu Wijayanti

Design Sampul dan Tata Letak:

Wiwit Wahyu Wijayanti

Penerbit:

UMSIDA Press
Anggota IKAPI No. 218/Anggota Luar Biasa/JTI/2019
Anggota APPTI No. 002 018 1 09 2017

Redaksi

Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Jl. Mojopahit No 666B
Sidoarjo, Jawa Timur

Cetakan Pertama, Juli 2021

©Hak Cipta dilindungi undang undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dengan sengaja, tanpa ijin tertulis dari penerbit.

Prakata

Penduduk dan konsep kependudukan berkaitan erat dengan demografi. Jumlah penduduk yang besar dengan pertumbuhan yang cepat dikhawatirkan akan dapat memperlambat tercapainya kondisi ideal antara kuantitas dan kualitas penduduk dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan. Undang-Undang No 52 Tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga menyatakan bahwa penduduk merupakan modal dasar pembangunan harus menjadi titik sentral dalam pembangunan berkelanjutan di Indonesia. Sehingga setiap perencanaan pembangunan harus berdasarkan pada data kependudukan hal tersebut berarti mencerminkan sebuah strategi yang penting sebagai upaya peningkatkan suatu relevansi, efektivitas dan efisiensi kebijakan dan program pembangunan di Indonesia. Tujuan dari penulisan buku ini adalah untuk menunjang pengetahuan mahasiswa terhadap konsep kependudukan dan KIE dalam pelayanan KB sebagaimana Implementasi program kependudukan, KB dan pembangunan keluarga guna mengendalikan jumlah penduduk terutama mengatur jumlah kelahiran, serta pembangunan keluarga kecil sejahtera dan yang memiliki nilai kualitas, sebagai tahapan penting dalam upaya membangun kehidupan berbangsa yang berkelanjutan. Buku ini akan memberikan wawasan baru bagi pembaca terutama mahasiswa dibidang profesi kebidanan, fakultas kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo mengenai Konsep Kependudukan dan KIE dalam Pelayanan KB. Selain itu buku ini sebagai penunjang pengetahuan Mahasiswa kebidanan. Dalam buku ini menjelaskan runtutan konsep kependudukan dan KIE dalam pelayanan KB. Buku ini menjelaskan secara detail mulai dari teori kependudukan sampai dengan penanganan asuhan kebidanan keluarga berencana. Buku ini menjelaskan secara runtut mulai dari teori sampai dengan pengaplikasiannya. Selain itu runtutan pembahasan dijelaskan dengan detail dan pengkorelasi antar membantu memudahkan mahasiswa dalam memahami buku ini. Buku ini memiliki beberapa kelebihan, diantaranya pada setiap bab terdapat penggambaran materi yang dimaksud dan data yang konkrit yang dibutuhkan sesuai dengan materi.

Daftar Isi

Prakata	ii	
Daftar Isi	iii	
Bab 1	1	
Konsep Kependudukan		1
1.1 Definisi Kependudukan		1
1.2 Dinamika Kependudukan		2
1.3 Faktor Demografi yang Mempengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk		3
1.4 Transisi Demografi		4
1.5 Masalah Kependudukan di Indonesia		6
1.6 Kesimpulan		7
Bab 2		9
Perkembangan Keluarga Berencana di Indonesia		9
2.1 Definisi Keluarga Berencana		9
2.2 Sejarah Keluarga Berencana di Indonesia		9
2.3 Perkembangan Program Keluarga Berencana di Indonesia		10
2.4	11	
2.5 Program Keluarga Berencana		13
2.6	14	
2.7 Dampak Program Keluarga Berencana		17
2.8 Strategi Pendekatan dan Cara Operasional Program Pelayanan KB		18
2.9 Kesimpulan		19
2.10 Latihan Soal		19
Bab 3		21
Program Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dalam Pelayanan Keluarga Berencana		21
3.1 Definisi KIE		21
3.2 KIE dalam Pelayanan Keluarga Berencana		21
3.3 Evaluasi KIE		32
3.4 Kesimpulan		33
3.5 Latihan Soal		33
Bab 4		34
Pembinaan Akseptor		34
4.1 Pola Perencanaan Keluarga		34
4.2 Pola Dasar Penggunaan Kontrasepsi		34
4.3 Pembinaan dan Pengayoman Akseptor KB		36

4.4 Kesimpulan	40
4.5 Latihan Soal	40
Bab 5	41
Melakukan Pemilihan dan Persetujuan Tindakan Medis	41
5.1 Hak Untuk Memilih Akseptor Tentang Alat Kontrasepsi yang Tepat Sesuai Keadaanya	41
5.2 Hak tentang Persetujuan Terhadap Tindakan Medis yang Akan Diterima Klien (<i>Inform Consent</i>)	43
5.3 Penapisan Terhadap Klien	43
5.4 Kategorisasi Persyaratan Klien KB	44
5.5 Daftar Tindakan yang Dilakukan dan Pernyataan Klien	45
5.6 Kesimpulan	46
5.7 Latihan Soal	46
Bab 6	48
Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	48
6.1 Pendahuluan	48
6.2 Metode Sederhana Tanpa Alat	48
6.2.1 (Metode Ovulasi Billing)	48
6.2.2 Metode Pantang Berkala (Metode Kalender)	50
6.2.3 Metode Suhu Basal	50
6.2.4 Metode Kondom	51
6.2.5 Kondom Wanita	54
6.2.6 Metode Spermisida	55
6.3 Kontrasepsi Hormonal	57
6.3.1 Kontrasepsi Oral	57
6.3.2 Suntik/Injeksi	62
6.3.3 Subkutis/Implan	66
6.4 Kesimpulan	69

Bab 1

Konsep Kependudukan

1.1 Definisi Kependudukan

Penduduk merupakan orang yang dalam matranya sebagai pribadi, anggota dari keluarga, anggota masyarakat warga negara dan himpunan dari kuantitas yang bertempat tinggal di suatu tempat dalam batas wilayah negara pada waktu tertentu. Hal ini merupakan pengertian penduduk menurut Undang-Undang RI Nomor 10 Tahun 1992. Pengertian dari penduduk menurut Undang-Undang Dasar 1945 adalah warga negara Indonesia dan orang asing yang mempunyai tempat tinggal di Indonesia, sedangkan definisi dari warga negara Indonesia adalah orang-orang bangsa Indonesia asli dan orang-orang bangsa lain yang disahkan dengan Undang-Undang sebagai warga negara Indonesia.

Definis penduduk yaitu seseorang yang menempati suatu wilayah pada kurun waktu tertentu, pada penjelasan lainnya bahwa penduduk merupakan semua orang yang menempati suatu wilayah tertentu dengan kurun waktu dan dalam suatu periode tertentu pula, sehingga dapat di simpulkan bahwa penduduk merupakan semua orang yang memiliki tempat tinggal pada suatu wilayah geografis dalam kurun enam bulan maupun lebih ataupun kurang dari enam bulan namun memiliki tujuan untuk mendiami wilayah tersebut.(Yuhedi & Kurniawati, 2013)

Undang-Undang No 52 Tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga menyatakan bahwa penduduk merupakan modal dasar pembangunan harus menjadi titik sentral dalam pembangunan berkelanjutan di Indonesia. Pembangunan berkelanjutan adalah pembangunan yang berorientasi pada rencana dari berbagai segi guna terciptanya pembanding yang ideal antara perkembangan kependudukan terhadap daya dukung dan saing lingkungan serta pemenuhan berbagai kebutuhan setiap generasi tanpa mengambil kemampuan dan kebutuhan generasi mendatang dalam menopang kehidupan bangsa.(Kementerian Kesehatan RI, 2014)

Berdasarkan paradigma yang berkembang terkait dengan pembangunan berkelanjutan, bahwa pembangunan harus terencana yang penyusunannya didasarkan pada data dan informasi kependudukan yang ada. Sehingga setiap perencanaan pembangunan harus berdasarkan pada data kependudukan hal tersebut berarti mencerminkan sebuah strategi yang penting sebagai upaya peningkatkan suatu relevansi, efektivitas dan efisiensi kebijakan dan program pembangunan di Indonesia. Implementasi program kependudukan, KB dan pembangunan keluarga adalah suatu rangkaian pembangunan guna mengendalikan jumlah penduduk terutama mengatur jumlah kelahiran, yang dilakukan dengan cara menunda/mencegah terjadinya kelahiran serta pembangunan keluarga kecil sejahtera dan yang memiliki nilai kualitas, sebagai tahapan penting dalam upaya membangun kehidupan berbangsa yang berkelanjutan.(BKKBN, 2017) Program kependudukan dan keluarga berencana nasional juga merupakan upaya pokok dalam pengendalian jumlah penduduk dan peningkatan kesejahteraan keluarga sebagai bagian integral pembangunan nasional sehingga perlu terus dilanjutkan dan ditingkatkan pelaksanaannya.

Penduduk dan konsep kependudukan berkaitan erat dengan demografi. Jumlah penduduk yang besar dengan pertumbuhan yang cepat dikhawatirkan akan dapat memperlambat tercapainya kondisi ideal antara kuantitas dan kualitas penduduk dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan. Demografi merupakan studi kuantitatif dari suatu proses fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian), perkawinan, migrasi dan mobilitas sosial.(Hanafi, 2004) Secara langsung, proses- proses tersebut mempengaruhi jumlah penduduk dalam suatu wilayah. Perubahan-perubahan kependudukan karena faktor-faktor tersebut dipelajari dalam dinamika kependudukan (population dynamics), dimana dinamika kependudukan tersebut mempelajari seluruh penduduk, teori-teori tentang penduduk dan kebijaksanaan-kebijaksanaan penduduk.

Berikut adalah beberapa teori tentang demografi yang berkembang di dunia, yaitu;

- 1) Achille Guillard (1855) menjelaskan bahwa Demografi didefinisikan sebagai ilmu mempelajari segala sesuatu dari keadaan dan sikap manusia yang dapat diukur yaitu meliputi perubahan secara

umum, fisiknya, peradabannya, intelektualitasnya, dan kondisi moralnya. Jika dilihat dari konsep atau definisi tersebut juga masih sangat umum yang menyangkut kondisi manusia atau penduduk, yang juga sulit dibedakan dengan ilmu sosial lainnya.

- 2) G.W Barclay (1970) menjelaskan bahwa penduduk/population adalah satu kesatuan dari manusia yang diwakili oleh suatu nilai statistik tertentu. Oleh karena itu demografi berhubungan dengan tingkah laku penduduk secara keseluruhan/ bukan perorangan.
- 3) Phillip M. Hauser dan Otis Dudley Duncan (1959), demografi merupakan ilmu yang mempelajari jumlah, persebaran teritorial, komposisi penduduk, serta perubahannya dan sebab-sebab perubahan tersebut, dimana sebab-sebab perubahan tersebut yang biasanya timbul karena natalitas/fertilitas, mortalitas, gerak teritorial (migrasi) dan mobilitas sosial (perubahan status).
- 4) Donald J. Bogue (1969), demografi adalah ilmu yang mempelajari secara statistik dan matematik jumlah, komposisi, distribusi penduduk, dan perubahan-perubahannya sebagai akibat bekerjanya komponen-komponen pertumbuhan penduduk yaitu kelahiran (fertilitas), kematian (mortalitas), perkawinan, migrasi, dan mobilitas sosial.
- 5) United Nation (1958) dan International Union for the Scientific Study of Population/IUSSP (1982) Demografi adalah suatu studi ilmiah yang terkait dengan berbagai permasalahan kependudukan dan terkait dengan jumlah, struktur, serta pertumbuhannya. Sehingga permasalahan demografi lebih difokuskan pada studi kuantitatif dari beberapa faktor yang memiliki pengaruh terhadap pertumbuhan penduduk yaitu fertilitas, mortalitas, dan migrasi.

1.2 Dinamika Kependudukan

1.2.1 Pengertian

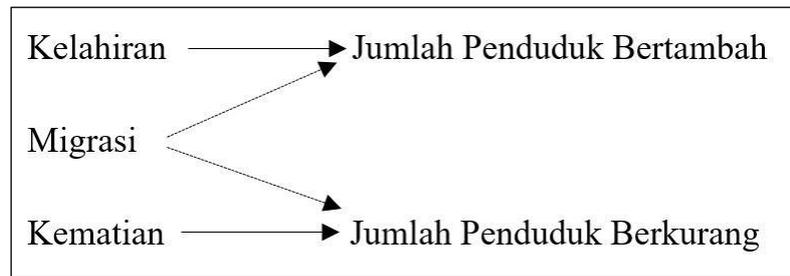
Yang dimaksud dengan dinamika penduduk adalah proses dari perubahan penduduk yang terjadi secara terus-menerus dan berpengaruh pada quantity. Perubahan kependudukan adalah suatu perubahan terhadap jumlah penduduk di satu wilayah tertentu dari kurun waktu tertentu atau disebut juga dengan perubahan kondisi suatu penduduk. (Sugeng, 2019) Dimana suatu perubahan memiliki kecenderungan terhadap suatu perkembangan jumlah penduduk dari suatu negara atau wilayah melalui hasil sensus, registrasi maupun survey penduduk. Beberapa faktor yang mempengaruhi kependudukan dan perubahannya bisa dipelajari dalam perubahan kependudukan sementara studi kependudukan fokus pada sejarah penduduk, teori-teori mengenai penduduk dan kebijaksanaan kependudukan.

1.2.2 Penyebab Perubahan Penduduk

Dinamika penduduk tidak terjadi begitu saja, banyak penyebab yang berperan di dalamnya. Penyebab yang mempengaruhi perubahan penduduk yaitu kelahiran, kematian, berpindahannya penduduk serta situasi sosial ekonomi dan budaya yang berkembang pada masyarakat. Penyebabnya dapat dikelompokkan menjadi dua penyebab, yaitu langsung dan tidak langsung.

a. Penyebab Langsung

Penyebab langsung dari pertumbuhan penduduk yaitu berbagai faktor yang menjadi pengaruh terhadap pertumbuhan penduduk secara langsung tidak berdasarkan variabel tertentu, contohnya terjadinya kelahiran, kematian, dan migrasi penduduk



Gambar 1. Hubungan kelahiran, kematian dan kepindahan dengan jumlah penduduk.

Gambar 1 menunjukkan hubungan faktor kelahiran, kematian dan migrasi yang mempengaruhi jumlah penduduk. Dari gambar tersebut dapat diketahui bahwa perubahan jumlah penduduk dapat terjadi secara alami dan secara sosial.

- 1) Pertumbuhan penduduk alami merupakan penambahan jumlah penduduk yang disebabkan adanya selisih antara kelahiran dan kematian.
- 2) Pertambahan penduduk sosial adalah terjadinya penambahan jumlah penduduk yang karena adanya selisih jumlah terjadinya jumlah kelahiran dan jumlah kematian serta adanya migrasi penduduk.

b. Penyebab tidaklangsung

Adanya Faktor yang menyebabkan berpengaruh terhadap perubahan jumlah penduduk yang terjadi secara tidak langsung dan penyebabnya adanya variabel antara yaitu suatu kondisi yang menyebabkan sosial ekonomi dan faktor budaya. Berdasarkan pendapat King Sley Davis dan Judith Blake, variabel antara yang menyebabkan besar atau mempengaruhi terjadinya fertilitas pada masyarakat, adalah sebagai berikut :

- 1) Dipengaruhi oleh faktor yang menyebabkan terjadinya hubungan kelamin (inter couse variable).
- 2) Dipengaruhi oleh faktor yang menyebabkan adanya pengaruh untuk konsepsi (conception variable).
- 3) Dipengaruhi oleh faktor yang menyebabkan adanya pengaruh kehamilan dan kelahiran yang selamat (gestation variable).

Selain faktor-faktor tersebut diatas, masih terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi perubahan penduduk, yaitu usia perkawinan. Usia perkawinan dapat mempunyai pengaruh pada dinamika penduduk. Apabila perkawinan terjadi saat pasangan tersebut masih berusia muda, usia reproduktif pasangan tersebut juga akan lebih panjang dibandingkan dengan pasangan yang menikah di usia lanjut. Kemungkinan yang bisa terjadi adalah jumlah anak yang dihasilkan oleh pasangan usia muda akan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah anak yang dihasilkan oleh pasangan usia lanjut.

Faktor status sosial, pekerjaan dan latar belakang pendidikan juga bisa mempengaruhi tinggi rendahnya kelahiran dan kematian. Perempuan yang berusia lebih tua dengan mempunyai penghasilan rendah, tingkat fertilitasnya lebih rendah. Hal ini disebabkan faktor ekonomi masyarakatnya tergolong rendah, sehingga secara tidak langsung, status sosial ekonomi mempunyai pengaruh pada dinamika penduduk.

1.3 Faktor Demografi yang Mempengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk

Laju pertumbuhan penduduk adalah terjadinya berubahnya jumlah penduduk di suatu daerah setiap tahun. Fungsinya untuk melakukan prediksi terhadap jumlah penduduk suatu daerah pada masa mendatang. Laju pertumbuhan penduduk (Growth rate) dipengaruhi oleh besarnya jumlah kelahiran maupun kematian. pada tingkat kelahiran kasar (Crude Birth Rate) dan tingkat kematian kasar (Crude Death rate) dengan ditunjukkan atas dasar jumlah kelahiran hidup dan jumlah kematian per 1000 penduduk per tahun.

Artinya ada empat kemungkinan terjadinya kelahiran dan kematian, antara lain :

- 1) Antara kelahiran tinggi dan sementara kematian tinggi.
- 2) Antara kelahiran tinggi dan sementara kematian rendah.
- 3) Antara kelahiran rendah dan sementara kematian tinggi.
- 4) Tingkat kelahiran rendah dan tingkat kematian rendah

1.4 Transisi Demografi

Transisi demografi pada dasarnya menunjukkan urutan tahap-tahap perubahan dalam tingkat fertilitas (kelahiran) dan mortalitas (kematian). (Hanafi, 2004) Transisi demografi diawali dengan tingkat kematian yang tinggi, lalu perlahan-lahan beralih pada tingkat yang lebih menurun.

1.4.1 Tahap Transmisi Demografi

a. Tahap Pertama.

Tahap pertama transmisi demografi menunjukkan angka kelahiran tinggi dan angka kematian tinggi. Angka kelahiran bisa dikategorikan tinggi apabila kelahiran berada pada angka 40-50 perseribu setahun dan relatif stabil. Angka kematian dapat dikategorikan tinggi dan mempunyai fluktuasi antara 30-50 per seribu setahun. Banyak penyebab yang mempengaruhi hal-hal ini. Angka kematian yang tinggi dapat dipengaruhi oleh bencana alam maupun akibat dari perbuatan manusia. Bencana alam dapat mengakibatkan gagal panen dan akses ke luar daerah menjadi terganggu sehingga pasokan makanan akan menjadi terhambat. Akibat dari hal tersebut, akan muncul musibah kelaparan dan dapat mempunyai dampak pada naiknya angka kematian.

Susahnya akses dari luar setelah terjadi bencana alam juga mempunyai pengaruh pada distribusi obat atau pertolongan pertama pada korban. Apabila tidak segera ditangani akan terjadi penyebaran wabah yang mempunyai dampak pada angka kematian. Akibat dari angka kelahiran dan kematian yang tinggi, pertumbuhan penduduk yang merupakan selisih keduanya juga rendah.

b. Tahap Kedua.

Tahap kedua merupakan tahap transisi demografi yaitu pada tahapan ini ditandai dengan pertumbuhan penduduk yang relatif cepat. Hal ini terjadi karena angka kematian turun secara signifikan, sementara angka kelahiran turun secara lamban. Yang mengakibatkan terjadinya kesenjangan antara angka kelahiran dan kematian yang tinggi dan menyebabkan terjadi ledakan penduduk.

c. Tahap Ketiga.

Tahap ketiga terjadi mulai tahun 1970 dan menunjukkan penurunan angka kelahiran pada tahun tersebut. Hal ini terjadi karena saat itu pemerintah sedang gencar menjalankan program Keluarga Berencana.

d. Tahap Keempat.

Akhir dari tahapan yang ditandai dengan rendahnya dua indikator, yaitu kelahiran dan kematian. Apabila angka kelahiran rendah mempunyai arti banyaknya bayi yang lahir oleh setiap wanita jumlahnya sedikit dan kemudian diikuti oleh angka kematian lebih rendah pula.

1.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Angka Kematian (Mortalitas)

Angka kematian tidak bisa terjadi begitu saja, banyak faktor dan penyebab yang terlibat di dalamnya. Berikut adalah faktor yang dapat mempengaruhi angka mortalitas (kematian). (BKKBN, 2017)

- a) Teknologi pertanian dan industri modern yang berkembang. Akhir-akhir ini diketahui adanya program revolusi hijau yang diterapkan pada masyarakat Indonesia dan dilaksanakan sebagai panca usaha di bidang pertanian.
- b) Kondisi dan situasi pemerintahan yang relatif stabil dan mantap sehingga memungkinkan pemerataan terhadap layanan saluran bahan makanan dan jasa.

- c) Sanitasi lingkungan yang memadai sehingga menciptakan kondisi lingkungan yang sehat.
- d) Terjadinya peningkatan kualitas pada bidang kedokteran dan pengobatan, serta gizi yang diperhatikan dengan baik.
- e) Program-program kesehatan masyarakat yang dapat terwujud dengan baik.
- f) Rendahnya tingkat kematian yang terjadi di desa, hal ini dipengaruhi oleh mutu kehidupan yang ada di desa lebih baik dibandingkan kehidupan di kota.
- g) Pekerjaan atau profesi memiliki pengaruh terhadap tinggi rendahnya angka kematian dan kondisi lingkungan kerja yang kurang sehat dan berisiko (kawasan pertambangan, pabrik, lingkungan yang berdebu) dapat meningkatkan angka kematian.

1.4.3 Faktor Promortalitas

Faktor promortalitas merupakan keadaan penentu di dalam sekelompok manusia (keluarga, suku, dan sebagainya) yang menyebabkan angka kematian di dalam kelompok tersebut menjadi tinggi. Keadaan ini meliputi :

- a. Keadaan subjektif (kondisi, agama, kepercayaan dan sebagainya) misalnya berani membela agama, membela negara (bersikap patriot) dan berani mati karena keyakinan dijamin masuk surga.
- b. Rasa malu dan tekanan sosial karena kejadian yang dialami seseorang sehingga memutuskan untuk mengakhiri hidup.
- c. Keadaan objektif (keadaan alam, ekonomi, sosial dan sebagainya), misalnya :
 - 1) Bencana alam yang berskala besar dan menelan banyak korban jiwa (bencana banjir, gempa bumi dan tsunami).
 - 2) Kelaparan dan kekurangan pasokan makanan yang disebabkan kegagalan panen atau musim paceklik.
 - 3) Keadaan perang.
 - 4) Polusi udara, air atau tanah yang mengakibatkan keracunan.
 - 5) Kecanduan narkoba dan minuman keras.
 - 6) Keadaan pendapatan yang kecil dan dapat menjadi gawat dikarenakan siklus yang terjadi akibat kondisi tersebut).

1.4.4 Faktor Antimortalitas

Antimortalitas merupakan semua keadaan penentu yang terdapat pada suatu kelompok manusia (keluarga, suku, dan sebagainya) yang mengakibatkan angka kematian yang terjadi di suatu kelompok akan mengalami penurunan. Keadaan ini meliputi:

- a. Keadaan subjektif (tradisi, agama, kepercayaan), misalnya :
 - 1) pelarangan melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain baik atas dasar agama maupun hukum negara. Hal ini memungkinkan turunnya angka kematian pada masyarakat.
 - 2) Tidak mudah menyerah dalam hidup.
- b. Keadaan objektif (kondisi sosial, ekonomi, budaya, politik), misalnya :
 - 1) Keadaan kehidupan yang menyebabkan terjadi penurunan jumlah kematian bayi yang disebabkan hilang atau wabah penyakit.
 - 2) Keadaan teknologi yang sudah maju dapat membantu terciptanya keadaan kesehatan yang baik, keamanan yang dapat terjamin dan penanggulangan terhadap bencana alam yang cepat.
 - 3) Keadaan pendidikan yang baik mempunyai pengaruh pada pola hidup sehat dan kesadaran terhadap lingkungan yang sehat.
 - 4) Keadaan sanitasi yang baik dapat menciptakan lingkungan tempat tinggal yang sehat dan baik.

1.5 Masalah Kependudukan di Indonesia

Program Keluarga Berencana yang dilaksanakan oleh pemerintah sangat bergantung pada beberapa faktor. Faktor tersebut dapat membantu ataupun menghambat kelancaran program Keluarga Berencana di Indonesia. (BKKBN, 2017) Diantara faktor yang dapat menghambat adalah masalah kependudukan. Beberapa masalah kependudukan yang terjadi di Indonesia antara lain:

1.5.1 Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk

Thomas Robert Malthus pertama kali menulis Essay on Population pada tahun 1798 dan orang pertama yang mengungkapkan teori tentang penduduk. Di dalam Essay tersebut memuat dua pendapat utama yaitu bahwa penduduk diibaratkan sebagai bahan makanan artinya suatu bahan utama bagi kehidupan manusia. Yang kedua adalah Nafsu manusia yaitu sesuatu yang melekat pada manusia yang pemenuhannya tidak dapat ditahan dan tak terbatas. Karenanya Malthus mengungkapkan bahwa pertumbuhan penduduk sangat cepat dibandingkan pertumbuhan bahan makanan. Pendapat yang diungkapkan oleh Malthus adalah jumlah dari penduduk meningkat secara geografis (deret ukur) sedangkan kebutuhan hidup semakin meningkat secara aritmatika (deret hitung) sehingga berakibat pada terjadinya perbedaan yang signifikan antara jumlah penduduk dan kebutuhan hidup. Banyaknya Jumlah penduduk di Indonesia didasarkan pada perhitungan sensus dan survey penduduk antar sensus (supas). Dimana pelaksanaan sensus kali pertama dilaksanakan tahun 1930 dan berakhir pada tahun 2010. Sehingga diketahui jumlah persentase pertumbuhan penduduk di Indonesia antara 2,15% per tahun hingga 2,49% per tahun.

Berdasarkan data Badan Sensus Penduduk (BPS) pertumbuhan jumlah penduduk Indonesia termasuk sangat cepat. Hal ini dapat ditinjau dari perkembangan penduduk Indonesia yang terjadi tahun 1960 yang berjumlah 97,1 juta jiwa dan diakhir tahun 2010 jumlahnya telah 237,6 juta jiwa yang berarti mencapai dua kali lipat dari tahun 1961. Hal itu berarti kenaikan jumlah penduduk dalam kurun waktu 10 tahun sebesar 32 juta jiwa (sehingga terjadi penambahan jumlah penduduk per tahun mencapai 2,6 juta jiwa). Karena itu permasalahan kependudukan di Indonesia sesuatu yang pelik dan penuh risiko jika tidak dilakukan upaya pengelolaan dan pengendalian akan menyebabkan terjadinya ledakan penduduk, sehingga akan menjadi ancaman bagi kelangsungan hidup manusia di muka bumi ini. (BKKBN, 2017)

Besarnya tingkat pertumbuhan penduduk tersebut disebabkan oleh tiga hal sebagai pemicu utama yaitu : fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian) dan migrasi (kepindahan penduduk). terjadinya kelahiran di suatu wilayah akan memiliki pengaruh terhadap perubahan jumlah dan komposisi penduduk, sementara terjadinya kematian mampu menambah ataupun mengurangi banyaknya suatu penduduk pada wilayah tertentu. Artinya bahwa akan terjadi pengurangan terhadap wilayah yang di tinggalkan tetapi akan menambah jumlah penduduk suatu wilayah jika di datangi. Faktor langsung sebagaimana penjelasan di atas sangat mempengaruhi, namun faktor tidak langsung mampu juga mempengaruhi kondisi jumlah penduduk di suatu wilayah tertentu pula. Itu sebabnya mengapa banyaknya pertumbuhan penduduk yang dijelaskan di atas di kelompokkan sebagai pertumbuhan dengan katagori tinggi yang nantinya akan menimbulkan berbagai masalah.

1.5.2 Penyebaran dan Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk yang tidak rata antara satu daerah dengan daerah lain di Indonesia dapat menjadi masalah. Secara ekonomi, permasalahan yang muncul dari keadaan ini yaitu rendahnya produktivitas daerah dengan kepadatan penduduk yang rendah. Masalah lain yang timbul adalah ketidakseimbangan jumlah penduduk yang berada di kota dan di desa. Laju pertumbuhan penduduk di kota terhitung cepat apabila dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk di desa. Menurut Biro Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2005 jumlah penduduk di Indonesia mencapai 118 juta jiwa dan di Kalimantan yang luasnya 28,1 % dari luas seluruh Indonesia ternyata hanya dihuni oleh 12 juta penduduk. Laju pertumbuhan penduduk di kota yang cepat ini dikarenakan adanya perpindahan penduduk dari desa ke kota yang relatif besar. Hal ini memunculkan masalah lain yang mempunyai kaitan dengan lingkungan hidup, kesehatan yang kurang yang terjadi di pemukiman penduduk dan juga timbulnya masalah pada bidang sosial dan masalah bidang ekonomi.

1.5.3 Struktur Umur Penduduk

Struktur umur penduduk berkaitan dengan kelahiran, kematian dan perpindahan penduduk/migrasi. Struktur usia muda dihasilkan dari tingkat kelahiran kasar (Crude Birth Rate) yang meningkat. Apabila kematian bayi menurun, khususnya pada bayi perempuan, mereka yang akan memasuki usia reproduksi akan bertambah selaras dengan angka kelahiran yang juga akan bertambah. Apabila usia muda masih besar akan berakibat pada peningkatan kebutuhan biaya hidup, fasilitas kesehatan dan pendidikan. Muncul masalah lain yaitu peningkatan angkatan kerja dan banyaknya penduduk dalam usia sekolah. Struktur usia muda juga menunjukkan jumlah perempuan usia reproduksi relatif besar. Menurut data sensus penduduk pada tahun 1980 didapat data bahwa usia perkawinan penduduk Indonesia masih sangat muda dan menyebabkan jumlah pasangan usia subur (PUS) juga menjadi besar.

1.5.4 Kelahiran dan Kematian

Angka pertumbuhan alami (Crude rate of natural increase) diperoleh dari selisih tingkat kelahiran dan kematian yang merupakan suatu indikator langsung pertumbuhan penduduk di Indonesia. Tingkat kelahiran kasar pada tahun 1971 dan 1980 adalah sekitar 44 dan 36 per 1.000 penduduk. Tingkat kematian kasar pada tahun 1971 dan 1980 masing-masing adalah 19 per 1000 penduduk dan 12,5 per 1000 penduduk, sedangkan pada tahun 1988 angkanya menjadi 7,9 per 1000 penduduk.

Pada tahun 1970 tingkat kematian bayi (infant mortality rate) sebanyak 140 per 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 1980 turun menjadi 60 per 1.000 kelahiran hidup. Data dari survey penduduk antarsensus tahun 2003 menunjukkan adanya 767.740 kematian dari sekitar 214 juta penduduk di Indonesia pada tahun tersebut. Hal ini berarti pada tahun 2003 terdapat 3 atau 4 tiap 1.000 penduduk.

1.6 Kesimpulan

Demografi merupakan studi kuantitatif dari suatu proses fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian), perkawinan, migrasi dan mobilitas sosial. Secara langsung, proses-proses tersebut mempengaruhi jumlah penduduk dalam suatu wilayah. Dinamika kependudukan merupakan perubahan kependudukan pada satu daerah tertentu dari waktu ke waktu atau disebut juga dengan suatu perubahan keadaan dari penduduk. Dinamika atau perubahan cenderung pada suatu perkembangan jumlah penduduk dari suatu negara atau wilayah tersebut yang dapat diketahui melalui sensus, registrasi dan survey penduduk.

Penyebab yang mempengaruhi perubahan penduduk yaitu kelahiran, kematian, perpindahan penduduk serta kondisi sosial ekonomi dan budaya yang berkembang di masyarakat. Penyebab-penyebab tersebut dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Laju pertumbuhan penduduk (Growth rate) dipengaruhi oleh besarnya jumlah kelahiran maupun kematian. pada tingkat kelahiran kasar (Crude Birth Rate) dan tingkat kematian kasar (Crude Death rate) dengan ditunjukkan atas dasar jumlah kelahiran hidup dan jumlah kematian per 1000 penduduk per tahun.

Transisi demografi pada dasarnya menunjukkan urutan tahap-tahap perubahan dalam tingkat fertilitas (kelahiran) dan mortalitas (kematian). Transisi demografi mempunyai 4 tahap yaitu Tahap pertama transisi demografi menunjukkan angka kelahiran tinggi dan angka kematian tinggi; Tahap kedua transisi demografi yaitu tahap pertumbuhan penduduk yang cepat. Hal ini terjadi karena angka kematian turun dengan relatif cepat sedangkan angka kelahiran turun dengan lamban; Tahap ketiga terjadi mulai tahun 1970 dan menunjukkan penurunan angka kelahiran pada tahun tersebut; Tahap akhir ditandai dengan rendahnya kedua indikator, yaitu kelahiran dan kematian.

Faktor yang dapat mempengaruhi angka mortalitas (kematian) yaitu Perkembangan teknologi di bidang pertanian dan perkembangan industri modern, Kondisi dan situasi pemerintahan yang relatif stabil dan mantap, Sanitasi lingkungan, Kemajuan di bidang kedokteran dan pengobatan, serta gizi, Kematian di desa pada umumnya lebih rendah dibandingkan di kota, Pekerjaan atau profesi yang berpengaruh terhadap tinggi rendahnya angka kematian dan lingkungan pekerjaan yang tidak sehat dan berisiko (kawasan pertambangan, pabrik, lingkungan yang berdebu) dapat meningkatkan angka kematian.

1.6 Latihan Soal

- 1) Jelaskan pengertian dari penduduk menurut Undang-Undang Dasar 1945!
- 2) Apa yang dimaksud dengan dinamika penduduk?
- 3) Pertambahan penduduk terjadi karena adanya penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Jelaskan penyebab pertumbuhan penduduk secara sosial!
- 4) Bagaimana cara mengetahui dinamika penduduk?
- 5) Jelaskan tahapan dari transisi demografi!

Bab 2

Perkembangan Keluarga Berencana di Indonesia

2.1 Definisi Keluarga Berencana

Sehingga keluarga berencana suatu upaya yang dilakukan untuk mengatur banyaknya jumlah kelahiran, untuk meminimalkan terjadinya kerugian terhadap orang tua dan anak serta keluarga yang bersangkutan, sebagai akibat dari kelahiran tersebut. Karena itu keluarga berencana adalah suatu program yang dilakukan oleh pemerintah guna menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk. (Hanafi, 2004) Mengingat keluarga adalah unit terkecil pada kehidupan berbangsa maka yang diinginkan adalah diterimanya Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada keseimbangan pertumbuhan.

2.2 Sejarah Keluarga Berencana di Indonesia

Upaya membangun gerakan Keluarga Berencana bukan hanya dilakukan di Indonesia akan tetapi hal ini bisa dilakukan dan diterapkan di luar negeri, karenanya berbagai gerakan KB banyak yang berasal dari luar negeri. Sebagai contoh gerakan Keluarga Berencana di Inggris telah dimulai sejak abad 19 dalam hal ini pemrakarsanya adalah Maria Stopes. Dimana upaya yang dilakukan oleh Maria yaitu dengan memusatkan gerakan KB pada kaum buruh di Inggris dan berbagai permasalahan terhadap kesehatan ibu. Sementara negara Amerika mengikuti jejak Inggris beberapa tahun kemudian dengan melaksanakan program atau gerakan KB yang sama dan diistilahkan dengan program Birth Control. (Pamoedji et al., 2017) Program ini diketuai oleh Margareth Sanger dan menjadi salah satu akar dari program Keluarga Berencana modern. Berikutnya, banyak dilakukan konferensi tentang birth control dan juga konferensi terkait populasi yang ada dunia.

Selain menyelenggarakan konferensi, Margareth Sanger juga membentuk komite internasional Keluarga Berencana saat mengadakan konferensi di New Delhi pada tahun 1952. Komite ini resmi berdiri dengan nama International Planned Parenthood Federation (IPPF). (Sugeng, 2019) Komite ini mendorong negara-negara di dunia untuk mendirikan perkumpulan-perkumpulan Keluarga Berencana, termasuk Indonesia yang mengikuti jejak dengan mendirikan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia atau dikenal dengan PKBI.

Gerakan ini telah dirilis di Indonesia oleh dokter-dokter yang ada di rumah sakit Dr. Cipto Mangunkusumo tepatnya di poliklinik FKUI dan tidak dilaksanakan secara terang-terangan. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) resmi berdiri pada tanggal 23 Desember 1957 setelah melaksanakan koordinasi dengan IPPF dan juga dukungan yang didapatkan dari banyak pihak. PKBI mempunyai program utama yaitu untuk mewujudkan keluarga sejahtera dengan menempuh tiga macam usaha. Usaha-usaha tersebut adalah (1) mengatur kehamilan atau menjarangkan kehamilan, (2) mengobati kemandulan dan (3) memberikan nasihat perkawinan. Pada saat itu terdapat hambatan dalam mewujudkan program ini karena terdapat KUHP pasal 283 yang melarang untuk menyebarkan gagasan Keluarga Berencana.

Kemudian pada bulan Januari 1967 diselenggarakan symposium kontrasepsi di Bandung dan dengan bantuan media massa sehingga gagasan Keluarga Berencana mulai dikenal oleh masyarakat luas. Kongres

pertama PKBI diselenggarakan pertama kali sesudah satu bulan diadakan symposium tersebut dengan pokok pembahasan berupa harapan supaya program Keluarga Berencana dijadikan sebagai program pemerintah. Pada bulan November tahun 1968, pemerintah bersungguh-sungguh dalam mewujudkan kebijakan-kebijakan Keluarga Berencana yang ditandai dengan berdirinya lembaga Keluarga Berencana Nasional yang diawasi langsung oleh Menteri Negara Kesejahteraan Rakyat.

Program Keluarga Berencana kemudian berkembang dengan dimasukkannya program tersebut ke dalam Rencana Pembangunan Lima Tahun I dan berdirinya Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN) melalui Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1970 menggantikan LKBN. Melalui pendekatan kemasyarakatan, organisasi tersebut memungkinkan para pakar nonmedis dapat menyukseskan program Keluarga Berencana yang ada di Indonesia. Organisasi BKKBN terus dikembangkan dan disempurnakan melalui kongres Presiden RI Nomor 33 Tahun 1972, Nomor 38 Tahun 1978 dan Nomor 64 Tahun 1983.(BKKBN, 2017)

2.3 Perkembangan Program Keluarga Berencana di Indonesia

Keluarga Berencana mempunyai tujuan utama untuk menjarangkan kehamilan dikarenakan mempunyai kaitan erat dengan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak dalam rentang waktu tahun 1950 sampai 1960. Selain itu, terdapat usaha supaya pasangan suami istri yang infertil dapat mempunyai keturunan yang diinginkan. Keluarga Berencana dijadikan satu dengan kesehatan pada Pelita I (tahun 1969/1970 sampai tahun 1973/1974), hal ini dengan harapan jumlah akseptor dapat mencapai 3 juta selama 5 tahun sehingga dapat mencegah 600.000 – 700.000 kelahiran. Pada saat itu, program ini hanya dikhususkan di pulau Jawa dan Bali. Semenjak adanya BKKBN pada tahun 1970, BKKBN juga mempunyai tanggung jawab atas pelaksanaan Keluarga Berencana sejak pelita I. Kemudian pada pelita II, program Keluarga Berencana sudah berdiri sendiri dan jangkauannya mulai diperluas saat Pelita III dan IV.(BKKBN, 2017)

Dikarenakan hasil yang memuaskan selama Pelita I, pemerintah akhirnya mulai mencanangkan program Keluarga Berencana di 10 provinsi di luar Pulau Jawa dan Bali, tepatnya pada Pelita II. Program tersebut diberi nama Luar Jawa Bali I. Program diperluas ke seluruh Indonesia dan kelompok provinsi pada Pelita II dan diberi nama Luar Jawa Bali II. Sedangkan pada Pelita III, program Keluarga Berencana ternyata sangat mempunyai dampak pada demografi dengan target penurunan tingkat kelahiran kasar sebesar 50% dari 44 pada tahun 1971 menjadi 22% pada tahun 2000, kemudian dipercepat 10 tahun menjadi tahun 1990. Pada tahun 1980 dalam rangka intensifikasi program, perubahan dilaksanakan oleh BKKBN dengan menciptakan strategi yang dinamakan “Panca Karya”.

Gerakan Keluarga Berencana Nasional muncul untuk menggantikan program KB nasional pada pelita V. Gerakan ini berarti gerakan masyarakat yang menghimpun dan mengajak segenap potensi masyarakat untuk mengikuti partisipasi secara aktif dalam melembagakan dan membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS). Tujuan dari gerakan tersebut yaitu untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia Indonesia. Dalam mewujudkan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (NKKBS) dibutuhkan beberapa cara yaitu (1) mengatur jarak kehamilan, (2) mendewasakan usia perkawinan, (3) penyuluhan tentang pentingnya Keluarga Berencana, serta (4) penyediaan sarana prasarana KB dan posyandu.

Gerakan Keluarga Berencana Nasional mempunyai tujuan mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat sejahtera dengan menggunakan cara mengendalikan kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia. Selain mempunyai tujuan, gerakan keluarga berencana juga mempunyai sasaran, diantaranya (1) Pasangan Usia Subur (PUS) dengan mempunyai prioritas PUS muda yang berparitas rendah, (2) Generasi muda dan purna PUS, (3) Pelaksana dan pengelola KB, serta (4) sasaran wilayah dengan wilayah yang laju pertumbuhan penduduk tinggi serta wilayah khusus misalnya wilayah sentra industri, permukiman yang padat, daerah kumuh, daerah pantai dan daerah yang terpencil. Sensus penduduk tahun 1990 menunjukkan keberhasilan gerakan KB nasional, yaitu dengan selesainya landasan pembentukan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) sehingga untuk selanjutnya langkah yang harus dilaksanakan ialah membangun keluarga kecil sejahtera.

2.4 Organisasi-Organisasi Keluarga Berencana di Indonesia

Dalam membantu mewujudkan program Keluarga Berencana di Indonesia terdapat beberapa organisasi-organisasi yang bergerak. Organisasi tersebut mempunyai visi dan misi yang banyak mempunyai peran dalam mengontrol Keluarga Berencana.

2.4.1 Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI)

Organisasi PKBI ini terbentuk pada tanggal 23 Desember 1957 yang bertempat di jalan Sam Ratulangi no 29 Jakarta dan diprakarsai oleh dr. Soeharto yang didukung oleh Prof. Dr. Sarwono Prawirohardjo, dr. H. M. Judono, dr. Hanifa Wiknjosastro dan Dr. Hurustiati Sunbandrio. Pelayanan-pelayanan yang diberikan oleh perkumpulan keluarga berencana Indonesia ini yaitu berupa nasihat dari perkawinan yang meliputi pemeriksaan kesehatan calon pasangan suami istri, pemeriksaan dan pengobatan untuk kemandulan dalam perkawinan serta pengaturan kehamilan. (Hanafi, 2004)

Visi yang dipunyai PKBI adalah mewujudkan masyarakat yang sejahtera dan mempunyai misi untuk memperjuangkan penerimaan dan praktik keluarga yang mempunyai tanggung jawab dalam keluarga Indonesia melalui suatu pengembangan program, pengembangan dari jaringan, dan hubungan dengan semua pihak pemberdayaan masyarakat di bidang kependudukan secara umum dan secara khusus di bidang kesehatan reproduksi yang mempunyai kesetaraan dan memiliki keadilan.

2.4.2 Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

Dasar pembentukan BKKBN ini adalah Keputusan Presiden dengan Nomor 8 Tahun 1970 tentang Pembentukan Badan yang berfungsi sebagai organisasi pengelola program keluarga berencana sebagaimana hasil yang telah direncanakan dan merupakan program nasional. Program ini, presiden bertanggung jawab langsung terhadap pelaksanaan program ini, dan Menteri Negara Kesejahteraan Rakyat menjadi pelaksana harian.

Menyempurnakan struktur organisasi, tugas pokok, dan tata kerja Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dilaksanakan melalui Keppres Nomor 33 Tahun 1972. Kemudian, Organisasi dan struktur dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) kembali mengalami penyempurnaan dan yang selanjutnya fungsi lembaga menjadi lebih perluas dengan merujuk pada Keppres Nomor 38 Tahun 1978. Penanganan BKKBN tidak hanya tentang KB melainkan juga kegiatan-kegiatan lain diantaranya kependudukan yang mendukung Keluarga Berencana. Selanjutnya, disempurnakan kembali terhadap lembaga Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN) yang berdasar pada Keputusan Presiden Nomor 64 Tahun 1983 dimana tugas utamanya adalah mempersiapkan kebijakan umum dan melakukan koordinasi atas pelaksanaan program secara terpadu dan menyeluruh. (BKKBN, 2017)

a. Dasar Pertimbangan Pembentukan BKKBN.

Pemerintah tidak serta merta membentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN). Terdapat beberapa hal dasar yang menjadi pertimbangan, diantaranya :

- 1) Perlunya peningkatan Program Keluarga Berencana nasional dengan berbagai cara diantaranya adalah dengan meningkatkan dan memanfaatkan serta perbaiki fasilitas dan potensi sumberdaya yang ada.
- 2) Perlunya melakukan giat dalam upaya pelaksanaan Program Keluarga Berencana nasional dengan keterlibatan maksimal yang dilakukan oleh masyarakat dan pemerintah.
- 3) Penyelenggaraan Program Keluarga Berencana secara teratur dan terencana guna mewujudkan goal dan capaian yang diharapkan.

b. Tugas Pokok BKKBN.

Sebagai badan resmi yang dibentuk pemerintah untuk mendukung program Keluarga Berencana. Dalam program Keluarga Berencana Pelita I (1969-1974) terdapat beberapa provinsi yang masuk didalamnya

antara lain Jawa Bali (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali) dan termasuk dalam perintis Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. Program-program integral (Beyond Family Planning) muncul pada tahun 1974 dan rencana fase program pencapaian akseptor aktif. BKKBN tidak hanya terbatas pada Keluarga Berencana tetapi bertambah luas jangkauannya yaitu program kependudukan.

c. Perkembangan BKKBN saat ini.

Visi dari BKKBN adalah mewujudkan keluarga yang berkualitas 2018 dan mempunyai misi mewujudkan setiap keluarga Indonesia untuk mempunyai anak ideal, sehat, mempunyai pendidikan, sejahtera, mempunyai ketahanan dan terpenuhi hak-hak reproduksinya melalui pengembangan kebijakan, penyediaan layanan promosi, serta penguatan kelembagaan dan jejaring Keluarga Berencana. Melaksanakan tugas pemerintahan di bidang Keluarga Berencana dan keluarga sejahtera sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku merupakan tugas pokok dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

d. Filosofi BKKBN.

Menggerakkan peran serta masyarakat dalam Keluarga Berencana merupakan filosofi dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional.

1) Strategi Utama.

Supaya dapat menjalankan filosofi dan fungsinya dengan maksimal, terdapat strategi utama yang diusung oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional antara lain :

- a) Memberdayakan dan menggerakkan seluruh rakyat dalam kegiatan KB.
- b) Penataan terhadap pengelolaan kegiatan Keluarga Berencana.
- c) Perkuat sumber daya masyarakat dalam menjalankan kegiatan Keluarga Berencana.
- d) layanan KB ditingkatkan sebagai upaya untuk memberikan keluarga menjadi sejahtera.
- e) Peningkatkan pembiayaan kegiatan KB

Strategi –strategi utama tersebut mengandung nilai-nilai integritas, energik, professional, partisipatif, kompeten, organisasi pembelajaran, konsisten, kreatif atau inovatif. Strategi-strategi utama juga mempunyai kebijakan berupa pendekatan desentralisasi, pendekatan-pendekatan pemberdayaan, kemitraan, pendekatan pemenuhan hak (right based), pendekatan segmentasi sasaran dan pendekatan dalam lintas sektor.

2) Tujuan

Badan Koordinasi Keluarga Berencana mempunyai tujuan-tujuan sebagai berikut :

- a) Keluarga yang mempunyai anak ideal.
- b) Terwujudnya kesehatan keluarga
- c) Terwujudnya pendidikan keluarga
- d) Terwujudnya kesejahteraan keluarga.
- e) Terwujudnya ketahanan keluarga.
- f) Terwujudnya pemenuhan hak-hak reproduksi pada keluarga
- g) Penduduk tumbuh seimbang (PTS).

3) Strategi

Lain daripada strategi-stategi yang telah disebutkan di bahasan sebelumnya, Badan Koordinasi Keluarga Berencana juga mempunyai strategi yang mendukung adanya program Keluarga Berencana, diantaranya yaitu :

- a) Sustainability, yang dapat berarti lebih mantap terhadap program dan berkelanjutan terhadap dukungan oleh para stakeholders dari tingkat pusat hingga daerah.
- b) Re-establishment, yang mengandung maksud membangun kembali sendi-sendi program Keluarga Berencana nasional sampai ke tingkat pasca penyerahan kewenangan

4) Sasaran

Sasaran dalam program Keluarga Berencana dapat dibagi 2 yaitu sasaran secara langsung dan sasaran secara tidak langsung. Hal ini bergantung dari goal yang ingin dicapai.

Sasaran secara langsung yaitu Pasangan Usia Subur (PUS) yang mempunyai tujuan untuk penurunan tingkat kelahiran dengan cara pemakaian alat kontrasepsi secara berterus menerus. (Salim, 2007) Sementara, target secara tidak langsung yaitu pelaksanaan dan pengelolaan Keluarga Berencana, yang mempunyai goal penurunan angka kelahiran dengan menggunakan kebijaksanaan kependudukan terpadu sebagai upaya tercapainya keluarga memiliki kualitas dan keluarga yang sejahtera.

a) Sasaran secara langsung.

Pasangan Usia Subur (PUS) merupakan pasangan suami istri dengan istri yang mempunyai usia 15-49 tahun menjadi sasaran secara langsung program Keluarga Berencana. Pasangan Usia Subur dijadikan sasaran secara langsung dikarenakan kelompok PUS merupakan pasangan yang melaksanakan hubungan seksual secara aktif dan setiap kali berhubungan seksual tersebut mempunyai peluang terjadi kehamilan. Pasangan Usia Subur diharapkan menjadi peserta Keluarga Berencana dengan bertahap yang aktif dan lestari sehingga dapat memberikan efek langsung terhadap penurunan fertilitasi.

b) Sasaran secara tidak langsung.

Pada kelompok usia remaja yang mempunyai usia 15-19 tahun menjadi sasaran tidak langsung pada program Keluarga Berencana. Kelompok remaja ini dijadikan sasaran tidak langsung dikarenakan kelompok remaja bukan merupakan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung. Meskipun demikian, kelompok remaja tetap dijadikan sebagai sasaran sebab berisiko untuk melakukan hubungan seksual karena sudah berfungsinya alat reproduksinya. Program Keluarga Berencana ini melibatkan kelompok remaja sebagai sebuah upaya promotif dan preventif dalam mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan termasuk kejadian dari keguguran

5) Landasan Hukum

Untuk menjalankan fungsi, BKKBN Nasional mempunyai landasan hukum yang mempunyai kaitan juga dengan program Keluarga Berencana. (BKKBN, 2017) Berikut ini merupakan landasan hukum tersebut

- a) TAP MPR Np. IV/1999, GBHN
- b) UU Nomor 22 /1999, Otonomi Daerah.
- c) UU Nomor 10/1992, PKPKS.
- d) UU Nomor 25/2000, Propenas.
- e) UU Nomor 32/2004, Pemda.
- f) PP Nomor 21/1994, Pembangunan KS.
- g) PP Nomor 27/1994, Perkembangan Kependudukan.
- h) Keputusan Presiden Nomor 103/2001.
- i) Keputusan Presiden Nomor 110/2001.
- j) Keputusan Presiden Nomor 9/2004.
- k) Keputusan Menteri/Ka. BKKBN Nomor 10/2001.
- l) Keputusan Menteri /Ka. BKKBN Nomor 70/2001

2.5 Program Keluarga Berencana

Definisi dari Keluarga Berencana menurut World Health Organisation (WHO) expert committee pada tahun 1970, yang dimaksud dengan KB adalah tindakan yang dilakukan untuk membantu pasangan suami istri untuk menunda atau terhindar terjadinya kehamilan yang belum dikehendaki, membantu Agar proses perolehan keturunan yang diinginkan oleh pasangan secepatnya terealisasi, melakukan pengaturan jarak antara kehamilan pertama dan kedua dan seterusnya, melakukan pengawasan terhadap proses melahirkan sehingga hubungan yang terjalin pada pasangan saat melahirkan sangatlah penting yang ini terkait dengan usia yang dimiliki oleh si perempuan, dan terakhir adalah bagaimana pasangan secara komitmen dalam menentukan jumlah anak. (Yuhedi & Kurniawati, 2013)

Definisi Keluarga Berencana (KB) secara umum juga didefinisikan suatu bentuk upaya guna melakukan pengaturan banyaknya jumlah kehamilan, sehingga mempunyai dampak positif bagi ibu, bapak dan keluarga yang bersangkutan sehingga tidak akan terjadi adanya dampak yang tidak diinginkan. Yang disebabkan karena membuat keputusan untuk hamil sehingga ada pengaruh yang di luar yang diharapkan. Karenanya sangatlah penting melakukan rencana atas keputusan yang diambil keluarga terhadap keputusan untuk hamil, karena jika hal tersebut menjadi sesuatu yang diharapkan maka dipastikan akan tidak terjadi sesuatu diluar yang diprediksi, karena hamil adalah sesuatu yang telah diputuskan secara matang, sehingga terhindar dari keputusan yang tidak logis diantara adanya adalah adanya alasan karena tidaksiapan sehingga harus memutuskan untuk mengakhiri kehamilan dengan berbagai cara termasuk dengan cara aborsi.

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu program yang dikerjakan sebagai dasar atas pelaksanaan dari kebijakan pemerintah dalam bidang kependudukan yang mempunyai implikasi yang tinggi terhadap pembangunan bidang kesehatan yang memiliki sifat kuantitatif dan sifat kualitatif, sehingga program KB mempunyai kedudukan yang strategis dalam upaya pengendalian laju pertumbuhan penduduk melalui kelahiran dan pendewasaan umur perkawinan (secara kuantitatif) ataupun secara kualitatif dengan pembinaan ketahanan dan peningkatan kesejahteraan keluarga dalam mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera sehingga memungkinkan program dan gerakan Keluarga Berencana diposisikan sebagai bagian terpenting dari suatu strategi pembangunan bidang ekonomi.

Munculnya implikasi negatif yang ada pada sektor pembangunan dimungkinkan terjadi jika program pelaksanaan KB tidak berjalan dengan baik. Sektor yang dimaksud ada pada sektor kesehatan, pendidikan, sektor ekonomi dan sebagainya. Oleh karena itu untuk menunjang program utama yaitu sektor pembangunan maka program KB telah dilakukan secara mendunia sebagaimana hasil pada pelaksanaan Internasional Conference On Population and Development (ICPD) yang telah diselenggarakan di Kairo Mesir pada tahun 1994 dan menjadi kesepakatan dari pertemuan ICPD di Den Haag Belanda pada tahun 1999 yang memberikan penegasan bahwa program KB telah sepakat dilaksanakan untuk kemudian disebarluaskan hingga dapat berkembang menjadi program kesehatan reproduksi.

Kesehatan reproduksi adalah sesuatu yang baik, sehingga pemerintah menyusun program terkait hal tersebut, sehingga kesehatan yang dimaksud adalah suatu keadaan yang memungkinkan terjadinya kesehatan secara fisik, mental, sosial dan ekonomi secara menyeluruh, hal tersebut jelas-jelas memiliki tujuan terhadap sistem reproduksi yang terkait fungsi dan proses. Tujuan yang ingin dicapai bukan hanya bertumpu pada aspek demografi, tetapi juga bagaimana kualitas hidup setiap individu memiliki kualitas yang baik. Hal inilah hak-hak reproduksi merupakan hak-hak yang diatur dalam Hak asasi Manusia (HAM), termasuk pencegahan kekerasan seksual, membangkitkan semangat untuk tidak terpuruk yaitu dengan cara melakukan pengentasan kemiskinan, kesehatan reproduksi remaja, dan keterjangkauan terhadap pelayanan yang mempunyai kualitas dan dilakukan bukan hanya pada perempuan melainkan juga terhadap pria.

2.6 Faktor Pendukung dan Penghambat Dalam Menjalankan Program Keluarga Berencana

Terlaksananya program Keluarga Berencana (KB) dipengaruhi oleh banyak faktor. Menurut Juliantoro pada tahun 2000 mempunyai pendapat bahwa terdapat faktor pendukung dan penghambat dalam menjalankan program Keluarga Berencana, yaitu dalam hal kekuatan, hal kelemahan, peluang dan tantangan.

2.6.1 Ekonomi

Berkembang dan majunya program Keluarga Berencana di Indonesia dipengaruhi oleh kondisi atau tingkatan pada status sosial dan ekonomi yang ada pada sebagian penduduk.

Itulah sebabnya majunya pelaksanaan kegiatan keluarga berencana memiliki hubungan yang sangat erat dengan kondisi atau kemampuan secara individu suatu penduduk terhadap ekonomi yang dimilikinya, hal ini juga berkaitan dengan kemampuan beli terhadap alat kontrasepsi yang digunakan (Nababan et al.,

2018) (Handayani, 2010). Itulah mengapa bahwa kemampuan secara ekonomi menjadi gambaran atas kemampuan individu/seseorang yang ada di dalam masyarakat, yang berarti bahwa ada variabel pendapatan dan pengeluaran masyarakat. Karena itu alasan utama bahwa faktor ekonomi menjadi sesuatu yang penting karena Kondisi dari tingkat ekonomi ini dapat mempunyai pengaruh dalam aspek kehidupan seseorang termasuk dalam pemeliharaan kesehatan (Notoatmodjo, 2010), sehingga dasar penggunaan berbagai alat kontrasepsi sedikit banyak dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Hal ini juga dimungkinkan adanya alokasi-alokasi lain di luar alokasi yang dimaksud. Terutama bidang pendidikan, bidang usaha, pakaian, perawatan medis dan lain sebagainya

2.6.2 Pendidikan

Pendidikan merupakan pemberian bimbingan yang disampaikan kepada seseorang terhadap orang lain yang bertujuan untuk pemahaman atas suatu hal. Sehingga tingginya pendidikan yang dimiliki oleh seseorang akan memudahkan dalam memperoleh atau menerima informasi yang pada akhir seseorang tersebut semakin banyak memiliki pengetahuan. Namun sebaliknya, tingkat pendidikan seseorang yang rendah akan menjadi penghambat perkembangan sikap seseorang tersebut terhadap suatu masukan terhadap nilai-nilai dan informasi yang baru diperkenalkan dan diperoleh. (Rubianto, 2012) Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) atau penyuluhan merupakan suatu informasi atau pesan yang didapat dari berbagai informan yang dapat memiliki pengaruh terhadap tingkat pengetahuan.

2.6.3 Kedudukan Perempuan

Status perempuan atau kedudukan seorang wanita dalam masyarakat dapat mempengaruhi kemampuan mereka memperoleh dan menggunakan berbagai metode kontrasepsi. (Salim, 2007) Sebagian dari perempuan yang bertempat tinggal di daerah dengan kedudukan tinggi mempunyai pemasukan lebih besar akan cenderung memilih metode kontrasepsi yang lebih mahal dan mempunyai lebih banyak suara dalam mengambil sebuah keputusan. Demikian halnya dengan perempuan yang bertempat tinggal di daerah yang perempuan tersebut lebih dihargai. Mereka akan cenderung lebih diberikan kebebasan dalam memperoleh berbagai metode kontrasepsi, tanpa adanya aturan ketat yang mengharuskannya memperoleh persetujuan suami sebelum pelayanan Keluarga Berencana yang diperoleh. Selain itu, di daerah dengan perempuannya yang lebih dihargai, mungkin hanya akan mendapatkan sedikit pembatasan dalam memperoleh berbagai metode kontrasepsi, misalnya dengan adanya peraturan yang mengharuskan persetujuan suami sebelum pelayanan Keluarga Berencana dapat diperolehnya.

2.6.4 Kepercayaan/Agama

Faktor kepercayaan atau faktor agama dalam suatu keluarga juga bisa mempengaruhi kelancaran pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB). Karena faktor kepercayaan atau agama inilah beberapa calon akseptor KB masih ragu-ragu dalam melaksanakan program Keluarga Berencana (KB) bahkan beberapa calon akseptor menolak untuk melaksanakan program KB. Pada contoh konkretnya yaitu pada agama Islam. Beberapa pemimpin agama Islam tidak melarang adanya penggunaan alat kontrasepsi yang bermanfaat untuk mengontrol dari kehamilan dan kelahiran, tetapi sebagian lainnya melarang penggunaan kontrasepsi. Selain itu, terdapat beberapa kepercayaan yang melarang penggunaan kontrasepsi IUD oleh umat Islam dikarenakan membuka bagian kewanitaan (aurat) meskipun pemasangannya dilakukan oleh bidan atau dokter perempuan. Efek samping dari penggunaan KB yang dapat mempengaruhi pola menstruasi dan dapat mempunyai dampak pada waktu ibadah menjadi keraguan lain dari calon akseptor untuk melaksanakan program KB. Pada contoh lainnya yaitu pada penganut agama Katolik yang hanya memilih metode alat kontrasepsi secara alami (hanya menerima metode kontrasepsi abstinensia dan pantang berkala/hubungan seksual yang dalam siklus bulanan seorang wanita hanya dapat dilakukan pada masa tidak subur). Dimana metode kontrasepsi tersebut menjadi metode KB yang sesuai dengan pandangan gereja dan menolak dengan tegas metode kontrasepsi yang lainnya. Hal tersebut dikarenakan agama Katolik mempunyai pandangan bahwa kesejahteraan keluarga diletakkan dan diwujudkan dalam pemahaman yang holistic sesuai dengan kehendak Allah.

Dalam agama hindu yang memandang bahwa setiap dari kelahiran harus membawa sebuah manfaat maka jarak kelahiran harus diatur dengan umatnya mengikuti program Keluarga Berencana. Agama Buddha memandang setiap manusia pada dasarnya adalah baik dan agama Buddha tidak melarang umatnya untuk

mengikuti program Keluarga Berencana demi terwujudnya keluarga yang sejahtera. Sedangkan agama Kristen Protestan tidak melarang umatnya mengikuti program Keluarga Berencana.

Sebuah kepercayaan dapat memberikan perspektif pada manusia dalam mempersepsi sebuah kenyataan, memberikan suatu dasar bagi pengambilan keputusan dan dapat menentukan sebuah sikap bagi objek sikap itu sendiri. Kepercayaan dari akseptor KB perempuan terhadap suatu program Keluarga Berencana (KB) yang berdasarkan pada agama, sebuah norma dan suatu adat yang sudah dianutnya yang termasuk pembatasan dalam jumlah anak, namun khususnya pada metode kontrasepsi IUD, arti anak dalam keluarga dan metode kontrasepsi yang dipakai tidak bertentangan dengan agama sehingga mempunyai pengaruh pada jenis kontrasepsi yang akan digunakan.

Kepercayaan pada budaya yang mempunyai pengaruh positif akan mempengaruhi dalam pemilihan metode kontrasepsi, pendidikan perempuan yang tinggi akan menginginkan KB yang efektif digunakan, namun tidak akan rela untuk mengambil sebuah resiko yang dapat terkait dengan metode kontrasepsi, dalam penggunaan metode alat kontrasepsi secara umum, agama Islam tidak pernah melarang penggunaannya.

Pada sebuah penelitian yang dilakukan oleh Dewi Risma Nurmawati tahun 2017 yang berjudul “Kepercayaan Akseptor KB Wanita dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi di Desa Lok Besar Wilayah Kerja Puskesmas Birayang Kabupaten Hulu Sungai Tengah” mempunyai hasil bahwa akseptor KB wanita sebagian besar mempunyai kepercayaan positif terhadap pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan dan sesuai dengan budaya serta tidak bertentangan dengan ajaran agama yang dianutnya, namun mereka memilih metode kontrasepsi non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. (Salim, 2007) Hal ini dikarenakan kepercayaan atau agama mereka mengatakan bahwa membatasi anak tidak diperbolehkan. Sedangkan kepercayaan lainnya dapat diketahui dari faktor sosial dan ekonomi yang menyatakan bahwa sebagian besar wanita mempunyai pendapat bahwa sebuah rejeki tidak ditentukan dari banyak maupun sedikitnya anak namun rejeki itu sudah ditentukan oleh Allah SWT.

Sedangkan menurut dari teori, dalam agama Islam yang menganjurkan umatnya untuk mempunyai keturunan yang banyak tetapi juga harus tetap memperhatikan pada pencapaian kualitas anak yang mempunyai mutu baik. Dalam agama Islam mengatakan bahwa hukum dari program KB dapat menjadi haram apabila KB digunakan untuk membatasi kelahiran. Hal ini dikarenakan dalam agama Islam tidak didapatkan pembatasan kelahiran, dan hukum yang ikut program Keluarga Berencana dapat menjadi mubah bila dengan kehamilan yang membahayakan keadaan ibu.

2.6.5 Budaya

Dalam memilih metode kontrasepsi yang akan digunakan, beberapa faktor budaya dapat mempengaruhi calon akseptor KB. Faktor- faktor ini meliputi kesalahan pengertian atau kesalahan dari informasi yang berkembang dalam masyarakat tentang berbagai macam metode kontrasepsi, budaya, tingkat pendidikan, kepercayaan, status perempuan dan pola pikir. Dalam perkembangannya, kebijakan program Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi menjadi tolak ukur guna pertimbangan terkait aspek dari sosio-kultural bangsa Indonesia dan kebijakan ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 52 tahun 2009 tentang penyelenggaraan pelayanan dari kontrasepsi yang dilaksanakan dengan cara-cara yang merujuk pada aturan dan aktivitas yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan dari aspek norma, budaya, agama, etika dan kesehatan.

Dalam kebijakan ICPD di Kairo bahwa pada setiap program kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual harus sesuai dengan budaya, norma, agama dan hak-hak asasi dari manusia yang mempunyai sifat universal dan prioritas pembangunan bagi masing-masing bangsa. Pada penelitian yang berjudul “Pengaruh Budaya Akseptor KB Terhadap Penggunaan Kontrasepsi IUD di Kecamatan Pantai Labu Kabupaten Deli Serdang” pada tahun 2012 oleh Yanti didapatkan kepercayaan masyarakat sangat memperhatikan terhadap program KB, hal ini dikarenakan masih banyak masyarakat yang tidak mendukung program KB terutama masyarakat yang bersuku Melayu dan Batak. Sebagian besar masyarakat masih memegang teguh terhadap adat istiadat dari suku mereka atau nasehat orang tua.

Dalam penelitian tersebut juga dikemukakan bahwa banyak alasan dari masyarakat untuk tidak menggunakan metode kontrasepsi IUD, misalnya pada suku Melayu yang mengatakan anak itu merupakan

titipan Tuhan dan anak adalah rejeki dari Yang Maha Kuasa maka tidak ada hak untuk kita menghalang-halangnya dengan menggunakan alat kontrasepsi metode jangka panjang, mereka juga mengatakan bahwa masing-masing dari anak mempunyai rejeki jadi tidak perlu mengkhawatirkan untuk tidak bisa makan. Lain halnya dengan suku Batak yang mengatakan bahwa mereka tidak mungkin untuk memakai alat kontrasepsi metode jangka panjang apabila mereka belum mendapatkan anak laki-laki dan belum ada pengakuan kalau anak perempuan dapat meneruskan keturunan. Masyarakat juga tidak terima dengan mempunyai anak yang sedikit akan menjamin mereka di hari tua mereka, hal ini dikarenakan pada dasarnya semakin banyak anak mereka maka semakin banyak tempat orang tua tinggal ketika mereka menua. Semakin banyak anak yang akan memberikan bantuan ketika mereka tua.

2.7 Dampak Program Keluarga Berencana

2.7.1 Definisi Dampak

Dampak merupakan pengertian dari sebagai benturan, pengaruh yang kuat dan mendatangkan akibat baik akibat positif ataupun negatif menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia. Dampak juga dapat berarti perubahan sebagai akibat adanya aktivitas manusia dan dapat berupa dampak positif ataupun negatif kepada manusia lain.

2.7.2 Implikasi Program KB

Dalam menjalankan program Keluarga Berencana (KB) pemerintah menghadapi berbagai risiko dan keuntungan yang menyertai, baik menghadapi dampak positif maupun dampak negatif. Beberapa dampak positif yang terdapat di program KB diantaranya peningkatan kesejahteraan keluarga, penanggulangan dari kesehatan reproduksi, dan penurunan dari angka kepadatan penduduk Indonesia. Selain dampak positif, terdapat pula dampak negatif dari program KB yaitu dampak terhadap kesehatan akseptor mengenai efek samping dan anggaran pengadaan alat-alat kontrasepsi yang jumlahnya banyak. (Yuhedi & Kurniawati, 2013)

2.7.3 Dampak Program Keluarga Berencana dalam Berbagai Bidang

a. Dampak Program Keluarga Berencana terhadap Pendidikan.

Dalam program KB untuk tercapainya sebuah keluarga kecil guna memberikan lebih banyak peluang untuk memberikan pendidikan ke anak. Dalam bidang pendidikan terdapat ukuran yang lazim digunakan, yaitu sebagai berikut

1) Angka Partisipasi Kasar (APK)

Indikator ini digunakan untuk mengukur proporsi anak usia sekolah pada jenjang pendidikan tertentu di dalam kelompok umur jenjang pendidikan tersebut. Angka partisipasi kasar ini biasanya diterapkan untuk jenjang pendidikan sampai dengan umur 7 tahun-12 tahun, umur 13 tahun sampai 15 tahun, dan umur sekolah menengah atas yaitu umur 16 tahun sampai 18 tahun.

2) Angka Partisipasi Murni (APM)

Indikator Angka Partisipasi Murni (APM) ini digunakan untuk mengukur proporsi anak yang bersekolah pada kelompok usia tertentu pada tingkat yang sesuai dengan kelompok usia tersebut. Angka Partisipasi Murni (APM) selalu lebih rendah apabila dibandingkan dengan Angka Partisipasi Kasar (APK). Hal ini dikarenakan pembilangnya yang lebih kecil, sedangkan penyebutnya sama. Nilai APM tersebut yang mendekati 100 menunjukkan bahwa hampir seluruh penduduk bersekolah tepat waktu sesuai dengan usia sekolah pada pendidikannya.

3) Angka Melek Huruf

Yang dimaksud dengan Angka Melek Huruf merupakan persentase dari penduduk yang mempunyai kemampuan dalam membaca dan menulis huruf latin atau menulis huruf yang lainnya. Indikator ini dapat menggambarkan mutu sumber daya masyarakat (SDM) yang diukur dalam aspek pendidikan. Makin tinggi nilai indikator Angka Melek Huruf maka semakin tinggi pula mutu sumber daya masyarakat di suatu masyarakat.

4) Penawaran Pendidikan.

Indikator ini menunjukkan hubungan sistem pada pendidikan yang dilakukan pada kelompok penduduk dewasa dalam proses pendidikan.

5) Rata-Rata Lama Sekolah

Menggunakan dua variabel secara simultan dapat digunakan dengan rata-rata lama sekolah. Kedua variabel tersebut merupakan variabel tingkat kelas yang sedang atau pernah dilakukan dan variabel tingkat pendidikan yang paling tinggi yang diselesaikan.

b. Pengaruh Implikasi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana terhadap Kehidupan Sosial Ekonomi.

Kehidupan pada aspek sosial dan aspek ekonomi yang mempunyai kaitan dengan program Keluarga Berencana (KB) memang tidak akan lepas dari hubungannya dengan pembangunan dibidang ekonomi. Pembangunan dibidang ekonomi dapat dinaikkan sebagai sebuah proses yang memposisikan Riil National Income yang naik secara terus menerus dalam jangka waktu yang lama. Secara makro, pengaruh dari pelaksanaan program Keluarga Berencana terhadap pembangunan dibidang ekonomi memang lebih banyak mempunyai kaitan dengan kemampuan dan kebutuhan negara dalam melaksanakan investasi. Makin tinggi suatu laju pertumbuhan penduduk maka pengaruhnya juga akan tinggi terhadap investasi.

Menurut pendapat Prof. Dr. Soemitro Djyohadikusuma jika tingkat investasi pada suatu negara tidak dapat mengimbangi tingkat dari laju pertumbuhan penduduknya maka akibatnya akan mempunyai dampak pada penurunan kualitas dari kehidupan masyarakat. Setiap satu dari penambahan penduduk di Indonesia memerlukan empat investasi dari Produk Nasional Bruto atau Gross National Product (GNP).

Pengaruh dari program Keluarga Berencana (KB) dilihat secara makro terhadap kehidupan bidang ekonomi keluarga yaitu pada rasionalisasi tingkat pengeluaran konsumsi keluarga rumah tangga. Pada dasarnya semakin banyak jumlah anggota keluarga berarti akan semakin banyak pula angka kebutuhan yang harus dipenuhi.

2.8 Strategi Pendekatan dan Cara Operasional Program Pelayanan KB

Pendekatan dari program pelayanan Keluarga Berencana nasional dikenal sebagai sebuah strategi tiga dimensi program Keluarga Berencana. Strategi dapat direalisasikan dikarenakan adanya suatu survey pada kecenderungan respons. Pada pasangan usia subur (PUS) di Indonesia terhadap ajakan melakukan dan ikut berpartisipasi aktif di dalam program Keluarga Berencana. Hasil dari survey yang telah diperoleh dari responden pasangan usia subur (PUS) terhadap sebuah komunikasi informasi dan edukasi (KIE) keluarga berencana dapat dikelompokkan menjadi 3 jenis, antara lain :

1. Pasangan Usia Subur (PUS) yang menyatakan langsung menjadi akseptor Keluarga Berencana sebesar 15%.
2. Pasangan Usia Subur (PUS) yang masih ragu-ragu atau menyatakan belum langsung setuju untuk menjadi akseptor Keluarga Berencana sebesar 15%-55%.
3. Sebesar 30% Pasangan Usia Subur (PUS) yang langsung menolak menjadi seorang akseptor KB.

Strategi tiga dimensi program Keluarga Berencana tidak hanya digunakan fungsinya sebagai pendekatan, melainkan juga digunakan sebagai sebuah bentuk respon terhadap sebuah tujuan dari pemerintah untuk menurunkan angka Totality Fertilitas Rate (TFR) dan menyukseskan program Nasional Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera sebagai norma dari Program Keluarga Berencana Nasional.

Strategi-strategi yang berkaitan dengan tiga tahap pengelolaan program Keluarga Berencana Nasional, diantaranya :

1. Tahap Perluasan Jangkauan.

Pada tahap perluasan jangkauan, fokus penyelenggaraan tahap ini yaitu;

a) Coverage Wilayah.

Definisi dari coverage wilayah atau disebut juga dengan penggarapan wilayah adalah penggarapan dari program Keluarga Berencana yang lebih difokuskan di daerah atau wilayah yang mempunyai potensi tinggi, misalnya wilayah pulau Jawa dan pulau Bali. Dimana provinsi yang menjadi fokus dari dua pulau (Jawa dan Bali) tersebut yaitu provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Bali. Wilayah provinsi-provinsi tersebut dapat dipilih dikarenakan mempunyai jumlah penduduk dan laju pertumbuhan yang lebih besar dibandingkan daerah-daerah lain di Indonesia.

b) Coverage Khalayak

Penggarapan khalayak atau coverage khalayak mempunyai fokus yang tidak sama dengan penggarapan wilayah (coverage wilayah). Apabila penggarapan wilayah (coverage wilayah) mempunyai fokus pada tempat, penggarapan khalayak (coverage khalayak) mempunyai fokus pada calon akseptor Keluarga Berencana. Sebuah strategi ini mempunyai tujuan untuk mendapatkan akseptor sebanyak-banyaknya dengan pendekatan pelayanan Keluarga Berencana yang didasarkan pada pendekatan klinik.

2. Tahap Pelembagaan.

Pada tahap ini difokuskan pada tujuan keberhasilan di tahap potensi yaitu tahap perluasan jangkauan. Apabila sudah sampai pada tahap pelembagaan, coverage wilayah akan diperluas tidak hanya di pulau Jawa dan pulau Bali tetapi di luar pulau tersebut, pada khususnya di provinsi-provinsi di Sumatera, beberapa provinsi di Kalimantan dan di pulau Sulawesi. Untuk penggarapan khalayak, pada tahap pelembagaan ini mempunyai tujuan yang lebih luas lagi yaitu pada Pasangan Usia Subur (PUS) yang mempunyai perasaan masih ragu-ragu menjadi akseptor KB. Pasangan Usia Subur (PUS) yang masih ragu-ragu pada tahap pelembagaan ini diarahkan supaya yakin untuk menjadi akseptor Keluarga Berencana.

Data kuantitatif masyarakat yang ikut serta menjadi akseptor Keluarga Berencana (KB) mencapai 45% sampai 65% pada tahap pelembagaan ini. Jenis atau metode kontrasepsi yang jangka panjang (MJP) diprioritaskan untuk angka akseptor KB tersebut dengan melalui pendekatan yang dilaksanakan pada waktu yang tepat.

3. Tahap Pembudayaan Program Keluarga Berencana.

Penggarapan wilayah (coverage wilayah) tidak hanya di fokuskan pada wilayah pulau Jawa dan wilayah Bali serta beberapa pulau di Indonesia pada tahap Pembudayaan program KB ini. Fokus dari penggarapan wilayah pada tahap pembudayaan program KB ini yaitu seluruh wilayah yang terdapat di nusantara. Pada tahap ini juga, penggarapan khalayak semakin diperluas tidak hanya terdapat pada Pasangan Usia Subur (PUS) yang ragu menjadi akseptor Keluarga Berencana (KB), tetapi juga pada Pasangan Usia Subur (PUS) yang menolak menjadi akseptor KB dapat dijalankan dengan pendekatan Tabungan Keluarga Sejahtera dan Kredit Usaha Keluarga Sejahtera

2.9 Kesimpulan

Gerakan KB Nasional mempunyai tujuan terwujudnya keluarga kecil bahagia sejahtera guna terwujud masyarakat sejahtera dan dapat menggunakan cara pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia. Dasar pembentukan BKKBN ini adalah Kepres dengan Nomor 8 Tahun 1970 tentang Pembentukan Badan yang berfungsi untuk dapat mengelola program keluarga berencana direncanakan sebagai program nasional. Strategi –strategi dalam menjalankan filosofi dan fungsinya mengandung nilai-nilai integritas, energik, professional, partisipatif, kompeten, organisasi pembelajaran, konsisten, kreatif atau inovatif. Strategi-strategi utama juga mempunyai kebijakan berupa pendekatan desentralisasi, pendekatan-pendekatan pemberdayaan, pendekatan kemandirian, pendekatan kemitraan, pendekatan pemenuhan hak (right based), pendekatan segmentasi sasaran dan pendekatan dalam lintas sektor.

Sasaran dalam program Keluarga Berencana dapat dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran secara tidak langsung. Yang menjadi Faktor mendukung dan penghambat pada implementasi program KB adalah pendidikan, ekonomi, kepercayaan/agama, kedudukan wanita dan budaya.

2.10 Latihan Soal

1. Jelaskan pengertian dari KB menurut Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992?
2. Jelaskan tujuan dari Gerakan Keluarga Berencana Nasional?
3. Strategi tiga dimensi program Keluarga Berencana tidak hanya digunakan fungsinya sebagai pendekatan, melainkan juga digunakan sebagai sebuah bentuk respon terhadap sebuah tujuan dari pemerintah untuk menurunkan angka Totality Fertilitas Rate. Jelaskan Strategi-strategi yang berkaitan dengan tiga tahap pengelolaan program Keluarga Berencana Nasional!
4. Kehidupan pada aspek sosial dan aspek ekonomi yang mempunyai kaitan dengan program Keluarga Berencana (KB) memang tidak akan lepas dari hubungannya dengan pembangunan dibidang ekonomi. Jelaskan Pengaruh dari program Keluarga Berencana (KB) dilihat secara makro terhadap kehidupan bidang ekonomi keluarga!
5. Jelaskan gambaran angka melek huruf yang dapat diukur dalam aspek pendidikan!
6. Pada tahapan perluasan, terdapat coverage khalayak. Jelaskan bagaimana coverage khalayak terhadap fokus pada calon akseptor KB!
7. Dampak dari program KB selain mempunyai dampak positif juga mempunyai dampak negatif. Jelaskan dampak negatif dari program KB tersebut!
8. Faktor kepercayaan atau faktor agama dalam suatu keluarga juga bisa mempengaruhi kelancaran pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB). Jelaskan contoh dari faktor agama tersebut!
9. Indikator Angka Partisipasi Murni (APM) ini digunakan untuk mengukur proporsi anak yang bersekolah pada kelompok usia tertentu pada tingkat yang sesuai dengan kelompok usia tersebut. Mengapa Angka Partisipasi Murni (APM) selalu lebih rendah apabila dibandingkan dengan Angka Partisipasi Kasar (APK)
10. Bagaimana fokus tahap pelembagaan didalam program Keluarga Berencana?

Bab 3

Program Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dalam Pelayanan Keluarga Berencana

3.1 Definisi KIE

KIE merupakan singkatan dari Komunikasi, Informasi dan Edukasi. Komunikasi merupakan sebuah pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan sebuah rasa saling mengerti dan saling percaya, demi terwujudnya hubungan baik antara seseorang dengan orang lain, hal ini merupakan pengertian komunikasi menurut (Effendy, 1984). Selain itu, yang dimaksud dengan komunikasi adalah pertukaran fakta gagasan, pendapat atau opini, maupun emosi yang terjadi antara dua orang atau lebih. Sedangkan yang dimaksud dengan komunikasi kesehatan ialah proses penyampaian pesan yang berisi hal-hal yang mempunyai kaitan dengan kesehatan dan disampaikan oleh pemberi pesan tersebut kepada penerimanya menggunakan atau melalui berbagai media yang dianggapnya tepat. (Mansyur, 2020)

Definisi dari informasi adalah pesan yang disampaikan atau keterangan gagasan maupun kenyataan – kenyataan yang perlu untuk diketahui oleh masyarakat. Informasi yang disampaikan kepada masyarakat dapat berupa sebuah edukasi.

Sedangkan yang dimaksud dengan edukasi menurut (Effendy, 1984) pada bidang kesehatan ialah salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga kesehatan dikarenakan merupakan salah satu prana yang harus dilakukan dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan baik pelayanan kepada individu, pelayanan ke keluarga, pelayanan kelompok maupun pelayanan ke masyarakat. Tenaga kesehatan harus mampu melaksanakan dan menyampaikan informasi dan edukasi kepada masyarakat sehingga tenaga kesehatan tersebut harus mempunyai kemampuan untuk berkomunikasi dalam bidang kesehatan. Pengertian komunikasi menurut Notoatmodjo, komunikasi kesehatan merupakan usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan yang dilakukan masyarakat dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode untuk komunikasi serta baik menggunakan komunikasi yang dilakukan antarpribadi maupun komunikasi massa.

3.2 KIE dalam Pelayanan Keluarga Berencana

Dalam pelayanan KB, kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi sangat diperlukan dikarenakan terdapat banyak sekali informasi-informasi yang mengenai KB yang harus disampaikan oleh tenaga kesehatan kepada masyarakat. Informasi tersebut harus disampaikan secara jelas supaya masyarakat dapat memahami dengan jelas tentang Keluarga Berencana (KB). (Mulyo.com, 2018)

3.2.1 Tujuan Diadakannya KIE dalam Pelayanan Keluarga Berencana

Apabila tidak ada alasan yang jelas, maka KIE tidak akan serta merta dimasukkan ke dalam pelayanan KB sehingga terdapatnya KIE dalam pelayanan KB mempunyai beberapa tujuan. Berikut ini merupakan tujuan diadakannya KIE dalam pelayanan KB, yaitu;

- a. Meningkatkan sikap masyarakat, pengetahuan dan praktik KB sehingga masyarakat menjadi tertarik dengan program KB dan dapat menjadi peserta baru.

- b. Membina kelestarian pada peserta KB sehingga tetap mengikuti program KB.
- c. Meletakkan dasar bagi mekanisme sosio-cultural yang dapat menjamin kelangsungan proses penerimaan KB.
- d. Diharapkan dapat mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang lebih baik dari masyarakat dengan adanya program KIE KB tersebut. Misalnya pada meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang KB sehingga masyarakat menjadi lebih yakin untuk mengikuti program-program KB.

Pada penelitian tentang KIE tahun 2020 yang berjudul “Hubungan Konseling Keluarga Berencana dan Pengetahuan Ibu dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi di Wilayah Kerja Puskesmas Mambo” didapatkan sebagai salah satu petugas kesehatan yaitu bidan merupakan yang paling dekat dengan masyarakat khususnya bagi perempuan dan bidan mempunyai peran yang sangat penting dalam menyukseskan program Keluarga Berencana. Bidan selalu dituntut untuk memberikan KIE tentang seputar KB untuk membantu para PUS dalam memilih dan memutuskan metode atau alat kontrasepsi yang akan dipakai. (Sukarni et al., 2020) Konseling yang dilakukan dengan baik akan membantu Pasangan Usia Subur untuk menggunakan alat kontrasepsi lebih lama dan meningkatkan suatu keberhasilan KB. Tetapi tidak jarang konseling diabaikan oleh tenaga kesehatan terutama bidan dan tidak dilaksanakan dengan baik dikarenakan bidan tidak mempunyai kesadaran tentang pentingnya konseling dan bidan tidak memiliki banyak waktu.

3.2.2 Jenis-jenis Kegiatan dalam KIE

Beberapa jenis kegiatan-kegiatan dalam KIE, diantaranya sebagai berikut :

- a. KIE individu.

Yang dimaksud dengan KIE individu merupakan suatu proses KIE tentang program-program Keluarga Berencana yang terjadi secara langsung antara petugas KIE dengan individu yang sasaran program KB.

- b. KIE kelompok.

Pengertian dari KIE kelompok yaitu suatu proses KIE tentang program KB yang timbul secara langsung antara petugas konselor (KIE) dengan kelompok-kelompok orang (2 sampai 15 orang).

- c. KIE massa.

Yang dimaksud dengan KIE massa adalah proses KIE tentang program-program KB yang timbul secara langsung maupun tidak langsung antara petugas KIE dengan masyarakat dalam jumlah yang besar (massa)

3.2.3 Prinsip KIE Tentang Program KB

Dalam melaksanakan Komunikasi, Informasi dan Edukasi tentang program-program Keluarga Berencana, maka para tenaga kesehatan harus dapat memahami prinsip-prinsip KIE, yaitu sebagai berikut :

- a. Petugas KIE harus memperlakukan dengan baik, sopan dan ramah.
- b. Menghargai, memahami dan menerima kondisi ibu sebagaimana adanya.
- c. Memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan dapat dengan mudah dipahami.
- d. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan yang sehari-hari.
- e. Menyesuaikan isi dari penyuluhan dengan keadaan dan risiko yang dipunyai oleh ibu.

Beberapa prinsip-prinsip tersebut diharapkan dapat diterapkan dengan baik oleh petugas KIE dikarenakan akan sangat membantu para tenaga kesehatan dalam menyampaikan informasi kepada masyarakat dengan sebaik-baiknya. Apabila informasi disampaikan secara lugas maka masyarakat akan mudah memahami program KB dengan jelas. (Murad, 1994)

3.2.4 Cara Penyampaian Pesan

Masyarakat terdiri dari banyak lapisan-lapisan dengan cara pola pikir dan tingkat pengetahuan yang berbeda-beda. Beberapa masyarakat akan dengan cepat dan mudah mengerti serta menangkap maksud dari informasi yang telah disampaikan oleh petugas tentang program KB. Namun, sebagian lainnya memerlukan cara yang berbeda dikarenakan informasi tentang Keluarga Berencana memerlukan tenaga yang mumpuni supaya jelas maksud dan tujuannya. Adapun cara mengatasi masalah-masalah tersebut yaitu dengan adanya panduan dari KIE. Terdapat banyak cara yang dapat dilaksanakan supaya pesan yang akan disampaikan mudah dimengerti oleh calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yaitu :

a. Informatif.

Berbagai keterangan mengenai konsep Keluarga Berencana harus diberikan setepat-tepatnya supaya dapat sampai ke penerima atau calon peserta KB ataupun peserta KB. Pemberian informasi ini harus diperhatikan semaksimal mungkin karena terdapat kemungkinan pengurangan maupun penambahan keterangan yang dapat menyesatkan bahkan dapat membentuk konsep yang jauh berbeda di pikiran penerima informasi.

b. Edukatif.

Memberikan informasi yang sesuai apabila calon akseptor KB mempunyai pandangan positif terhadap konsep keluarga yang kecil. Apabila calon akseptor setuju dengan konsep keluarga kecil maka secara tidak langsung calon akseptor tersebut setuju dengan adanya program KB dan bersedia menjadi akseptor KB. Apabila ia tidak setuju dengan konsep keluarga kecil dan tetap menginginkan mempunyai anggota keluarga yang banyak maka harga pendapat tersebut.

c. Persuasif.

Memberikan pengertian kepada penerima informasi tentang program KB, tentang kepercayaan-kepercayaan dan nilai-nilai apabila mempunyai keluarga kecil yang bahagia dan memberikan contoh nyata atau contoh perwujudan dalam nilai-nilai masyarakat Indonesia pada umumnya.

d. Tatap muka.

Ketiga cara yang telah disebutkan sebelumnya akan menjadi lebih efektif apabila dilaksanakan dengan secara tatap muka dengan penerima informasi. Tenaga kesehatan ataupun petugas KB seharusnya menguasai materi, dapat mengerti posisi, mengerti situasi dan kondisi lingkungannya. Petugas KB juga memerlukan mengetahui tata-aturan ataupun nilai-nilai yang dipercayai oleh penerima informasi.KB

3.2.5 Target Tujuan

Target yang telah dibentuk oleh pemerintah melalui KIE KB yaitu penerimaan informasi yang luas kepada seluruh lapisan masyarakat yang ada di seluruh Indonesia. Informasi yang luas dan jelas akan menarik calon akseptor KB baru sehingga peserta KB akan menjadi terus bertambah setiap tahunnya.(Indrawati, 2011) Disamping tentang target bertambahnya akseptor baru, terdapat beberapa target lainnya, diantaranya yaitu :

- a. Luasnya jangkauan menjadi target ke depan, yang pada bidang KIE dengan mengukur beberapa indikator, yaitu;
- 1) Peningkatan kualitas layanan KIE yang dilakukan hingga terjangkau ke pelosok.
 - 2) Terjadi peningkatan keterlibatan kelompok masyarakat dalam penanganan KIE KB, khususnya di beberapa wilayah yang awalnya belum terjangkau layanan KIE.
 - 3) Terjadi peningkatan jumlah peserta KB baru dan peserta lestari atau peserta KB aktif yang berpengaruh terhadap menurunnya jumlah kelahiran.
 - 4) Terjadi peningkatan kesadaran masyarakat dan individu terkait permasalahan KB dalam memandang permasalahan yang bukan hanya terkait medis, sosial dan lain-lainnya tetapi juga terkait masalah hidup dan kehirupan manusia.

- 5) Terjadi peningkatan pengetahuan oleh masyarakat terutama terkait dengan adanya pengaruh keberhasilan Keluarga Berencana secara luas dan bukan hanya terkait penurunan fertilitas saja.
- b. Capaian pembinaan yang dilakukan pada KIE diukur dari beberapa indikator, yaitu :
 - 1) Pelayanan KIE di suatu wilayah dilakukan secara maksimal dan terukur, serta mendekati keberadaan peserta yang menjadi target sasaran, sebagai contoh PPKB (Petugas Pelayanan Keluarga Berencana), dokter atau bidan swasta, klinik dan lain sebagainya.
 - 2) Kemampuan masyarakat dalam melakukan pelayanan KIE yang dilakukan secara mandiri, dan berjalan dengan baik.
 - 3) Peserta yang telah ada memiliki prinsip yang kuat sehingga membuka peluang terjadinya peningkatan kesadaran masyarakat lain untuk menjadi peserta baru.
 - 4) Masyarakat secara mandiri mampu memegang peranan dan bertanggungjawab terhadap penerimaannya terhadap alat kontrasepsi lestari guna terwujudnya norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.
- c. Capaian secara lembaga terhadap proses membudayakan terkait KIE, dengan beberapa indikator berikut;
 - 1) Kian tumbuh program pembangunan sektoral yang terintegrasi, diantara KIE KB
 - 2) Kian tumbuh terbitnya aturan-aturan, berbagai ketentuan, berbagai keputusan, hukum dan lainnya, yang memiliki sifat pendukung diterimanya norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera.
 - 3) Bangkitnya program pembangunan sektoral yang menyebabkan proses diterimanya norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera, menjadi semakin semarak.
 - 4) Semakin meluasnya penanganan program Keluarga Berencana di berbagai tingkatan diantaranya unit atau desa atau kampung/kesatuan yang terkecil di masyarakat menyebabkan proses penerimaan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera kemudahan dalam memperoleh layanan sarana yang dibutuhkan, dengan mudah, murah dan aman di zona terdekat dari penerima maupun peserta.

3.2.6 Masalah dan Sebab dalam Mencapai Target Tujuan

- a. Masalah pada target perluasan jangkauan.
 - 1) Masalah :
 - a) Malu untuk melakukan KB.
 - b) Pengetahuan pasangan usia subur yang masih rendah tentang alat-alat kontrasepsi.
 - c) Pengetahuan pasangan usia subur yang masih rendah tentang tempat dan waktu pelayanan kontrasepsi yang kurang (klinik, pos KB dan sebagainya).
 - d) Adanya ketakutan tentang efek samping alat-alat kontrasepsi.
 - e) Kurang atau tidak adanya komunikasi tentang KB antara suami dan istri.
 - f) Masih mempertahankan nilai-nilai lama bahwa mempunyai banyak anak berarti banyak rejeki. Selain itu, nilai-nilai lama masih mengacu pada laki-laki yang masih mempunyai keinginan untuk meneruskan jalur keturunan.
 - g) Kurang atau tidak adanya pengertian tentang ide Keluarga Berencana dan tanggung jawab pelaksanaan pada institusi atau unit.
 - 2) Sebab – sebab :
 - a) Kurangnya akan penjelasan dan pengetahuan tentang hal-hal yang sudah disebutkan.
 - b) Perasaan malu, enggan dan sebagainya yang disebabkan dari sikap-sikap tradisional lainnya dalam keluarga.
 - c) Kesan yang salah dari masyarakat sekeliling terhadap peserta.
 - d) Peninggalan paham sosial dan budaya masa lalu.
 - e) Kurang cukupnya keterangan dan sikap dalam bekerja yang terpadu antarsektor pembangunan nasional.
- b. Masalah pada target pemantapan.
 - 1) Masalah :
 - a) Isu tentang hal medis, politis, isu agama dan tradisional.

- b) Angka drop-out dari alat kontrasepsi (putus kontrasepsi) terutama pada jenis kontrasepsi pil yang termasuk tinggi pada bulan pertama dan bulan kedua pemakaian.
- c) Rasa tidak peduli, tidak mendapatkan cukup motivasi, lalai, dan rasa bosan.
- 2) Sebab-sebab :
 - a) Adanya isu sebagai akibat dari perluasan program dan rasa takut akan tidak puas serta kurangnya pengertian yang mendalam.
 - b) Kurangnya pemahaman tentang akibat dari efek samping.
 - c) Petugas-petugas KIE belum paham dan belum mempunyai pengetahuan yang cukup tentang akibat efek samping.
 - d) Peserta KB dan petugas kurang yakin akan penggunaan kontrasepsi.
- c. Masalah pada target pelembagaan.
 - 1) Masalah :
 - a) Perlunya penggarapan tentang pembinaan lingkungan yang mendukung dari program Keluarga Berencana.
 - b) Perlunya pengarahan tentang kegiatan sektor-sektor lain di luar Keluarga Berencana supaya mendukung program Keluarga Berencana.
 - 2) Sebab-sebab :
 - a) Pemberian penopang penerimaan ide keluarga kecil yang bahagia masih belum cukup.

3.2.7 Konseling Program Keluarga Berencana

a. Pengertian Konseling

Yang dimaksud dengan konseling ialah pertemuan tatap muka antara kedua pihak, dimana satu pihak yang membantu pihak lain dalam mengambil keputusan secara tepat bagi dirinya sendiri dan kemudian melakukan tindakan sesuai dengan keputusannya. (Sukarni et al., 2020) Konseling merupakan proses yang berjalan dan menyatu dengan seluruh aspek pelayanan Keluarga Berencana. Dalam konseling tidak hanya memberikan informasi pada satu kali kesempatan saat pemberian pelayanan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterangkan dan didiskusikan secara lugas selama kunjungan klien dengan kaidah yang sesuai dengan budaya di dalam masyarakat tersebut.

Menurut dari Sarwono, pengertian dari konseling ialah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan KB dan bukan hanya informasi yang diberikan serta dibicarakan pada satu kesempatan yaitu pada saat pemberian pelayanan Keluarga Berencana. Aspek sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan kesehatan reproduksi (KR) adalah konseling. (Everett, 2007) Dengan melaksanakan sebuah konseling maka berarti petugas KIE membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Disamping itu, konseling dapat membuat klien mempunyai perasaan lebih puas

b. Tujuan Konseling

Adapun tujuan –tujuan dalam pemberian konseling pelayanan Keluarga Berencana, yaitu :

- 1) Menjamin pilihan yang sesuai atau cocok.
Kegiatan konseling yang dilakukan akan memberikan jaminan bahwa petugas KIE dan klien akan memilih cara melakukan suatu program Keluarga Berencana yang terbaik sesuai dengan kesehatan dan keadaan klien.
- 2) Menjamin kelangsungan yang lebih lama.
Apabila klien memilih cara yang paling sesuai maka kelangsungan pemakaian cara berKB akan lebih baik lagi. Selain dari itu, klien juga harus mengetahui dan memahami bagaimana cara kerja alat kontrasepsi yang akan digunakannya dan bagaimana cara mengatasi efek samping dari alat kontrasepsi. Kelangsungan penggunaan alat kontrasepsi juga akan lebih baik lagi apabila klien mengetahui bahwa klien dapat menemui petugas kesehatan apabila terdapat masalah yang muncul setelah menggunakan program Keluarga Berencana. Akan lebih baik lagi apabila klien tahu dan paham akan jadwal kapan klien harus melakukan kunjungan kembali atau menemui petugas kesehatan untuk melaksanakan kontrol atau pengecekan KB. Tujuan tersebut akan dapat dicapai dengan menempuh dua pendekatan yang integral, antara lain :
 - a) Pendekatan Keluarga Berencana dengan memakai kontrasepsi untuk menurunkan tingkat kelahiran secara langsung.

- b) Pola kebijakan kependudukan yang integral (beyond family planning) untuk menurunkan tingkat kelahiran secara tidak langsung. Pendekatan ini dapat diperinci sebagai berikut :
1. Usaha pelebagaan penerimaan ide Keluarga Berencana melalui aparaturn pemerintah.
 2. Usaha pelebagaan penerimaan ide Keluarga Berencana melalui mekanisme sosial budaya yang hidup dalam masyarakat kita.

Untuk mewujudkan tujuan dan pendekatan tersebut memerlukan langkah atau tahap berikut :

- a) Tahap Jangka Pendek (dalam waktu 5 sampai 10 tahun).
 Dalam tahap jangka pendek ini terdapat usaha-usaha yang ditekankan pada beberapa hal, yaitu :
 - 1.) Usaha yang kuratif-represif, ialah pemberian pelayanan yang memadai bagi klien yang sangat memerlukan.
 - 2.) Usaha yang preventif, yaitu meletakkan landasan nilai baru bagi yang diterimanya oleh masyarakat luas.
 - b) Tahap Jangka Menengah (dalam waktu 10 sampai 25 tahun).
 Usaha dna kegiatan ditekankan pada pelaksanaan dan pemantapan diri pada penerimaan nilai-nilai baru yang kemudian diharapkan akan mengembangkan suatu mekanisme sosio-kultural yang kelak dapat menjamin kelangsungan proses penerimaan dan pelaksanaan nilai baru tersebut. Hal ini terdapat dalam tahap jangka menengah ini. Kemudian, pelaksanaan tahap jangka menengah akan diusahakan sesuai dengan apa yang telah digariskan yaitu dengan:
 - 1.) Pelebagaan daripada kegiatan pelaksanaan kependudukan atau Keluarga Berencana.
 - 2.) Penerangan yang ditekankan pada usaha supaya penerima nilai baru berangsur-angsur dapat pula menjadi seorang yang menganjurkan nilai baru tersebut.
 Pada akhir di tahap ini, program kependudukan atau Keluarga Berencana sudah harus melembaga dalam kehidupan masyarakat kita. Tidak hanya itu saja, masyarakat juga bisa menjadi unsur mekanik atau unsur penggerak yang secara berangsur –angsur memperkenalkan dan memperluas program kependudukan atau Keluarga Berencana kepada masyarakat yang luas.
 Dengan hal demikian, gagasan kependudukan atau Keluarga Berencana ini akan semakin meluas dan menyebar di kalangan masyarakat. Mekanisme sosio-kultural yang demikian ini harus benar-benar dapat diwujudkan secara mantap supaya dalam periode-periode berikutnya kita dapat mempertemukan pelaksanaan program-program kependudukan atau Keluarga Berencana ini dengan program Pembangunan Nasional.
 - c) Tahap Jangka Panjang (Setelah 25 tahun sampai seterusnya).
 Dalam usaha dan kegiatan program kependudukan atau program Keluarga Berencana diarahkan untuk membina dan menyempurnakan mekanisme sosio kultural pada tahap jangka panjang ini. Tahap ini mempunyai tujuan untuk membantu menciptakan keseimbangan antara jumlah penduduk dengan kemampuan produksi sehingga dapat tercipta kehidupan ekonomi nasional yang sehat. Apabila sudah sampai waktunya, pelaksanaan tahap jangka panjang diharapkan akan dapat:
 - 1.) Mewujudkan suatu generasi yang mempunyai tanggung jawab terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa dalam rangka untuk mewujudkan suatu “masyarakat yang adil dan makmur, spiritual dan material”.
 - 2.) Menciptakan suatu generasi yang dapat menikmati kehidupan yang selaras antara jumlah penduduk dengan berbagai fasilitas kebutuhan hidup.
 - 3.) Mewujudkan suatu generasi penunjang pelaksanaan dari program akselerasi dan program modernisasi pembangunan nasional yang memenuhi persyaratan-persyaratan, kecerdasan yang tinggi dan kemampuan.
 - 4.) Mewujudkan suatu potensi bangsa yang mempunyai kualitas yang baik, baik di bidang intelektualisme, bidang kesejahteraan sosial dan pada bidang pembangunan
- 3) Meningkatkan penerimaan
 Untuk meningkatkan penerimaan Keluarga Berencana oleh klien dapat dilaksanakan dengan cara menyampaikan informasi yang benar, melaksanakan diskusi bebas dengan cara mendengarkan, dengan berbicara dan melakukan komunikasi nonverbal.(Effendy, 1984; Mulyo.com, 2018)
 - 4) Menjamin penggunaan cara yang efektif
 Kegiatan konseling yang interaktif akan menciptakan suatu suasana yang efektif dan diperlukan supaya klien mengetahui bagaimana cara melakukan Keluarga Berencana melaksanakan Keluarga

Berencana yang benar dan bagaimana mengatasi informasi yang keliru dan atau isu-isu tentang Keluarga Berencana yang sudah beredar

c. Jenis Konseling Keluarga Berencana

Dalam pelayanan Keluarga Berencana terdapat komponen penting yang dapat dibagi menjadi tiga tahap. Tahap-tahap tersebut yaitu konseling awal pada waktu menerima klien, konseling khusus tentang cara berKB dan konseling tindak lanjut.

1) Konseling Awal.

Dalam konseling awal mempunyai tujuan untuk menentukan metode atau jenis kontrasepsi Keluarga Berencana apa yang cocok digunakan. Pada saat konseling awal, tenaga kesehatan juga harus mengenalkan pada klien semua cara dan jenis kontrasepsi Keluarga Berencana atau mengenalkan pelayanan kesehatan pada klien. Selain itu, tenaga kesehatan harus mengenalkan pula prosedur klinik dari masing-masing jenis dari KB tersebut, kebijakan-kebijakan berKB dan bagaimana pengalaman dari klien pada kunjungannya itu. (Murad, 1994) Apabila dilaksanakan secara efektif, maka konseling awal yang pada dasarnya mempunyai tujuan untuk membantu klien dalam menentukan jenis kontrasepsi KB yang cocok untuk dirinya.

Pada saat melakukan konseling awal, terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya menanyakan kepada klien cara atau metode apa yang disukainya atau diinginkannya dan apa yang sudah dia ketahui tentang cara atau metode tersebut. Pada saat melaksanakan kegiatan konseling awal, sebaiknya juga memberikan sebuah pemahaman secara ringkas tentang cara kerja kontrasepsi, kelebihan-kelebihan kontrasepsi, dan kekurangan dari masing-masing jenis kontrasepsi KB.

2) Konseling Khusus.

Informasi lebih jelas dan rinci tentang cara berKB yang sudah tersedia dan kontrasepsi yang ingin dipilih klien akan didapatkan juga oleh klien pada kegiatan konseling ini. Selain itu, klien juga akan mendapatkan bantuan untuk memilih metode Keluarga Berencana yang cocok serta mendapat penjelasan lebih lanjut tentang bagaimana cara menggunakan metode tersebut dengan efektif, aman dan memuaskan klien. Pada konseling khusus ini mengenai metode kontrasepsi Keluarga Berencana diharapkan dapat memberi kesempatan pada klien untuk menanyakan tentang bagaimana cara berKB dan membicarakan tentang pengalamannya.

3) Konseling Tindak lanjut.

Apabila terdapat klien yang datang kembali atau kunjungan ulang untuk mendapatkan obat baru atau untuk melakukan pemeriksaan ulang memerlukan konseling sebelumnya dan pada konseling sebelumnya juga dapat dijadikan pijakan atau acuan. Pada saat melakukan kunjungan ulang, klien akan memperoleh konseling yang lebih dalam. Misalnya tenaga kesehatan harus memberi tahu tentang apa yang harus dilakukan pada kondisi tertentu kepada klien. Tenaga kesehatan juga harus memberikan suatu pemahaman tentang perbedaan antara masalah yang serius dan harus segera ditangani serta masalah yang ringan yang dapat diselesaikan di tempat oleh klien itu sendiri.

d. Langkah Konseling

1) GATHER menurut Gallen dan Leitenmaier (Tahun 1987).

Satu akronim atau singkatan yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan program KB diberikan oleh Gallen dan Leitenmaier. (Mulyo.com, 2018) Singkatan ini digunakan sebagai panduan dalam melakukan konseling. Singkatan tersebut yaitu **GATHER** yang merupakan singkatan dari :

G : Greet.

Merupakan memberikan salam, memperkenalkan diri dan memulai komunikasi dengan klien.

A : Ask atau Assess.

Berarti menanyakan keluhan atau kebutuhan pasien dan menentukan apakah keluhan atau keinginan yang disampaikan oleh klien tersebut memang sesuai dengan kondisi yang dihadapi saat itu.

T : Tell.

Tenaga kesehatan memberitahukan bahwa masalah atau keluhan pokok yang dihadapi oleh pasien ialah seperti yang terlihat dari hasil berbagai informasi dan harus dicarikan solusi atau upaya dan tindakan untuk menyelesaikan masalah tersebut.

H : Help

Membantu klien supaya mampu memahami masalah atau keluhan yang utama terjadi pada dirinya. Tenaga kesehatan juga harus menjelaskan cara-cara untuk menyelesaikan keluhan atau masalahnya

tersebut dan juga harus menjelaskan kelebihan serta kekurangan dari masing-masing metode atau cara kontrasepsi. Tenaga kesehatan harus membiarkan dan meminta klien untuk memutuskan metode atau cara yang paling baik bagi dirinya sendiri.

E : Explain.

Menjelaskan tentang cara atau metode yang telah dipilih dan memang dianjurkan serta hasil yang akan diharapkan mungkin dapat segera terlihat atau harus diobservasi selama beberapa saat sehingga dapat menampakkan hasil yang diinginkan. Tenaga kesehatan juga perlu menjelaskan siapa dan dimana klien dapat mendapatkan pertolongan lanjutan atau pertolongan darurat yang dapat diperolehnya.

R : Refer dan Return visit.

Melaksanakan rujukan jika fasilitas yang diberikan tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan klien atau tenaga kesehatan membuat jadwal kunjungan ulang apabila pelayanan yang terpilih telah diberikan kepada klien.

2) Langkah –langkah Konseling SATU TUJU.

SATU TUJU merupakan kata kunci atau pedoman yang dilaksanakan saat melakukan konseling terhadap klien yang akan melakukan program KB. Dalam SATU TUJU terdiri dari enam langkah dan tidak harus dilaksanakan secara berurutan. Hal ini dikarenakan tenaga kesehatan harus dapat memutuskan langkah yang tepat dan yang mana yang diperlukan untuk dilakukan terlebih dahulu. Langkah – langkah yang akan dilakukan disesuaikan dari kondisi dan kebutuhan dari klien. Terdapat kemungkinan langkah dan tindakan yang berbeda akan dilakukan antara satu klien dengan klien yang lainnya. Adapun pedoman dari SATU TUJU adalah sebagai berikut :

SA : Sapa dan salam.

Sapa dan salam klien secara sopan dan terbuka. Tenaga kesehatan harus memberikan perhatian sepenuhnya kepada klien dan menjelaskan di tempat yang nyaman secara privasi yang terjamin. Klien diyakinkan untuk membangun rasa percaya diri. Tenaga kesehatan juga perlu bertanya kepada klien apa yang perlu dibantu dan menjelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

T : Tanya.

Tanyakan kepada klien tentang informasi dirinya. Klien diarahkan untuk berbicara tentang pengalaman Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan dari berKB, kepentingan klien, harapan yang diinginkan klien dan keadaan kesehatan klien serta kehidupan keluarga klien. Tenaga kesehatan juga perlu bertanya kepada klien tentang jenis kontrasepsi yang diinginkannya. Tenaga kesehatan perlu menciptakan kondisi tertentu supaya klien yakin bahwa tenaga kesehatan sudah memahami apa yang dikatakan oleh klien. Kondisi ini dapat didukung dengan perkataan dan gerak isyarat dari tenaga kesehatan. Selain itu, tenaga kesehatan juga harus memahami posisi klien sehingga dapat memahami kebutuhan klien, pengetahuan klien dan keinginan klien.

U : Uraikan.

Uraikan kepada klien tentang apa yang menjadi pilihannya dan jelaskan juga tentang pilihan reproduksi yang paling mungkin bagi klien serta termasuk jelaskan pilihan jenis-jenis metode kontrasepsi. Bantu klien dalam memilih jenis metode kontrasepsi yang paling diinginkan dan jelaskan pula jenis-jenis metode kontrasepsi yang lainnya. Tenaga kesehatan juga harus menjelaskan juga tentang risiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda bagi klien.

TU : Bantu.

Bantu klien untuk memutuskan apa yang paling sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya. Arahkan klien untuk menunjukkan keinginannya sehingga dapat mengajukan pertanyaan-pertanyaan. Tanggapilah pertanyaan-pertanyaan klien tersebut dengan terbuka. Tenaga kesehatan atau petugas akan membantu klien dalam mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien tentang setiap jenis metode kontrasepsi. Tanyakan apakah juga pasangan klien tersebut akan mendukung tentang pilihannya. Apabila memungkinkan lakukan diskusi tentang pilihan tersebut pada pasangan klien. Kemudian, yakinkan klien bahwa klien telah membuat suatu keputusan yang tepat.

J : Jelaskan.

Jelaskan dengan lengkap setiap langkah atau proses dalam menggunakan kontrasepsi yang menjadi pilihan klien. Pada langkah ini dilaksanakan sesudah klien memilih jenis kontrasepsinya dan akan menjadi lebih baik lagi apabila klien juga diperlihatkan obat atau alat kontrasepsi yang

menjadi pilihannya. Jelaskan bagaimana cara atau prosedur dalam penggunaan alat atau obat kontrasepsi yang dipilih klien tersebut. Supaya klien menjadi lebih jelas lagi maka tenaga kesehatan perlu memancing klien untuk bertanya dan petugas kesehatan juga harus menjawab secara jelas dan secara terbuka. Berikan suatu pemahaman manfaat ganda yang dapat diperoleh dari metode kontrasepsi, misalnya alat kontrasepsi metode sederhana dengan alat atau kondom yang tidak hanya dapat mencegah kehamilan namun juga dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS). Pastikan bahwa pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi yang menjadi pilihannya dan berikan pujian kepada klien apabila klien dapat menjawab pertanyaan petugas dengan benar.

U : Kunjungan Ulang.

Kunjungan ulang sangat diperlukan untuk dilakukan oleh klien. Bicarakan dan buatlah perjanjian dengan klien tentang kapan klien akan kembali untuk melakukan kunjungan atau pemeriksaan maupun permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan. Petugas juga perlu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah pada klien.

e. Tahap Konseling dalam Pelayanan KB

Tahapan-tahapan kegiatan konseling dalam pelayanan KB dapat dikelompokkan dalam tahapan sebagai berikut :

- 1) KIE motivasi.
- 2) KIE bimbingan.
- 3) KIE rujukan.
- 4) KIP/K.
- 5) Pelayanan kontrasepsi.
- 6) Tindak lanjut (pengayoman)

f. Motivasi Bimbingan Konseling Gerakan KB Nasional

Adapun penjelasan dari setiap kegiatan-kegiatan motivasi dari bimbingan konseling gerakan KB Nasional ialah sebagai berikut :

- 1) Kegiatan KIE Keluarga Berencana.

Sumber informasi yang pertama tentang jenis alat atau metode kontrasepsi pada umumnya diterima oleh masyarakat dari petugas lapangan KB yaitu Petugas Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana, Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana, Pembantu Pembina Keluarga Berencana Desa ataupun kader yang bertugas memberikan pelayanan Komunikasi Informasi Edukasi KB kepada masyarakat. Kegiatan ini dilaksanakan dengan mengunjungi setiap rumah warga dan dapat pula dengan melakukan kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi di posyandu atau dapat pula dalam kesempatan yang lainnya. (Indrawati, 2011) Masyarakat dapat mendapatkan informasi tersebut dari dokter atau bidan maupun tenaga kesehatan yang lainnya yang bertugas di klinik Keluarga Berencana yang ada di Puskesmas, yang ada di balai kesehatan, rumah bersalin dan ada di rumah sakit umum. Masyarakat juga dapat memperoleh informasi melalui media cetak misalnya surat kabar, majalah, atau poster dan melalui media elektronik yaitu melalui televisi atau radio.

Pada umumnya pesan yang akan disampaikan dalam kegiatan Komunikasi Informasi Edukasi dapat meliputi tiga hal, diantaranya sebagai berikut:

- a) Definisi dan manfaat dari KB bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga.
 - b) Proses terjadinya kehamilan pada perempuan dengan menerangkan cara kerja metode atau alat kontrasepsi KB.
 - c) Cara pemakaian alat kontrasepsi, cara kerja alat kontrasepsi, dan lama dari pemakaian metode atau alat kontrasepsi yang tersedia.
- 2) Kegiatan Bimbingan.

Tindak lanjut dari Komunikasi Informasi Edukasi ialah dengan kegiatan bimbingan kontrasepsi. Setelah memberikan KIE keluarga berencana, penyuluh lapangan keluarga berencana (PLKB) diharapkan melaksanakan kegiatan lanjutan yang berupa kegiatan penyaringan terhadap calon akseptor KB. Kegiatan penyaringan ini dilaksanakan dengan memberikan suatu bimbingan tentang kontrasepsi, misalnya dengan memberikan informasi tentang metode atau jenis kontrasepsi secara lebih objektif, secara benar dan secara jujur. Selain itu, dalam kegiatan ini juga sekaligus meneliti calon akseptor KB tersebut telah memenuhi syarat untuk mendapatkan pelayanan dari kontrasepsi yang dipilihnya.

Apabila syarat telah terpenuhi maka calon peserta KB dapat dirujuk oleh Penyuluh Lapangan KB untuk datang ke fasilitas pelayanan KB terdekat supaya memperoleh pelayanan Komunikasi Interpersonal/Konseling (KIP/K). menurut uraian tersebut maka dapat diketahui bahwa tugas yang telah dilakukan oleh penyuluh adalah bagian dari tugas konselor dan mutu bimbingan yang telah dilakukan ketika di lapangan akan mempermudah proses konseling kepada klien tersebut.

3) Kegiatan Rujukan.

Dalam kegiatan rujukan dapat dikelompokkan menjadi dua macam yaitu rujukan untuk calon akseptor KB dan rujukan untuk akseptor KB. Berikut ini adalah penjelasan dari macam rujukan:

- a) Rujukan untuk calon akseptor KB yang dilakukan oleh petugas lapangan Keluarga Berencana. Calon akseptor ini dirujuk ke tempat pelayanan atau klinik terdekat dari tempat tinggal calon akseptor supaya segera mendapatkan pelayanan konseling dan pelayanan kontrasepsi. Rujukan juga dapat dilakukan dari satu tempat pelayanan atau klinik ke klinik yang lebih memadai alat kesehatannya atau sarananya.
- b) Rujukan ke klinik dilaksanakan oleh petugas lapangan Keluarga Berencana terhadap akseptor KB yang mengalami masalah tentang alat kontrasepsinya, komplikasi KB, atau kegagalan KB untuk mendapatkan perawatan di klinik tersebut. Rujukan juga dapat dilaksanakan oleh satu klinik ke klinik lain yang mempunyai sarana lebih memadai.

4) Kegiatan Komunikasi Interpersonal/Konseling (KIP/K).

Setiap pasangan suami istri yang mengikuti program Keluarga Berencana yang dirujuk oleh petugas lapangan KB ke klinik harus mendapatkan pelayanan Komunikasi Interpersonal / Konseling terlebih dahulu sebelum memperoleh pelayanan kontrasepsi.(Sukarni et al., 2020) Beberapa tahap yang perlu dilaksanakan dalam Komunikasi Interpersonal/Konseling yaitu sebagai berikut:

- a) Menjajaki apakah klien sudah tahu atau paham tentang metode atau alat kontrasepsi yang dipilih.
- b) Menjajaki alasan klien memilih metode atau alat kontrasepsi tersebut.
- c) Apabila klien belum mengetahuinya petugas perlu memberikan informasi mengenai metode atau jenis kontrasepsi yang lain.
- d) Menjajaki apakah klien mengetahui metode atau jenis lain kontrasepsi lainnya yang tidak dipilih.
- e) Apabila diperlukan maka bantu klien dalam proses pengambilan keputusan.
- f) Memberikan kesempatan pada klien untuk mempertimbangkan pilihannya kembali dan mempertimbangkan metode kontrasepsi apa yang akan digunakan klien tersebut.
- g) Berilah klien pemahaman bahwa apapun jenis kontrasepsi yang dipilih, sebelum diberikan pelayanan KB maka akan diperiksa terlebih dahulu kesehatannya. Hal ini dilakukan untuk memastikan metode atau alat kontrasepsi yang telah dipilihnya secara medis cocok untuk dipakai klien.
- h) Hasil diskusi atau pembicaraan dengan klien dicatat pada kartu konseling klien.

5) Kegiatan Pelayanan Kontrasepsi.

Pelayanan kontrasepsi meliputi pula pemeriksaan kesehatan pada klien. Pemeriksaan anamnesis dan pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan kesehatan yang dilakukan pada kegiatan pelayanan kontrasepsi. Apabila hasil pemeriksaan kesehatan telah menunjukkan tidak adanya kontraindikasi maka pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan kepada klien. Pada metode kontrasepsi jangka panjang misalnya IUD, implant dan metode kontrasepsi mantap, sebelum dilakukan pelayanan kontrasepsi tersebut klien akan diminta menandatangani formulir informed consent.

6) Kegiatan Tindak Lanjut (Pengayoman).

Setelah selesai melakukan pelayanan kontrasepsi pada klien, petugas kesehatan kemudian melakukan pemantauan terhadap kondisi akseptor KB dan hasil dari pemantauan tersebut diserahkan kembali kepada petugas lapangan KB. Data-data tersebut penting untuk diserahkan kepada petugas lapangan KB dikarenakan pola pendekatan para petugas lapangan KB ialah dengan melakukan kunjungan ke rumah-rumah akseptor KB terutama akseptor KB baru. Oleh sebab itu, tugas dari kunjungan tersebut sekaligus dapat memantau kondisi para akseptor KB apakah dalam kondisi yang sehat atau akseptor mengalami efek samping bahkan mengalami komplikasi KB.

3.2.8 Persetujuan Tindakan Medis

Dalam pemberian informasi kepada akseptor KB atau pengguna kontrasepsi dan pasangannya merupakan wujud pemberian perhatian terhadap hak-hak reproduksi dari pasangan suami dan istri tersebut. Informasi-informasi tentang penggunaan kontrasepsi harus disampaikan secara lengkap, jujur dan benar secara lugas supaya pasangan suami istri tersebut paham prosedur atau metode kontrasepsi yang tersedia. Penjelasan suatu informasi biasanya dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dengan melakukan pembicaraan langsung kepada klien. (Yuhedi & Kurniawati, 2013) Hal tersebut mempunyai resiko karena klien sering kali lupa tentang informasi apa saja yang sudah diberikan kepada klien tersebut. Sehingga perlu disampaikan lagi informasi-informasi secara tertulis dan akan lebih baik lagi apabila dibicarakan sekaligus memberikan penjelasan kepada klien.

a. Pengertian Persetujuan Tindakan Medis.

- 1) Surat persetujuan tindakan medis (informed consent) diperlukan apabila kontrasepsi yang dipilih oleh klien memerlukan tindakan medis. Pengertian dari informed consent merupakan persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarganya berdasarkan informasi dan penjelasan yang terkait dengan tindakan medis yang akan dilaksanakan.
- 2) Setiap dari tindakan medis yang mempunyai resiko memang harus dilaksanakan dengan persetujuan medis yang tertulis dan harus ditandatangani oleh yang mempunyai hak dalam memberikan persetujuan yaitu klien yang bersangkutan. Pada saat menyatakan bahwa klien tersebut menyetujui maka klien harus dalam kondisi sadar mental.

b. Persetujuan Tindakan Medis oleh Pasangan Suami Istri.

Pada pelayanan keluarga berencana setiap metode atau alat kontrasepsi mempunyai sifat yang berbeda-beda. Apabila metode kontrasepsi tersebut memiliki sifat reversible (dapat diperbaiki lagi) misalnya pada alat kontrasepsi jenis pil KB, suntikan, implant dan IUD maka informed consent tidak harus dimintakan kepada pasangan klien (suami klien). Akan tetapi berbeda apabila metode kontrasepsi tersebut bersifat irreversible (tetap) misalnya pada metode kontrasepsi MOW dan MOP (kontrasepsi mantap) maka informed consent harus dimintakan kepada klien dan pasangannya (suami klien). Maka, informed consent harus memenuhi dua syarat pokok antara lain pengertian (understanding) dan sukarela (voluntariness).

Terdapat perbedaan antara pemberian informasi oleh tenaga kesehatan dan penerimaan pengertian oleh klien yang dapat memunculkan situasi dan kondisi dimana tenaga kesehatan telah memberikan informasi namun klien tidak dapat memahami penjelasan tenaga kesehatan tersebut. Hal ini dapat dikarenakan oleh bahasa tenaga kesehatan atau klien yang susah untuk mengerti dan dipahami. Menurut hukum pidana, informed consent harus dapat dipenuhi dengan adanya pasal 351 KUHP yaitu tentang penganiayaan. Contoh dari pelanggaran terhadap pasal 351 KUHP ialah pembedahan yang dilakukan tanpa mendapat ijin dari klien dapat disebut sebagai penganiayaan dan dapat merupakan sebuah pelanggaran. (Kementerian Kesehatan RI, 2014) Contoh yang diberikan oleh Leenen misalnya apabila A menusuk atau menyayatkan pisau pada B sehingga menyebabkan timbulnya luka maka tindakan tersebut dapat disebut sebagai penganiayaan. Pemahaman klien yang baik tentang informed consent maka akan membuat klien lebih baik lagi dalam menggunakan KB, hal ini dikarenakan :

- 1) Informed consent merupakan suatu keadaan akseptor/peserta atau calon akseptor/ peserta yang memilih kontrasepsi dengan didasari oleh pengetahuan yang sudah cukup setelah mendapatkan informasi yang lengkap dari petugas KB.
- 2) Memberdayakan pada klien untuk melakukan informed consent merupakan kunci yang baik untuk menuju pelayanan Keluarga Berencana yang mempunyai kualitas.
- 3) Bagi calon akseptor/peserta KB baru maka informed choice adalah sebuah proses untuk memahami kontrasepsi yang akan digunakannya.
- 4) Bagi akseptor/peserta KB yang mengalami keluhan efek samping, komplikasi KB dan kegagalan dalam KB, tidak akan mengalami terkejut dikarenakan telah paham dan mengerti tentang alat kontrasepsi yang telah dipilihnya.
- 5) Akseptor/peserta KB tidak akan terpengaruh oleh isu atau rumor yang muncul di kalangan masyarakat.

- 6) Akseptor/peserta KB yang telah mengalami keluhan efek samping yaitu komplikasi KB akan cepat datang berobat ke tempat pelayanan kesehatan.
- 7) Bagi akseptor/peserta KB yang memperoleh informed choice maka akan dapat terjaga kelangsungan dalam pemakaian alat kontrasepsinya.

c. Daftar Tilik Petugas

Pada halaman belakang perlu adanya daftar tilik (check list) untuk petugas selain lembar persetujuan tindakan medis yang harus ditandatangani oleh klien. Daftar tilik ini mempunyai fungsi yaitu sebagai pengingat petugas bahwa terdapat beberapa hal yang harus dijelaskan kepada klien melalui beberapa pertanyaan-pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan tersebut berkaitan dengan alat atau metode kontrasepsi dengan operasi pada wanita atau operasi pada pria, IUD dan implant yang meliputi tentang cara kerja kontrasepsi, kontraindikasi yang dapat terjadi, efek samping kontrasepsi, kegagalan kontrasepsi, keuntungan dan kerugian kontrasepsi, jadwal dan tempat untuk kunjungan ulang, persyaratan untuk MOW atau MOP, dan rekanalisasi serta kategori pencabutan pada IUD dan Implan. Pertanyaan-pertanyaan tersebut harus dijawab sendiri oleh petugas dengan mengisi kode pada kotak yang cocok sesuai dengan jawaban yang diberikan klien. (BKKBN, 2017)

d. Catatan Tindakan dan Pernyataan.

Apabila informed consent sudah ditanda tangani oleh klien dan pasangannya (suami klien) maka pelayanan kontrasepsi dan tindakan medis akan dapat dilakukan. Didalam lembar persetujuan tindakan medis harus terdapat sebuah catatan tindakan yang akan dilakukan dan pernyataan oleh tenaga kesehatan yang melakukan tindakan kepada klien. Pernyataan dan catatan tindakan tersebut memuat catatan tindakan yang dilaksanakan, yang meliputi metode yang diberikan, keberhasilan dari tindakan yang sudah dilakukan, waktu tindakan dan pernyataan dari petugas kesehatan bahwa pelayanan KB yang diberikan telah selesai sesuai dengan standar.

3.3 Evaluasi KIE

Pada evaluasi Komunikasi Informasi dan Edukasi dapat dilaksanakan melalui berbagai pendekatan-pendekatan. (Mulyo.com, 2018) Secara umum, evaluasi dibagi dalam dua bagian besar diantaranya

- 1) Evaluasi dilakukan berdasarkan laporan rutin yang mempunyai sifat administratif yang dipakai untuk proses pemakaian berbagai sumber, dengan cara mengamati berbagai sumber tersebut atau berasal dari hasilnya (output). Karenanya Penilaian yang dilakukan di berbagai sumber tersebut memiliki berbagai keterbatasan dikarenakan sifatnya yaitu usaha Komunikasi Informasi Edukasi, sementara penilaian pada output mempunyai sifat yaitu dengan melihat keadaan sebagai akibat suatu program Komunikasi Informasi Edukasi.
- 2) Penilaian yang dilakukan atas dasar berbagai penelitian yang diperoleh secara khusus. Penilaian yang dilaksanakan dengan cara tersebut mampu secara keseluruhan dalam menilai usaha dan kondisi atau input dan outputnya, sekaligus pemakaian input yang di proses.

Ada dua hal tipe proses evaluasi yang dilakukan di atas, akan tetapi tidak dapat menjamin pemakaian atau pemanfaatan hasil-hasil dari evaluasi untuk pengembangan suatu program. Supaya hasil dari suatu evaluasi dapat dimanfaatkan, diperlukan juga syarat-syarat standar, diantaranya :

- 1) Pertama, dapat dipercaya, hal ini berarti suatu pendataan dilaksanakan secara jujur dari segala keterangan yang ada. Dalam kegiatan ini juga penting untuk adanya keseragaman pengertian dari indikator yang digunakan sehingga antara yang melaksanakan evaluasi dan yang objeknya di evaluasi dapat didapat kesamaan dari interpretasi.
- 2) Kedua, ketepatan waktu, hal ini mempunyai arti hasil evaluasi tidak melewati kadarluarsa yang menyebabkan beberapa temuan sudah tidak berlaku.
- 3) Ketiga, adanya kecocokan terhadap program yang dijalankan, artinya penilaian yang dilakukan terkait adanya hubungan materi pada program yang dijalankan.
- 4) Keempat, mempunyai sifat berkelanjutan (kontinyu), hal ini berarti bahwa evaluasi atau laporan evaluasi tersebut tidak dilakukan sekali waktu saja, namun dilaksanakan secara terus-menerus

sehingga dapat diperoleh umpan balik yang dapat menggambarkan dari kemajuan atau sebuah kemunduran suatu kegiatan program.

- 5) Kelima, hasil yang diperoleh dari proses evaluasi yang dilakukan dapat menjadi bahan rekomendasi sehingga dapat diimplementasikan dan dikembangkan ke dalam masyarakat. Kenyataan – kenyataan seperti ini juga harus didasarkan pada beberapa faktor lainnya antara lain mungkin dilakukan sebab adanya political commitment, administrative feasibility dan adanya gambaran dari kemampuan teknis untuk melakukannya.

Dari kelima syarat standar-standar tersebut harus sesuai dan berlaku untuk hampir semua jenis evaluasi Komunikasi Informasi Edukasi, (Yuhedi & Kurniawati, 2013) dimana secara garis besar yaitu sebagai berikut:

- 1) Pada pengumpulan dari data dasar yang dapat digunakan sebagai suatu landasan penyusunan kegiatan-kegiatan dari program dan penilaian tentang pengaruhnya.
- 2) Dalam efektivitas dari bermacam-macam Komunikasi Informasi Edukasi (termasuk dari pemilihan sumber pesan, saluran dan variasinya) dengan memberikan perhatian khusus kepada usaha perluasan jangkauan, suatu pembinaan dan proses dari pelebagaan ide keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.
- 3) Efektivitas dalam pengembangan institusi yang kemudian hari diharapkan dapat turut serta dalam menangani masalah Keluarga Berencana.
- 4) Efektivitas penggunaan dana, sarana dan tenaga dalam menunjang pengembangan masing-masing sistem Komunikasi Informasi dan Edukasi untuk Keluarga Berencana.
- 5) Pada evaluasi dan integrasi dari sistem Komunikasi Informasi dan Edukasi sendiri dengan bidang-bidang pelayanan kontrasepsi dilihat dari sudut pendapat sasaran.

Evaluasi dan integrasi Komunikasi Informasi dan Edukasi dalam bidang-bidang pembangunan lainnya

3.4 Kesimpulan

KIE merupakan singkatan dari Komunikasi, Informasi dan Edukasi. Komunikasi merupakan sebuah hasil tukar pikiran atau penjelasan dalam rangka terciptanya sebuah rasa pengertian dan kepercayaan satu dengan lainnya, guna mewujudkan hubungan baik sesama dan orang lain. Tujuan Diadakannya KIE dalam Pelayanan Keluarga Berencana yaitu; a) Meningkatkan sikap masyarakat, pengetahuan dan praktik KB sehingga masyarakat menjadi tertarik dengan program KB dan dapat menjadi peserta baru; b) Membina kelestarian pada peserta KB sehingga tetap mengikuti program KB; c) Meletakkan dasar bagi mekanisme sosio-cultural yang dapat menjamin kelangsungan proses penerimaan KB; d) Diharapkan dapat mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang lebih baik dari masyarakat dengan adanya program KIE KB tersebut. Misalnya pada meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang KB sehingga masyarakat menjadi lebih yakin untuk mengikuti program-program KB.

Beberapa jenis kegiatan-kegiatan dalam KIE, diantaranya sebagai berikut KIE individu, KIE kelompok dan KIE massa. Terdapat banyak cara yang dapat dilaksanakan supaya pesan yang akan disampaikan mudah dimengerti oleh calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yaitu informative, edukatif, persuasif dan tatap muka. Konseling dalam program Keluarga Berencana ialah pertemuan tatap muka antara kedua pihak, dimana satu pihak yang membantu pihak lain dalam mengambil keputusan secara tepat bagi dirinya sendiri dan kemudian melakukan tindakan sesuai dengan keputusannya. Tujuan dari konseling KB antara lain meningkatkan penerimaan, menjamin pilihan yang cocok, menjamin penggunaan cara yang efektif dan menjamin kelangsungan lebih lama. Jenis konseling KB ada tiga yaitu konseling awal, konseling khusus dan konseling tindak lanjut. Langkah-langkah konseling yaitu dengan GATHER (Greet, Ask atau Assess, Tell, Help, Explain dan Refer dan return visit). Selain itu terdapat pula langkah konseling menggunakan SATU TUJU yaitu Sapa dan salam, Tanya, Uraikan, banTU, Jelaskan, kunjungan Ulang. Tahapan konseling dalam pelayanan KB dapat dikelompokkan sebagai berikut KIE motivasi, KIE bimbingan, KIE Rujukan, KIP/K, pelayanan kontrasepsi, dan Tindak Lanjut (pengayoman).tepat

3.5 Latihan Soal

1. Jelaskan pengertian konseling KB dan pentingnya konseling didalam program KB!
2. Bagaimana konseling dapat menjamin kelangsungan pemakaian cara KB yang lebih lama!
3. Jenis konseling KB merupakan komponen penting dalam pelayanan KB, salah satunya konseling awal. Jelaskan tujuan konseling awal dalam pelayanan KB!
4. Beberapa hal yang harus diperhatikan saat melakukan konseling awal, jelaskan apa saja hal yang harus diperhatikan!
5. SATU TUJU merupakan pedoman yang dilakukan saat melakukan konseling terhadap klien yang akan melakukan program KB. Jelaskan yang dimaksud dengan “banTu”!

Bab 4

Pembinaan Akseptor

4.1 Pola Perencanaan Keluarga

Hal yang dilakukan adalah melakukan upaya penyelamatan terhadap ibu dan anak yang disebabkan karena proses kelahiran usia muda, jarak kehamilan yang terlalu dekat dan proses kelahiran di usia tua sehingga ada upaya untuk melakukan perencanaan terhadap keluarga guna mewujudkan keluarga yang kecil, bahagia dan sejahtera. (Yuhedi & Kurniawati, 2013) Sehingga untuk mewujudkan rencana keluarga tersebut di atas, dapat dibagi menjadi tiga masa perencanaan, adalah sebagai berikut.

4.1.1 Merencanakan waktu untuk menunda kehamilan

Untuk pasangan usia subur (PUS) dimana usia istri kurang dari 20 tahun, untuk melakukan penundaan hamil adalah sesuatu yang diajarkan.

4.1.2 Masa Mengatur Kesuburan

Untuk pasangan usia subur (PUS) dimana istri mempunyai usia antara 20-sampai 30 tahun maka dianjurkan untuk melahirkan anak dengan jumlah dua orang dan jarak kelahiran ialah 3 sampai 4 tahun dari kelahiran yang pertama.

4.1.3 Masa Mengakhiri Kesuburan

Bagi pasangan usia subur (PUS) dengan usia istri lebih dari 30 tahun maka dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai dua anak.

4.2 Pola Dasar Penggunaan Kontrasepsi

Terwujudnya pelaksanaan pola perencanaan keluarga yang baik dapat dilaksanakan dengan penggunaan alat kontrasepsi dengan rasional berdasarkan ilmu kesehatan yang mempunyai sifat-sifatnya sesuai dengan ciri-ciri setiap periode perencanaan keluarga tersebut. (Murad, 1994)

4.2.1 Masa - Masa Menunda Kehamilan/Kesuburan

Pada masa penundaan kehamilan atau kesuburan terdapat beberapa ciri kontrasepsi yang dibutuhkan, kontrasepsi yang cocok dan alasan untuk menunda kehamilan atau kesuburan. (Hanafi, 2004) Penjelasannya sebagai berikut:

- a. Ciri alat kontrasepsi yang dibutuhkan
 - 1) Reversibilitas yang tinggi. Yang dimaksud dengan reversible yaitu kontrasepsi dapat dihentikan setiap saat tanpa adanya efek lama di dalam mengembalikan kesuburan atau kemampuan untuk mempunyai anak lagi sehingga terjaminnya kesuburan yang dapat kembali sampai 100%. Hal ini sangat penting bagi akseptor dikarenakan akseptor belum mempunyai anak pada masa ini.
 - 2) Efektivitas yang relatif tinggi dikarenakan kegagalan dapat mengakibatkan terjadinya kehamilan dengan mempunyai resiko tinggi dan kegagalan dapat menyebabkan kegagalan yang permanen.
- b. Kontrasepsi yang cocok.

Kontrasepsi yang cocok yang paling utama disarankan ialah kontrasepsi pil, kontrasepsi IUD/AKDR dan kontrasepsi sederhana atau kondom.

c. Alasan.

- 1) Usia kurang dari 20 tahun akan lebih baik untuk menunda punya anak dahulu karena dengan melihat dari banyaknya pertimbangan.
- 2) Pengutamaan pemakaian kontrasepsi oral disebabkan oleh peserta KB masih muda.
- 3) Pemakaian kontrasepsi kondom meskipun merupakan kontrasepsi yang cocok pada masa menunda kehamilan namun lebih baik dihindari, hal ini dikarenakan risiko akan kegagalan tinggi karena pasangan usia muda biasanya sering kali melakukan hubungan seksual dengan frekuensi yang tinggi.
- 4) Pemakaian kontrasepsi AKDR atau IUD bagi pasangan yang belum punya anak khususnya bagi calon peserta KB yang mempunyai kontraindikasi dengan pil sangat dianjurkan

4.2.2 Masa Mengatur Kesuburan atau Menjarangkan Kehamilan

Umur yang terbaik bagi ibu untuk melahirkan ialah usia antara 20 tahun sampai 30 tahun. Berikut ini adalah penjelasan tentang masa mengatur kesuburan.

a. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan.

- 1) Efektivitas atau keberhasilan kontrasepsi cukup tinggi.
- 2) Metode kontrasepsi yang dipilih mempunyai reversibilitas yang tinggi dikarenakan akseptor masih menginginkan mempunyai anak lagi.
- 3) Memilih alat kontrasepsi yang dapat dipakai dalam jangka waktu selama 3 tahun hingga 4 tahun atau disesuaikan dengan rencana jarak hamil yang diinginkan oleh pasangan.
- 4) Dikarenakan ibu masih mempunyai anak yang memerlukan ASI sampai anak usia 2 tahun maka ibu menggunakan alat kontrasepsi yang tidak membuat ASI terhambat dan yang tidak mempengaruhi kesehatan anak.

b. Kontrasepsi yang cocok pada masa mengatur kesuburan atau menjarangkan kehamilan.

Kontrasepsi yang disarankan dan cocok untuk ibu dalam masa ini ialah AKDR/ IUD, kontrasepsi pil, kontrasepsi suntik, kontrasepsi sederhana dan implant.

c. Alasan.

- 1) Umur 20 tahun sampai 30 tahun ialah waktu yang paling ideal untuk kehamilan dan melahirkan.
- 2) Alat kontrasepsi yang disarankan adalah IUD/AKDR setelah ibu melahirkan anak pertama.
- 3) Terjadinya kehamilan dikarenakan kegagalan kontrasepsi masih cukup tinggi.
- 4) Kegagalan dari alat kontrasepsi tidak termasuk kegagalan dalam program.
- 5) Pasangan keluarga yang dalam kondisi postpartum secara khusus dapat memilih alat kontrasepsi seperti kondom bagi suami atau bagi ibu menggunakan alat kontrasepsi implant, suntik, pil atau IUD.
- 6) Keluarga juga memerlukan konsultasi ke tenaga kesehatan atau petugas KB dalam memilih alat kontrasepsi yang paling sesuai dengan kondisi ibu.

4.2.3 Masa Mengakhiri Kesuburan

Keluarga yang telah mempunyai dua anak dan umur ibu lebih dari 30 tahun lebih baik tidak hamil lagi. Apabila terjadi kegagalan yang dapat menyebabkan kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anaknya.

a. Ciri-ciri kontrasepsi yang dibutuhkan.

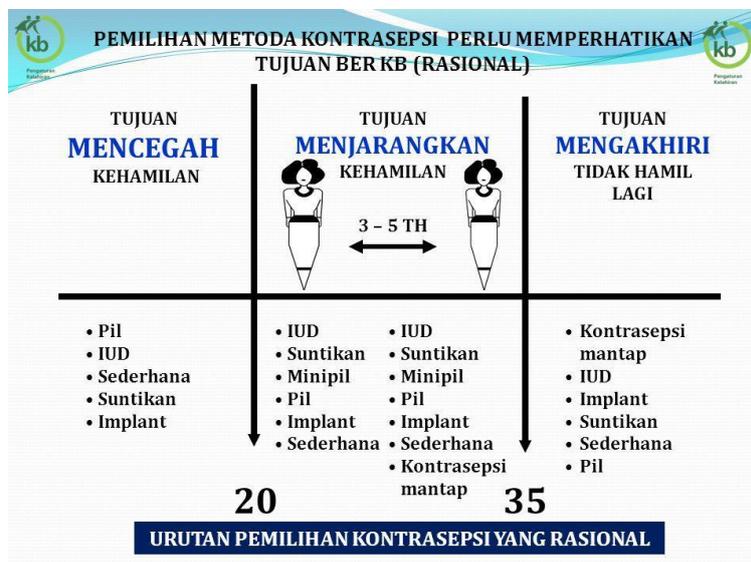
- 1) Mempunyai reversibilitas rendah.
- 2) Jenis kontrasepsi dengan efektivitas sangat tinggi diperlukan karena akseptor sudah tidak berharap mempunyai anak lagi.
- 3) Jenis kontrasepsi ini dapat digunakan dalam jangka panjang.
- 4) Pada usia lebih dari 30 tahun biasanya akan ditemukan darah tinggi, kelainan pada jantung, terganggunya metabolisme sehingga harus dipilih kontrasepsi yang tidak dapat memperparah kondisi kelainan tersebut.

b. Kontrasepsi yang cocok bagi masa mengakhiri kesuburan

Pada masa ini, kontrasepsi yang sangat dianjurkan yaitu kontrasepsi mantap (vasektomi atau tubektomi), kontrasepsi IUD/AKDR, kontrasepsi suntik dan kontrasepsi implant.

c. Alasan.

- 1) Bagi ibu yang mempunyai usia lebih dari 30 tahun maka dianjurkan untuk tidak hamil lagi dikarenakan mempunyai resiko tinggi baik secara medis maupun pertimbangan lainnya.
- 2) Jenis kontrasepsi yang menjadi pilihan utama ialah kontrasepsi mantap (MOP/vasektomi atau MOW/tubektomi) tetapi apabila suami atau istri belum bersedia untuk menggunakan kontrasepsi mantap, maka implant dan IUD/AKDR bisa dijadikan alternatif pilihan.
- 3) Apabila pasangan suami istri menginginkan untuk mengakhiri kesuburan maka paling baik memilih kontrasepsi mantap dibandingkan dengan jenis kontrasepsi yang lain.
- 4) Karena ibu memiliki usia yang lebih dari 30 tahun maka kontrasepsi pil tidak dianjurkan karena dapat berakibat terjadinya komplikasi



Gambar 4.1: Pemilihan Metode Kontrasepsi Rasional (Jalal, 2008)

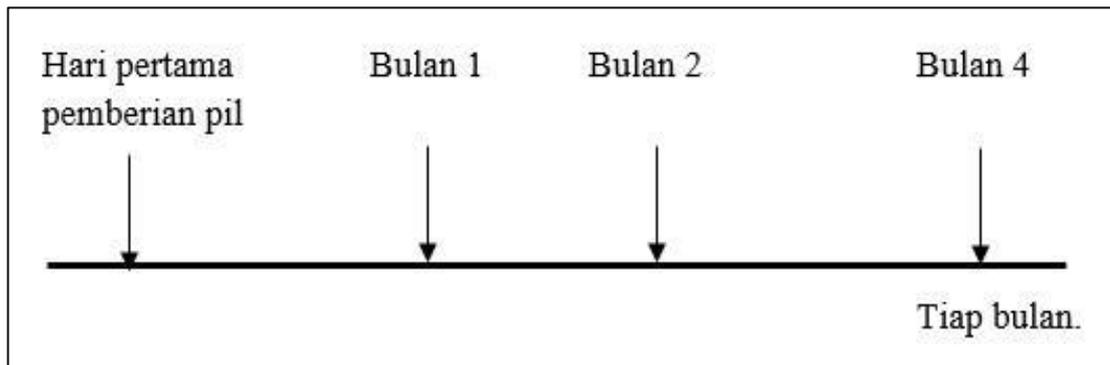
4.3 Pembinaan dan Pengayoman Akseptor KB

4.3.1 Pembinaan Peserta KB

Pembinaan peserta Keluarga Berencana merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh pelaksana program Keluarga Berencana supaya peserta KB tetap memakai alat kontrasepsi. Pada kegiatan ini meliputi kegiatan pemeriksaan ulang secara berkala dan sesuai dengan jenis kontrasepsinya termasuk kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE).

a. Pembinaan akseptor pil KB.

- 1) Macam-macam pemeriksaan : tentang keluhan yang dirasakan, pemeriksaan berat badan dan pemeriksaan tekanan darah.
- 2) Jadwal pemeriksaan akseptor
 - a) Dua bulan pertama dan dilakukan tiap bulan.
 - b) Tiap dua bulan.
 - c) Apabila akseptor ada keluhan.
- 3) Jadwal pemeriksaan ulang akseptor pil KB
 - a) Hari pertama pemberian kontrasepsi pil.
 - b) Bulan pertama.
 - c) Bulan kedua.
 - d) Bulan keempat



Gambar 4.2: Jadwal pemeriksaan ulang akseptor KB pil.

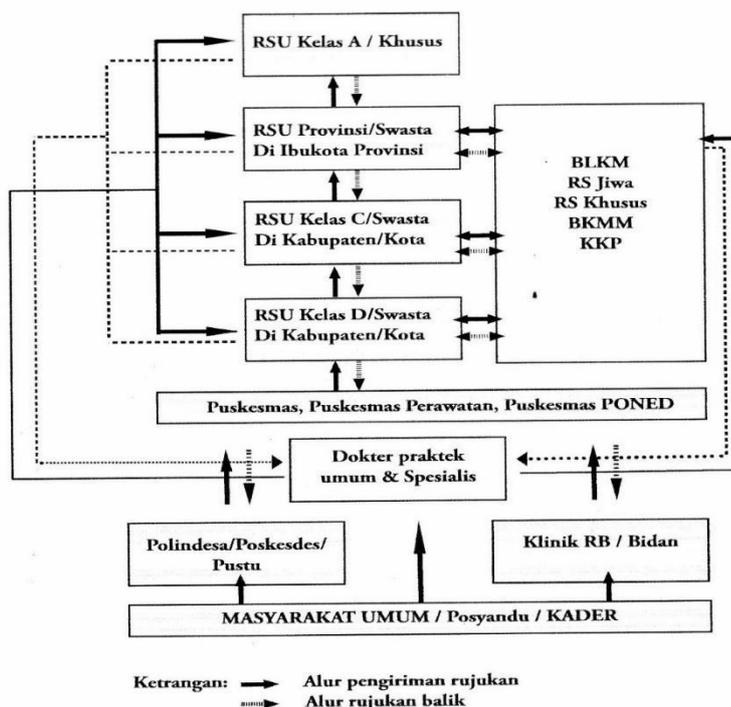
- b. Pembinaan akseptor IUD/AKDR.
 - 1) Macam-macam pemeriksaan : keluhan yang terjadi pada klien dan pemeriksaan dalam menggunakan speculum.
 - 2) Jadwal pemeriksaan akseptor IUD/AKDR :
 - a) Hari ke-7.
 - b) Diakhir bulan pertama.
 - c) Diakhir bulan ketiga.
 - d) Diakhir bulan keenam.
 - e) berikutnya satu kali dalam satu tahun atau apabila terdapat keluhan pada akseptor.
 - f) Jadwal pemeriksaan ulang akseptor IUD/AKDR : hari pertama pemberian kontrasepsi, hari ke-7, bulan ke-1, bulan ke-3 dan bulan ke-4.
- c. Pembinaan Akseptor KB suntik.
 - 1) Macam-macam pemeriksaan:
 - a) Keluhan yang dirasakan akseptor.
 - b) Pemeriksaan berat badan.
 - c) Pemeriksaan tekanan darah.
 - 2) Jadwal pemeriksaan.
 - a) Noristerat.
 - (1) Diakhir bulan pertama.
 - (2) Diakhir bulan kedua.
 - (3) Akhir bulan keempat.
 - (4) Dilanjutkan tiap 3 bulan sekali atau apabila terdapat keluhan.
 - b) Depoprovera.
 - (1) Diakhir bulan pertama.
 - (2) Diakhir bulan ketiga.
 - (3) Dilanjutkan tiap 3 bulan sekali atau apabila ada keluhan.
 - 3) Tempat pemeriksaan.
 - a) Tim KB keliling atau puskesmas keliling.
 - b) Klinik Keluarga Berencana
 - c) Pusat kesehatan masyarakat (pukesmas) pembantu atau puskesmas

4.3.2 Pengayoman Medis Peserta Keluarga Berencana

- a. Definisi

Definisi dari pengayoman peserta keluarga berencana ialah suatu aktivitas yang dilakukan oleh petugas medis yang bertujuan untuk memberi rasa aman bagi peserta KB secara maksimal untuk menanggulangi efek samping yang terjadi dan komplikasi dari alat kontrasepsi. Kegiatan pengayoman ini juga meliputi pelayanan rujukan apabila petugas tidak mampu mengatasinya.

b. Jalur Pelayanan KB



Gambar 4.3: Jalur pelayanan KB (Dinas Kesehatan, 2011)

c. Mekanisme Jalur Rujukan Peserta KB

1) Rujukan Dilakukan Secara Timbal Balik.

a) Secara berjenjang.

Rujukan secara berjenjang dilakukan apabila terjadi kasus biasa, bukan merupakan kasus kegawatdarurat, dilakukan dengan jalur sebagai berikut :

- (1) Peserta Keluarga Berencana
- (2) Kader kesehatan atau kader pembangunan lainnya misalnya dukun bayi, melalui Pembantu Pembina Keluarga Berencana Daerah atau melalui pos KB.
- (3) Memperoleh layanan rujukan ke pos pelayanan terpadu (posyandu).
- (4) Dari posyandu dapat seterusnya menuju ke puskesmas pembantu atau bidan swasta.
- (5) Kemudian dapat ke puskesmas atau ke dokter swasta yang setara.
- (6) Apabila perlu penanganan lebih lanjut dapat dirujuk ke rumah sakit subspecialis.
- (7) Kemudian apabila diperlukan dapat dirujuk lagi ke rumah sakit spesialis.

b) Secara khusus.

Rujukan secara khusus dilakukan apabila terjadi kasus darurat. Klien dapat langsung ke rumah sakit subspecialis atau spesialis. Berikut ini merupakan jalur rujukan bagi kasus dengan pertimbangan tertentu. (BKKBN, 2017)

- (1) Peserta KB dapat langsung ke posyandu atau puskesmas pembantu, atau tenaga medis lainnya yaitu bidan swasta, dokter swasta.
- (2) Dari kader tanpa melewati posyandu dapat langsung ke unit pelayanan KB di puskesmas pembantu, atau tenaga medis lainnya yaitu bidan swasta, dokter swasta
- (3) Dari posyandu langsung ke puskesmas pembantu, atau tenaga medis lainnya yaitu bidan swasta, dokter swasta

2) Rujukan oleh Bidan.

Bidan hanya dapat merujuk peserta KB ke dokter sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama. Namun, jika hal tersebut terjadi suatu kondisi yang khusus dapat diperkecualian, hal ini menyangkut klien.

a) Rujukan vertikal.

Yang dimaksud dengan rujukan vertikal ialah rujukan antara pelayanan Keluarga Berencana yang mempunyai perbedaan tingkatan, dari tingkat pelayanan yang rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya. Rujukan secara vertikal dari tingkatan pelayanan yang rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi, dapat dilakukan apabila;

- (1) Klien yang membutuhkan pelayanan Keluarga Berencana subspecialistik atau spesialistik.
- (2) Yang mempunyai kewenangan merujuk (perujuk) tidak dapat memberikan pelayanan Keluarga Berencana yang sesuai dengan kebutuhan klien dikarenakan keterbatasan fasilitas, keterbatasan peralatan atau ketenagaan.

Rujukan secara vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke yang lebih rendah akan dilakukan bila;

- (1) layanan Keluarga Berencana dapat ditangani oleh tingkatan fasilitas kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kemampuan dan kewenangannya.
- (2) layanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan fasilitas kesehatan yang lebih rendah untuk alasan mendapatkan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang yang dibutuhkan oleh klien.
- (3) Dikarenakan keterbatasan sarana dan prasarana, peralatan dan atau ketenagaan maka perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan klien.

b) Rujukan horizontal.

Definisi dari rujukan horizontal yaitu rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan dan dilaksanakan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan klien dikarenakan keterbatasan peralatan, fasilitas dan atau ketenagaan yang mempunyai sifat sementara atau menetap.

Sebuah rujukan horisontal dapat berlangsung dengan baik di antara Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun diantara Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Kriteria untuk pelaksanaan pelayanan rujukan antara lain;

- (1) Tidak atau belum tersedianya fasilitas kesehatan pada pelayanan KB.
- (2) Fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat menangani komplikasi.
- (3) Dibutuhkan penanganan kasus-kasus dengan sarana atau teknologi yang lebih canggih atau lebih memadai.

Hal-hal yang harus diberikan dalam melakukan rujukan, yaitu;

- (1) Konseling tentang keadaan klien yang menjadi penyebab diperlukan rujukan.
- (2) Konseling tentang keadaan yang diharapkan atau diperoleh di tempat rujukan.
- (3) Informasi tentang fasilitas kesehatan sebagai tempat rujukan yang dituju.
- (4) Adanya pengantar yang tertulis kepada fasilitas kesehatan yang akan dituju tentang keadaan klien pada saat ini dan pada riwayat sebelumnya serta tindakan yang sudah dilakukan sebelumnya.
- (5) Memberikan upaya stabilisasi klien selama di perjalanan apabila diperlukan.
- (6) Pendampingan klien oleh bidan atau perawat atau Petugas Lapangan KB atau juga kader selama menuju tempat rujukan sesuai dengan keadaan klien.

3) Jenis Rujukan untuk Metode Kontrasepsi Efektif Terpilih (AKDR/IUD, Implan dan kontrasepsi mantap).

Pada Rujukan Metode Kontrasepsi Efektif Terpilih (MKET) dapat dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu :

a) Pelimpahan Kasus.

- (1) Jika terdapat limpahan kasus dari unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang sederhana ke unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang lebih mampu dengan tujuan memperoleh pelayanan yang lebih baik dan sempurna terhadap kasus yang terjadi.
- (2) Jika terdapat limpahan dari unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang lebih mampu ke unit pelayanan yang lebih sederhana dengan maksud memberikan pelayanan selanjutnya terhadap kasus tersebut.

- (3) Jika terdapat limpahan kasus ke unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) dengan tingkat kemampuan sama dengan pertimbangan ekonomi, geografis dan efisiensi kerja.
- b) Pelimpahan pengetahuan dan ketrampilan.
- (1) Pelimpahan tenaga dari unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang lebih memiliki kemampuan ke unit pelayanan MKET yang lebih sederhana dengan maksud memberikan latihan praktis.
 - (2) Pelimpahan tenaga dari unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang lebih sederhana ke unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang lebih mampu dengan maksud memberikan latihan yang praktis.
 - (3) Pelimpahan tenaga ke unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) dengan tingkat kemampuan sama dengan maksud tukar menukar pengalaman.
- c) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostik.
- (1) Pelimpahan bahan – bahan penunjang diagnostic dari unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang lebih sederhana ke unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang lebih mampu dengan maksud menegakkan diagnosa yang lebih tepat.
 - (2) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostik dari unit pelayanan metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET) yang lebih sederhana dengan maksud sebagai informasi atau untuk dicobakan.
 - (3) Melakukan pelimpahan terhadap bahan-bahan penunjang diagnostik kepada berbagai unit pelayanan pada tingkat kemampuan sama yang bertujuan untuk mendapatkan informasi atau untuk sebagai sarana untuk dicobakan

4.4 Kesimpulan

Perencanaan keluarga tersebut dibagi menjadi tiga masa perencanaan (menurut usia reproduksi istri), yaitu masa menunda kehamilan, masa mengatur kesuburan dan masa mengakhiri kesuburan. Pembinaan peserta Keluarga Berencana merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh pelaksana program Keluarga Berencana supaya peserta KB tetap memakai alat kontrasepsi. Pada kegiatan ini meliputi kegiatan pemeriksaan ulang secara berkala dan sesuai dengan jenis kontrasepsinya termasuk kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE). Pengayoman peserta keluarga berencana ialah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh petugas medis untuk memberikan rasa aman bagi peserta KB dengan semaksimal mungkin untuk menanggulangi efek samping yang terjadi dan komplikasi dari alat kontrasepsi. Kegiatan pengayoman ini juga meliputi pelayanan rujukan apabila petugas tidak mampu mengatasinya. Mekanisme jalur rujukan peserta KB yaitu rujukan dilakukan secara timbal balik, rujukan bidan dan jenis rujukan untuk metode kontrasepsi efektif terpilih (IUD, implan dan kontrasepsi mantap).

4.5 Latihan Soal

1. Jelaskan ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan pada masa menunda kehamilan atau kesuburan!
2. Apa saja kontrasepsi yang cocok dalam masa mengatur kesuburan atau menjarangkan kehamilan?
3. Jelaskan alasan untuk ibu yang mempunyai usia diatas 30 tahun untuk mengakhiri kehamilannya!

Bab 5

Melakukan Pemilihan dan Persetujuan Tindakan Medis

5.1 Hak Untuk Memilih Akseptor Tentang Alat Kontrasepsi yang Tepat Sesuai Keadaannya

Hak untuk memilih atau yang dimaksud dengan Informed Choice adalah sebuah persetujuan dari keinginan alat KB atau kontrasepsi yang diinginkan klien sesudah mengerti keperluan pada reproduksi dimana dirasa paling cocok dengan dirinya atau dengan keluarga klien. Keinginan tersebut adalah konsekuensi arahan dan bantuan informasi yang ilmiah, cermat dan gampang dipahami akseptor. Keinginan yang dicapai adalah yang paling baik dari berbagai opsi yang ada. (Affandi, 2006) Dalam memakai kontrasepsi KB akan menjadi lebih baik apabila akseptor yang melaksanakan Informed Choice, hal ini dikarenakan:

- a) Informed Choice merupakan keadaan dari calon akseptor KB yang memutuskan suatu kontrasepsi KB yang berpedoman kepada sebuah pengetahuan yang diperoleh setelah mendapatkan informasi komunikasi interpersonal atau konseling.
- b) Sebuah kunci yang baik untuk mencapai pelayanan Keluarga Berencana yang berkualitas adalah memberdayakan klien untuk melaksanakan Informed Choice.
- c) Calon akseptor Keluarga Berencana baru, Informed Choice adalah sebuah proses mengetahui alat kontrasepsi yang akan digunakannya.
- d) Bagi akseptor Keluarga Berencana jika menemui gangguan dari efek samping, suatu komplikasi dan kegagalan maka akseptor tidak akan kaget sebab sudah memahami alat kontrasepsi yang akan dipilihnya.
- e) Rumor yang muncul di kalangan masyarakat tidak akan mempengaruhi akseptor KB.
- f) Jika akseptor menderita gangguan dari efek samping KB dan komplikasi maka akan segera memeriksakan dirinya ke pelayanan kesehatan.
- g) Untuk akseptor KB yang memahami Informed Choice maka akan selalu terjaga untuk keberlangsungan alat kontrasepsinya.

5.1.1 Definisi dari *Informed Choice*

Pengertian dari Informed Choice mempunyai arti membuat sebuah penentuan selepas memperoleh sebuah penjelasan tentang berbagai alternatif dalam asuhan KB yang akan diperolehnya, pilihan atau choice harus dapat dibedakan dari sebuah persetujuan (concent). (Informasi KB, 2008) Dikarenakan berkaitan dengan berbagai aspek bidang hukum yang dapat memberikan kekuatan untuk seluruh prosedur yang akan dilaksanakan oleh bidan maka persetujuan dari klien dan keluarga sangat penting dari sisi pandang bidan, sedangkan sebagai konsumen dari sebuah jasa asuhan pelayanan kebidanan terutama pelayanan KB maka pilihan (choice) menjadi lebih utama yang dilihat dari sudut pandang wanita (klien).

5.1.2 Tujuan dari *Informed Choice*

Tujuan dari informed choice yaitu untuk mendorong perempuan memilih dari asuhannya. Peran bidan tidak hanya membuat asuhan dalam manajemen asuhan kebidanan tetapi juga menjamin bahwa hak

perempuan untuk memilih asuhan dan keinginannya terpenuhi. (Dalami, 2009) Hal ini sejalan dengan kode etik Internasional bidan yang sudah dinyatakan oleh ICM tahun 1993 bahwa bidan harus menghormati hak wanita setelah mendapatkan penjelasan dan mendorong wanita untuk menerima tanggung jawab untuk hasil dari pilihannya.

5.1.3 Rekomendasi *Informed Choice*

Persetujuan atau sebuah rekomendasi untuk menyampaikan pemberian dari *informed choice* adalah seorang bidan harus selalu meningkatkan pengetahuannya dan ketrampilannya dalam berbagai aspek supaya dapat membuat keputusan klinis dan secara teoritis supaya dapat memberikan pelayanan yang aman dan dapat memuaskan kliennya. (Dalami, 2009) Pada rekomendasi bidan wajib memberikan informasi secara rinci dan jujur dalam bentuk yang mudah dimengerti oleh wanita dengan menggunakan media alternatif dan penerjemah, kalau perlu dalam bentuk tatap muka secara langsung. Bidan dan petugas kesehatan lainnya perlu belajar untuk membantu wanita melatih diri dalam menggunakan haknya dan menerima tanggung jawab untuk keputusan yang mereka ambil sendiri. Dengan berfokus pada asuhan yang berpusat pada wanita dan berdasarkan fakta, diharapkan bahwa konflik dapat ditekan serendah mungkin, tidak perlu takut akan konflik tapi menganggapnya sebagai suatu kesempatan untuk saling memberi dan mungkin suatu penilaian ulang yang objektif, bermitra dengan wanita dari sistem asuhan dan suatu tekanan positif.

5.1.4 Berbagai Gambaran Pilihan (*Choice*) pada Asuhan Pelayanan Kebidanan

Terdapat jenis-jenis dari pelayanan kebidanan yang mampu dipilih pasien, (Dalami, 2009) diantaranya :

- a) Macam, model pemeriksaan Antenatal Care dan pemeriksaan untuk laboratorium atau screening kehamilan.
- b) Tempat untuk persalinan yaitu rumah klien, pondok bersalin desa, Rumah Sakit bersalin, Rumah Bersalin maupun Rumah Sakit).
- c) Pada fase awal dalam persalinan dapat masuk ke kamar bersalin.
- d) Pendampingan pada waktu persalinan.
- e) Mencukur daerah kemaluan.
- f) Prosedur untuk monitor.
- g) Pemeriksaan denyut jantung pada janin.
- h) Tindakan mempercepat proses persalinan.
- i) Prosedur diet selama klien proses bersalin.
- j) Aktivitas mobilisasi klien selama persalinan.
- k) Pemakaian obat yang berguna untuk mengurangi rasa sakit.
- l) Tindakan memecah selaput ketuban.
- m) Posisi-posisi yang dapat dilakukan klien pada waktu persalinan.
- n) Tindakan episiotomi klien.
- o) Bidan sebagai penolong persalinan.
- p) Keterlibatan peran suami sewaktu klien bersalin, misalnya pada tindakan pemotongan tali pusat bayi.
- q) Cara yang benar dalam memberikan minuman pada bayi.
- r) Bentuk untuk mengontrol masa subur

5.1.5 Perbedaan dari Pilihan (*Choice*) dengan Persetujuan (*Concent*)

Beberapa perbedaan pilihan dengan persetujuan, antara lain:

- a) Berdasarkan dari segi hukum yang mempunyai kekuatan terhadap seluruh prosedur yang akan dilaksanakan oleh bidan maka sebuah persetujuan / consent merupakan aspek penting berdasarkan sudut pandang seorang bidan. (Sukarni et al., 2020)
- b) Dari sudut pandang seorang klien yang menerima jasa asuhan kebidanan maka sebuah pilihan (*choice*) adalah hal yang penting dalam memperoleh gambaran pengertian dari masalah sesungguhnya dan aspek dari otonomi hak pribadi dalam memutuskan pilihan sendiri.

- c) Klien dapat memutuskan hal yang diinginkan maupun hal yang cocok dengan keperluannya sehingga pilihan (*choice*) merupakan terdapat pilihan lain atau lebih dari satu alternatif dan klien memahami tentang perbedaannya

5.2 Hak tentang Persetujuan Terhadap Tindakan Medis yang Akan Diterima Klien (*Inform Consent*)

Definisi dari informed consent bermula dari kata “informed” yang mempunyai makna telah memperoleh penjelasan, dan kata “*consent*” yang memiliki arti telah memberikan suatu persetujuan. Sehingga pengertian dari informed consent yaitu terdapat suatu persetujuan yang berasal dari informasi-informasi terhadap tindakan medis yang akan dilaksanakan kepada klien yang berhubungan dengan kebutuhan dari diagnosa dan atau terapi kesehatan untuk klien serta informasi yang diberikan tersebut dianggap sudah jelas. Kata dari informed consent menurut dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/III/2008 diartikan menjadi “Persetujuan Tindakan Kedokteran”, yang dapat diketahui pada Bab I Pasal 1, merupakan sebuah dari persetujuan oleh pasien atau keluarga terdekat sesudah memperoleh suatu informasi penjelasan mengenai tindakan kedokteran secara keseluruhan yang akan dilaksanakan kepada pasien.(Informasi KB, 2008)

Informed consent merupakan sebuah informasi secara tertulis mengenai persetujuan yang harus ditandatangani sendiri oleh klien atau wali klien jika keadaan tertentu dimana klien tidak mampu melaksanakan hal tersebut untuk tindakan prosedur klinik cara metode alat kontrasepsi yang akan dilaksanakan kepada klien. Suatu persetujuan akan ditempuh jika prosedur klinik berkaitan dengan risiko terhadap keselamatan klien, baik risiko yang sudah diduga atau tidak terduga sebelumnya. Pemberian Suatu Informasi Terhadap Klien yang Lengkap. Sebelum metode dari alat kontrasepsi yang akan diberikan kepada calon akseptor maupun akseptor KB maka calon akseptor atau akseptor KB harus mendapatkan informasi yang selengkap-lengkapnya, informasi yang jujur dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya.(Arjoso, 2005) Hal ini juga memerlukan komunikasi antara tenaga kesehatan baik dokter maupun bidan dalam memberikan suatu informasi yang penting. Selain itu, penting juga untuk diberikan informasi secara tertulis untuk mencegah klien atau akseptor lupa tentang informasi secara lisan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan.

- a) Definisi Persetujuan Terhadap Tindakan Medis
Surat persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dibutuhkan apabila kontrasepsi yang diminta klien membutuhkan suatu tindakan medis. Pengertian dari Informed consent merupakan suatu persetujuan berdasarkan informasi atau penjelasan sebuah tindakan medis yang akan dilaksanakan kepada klien dimana persetujuan tersebut diberikan oleh klien/calon akseptor maupun keluarganya. Setiap prosedur tindakan medis yang mempunyai resiko harus mendapatkan persetujuan secara tertulis yang ditandatangani oleh yang mempunyai hak untuk memberikan persetujuan tersebut yaitu klien/calon akseptor yang bersangkutan dan klien tersebut dalam keadaan sadar dan sehat secara mental.
- b) Persetujuan Tindakan Medis oleh Pasangan Suami Istri
Kontrasepsi mantap memerlukan dilakukan tindakan medis, begitu juga dengan metode kontrasepsi yang lain sehingga diperlukan ijin dari pasangan suami istri baik ijin dari suami maupun ijin dari istri. Berbeda halnya dengan tindakan medis lainnya yang hanya membutuhkan ijin dari pihak yang akan diberikan tindakan medis tersebut.
- c) Daftar Tilik Bagi Tenaga Kesehatan
Terdapat beberapa bagian yang mesti dideskripsikan untuk klien dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang mempunyai kaitan dengan metode kontrasepsi tubektomi atau vasektomi, metode kontrasepsi susuk/implan dan IUD/AKDR yang meliputi cara kerja kontrasepsi, efek samping kontrasepsi, masalah yang mungkin terjadi, ketidakberhasilan pemakaian, manfaat dan kekurangan, jadwal untuk kontrol kembali, pembatasan untuk MOP/MOW dan rekanalisasi serta keberhasilannya. Selain itu pertanyaan-pertanyaan tersebut juga berkaitan dengan resiko pelepasan IUD atau Implan dan jadwal pelepasannya serta klasifikasi pelepasan IUD/Implan. Pada lembar belakang di halaman persetujuan tindakan medis termuat daftar tilik untuk petugas kesehatan yang dipakai untuk

mengingatkan petugas kesehatan tentang adanya beberapa bagian yang harus diuraikan kepada calon akseptor melalui beberapa pertanyaan tersebut.

5.3 Penapisan Terhadap Klien

Sebelum adanya pemberian suatu metode alat kontrasepsi misalnya pada kontrasepsi pil, suntik atau IUD maka klien harus dilakukan penapisan terlebih dahulu.(Hartanto, 2003) Hal ini dilaksanakan untuk memastikan adanya;

- Kehamilan pada klien.
- Kondisi klien yang memerlukan perhatian secara khusus.
- Permasalahan medis misalnya diabetes mellitus atau tekanan darah tinggi, dimana kondisi ini memerlukan suatu pengamatan dan perawatan lebih lanjut.

Untuk memudahkan tenaga kesehatan baik dokter maupun bidan dalam melaksanakan penapisan maka dapat menggunakan daftar tilik pada tabel berikut ini:

Tabel 5.1: Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Nonoperatif (Nindhia, 2014)

Metode Hormonal (Pil Kombinasi, Pil Progestin, Suntikan dan Susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama hais terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
Apakah mengalami pendarahan/pendarahan bercak antara hais setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah sakit kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha, atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obat anti kejang (epilepsi)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)		
Apakah hari pertama hais terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan sex yang lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular sex (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital		

- Apabila klien masih menyusui dan kondisi klien pasca persalinan dengan tidak lebih dari 6 minggu postpartum sehingga kontrasepsi pil kombinasi merupakan penentuan kontrasepsi terakhir.
- Tidak sesuai dalam menggunakan kontrasepsi mini pil, menggunakan KB suntik kombinasi atau kontrasepsi implant.

- c. Tidak cocok untuk kontrasepsi suntik progestin atau Depo Medroksi Progesteron Asetat.

5.4 Kategorisasi Persyaratan Klien KB

Dalam pengkategorian persyaratan klien, adanya pertanyaan bagaimana tenaga kesehatan dapat yakin bahwa klien sedang tidak hamil? Maka jawabannya apabila klien tidak bersenggama sejak haid terakhir maka dapat dikatakan klien tidak hamil, apabila klien sedang menggunakan metode kontrasepsi secara efektif, baik dan benar, klien sedang 7 hari pertama haid terakhir. Selain itu, klien sedang dalam masa 4 minggu pasca persalinan, sedang menyusui dan tidak haid. Pemeriksaan fisik pada klien jarang diperlukan, kecuali untuk menyingkirkan adanya dugaan kehamilan yang lebih dari 6-8 minggu. (Informasi KB, 2008) Apabila tidak terdapat tes untuk kehamilan yang sensitif maka klien akan dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi barrier sampai klien mendapatkan menstruasi berikutnya. Pada laboratorium, uji untuk kehamilan biasa tidak akan selalu dapat menolong, namun terdapat uji untuk kehamilan yang lebih sensitif. Kondisi yang dapat mempengaruhi Persyaratan Medis klien dalam menggunakan setiap metode alat kontrasepsi yang sementara atau tidak permanen dapat digabungkan kedalam empat kelompok, yaitu;

- a. Keadaan bebas atau tidak terdapat pembatasan dalam pemakaian metode kontrasepsi.
- b. Pemakaian metode kontrasepsi akan lebih besar keuntungannya apabila dibandingkan dengan resiko yang diduga akan terjadinya.
- c. Resiko yang akan dialami klien diperkirakan lebih besar daripada keuntungan pemakaian metode kontrasepsi.
- d. Resiko yang akan terjadi besar apabila metode kontrasepsi tersebut dipakai oleh klien.

Kategori atau klasifikasi lain akan digunakan khusus untuk metode kontrasepsi mantap (Tubektomi dan Vasektomi) diantaranya yaitu;

- a. Tidak terdapat bukti medis yang merupakan suatu kontraindikasi untuk dipakai pada kategori kontrasepsi mantap.
- b. Tindakan metode kontrasepsi mantap dapat dilaksanakan, namun dengan berbagai persiapan dan perhatian kewaspadaan secara khusus.
- c. Sebaiknya pada tindakan kontrasepsi mantap ditangguhkan sampai keadaan medis klien dipulihkan tetapi untuk sementara itu klien diberikan metode kontrasepsi lain.
- d. Tindakan metode kontrasepsi mantap hanya dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang sangat mempunyai pengalaman dan tempat pelayanan memiliki perlengkapan anestesi yang tersedia

5.5 Daftar Tindakan yang Dilakukan dan Pernyataan Klien

Sesudah penandatanganan informed consent oleh calon akseptor dan pasangannya maka pelayanan metode kontrasepsi dapat dilaksanakan. Catatan tentang tindakan dan pernyataan oleh tenaga kesehatan baik dokter atau bidan/ perawat yang melaksanakan tindakan terdapat pada halaman belakang lembar persetujuan tindakan medis klien. (Hanafi, 2004)

Daftar atau catatan dari tindakan medis yang sudah dilakukan dan pernyataan persetujuan tersebut memuat metode keberhasilan dari tindakan yang sudah dilakukan, waktu tindakan dan pernyataan dari petugas kesehatan yang melakukan tindakan bahwa pelayanan yang sudah diberikan telah cocok dengan standar prosedur tindakan. Pada pasangan calon akseptor, informed consent juga dilaksanakan, hal ini dikarenakan beberapa alasan berikut ini;

- a. Dari segi hukum yang menyatakan bahwa hanya saksi yang memahami bahwa pasangannya sudah memberikan suatu kesepakatan terhadap tindakan dalam medis yang akan dilakukan secara sadar dan sehat mental.
- b. Seorang suami tidak mampu mengambil alih posisi istrinya untuk memberikan persetujuan maupun sebaliknya terkecuali pada keadaan tertentu atau kondisi khusus

Dalam segi budaya di Indonesia, seorang suami akan selalu merupakan seorang penentu dalam memberikan persetujuan tindakan medis akan tetapi dalam segi hukum, hal tersebut hanya merupakan kesepakatan terhadap akibat dari biaya dan pengertian terhadap resiko yang sudah diberikan penjelasan sebelumnya dan yang dapat muncul dari sebuah prosedur medis klinik yang dilaksanakan.

**PERSETUJUAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur : th

Alamat :

Adalah bertindak sebagai diri saya/Orang tua/Suami/Keluarga dari penderita :

Nama :

Umur : th

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan dan pengertian tentang tindakan medis yang akan dilakukan berkaitan dengan KELUARGA BERENCANA dan segala resiko yang bisa terjadi, maka kami menyerahkan sepenuhnya dengan ikhlas untuk dilakukan persalinan dengan tindakan :
Suntik KB, Pemasangan /Pelepasan IUD, Pemasangan /Pelepasan Implant/.....

Pernyataan ini kami buat dengan penuh kesadaran atas resiko tindakan medis yang akan diberikan. Bila dikemudian hari terjadi resiko yang berhubungan dengan tindakan tersebut maka kami tidak akan menuntut sesuai hukum yang berlaku.

Demikian pernyataan ini kami buat, agar dapat dipergunakan seperlunya.

,.....2012
Pukul :.....WIB

Yang memberi penjelasan,
Bidan,

Penderita,
.....

.....
Keluarga/Saksi
.....

Gambar 5.1: Contoh *Informed Consent* (Yuhedi & Kurniawati, 2013)

5.6 Kesimpulan

Informed Choice adalah suatu gambaran dari persetujuan alternatif mengenai alat kontrasepsi yang akan dipilih calon akseptor atau klien sesudah mengerti terhadap keperluan tentang reproduksi yang sangat cocok dengan kondisi klien maupun kondisi keluarga klien.

Informed consent yaitu sebuah fakta secara tertulis mengenai persetujuan terhadap suatu tindakan atau prosedur medis terhadap metode kontrasepsi yang akan dilaksanakan terhadap klien dan harus ditandatangani oleh calon akseptor atau klien sendiri ataupun ditandatangani oleh walinya jika adanya keadaan tertentu calon akseptor atau klien tidak dapat melaksanakan hal tersebut.

5.7 Latihan Soal

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Terdapat beberapa hal didalam persetujuan tindakan medik (Informed Consent) kecuali
 - A. Prosedur klinik medis yang akan dilaksanakan.
 - B. Keperluan tentang reproduksi calon akseptor atau klien.
 - C. Informed choice untuk klien.

- D. Harapan dari calon akseptor/klien.
- 2) Klien yang melaksanakan Informed Choice akan menjadi lebih baik dalam penggunaan alat kontrasepsi, hal ini dikarenakan:
- A. Informed Choice merupakan keadaan calon akseptor atau peserta KB yang memutuskan tentang metode kontrasepsi dengan berdasarkan cukup pengetahuan sesudah memperoleh informasi KIP/K.
 - B. Memberdayakan calon akseptor atau peserta KB untuk melaksanakan sebuah Informed Choice merupakan kunci baik menuju sebuah pelayanan Keluarga Berencana yang mempunyai kualitas.
 - C. Bagi peserta KB apabila menderita keluhan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut sebab telah paham tentang metode kontrasepsi yang akan dipilihnya.
 - D. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.
- 3) Pada penapisan terhadap klien atau calon akseptor KB harus dipercayai bahwa calon akseptor tersebut tidak hamil, apabila
- A. Klien berada dalam masa empat minggu pasca persalinan sedang menyusui dan tidak haid
 - B. Kondisi saat ini dalam 7 hari dalam hari pertama haid terakhir.
 - C. Klien sedang menggunakan metode alat kontrasepsi yang efektif.
 - D. Klien saat ini dalam masa 9 hari pasca abortus.
- 4) Terdapat seorang klien dengan menderita kanker payudara tetapi klien tersebut ingin memakai kontrasepsi suntik 1 bulan. Menurut dalam persyaratan medis, kondisi tersebut termasuk pada klasifikasi:
- A. Klasifikasi 1 yaitu: keadaan dimana tidak terdapat pembatasan apapun didalam pemakaian metode kontrasepsi.
 - B. Klasifikasi 2 yaitu pemakaian metode kontrasepsi lebih besar keuntungannya dibanding dengan risiko yang mungkin akan terjadi.
 - C. Klasifikasi 3 yaitu risiko yang diperkirakan lebih besar daripada keuntungan pemakaian kontrasepsi
 - D. Klasifikasi 4 yaitu risiko akan terjadi jika metode kontrasepsi tersebut dipakai.
- 5) Penandatanganan persetujuan medis dapat dilaksanakan juga pada pasangannya dengan keterangan berikut ini
- A. Pasangannya dengan sadar sudah memberikan sebuah persetujuan tindakan medis.
 - B. Suami calon akseptor/klien bertanggung jawab untuk menanggung segala resiko.
 - C. Pasangan calon akseptor bukan penentu untuk persetujuan tindakan medis.
 - D. Suami dapat menggantikan istri maupun sebaliknya.

Bab 6

Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

6.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan Keluarga Berencana ini mempunyai kaitan terhadap berbagai pengertian tentang jenis dari metode KB yang baik kontrasepsi kalender atau pantang berkala, kondom, KB hormonal dan KB non hormonal. Setiap metode kontrasepsi memiliki tingkatan kemampuan efektivitas yang beda satu dengan lainnya. Namun daripada itu, manfaat dan kerugian serta keterbatasan setiap cara kontrasepsi juga berbeda. Keistimewaan sendiri juga dipunyai masing-masing metode KB ini yang berkaitan dengan mekanisme kerja. Metode kontrasepsi yang ada tidak semua wanita atau setiap calon akseptor dapat menggunakan. Sehingga harus memahami terhadap petunjuk yang berhubungan dengan indikasi dan kontraindikasi setiap metode kontrasepsi yang yang dipilih.

Asuhan untuk pelayanan Keluarga Berencana adalah menjadi salah satu ketrampilan yang harus dapat dikerjakan oleh petugas kesehatan. Dengan melaksanakan asuhan kebidanan Keluarga Berencana secara tepat dan benar, baik yang dilakukan terhadap akseptor yang menginginkan adanya penundaan hamil, fase memberikan jarak kehamilan dari yang pertama ke kedua atau seterusnya ataupun bertujuan untuk mengakhiri kehamilan pada siklus reproduksi yang dialami oleh wanita.

6.2 Metode Sederhana Tanpa Alat

6.2.1 (Metode Ovulasi Billing)

Disebut juga dengan metode lendir serviks, yaitu terjadinya perubahan siklus dari lendir serviks vagina dikarenakan perubahan kadar estrogen. Metode ovulasi billing didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur. Perempuan akan diajarkan tentang cara mengenali perubahan karakteristik lendir serviks dan pola sensasi di vulva (kebasahan, perasaan banyak cairan atau kering) selama siklus menstruasi.

Metode ovulasi ini dikembangkan pada tahun 1950-an oleh dua dokter Australia, yaitu Dr. Evelyn dan John Billings, kemudian diperkenalkan ke Amerika Serikat pada awal tahun 1970-an. Validasi cara ini dilaksanakan dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat dideteksi di vulva dan peningkatan jumlah estrogen pada fase folikel siklus menstruasi. Pola yang diidentifikasi menunjukkan bahwa seorang wanita dapat memperkirakan masa ovulasi dengan cukup akurat tanpa harus memperhatikan perubahan suhu basal tubuh. Selama daur haid terdapat transisi dari lendir serviks yang terjadi akibat hormon estrogen. Pada masa praovulasi atau pascaovulasi pada daur haid maka pola tidak subur mampu dideteksi. Ketika kedua indung telur ada pada keadaan tidak bergerak akan tampak total estrogen dan progesteron berkurang, akibatnya yaitu kekurangan impresi ataupun lendir di vulva vagina.

Perasaan sensasi yang dialami oleh wanita pada vulva dan adanya lendir, pada kurun waktu sehari-hari dalam melakukan kegiatan harian, yang harus dilakukan adalah melakukan pencatatan hingga hari yang ada belum berakhir. Sehingga selama kurun waktu pencatatan siklus pertama tersebut tidak diperkenankan melakukan hubungan suami istri, guna membiasakan diri terhadap sensasi dan keberadaan lendir.

Selanjutnya wanita harus mampu membedakan lendir serviks dengan cairan semen, pelumas seksual normal dan rabas vagina. Hal yang tidak boleh dilakukan wanita adalah melakukan pembersihan dengan cara menyemprot suatu cairan yang bertujuan untuk membersihkan vagina, hal ini disebabkan akan menyebabkan cairan vagina akan hilang.

a. Peranan Lendir Serviks

1) Lendir Type E (Estrogenik)

Pada akhir fase sebelum ovulasi dan masa ovulasi memproduksi lendir type-E yang memiliki sifat – sifat diantaranya : lendir tidak sedikit, tipis seperti air (jernih) dan memiliki kekentalan rendah, kelenturan menjadi banyak (spinnbarkeit) atau seberapa panjang lendir mampu ditegangkan pra-terpotong/ spinnbarkeit besar), akan terjadi model seperti daun pakis (fernlike patterns, ferning, arborization) jika dikeringkan, dan spermatozoa tidak mampu menerobos cairan kental type-E tersebut.

2) Lendir Type-G (Gestagenik)

Lendir type-G ini diproduksi pada awal fase pra-ovulasi dan pada fase setelah ovulasi. Lendir ini mempunyai bersifat kental, memiliki viskositas tinggi dan keruh (opaque). Dikarenakan peninggian kadar progesterone maka terjadi lendir ini dan spermatozoa tidak dapat menembus lendir type-G ini.

b. Ciri Lendir Serviks pada fase siklus haid selama 30 hari

1) Fase pertama : fase ini merupakan fase haid dimana terjadi haid pada hari ke 1 hingga 5 dan terdapat lendir maupun tidak, dan jika terdapat lendir akan tertutup oleh darah haid. perempuan dapat merasakan basah dan licin (lubrikatif).

2) Fase kedua : merupakan fase haid hari ke 6 sampai 10 atau disebut juga dengan pasca haid. Pada fase ini tidak terdapat lendir ataupun terdapat lendir tapi sedikit sekali dan wanita dapat merasakan perasaan kering.

3) Fase ketiga : fase awal pra ovulasi. Fase ini terjadi pada hari ke 11 sampai 13 sehingga lendir yang dihasilkan berwarna tidak jernih, kekuningan ataupun berwarna putih dan terasa liat, seorang perempuan akan merasakan liat maupun lembab.

4) Fase keempat : fase ini terjadi segera namun sebelum terjadinya ovulasi dan setelah ovulasi. Terjadi pada hari ke-14 sampai hari ke-17 maka lendir dapat mempunyai sifat tidak keruh, tidak kering, licin, dan mampu ditegangkan dengan kestabilan cairan lendir serupa putih telur. Pada hari paling akhir pada masa ini diketahui sebagai “gejala puncak” (peak symptom). Perempuan dapat merasakan perasaan lubrikatif maupun perasaan tidak kering.

5) Fase kelima : terjadi pada pasca ovulasi pada hari ke-18 sampai ke-21 dengan lendir yang dihasilkan sedikit, berwarna tidak jernih dan terasa liat. Perempuan merasakan perasaan liat dan atau lembab.

6) Fase keenam : terjadi pada selesai pasca ovulasi maupun segera sebelum haid yaitu pada hari ke-27 – ke-30 dengan lendir tidak keruh mirip air. Perasaan perempuan akan terasa liat ataupun lembab dan/ atau tidak kering

c. Cara Metode Lendir Serviks

Suami istri yang ingin menghindari terjadinya kehamilan pasca berhubungan harus memperhatikan hal-hal berikut;

1) Aturan di awal hari

a) Hubungan seksual yang dilakukan oleh suami istri harus menghindari hari dimana istri masing mengalami pendarahan menstruasi yang berat. Hal ini didasarkan pada kondisi lendir serviks dimungkinkan tidak terdeteksi

b) Hubungan intim diijinkan pada dua malam selama hasil pengamatan menunjukkan BIP, hal itu dilakukan karena karena sesaat setelah berhubungan intim dilakukan sebagai hari subur yang disebabkan semen mampu mencegah pemeriksaan terhadap lendir.

c) Jika terdapat peralihan BIP, suami-istri tidak diperkenankan melaksanakan interaksi seksual di hari-hari tersebut dan hari berikutnya sewaktu masih berlangsungnya perubahan dan tiga hari berikutnya saat BIP kembali.

d) Pada umumnya perubahan dari BIP menunjukkan dimulainya fase subur, dimana peralihan yang terjadi sampai pada fase puncak.

- 2) Aturan di hari puncak
Adalah suatu masa yang harus dihindari oleh pasangan dalam melakukan hubungan intim, masa yang dimaksud adalah empat hari setelah hari puncak teridentifikasi. Namun setelah masa tersebut terlampaui maka pasangan dapat melakukan hubungan kapanpun.
- d. Penyulit-penyulit metode lendir serviks
 - 1) keadaan fisiologis : sekresi vagina karena rangsangan seksual
 - 2) keadaan patologis : Infeksi vagina, serviks, penyakit-penyakit, pemakaian obat-obat
 - 3) keadaan psikologis : stress (fisik dan emosional)
- e. Efektivitas metode lendir serviks
 - 1) Terjadi kegagalan yang berkisar pada angka : 0,4 -39,7 di kehamilan pada 100 perempuan pertahun
 - 2) Di samping abstinens pada saat yang diperlukan, masih ada 3 sebab lain terjadinya kegagalan/kehamilan :
 - a) Terjadinya keterlambatan atas keluaranya lendir
 - b) Gejala puncak (peak sympton) timbul terlalu awal/dini
 - c) Wanita melakukan penilaian yang salah sehingga lendir tidak

6.2.2 Metode Pantang Berkala (Metode Kalender)

a. Pengertian

Pantang berkala merupakan metode atau cara kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami dan istri dengan tidak melakukan hubungan seksual atau senggama pada masa ovulasi atau masa subur.

b. Manfaat

Manfaat dari metode sederhana ini yaitu sebagai alat kontrasepsi dan dapat juga bermanfaat sebagai konsepsi. Sebagai alat kontrasepsi dengan mengendalikan kelahiran atau mencegah kehamilan, akan tetapi apabila digunakan sebagai konsepsi maka dapat digunakan oleh pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan senggama pada masa subur atau masa ovulasi sehingga dapat meningkatkan kesempatan pasangan suami istri itu untuk mendapatkan kehamilan.

c. Keuntungan

Beberapa keuntungan dari metode pantang berkala ini adalah metode ini lebih sederhana dan dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat, tidak memerlukan alat atau pemeriksaan yang khusus dalam penerapannya, tidak akan mengganggu pada saat berhubungan seksual, kontrasepsi yang menggunakan metode pantang berkala ini juga dapat menghindari risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi, tidak membutuhkan biaya dalam pelaksanaannya, dan tidak membutuhkan tempat pelayanan kontrasepsi.

d. Keterbatasan

Keterbatasan dalam menggunakan kontrasepsi kalender adalah sebagai berikut;

- 1) Angka kegagalan tinggi (jika saat melakukan perhitungan masa subur salah)
- 2) Masa subur yang dimiliki oleh wanita tidak dapat diketahui secara pasti oleh wanita itu sendiri
- 3) Siklus haid yang tidak teratur
- 4) Tingkat ketaatan dalam bersenggama pada masa subur rendah
- 5) Hubungan seksual yang dilakukan secara khawatir dan tegang
- 6) IMS tidak dapat dicegah
- 7) Perlunya kerjasama setiap pasangan dalam memotivasi dari serta memiliki kemampuan yang tinggi dalam mengikuti semua perintah yang diberikan i

e. Faktor Penyebab Metode Kalender Tidak Efektif

Angka kegagalan mencapai 14,4 – 47 kehamilan pada 100 wanita per tahun.

6.2.3 Metode Suhu Basal

Merupakan kombinasi antara bermacam metode ‘KB Alamiah ‘ untuk menentukan masa subur/ovulasi. Tingkat kegagalannya 4,9 – 34,4 % kehamilan pada 100 wanita pertahun. Dengan kontra indikasi metode KB alamiah yang terjadi, secara umum yaitu kontra petunjuk pasti, diantaranya adalah :

- a. Daur menstruasi yang tidak konstan.
- b. Riwayat daur menstruasi yang an-ovulator.
- c. Kurva temperatur tubuh badan tidak teratur.

Sementara itu persoalan metode KB alamiah meliputi :

- a. Tidak terdapat persoalan secara langsung.
- b. Persoalan muncul bila timbul ketidakberhasilan atau terjadi kehamilan, sebab terdapat bukti-bukti yang memperlihatkan munculnya kecacatan-kecacatan pada janin yang berhubungan dengan timbulnya fertilasi oleh spermatozoa dan ovum yang mempunyai usia tidak muda atau sangat matang (overaged/overripe). Keuntungan non-kontraseptif dari metode KB alamiah meliputi :
 - 1) Bagi pasangan suami istri yang menginginkan kehamilan. Cara SBB, cara lendir serviks mampu memutuskan masa-masa subur istri, akhirnya hubungan seksual mampu dijadwalkan di masa-masa itu (dianjurkan untuk senggama dengan jarak satu hari berawal dari hari ke-9 hingga SBB menggapai kenaikan suhunya yang identik)
 - 2) Mampu dicampurkan dengan cara-cara alat kontrasepsi yang beda, contohnya dengan kontrasepsi barrier.

Teknik-teknik dari pemeriksaan yang berbeda sedang di teliti guna memutuskan fase subur atau fase ovulasi adalah;

- 1) Air kemih.
- 2) Saliva
- 3) Lendir serviks
- 4) Darah
- 5) Sitologi eksfoliatif dari usapan vagina
- 6) Biopsi selaput lendir rahim.
- 7) USG (ultrasonografi).
- 8) Indikator-indikator ovulasi diantaranya;
 - a) Elektro proteinsial dari kulit
 - b) Sirkulasi darah pada dinding vagina
 - c) Temperatur payudara

6.2.4 Metode Kondom

Pada awalnya, kondom telah dipakai di Mesir mulai tahun 1350 sebelum Masehi dan sejak pada abad ke-18, alat tersebut memperoleh sebutan “kondom” yang pada masa itu digunakan dengan capaian untuk mengatasi penyebaran penyakit pada kelamin.

a. Prosedur

Mencegah sperma menembus dalam vagina, sehingga inseminasi mampu dihadang.

b. Ragam Kondom

Pada basisnya terdapat dua macam kondom, yaitu kondom kulit dan kondom karet. Kondom kulit diciptakan dari usus domba, tetapi jenis kondom yang paling banyak dipakai adalah kondom karet sebab lebih elastis dan tidak mahal.

c. Efektivitas Manfaat

Menurut teori, apabila kondom sobek yang disebabkan karena tidak hati-hati, tidak adanya pelumas atau kekurangan pelumas ataupun disebabkan tekanan sewaktu ejakulasi maka hal tersebut merupakan suatu kerugian dari kondom. Menurut tietze (1960), Suami-istri yang dalam masa subur melaksanakan senggama sebanyak 120 x setiap tahun dan selalu memakai kondom apabila setiap melaksanakan senggama, sehingga akan diketahui angka kehamilan 10-12 setiap perempuan setiap tahunnya.

Dalam implementasinya angka tersebut lebih tinggi adalah kira-kira angka kehamilan 15-36 perempuan setiap tahun. Aspek-aspek yang dapat mengakibatkan hal tersebut diantaranya penggunaan yang jarang, support, usia, derajat sosial dan ekonomi, segi pendidikan, dan lain sebagainya.

d. Keuntungan

Terdapat beberapa manfaat kondom yaitu tidak mahal, gampang untuk memperolehnya (tanpa memerlukan resep dari dokter), tanpa membutuhkan pemantauan, dan dapat meminimalisasi adanya probabilitas transmisi masalah pada alat kelamin.

e. Efek Samping

Terdapat beberapa masalah tentang respon alergi kondom karet.

f. Kontradiksi

Sensitif terhadap penggunaan kondom yang terbuat dari karet.

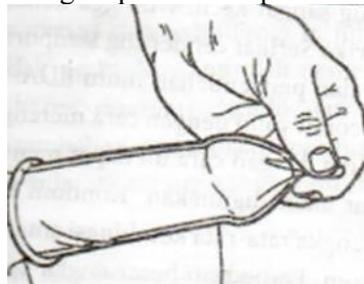
g. Kondom yang digunakan Laki-laki

Kondom untuk pria adalah terbuat dari karet (lateks) poliuretan (plastik), atau materi yang mempunyai macam yang tidak rapuh, tidak tebal dan dapat elastis. Penggunaan alat kontrasepsi itu yaitu dengan diseret menyelubungi alat kemaluan pria/penis yang sedang tegang/ereksi untuk menghalangi sel sperma tumpah ke dalam lubang vagina. Kondom yang terbuat dari karet dan poliuretan yaitu sejenis kondom yang mempunyai keefektivitasan menghindari penyebaran HIV/AIDS dan meminimalisasi bahaya dari PMS. Kondom pada pria tidak dapat menyelubungi semua daerah yang paling panjang, menurut CDC kontrasepsi ini mengarah menjadi efektif dipakai sebagai menghambat jangkitan yang dapat menular karena cairan yang berasal dari suatu rataan mukosa (misalnya : gonorhea, klamidia, trikomoniasis, dan HIV/AIDS), daripada merintang masalah dari penularan kulit. Pencegahan HIV/AIDS, virus hepatitis B dan herpes jenis simpleks tidak dapat diatasi oleh salut kondom yang hanya berasal dari bahan yang alami tetapi dapat menghindarkan dari kehamilan bagi klien.

h. Daya Guna, Masalah dan Tata Laksana

Untuk penggunaan kontrasepsi kondom, terdapat 3 teknik yang mampu memaksimalkan kesuksesan dan mesti diinfokan ke suami dan istrinya, teknik-teknik yang dimaksud yaitu sebagai berikut :

- 1) Sebelum melakukan senggama dan penis mendekati vagina, kontrasepsi kondom mesti digunakan. Hal ini disebabkan virus HIV/AIDS dapat diketahui pada pra-ejakulasi didalam cairan sperma. Pernyataan ini berlawanan dengan kepercayaan yang terdapat selama ini, bahwa cairan sperma tidak diketahui didalam cairan pra-ejakulasi.
- 2) Pada waktu memakai kontrasepsi kondom, terdapat ujung yang datar karena perlu diberikan ruang dimana mempunyai kegunaan sebagai tempat untuk mengumpulkan semen dan ruang tersebut sepanjang setengah inci. Hal ini berguna untuk meminimalisasi adanya kemungkinan kontrasepsi kondom bocor pada saat penis ejakulasi.
- 3) Sesudah ejakulasi, penis akan menjadi tegang maka benar-benar penting untuk suami mengeluarkan penisnya dari lubang vagina segera sesudah ejakulasi sambil menahan ujung kondom. Hal ini dilakukan untuk menghindari kebocoran dari ujung kontrasepsi kondom yang telah terbuka, sehingga sperma tidak akan tumpah ke dalam vagina pada waktu pria atau suami menahan penisnya kembali.



Gambar 6.1: Penggunaan kondom dengan menyisakan ruang kosong $\frac{1}{2}$ Inchi saat digunakan

i. Petunjuk Penggunaan Kondom

Adapun petunjuk penggunaan kondom adalah sebagai berikut:

1. Pakai kondom sebelum penis mendekati vagina.
2. Periksa kondom terlebih dahulu sebelum dipakai.
3. Jika laki-laki atau suami tidak disirkumisi, sebelum memasukkan kondom maka ujung kulit pada penis mesti ditarik ke arah belakang.
4. Pada penis yang sudah ereksi maka pakai kondom dengan menyelubungkan ke seluruh penis sampai kondom mencapai pangkal penis.
5. Jika kondom mempunyai ujung yang datar, atau bukan ujung kondom yang runcing maka berikan sedikit ruang yang kosong sejauh setengah inci untuk mengumpulkan semen sperma dan udara seharusnya tidak boleh ada di ruang kosong tersebut. Wujud dari ruang kosong yaitu melipat dari ujung kondom waktu dalam kondisi lemas sambil mengawali kondom dipasang ke penis.
6. Apabila pelumas pada kondom tidak efektif maka kondom akan lebih mudah untuk robek dikarenakan gesekan, sehingga pastikan pelumas adekuat di sisi terluar pada kondom. Jika memakai kontrasepsi kondom yang terbuat dari karet dan klien membutuhkan sebuah pelumas maka klien dapat memakai air ataupun sebuah pelumas yang mempunyai bahan berbasis air. Apabila pelumas tersebut berbahan minyak maka tidak boleh dipakai sebab dapat merusak karet kondom. Untuk vagina, esensial basis seperti monistat dapat pula tidak mempunyai keamanan untuk dipakai pada kondom karet. Sedangkan pada kondom plyuretan, klien dapat memakai semua macam pelumas yang diinginkan klien.
7. Sebelum penis menjadi lemas dikarenakan sesudah ejakulasi maka pria atau suami mesti mengeluarkan kembali penisnya.
8. Pada waktu menarik penis, suami atau laki-laki mesti memegang tepi pangkal kondom yang dekat dengan pangkal kondom. Hal ini dilakukan supaya menghindari kondom dapat terlepas atau bocornya cairan pada kondom.
9. Pria harus menjauhi perempuan dengan tidak menumpahkan semen kemudian melepaskan kondom dari alat kemaluan/penis lalu membuangnya.
10. Untuk mencapai tingkat efektivitas yang maksimal dalam mencegah kehamilan, gunakan kondom bersamaan dengan penggunaan sediaan spermisida.

Satu-satunya argumen untuk ketidakberhasilan dari kontrasepsi kondom yaitu adanya gagal pada kondom itu sendiri. Hal ini terjadi jika anda menggunakan kontrasepsi kondom dengan teratur dan pemakaian yang benar. Kegagalan yang dimaksudkan diantaranya kekurangan dari bahan yang dapat mengakibatkan kondom menjadi robek yang disebabkan karena stimulus ejakulasi ataupun terdapat lubang yang benar-benar kecil sehingga kontrasepsi kondom tiada mempunyai fungsi efektif lagi. Kondom yang dibuat di Amerika Serikat cenderung sempurna karena kondom tersebut dibuat di bawah pengawasan dan pengendalian mutu FDA. Kondom dapat diuji untuk melihat apakah terdapat kebocoran yaitu dengan cara merengangkannya dengan air atau udara, tetapi tindakan pengujian dengan cara ini dapat menyebabkan kondom-kondom sobek/pecah saat benar-benar akan digunakan. Kondom merupakan alat kontrasepsi sekali pakai, saat ini terdapat angka rata-rata kombinasi antara robekan dan terselip, yang mencapai hampir empat persen, perbedaan besar angka kegagalan antara penggunaan terbaik dan penggunaan umum kondom pria.

Kondom atau biasa dikenal sebagai 'karet', 'pengaman', 'selubung', atau 'profilaksis' mudah di dapat. Harganya bervariasi tergantung merk, tetapi biasanya kontrasepsi kondom mempunyai harga murah. Sekarang lebih dari 100 merk kondom dengan parameter (panjang dan lebar), wujud (semakin kecil menuju sisi ujung, lancang), tebal tipisnya kondom, struktur kondom (lembut, mempunyai kerut). Corak maupun transparansi tidak sama, kondom dengan maupun tidak ada tempat untuk menampung semen, terdapat atau tidak ada spermisida (diluar, di dalam, atau di luar dan di dalam). Kondom yang mengandung spermisida tidak dipertimbangkan sebagai metode ganda tidak dianjurkan oleh pemberi layanan kesehatan. Spermisida yang terdapat pada bagian luar kondom tidak memiliki efektivitas yang sama untuk mencegah kehamilan seperti halnya spermisida vagina yang dimasukkan secara terpisah ke dalam serviks.

Kombinasi penggunaan kondom dan sediaan spermisida vagina memberi perlindungan tambahan, terutama bila kondom sobek atau terdapat kebocoran sperma ketika pria menarik kembali penisnya.

Walaupun telah digunakan secara umum, terdapat beberapa dari pasangan suami-istri yang masih mempunyai perasaan segatif terhadap kontrasepsi kondom. Dari pasangan-pasangan tersebut menganggap kondom membikin sensasi terasa tumpul dan penghalang saat mereka menginginkan perasaan yang utuh selama hubungan seksual. Keberatan bahwa pemanasan seksual diinterupsi ketika harus memasang kondom pada penis dapat dihilangkan bila wanita melakukan pemasangan kondom pada penis pasangannya sebagai bagian pemanasan. Sediaan spermisida dan kondom juga dapat digunakan sebagai metode cadangan untuk melindungi metode kontrasepsi primer lain jika metode primer tidak efektif seperti keadaan berikut :

- a. Selama bulan pertama mulai menggunakan kontrasepsi oral (pil)
- b. Ketika wanita gagal menggunakan pil selama satu siklus
- c. Apabila wanita menggunakan pengobatan yang diketahui dapat menurunkan efektifitas pil
- d. Selama bulan pertama penggunaan alat kontrasepsi intrauterus

6.2.5 Kondom Wanita

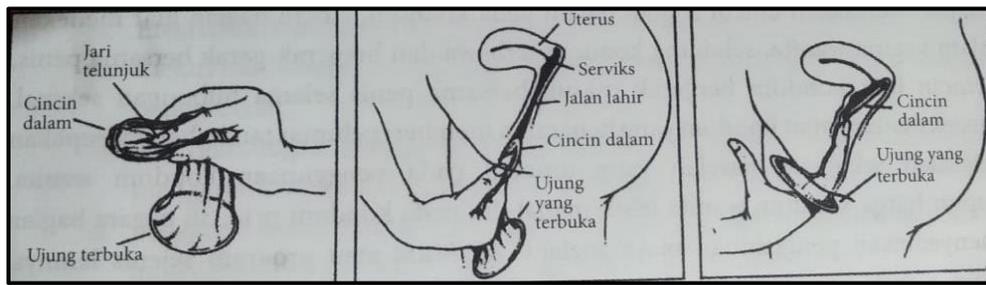
a. Kondom Wanita

Dalam waktu tahun 1993, di negara United of State (US) sudah memperoleh ijin dari Food and Drug Administration untuk memakai Reality female condom tetapi masyarakat tidak menyambutnya dengan senang hari, hal ini berlangsung hingga Agustus 1994. Kondom untuk wanita ini hanya memiliki satu saja ukuran sehingga tidak memerlukan untuk dipasang pemberi pelayanan kesehatan baik bidan maupun dokter. Kondom untuk wanita ini tercipta dari sebuah lapisan poliuretan yang tipis dan mempunyai sebuah cincin yang sangat fleksibel serta dengan mudah diubah pada ujung yang telah tertutup. Pada waktu dimasukkan kedalam alat kemaluan wanita maka cincin yang kaku akan lebih besar di ujung terbuka pada bagian depan yang masih tetap berada di luar vagian wanita dan mempunyai perlindungan dari senggama,

Sebelum menggunakan kondom wanita ini, kondom harus diberikan pelumas terlebih dahulu dan diberikan pelumas tambahan sebelum penggunaannya. Kondom wanita dirancang hanya untuk dipakai dan harganya berkisar antara Rp.30.000 – Rp. 40.000.

b. Daya Guna Kondom, Keluhkesah dan Penatalaksana

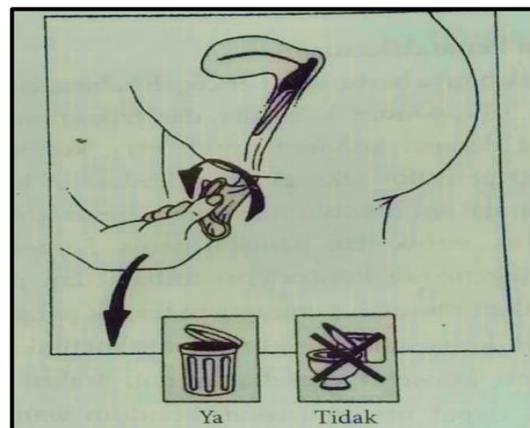
Beberapa manfaat dari kondom wanita, yaitu tidak hanya mempunyai fungsi sebagai alat kontrasepsi yang dapat menghindari kehamilan namun juga sebuah alat efektif untuk mencegah penularan virus dari penyakit HIV/AIDS, infeksi gonore, klamidia dan bakteri trikomoniasis jika kondom untuk wanita tersebut dipakai dengan pemakaian yang benar. Sedangkan jika dibandingkan dengan penggunaan alat kontrasepsi kondom bagi pria, maka kondom wanita ini dapat mungkin mempunyai risiko yang kecil terhadap berbagai penyakit menular seksual yang penularannya dapat melalui kulit, seperti penyakit menular seksual HPV atau semacam kutil pada genitalia. Hal ini dikarenakan kondom wanita tersebut dapat menutupi sebagian daerah yang terpapar dan dapat menjadikan sebuah penghalang untuk introitus vagina, vulva dan alat kelamin pria/penis. Perbedaan yang besar antara angka kegagalan pada penggunaan kontrasepsi terbaik dan penggunaan biasa tidak diragukan lagi mencerminkan masalah penguasaan teknik penggunaan alat kontrasepsi dan penggunaan yang tidak konsisten. Meskipun telah mengikuti program pendidikan dengan menggunakan video, konseling kesehatan, dan praktik model 25% dari 1.144 partisipasi penelitian tidak dapat menggunakan kondom wanita dengan benar, pada percobaan pertama ketika sesi praktik memasukkan kondom wanita secara mandiri. Petunjuk tambahan yang diberikan pun belum banya mengubah keadaan, hanya 3% di antara partisipasi yang berhasil.



Gambar 6.1: Memasukkan Kondom Wanita

Partisipasi baru berhasil memasukkan kondom dengan benar setelah dua atau tiga kali percobaan. Kendati tidak perlu benar-benar pas untuk memasukkan kondom, namun bidan harus menyediakan waktu guna memberi petunjuk dan kesempatan praktek lagi wanita yang memilih metode kontrasepsi ini. Kesuksesan dalam memasukkan kondom menjadi sangat utama untuk keberhasilan penggunaannya, sehingga para perempuan masih dapat terus memakainya.

Cara memakai kondom pada wanita yaitu dengan menekan cincin pada kondom dimana cincin tersebut berada didalam ujung tertutup dari kondom lalu ujung yang mempunyai selubung yang tertutup dapat dimasukkan kedalam lubang vagina samapi dalam vagina untuk memasukkan kondom tersebut agar melewati tulang kemaluan. Pada saat kondom sudah dimasukkan kedalam vagina maka seluruh selaput kondom dapat menutupi mulut rahim/servik dan dapat menempel pada semua saluran pada vagina. Cincin pada kondom yang sudah terbuka masih ada di luar vagina sedangkan sebagian cincin menutupi vulva dan perineum vagina. Lalu penis dapat masuk kedalam ujung selubung kondom yang sudah terbuka. Pemakaian kondom wanita dapat dipakai didalam vagina selama kurun waktu 8 jam terutama selama senggama. Namun, /pria dapat dimasukkan ke dalam vagina, kurun waktu yang diinfokan tetap sama sekitar 8 jam. Begitupula kondom wanita yang digunakan untuk menghindari kehamilan dan harus dipakai sebelum penis mendekati alat kemaluan wanita/penis.



Gambar 6.2: Melepaskan Kondom Wanita

Masalah yang dapat timbul dalam pemakaian kondom pada wanita yaitu suami/pria mampu merasakan bagian cincin dalam kondom wanita, bagian dalam vagina perempuan tertekan oleh cincin pada sisi luar, pada saat penis masuk kedalam vagina selubung kondom dapat bergerak-gerak dan terbawa bersamaan penis dan selama senggama cincin sisi luar kondom dapat ada gerakan masuk bersamaan penis. Mengecek penempatan kondom yang benar dan memberi pelumas tambahan merupakan penyelesaian sebagian masalah yang muncul pada penggunaan kondom wanita. Walaupun harga kondom wanita lebih mahal daripada kondom pria, 36 negara bagian Amerika Serikat menyediakan penggantian biaya melalui medicaid atau program sejenis lainnya. Kondom wanita juga tersedia secara Cuma-Cuma atau dapat di beli dengan murah dibanyak klinik masyarakat atau klinik nonprofit.

Kemungkinan perempuan untuk memberikan perlindungan ke dirinya sendiri dari virus HIV/AIDS dan berbagai PMS dengan tidak bergantung pada suaminya/pria pasangannya seksualnya. Dari hasil wawancara,

beberapa pasangan lebih memilih merasakan poliuretan dibanding harus menggunakan kondom pria dan beberapa wanita melaporkan bahwa tepi cincin luar memungkinkan stimulasi klitoris.

6.6.6 Metode Spermisida

Spermasida merupakan bahan kimia yang dipergunakan sebagai bahan untuk tidak mengaktifkan atau membuat mati sperma. Kemasan spermisida ditempatkan dalam wujud busa atau aerosol, tablet yang dimasukkan kedalam vagina, bentuk suppositoria dan dalam bentuk krim. Cara kerjanya menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur. Beberapa pilihan dalam penggunaannya meliputi busa (aerosol) efektif segera setelah insersi, busa spermisida dianjurkan jika penggunaannya hanya sebagai metode kontrasepsi, kemudian tablet vagina, suppositoris, dan film penggunaannya dianjurkan menunggu 10-15 menit sesudah dimasukkan sebelum hubungan seksual, dan yang terakhir jenis spermisida jeli yang umumnya hanya digunakan dengan diafragma.

a. Manfaat

1) Kontrasepsi

- a) Bersifat langsung berhasil (spermisida dalam bentuk krim dan busa)
- b) Produksi ASI tidak akan terpengaruh
- c) Penunjang metode kontrasepsi lainnya.
- d) Segi kesehatan tidak akan terganggu.
- e) Sistem pada sistemik tidak akan terpengaruh.
- f) Penggunaan spermisida tidak sulit.
- g) Selama senggama dapat mengalami peningkatan lubrikasi.
- h) Pemeriksaan kesehatan khusus dan pembelian dengan resep dokter tidak dibutuhkan.

2) Manfaat dari segi nonkontrasepsi.

Spermisida dapat melindungi dari Infeksi Menular Seksual, diantaranya termasuk hepatitis B dan infeksi HIV/AIDS.

b. Kekurangan dari Spermisida

- 1) Kurangnya akan efektivitas dari penggunaan spermisida (terjadinya 3 sampai 12 kehamilan per 100 perempuan pertahun pertama).
- 2) Ketaatan disiplin dalam mematuhi metode pemakaian spermisida sebagai kontrasepsi dapat menjadikan spermisida efektif.
- 3) Dengan memakai spermisida setiap kali bersenggama menjadikan ketergantungan dari akseptor sehingga diperlukan motivasi yang terus berlanjut.
- 4) Sebelum bersenggama, akseptor harus menanti selama 10-15 menit setelah pemakaian spermisida.
- 5) Pemakaian spermisida hanya efektif selama 1-2 jam.

c. Metode pemakaian atau petunjuk umum bagi akseptor

- 1) Sebelum pengisian aplikator (spermisida dalam bentuk krim atau busa) dan dari insersi spermisida maka melakukan cuci kedua tangan menggunakan sabun cuci tangan dan air yang mengalir.
- 2) Setiap akan melakukan senggama maka sangat penting untuk selalu memakai spermisida.
- 3) Mempunyai waktu untuk menunggu 10 sampai 15 menit setelah memasukkan tablet untuk vagina atau suppositoria tersebut.
- 4) Busa dapat langsung dimasukkan atau tanpa menunggu.
- 5) Dianjurkan untuk mengikuti saran dari pabrik tentang cara pemakaian dan cara menyimpan dari setiap produk, misalnya harus mengocok alkohol aerosol sebelum diisikan ke dalam aplikatornya.
- 6) Spermisida harus ditaruh jauh di dalam kemaluan atau vagina agar memberikan perlindungan dengan baik pada serviks.

d. Metode pemakaian atau petunjuk umum bagi akseptor

- 1) Sebelum pemakaian aerosol, lakukan pengocokan wadah aerosol selama 20 sampai 30 menit.

- 2) Posisikan ke atas untuk wadah container aerosol dan meletakkan aplikator pada mulut dari kontainer dan lakukan penekanan pada aplikator untuk pengisian busa.
- 3) Melakukan insersi aplikator aerosol kedalam vagina dan dekat dengan serviks, lakukan dengan posisi berbaring dan mendorong isi aplikator sampai aerosol keluar.
- 4) Tidak boleh terlalu lama untuk mencuci aplikator, cuci menggunakan sabun dan air kemudian lakukan penirisan dan keringkan. Tidak diperbolehkan untuk bergantian aplikator hingga busa sudah keluar.

e. Cara penggunaan tablet vaginam atau supositoria

- 1) Cuci tangan sebelum membuka paket
- 2) Lepaskan tablet atau supositoria
- 3) Sambil berbaring masukkan tablet vagina atau supositoria jauh ke dalam vagina.
- 4) Sebelum bersenggama maka perlu menunggu selama 10 sampai 15 menit.
- 5) Selalu menyediakan tambahan untuk penyediaan suppositoria di rumah.

f. Cara penggunaan tablet vaginam atau supositoria

- 1) Awalnya insersikan kontrasepsi yang dalam bentuk krim sesudah ditempatkan kedalam aplikator sampai benar-benar penuh kemudian dimasukkan kedalam vagina sampai aplikator mendekati serviks.
- 2) Menekan alat pendorongnya sampai krim tumpah dan tidak memerlukan untuk waktu menunggu cara kerja dari krim.
- 3) Setelah menggunakan maka aplikator harus dilakukan pencucian dengan sabun dan air dengan mengikuti petunjuk pencegahan dari infeksi kemudian dikeringkan.
- 4) Memisahkan bagian-bagian dari alat sehingga dapat mempermudah dibersihkan dan tidak diperbolehkan untuk meminjamkan aplikator pada orang lain.
- 5) Selalu menyediakan tambahan penyediaan untuk krim khususnya jika wadah kontrasepsi kosong.

6.3 Kontrasepsi Hormonal

6.3.1 Kontrasepsi Oral

a. Profil

- 1) Berkhasiat/efektif dan dapat dikembalikan (reversible).
- 2) Cara minum harus rutin.
- 3) Mempunyai dampak samping di bulan awal penggunaan untuk pertama penggunaan adalah klien akan merasa mual dan mengalami perdarahan yang bercak tetapi tidak berbahaya serta tidak lama akan menghilang.
- 4) Dampak samping yang gawat sangat sedikit untuk terjadi.
- 5) Seluruh wanita yang masih dalam umur reproduksi mampu memakai, baik wanita yang sudah memiliki anak atau yang belum.
- 6) Apabila percaya sedang tidak ada kehamilan maka pil dapat segera diminum.
- 7) Tidak dianjurkan pada ibu menyusui.
- 8) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

b. Macam-macam Pil

- 1) Jenis monofasik merupakan kontrasepsi pil yang ada dalam paket sejumlah 21 tablet pil dan berisi hormon yang aktif yaitu hormon estrogen maupun progestin (E/P). hormon didalam ukuran yang tidak berbeda sejumlah 7 tablet pil tidak ada hormon yang aktif.
- 2) Jenis pil bifasik yaitu pil yang siap dengan kemasan sejumlah 21 tablet pil dan berisi hormon yang aktif estrogen atau progestin (E/P) dalam ukuran yang tidak berbeda dengan 7 tablet hormon yang aktif.
- 3) Jenis trifasik adalah kontrasepsi pil yang menyediakan 21 tablet pil didalam satu paket yang berisi 21 tablet pil dan mengandung hormon yang aktif berupa estrogen dan progestin (E/P) dengan ukuran yang tidak berbeda sejumlah 7 tablet tanpa hormone yang andal.

c. Prosedur

- 1) Menahan masa subur wanita.
- 2) Implantasi dapat tercegah.
- 3) Susah dilewati sperma dikarenakan lendir serviks yang mengental.
- 4) Mengganggu perpindahan tuba sehingga secara langsung juga akan mengganggu perpindahan sel telur.

d. Kegunaan

- 1) Efektifitas yang dipunyai tinggi. Hal ini dikarenakan efektifitas nyaris seperti efektifitas kontrasepsi tubektomi. Jika kontrasepsi ini dipakai saban hari yaitu satu dari kehamilan setiap 1.000 wanita dalam tahun pertama pemakaian.
- 2) Dapat memberikan ancaman yang sangat kecil terhadap kesehatan.
- 3) Senggama tidak akan terganggu.
- 4) Daur menstruasi dapat teratur, berkurangnya jumlah darah menstruasi sehingga dapat mencegah kekurangan darah dan dismenorea tidak akan terjadi.
- 5) Penggunaan kontrasepsi ini dapat dipakai sejak umur remaja sampai umur menopause.
- 6) Tidak sulit jika ingin diberhentikan setiap waktu.
- 7) Sesudah kontrasepsi pil diberhentikan maka kesuburan akan mudah kembali.
- 8) Kontrasepsi pil ini dapat dipakai menjadi kontrasepsi darurat.
- 9) Metode lain dapat mendukung menghalangi hal sebagai berikut;
 - a) Hamil diluar kandungan (kehamilan ektopik).
 - b) Penyakit kanker yang muncul di jaringan indung telur (kanker ovarium).
 - c) Penyakit kanker yang menyerang lapisan di bagian dalam rahim (kanker endometrium)
 - d) Nyeri panggul atau perut bagian bawah.
 - e) Tumor jinak di payudara.
 - f) Nyeri menstruasi.
 - g) Acne.

e. Kontrasepsi pil mempunyai keterbatasan

- 1) Tidak murah dan akseptor harus minum pil setiap hari sehingga terasa menjemukan.
- 2) Emesis dapat terjadi terlebih di 3 bulan yang pertama.
- 3) Di tiga bulan awal dapat terjadi spotting maupun perdarahan diantara menstruasi.
- 4) Sakit kepala.
- 5) Sakit pada payudara.
- 6) Sedikit penambahan pada berat badan, tetapi pada akseptor yang lain penambahan BB ini mempunyai efek yang positif.
- 7) Pada akseptor pil ini dapat terjadi amenorea.
- 8) Produksi ASI akan berkurang apabila digunakan oleh ibu yang menyusui.
- 9) Dapat mengurangi hasrat seksual sehingga menyebabkan stress dan peralihan suasana pada sebagian kecil wanita.
- 10) Memicu untuk bahaya stroke dan gangguan pada pembekuan darah di pembuluh darah vena yang menyebabkan kenaikan tekanan pada darah dan penimbunan cairan.
- 11) Pada wanita dengan umur lebih 35 tahun dan yang mempunyai kebiasaan merokok harus hati-hati.
- 12) Tidak mencegah IMS (infeksi menular seksual), HBV, dan HIV/AIDS.

f. Deskripsi, efektifitas dan respon pengguna

Campuran antara kinerja hormon estrogen dan progesteron membuat proses kinerja pil. Ada tiga ragam dari pil kombinasi saat ini yaitu :

- 1) Ragam pil monofasik yaitu pil yang berjumlah dan bertipe hormon estrogen dan hormon progestin yang diminum berjumlah serupa setiap hari sepanjang 20 maupun 21 hari dan dengan tanpa meminum obat yang hormonal selama 7 hari.

- 2) Ragam bifasik yaitu menggunakan pil dengan dosis dan macam estrogen konsisten dan macam hormone progesterin selalu serupa, namun kadar hormone progesterin tidak tetap pada minggu pertama dan minggu yang kedua dalam siklus pil selama 21 hari dengan diikuti tidak minum obat yang hormonal selama 7 hari.
- 3) Ragam trifasik merupakan pil kontrasepsi dengan macam hormon estrogen konsisten tidak berubah, namun ukurannya tidak berubah ataupun mampu berubah yang cocok dengan kadar hormon progesterin. Macam hormone progesterin tidak berubah, namun mempunyai 3 ukuran yang tidak sama selama siklus kontrasepsi pil 21 hari dengan tidak minum obat yang hormonal selama 7 hari.

g. Kontradiksi

Berikut ini merupakan kontraindikasi mutlak untuk memulai penggunaan kontrasepsi oral hormonal bagi wanita:

- 1) Didapatkan terjadinya kehamilan ataupun dicurigai hamil.
- 2) Peradangan pada pembuluh darah balik (vena) yang sedang berlangsung atau mempunyai riwayat tentang tromboflebitis.
- 3) Sedang menderita bekuan darah ataupun terdapat kejadian yang lalu tentang tromboemboli.
- 4) Luka pada pembuluh darah di otak atau disebut cedera serebrovaskular, ataupun penyakit pada pembuluh darah arteri coroner (pada saat ini maupun riwayat yang lalu)
- 5) Penyakit pada hati, fungsi dari hati maupun hepatitis kronis.
- 6) Penyakit tumor ganas atau disebut juga dengan benigna yang sekarang diderita ataupun didalam riwayat masa lampau.
- 7) Hiperlipidemia tipe II (hiperkolesterolemia)
- 8) Neoplasia yang berdasarkan pada hormon estrogen yang sudah didapatkan atau disangka.
- 9) Perdarahan pada genetalia yang tidak normal dan belum dianalisis.
- 10) Kanker yang berkembang dari jaringan kulit di payudara.
- 11) Kanker yang menyerang lapisan di bagian dalam rahim.
- 12) Penyakit syaraf dengan sakit kepala yang terasa berdenyut.
- 13) Perempuan yang merokok dan umur lebih dari 35 tahun.
- 14) Penyakit kencing manis.
- 15) Mutasi atau riwayat banyak anggota dalam keluarga yang menderita tromboemboli vena multipel yang tidak dapat dijelaskan pada usia belia.

Terdapat keadaan yang merupakan kontraindikasi harus dicermati oleh bidan untuk mengawasi dari pemakaian KB yang bersifat hormonal dan pemakaian secara oral pada akseptor. Apabila ditemukan beberapa keadaan, kewaspadaan tinggi harus diterapkan bidan lalu mempertimbangkan pada tiap kondisi tertentu yang masih belum dimengerti bersama-sama dokter konsultan. Kemudian keputusan dibuat berdasarkan kejadian demi kejadian yang dengan dasar riwayat tentang kesehatan secara keseluruhan, berdasarkan pemeriksaan fisik dan kondisi yang khusus yang diderita perempuan ataupun bidan dapat memberikan pertimbangan cara kontrasepsi yang tidak sama. Berikut adalah kondisi yang perlu diwaspadai;

- 1) Hipertensi, yaitu kondisi dimana tekanan darah lebih dari 140/90 mmhg
- 2) Asma
- 3) Gangguan pada jantung baik yang diderita saat ini ataupun pada masa dahulu.
- 4) Gangguan yang terjadi pada ginjal.
- 5) Nyeri yang secara mendadak dibagian kanan atas atau tengah perut (kandung empedu)
- 6) Peradangan yang terjadi pada usus besar atau kolon.
- 7) Kelainan pada genetik yang mengakibatkan bentuk sel darah merah menjadi abnormal.
- 8) Lupus eritematosus.
- 9) Gangguan pada suasana hati (mood) yang ditandai dengan perasaan yang sedih dan tidak peduli dengan apapun.
- 10) Pembengkakan atau pelebaran pada pembuluh darah vena.

Pada perempuan yang menderita retardasi mental pada kategori tertentu maka bidan perlu menilai tentang penyimpangan zat dan sakit jiwa. Hal ini perlu dilaksanakan untuk dapat memastikan apakah perempuan tersebut dapat meminum kontrasepsi pil dan membuat sebuah keputusan apakah pil sebagai kontrasepsi hormonal oral kombinasi tidak diperbolehkan pada kondisi ini, dan juga kemungkinan adanya penularan penyakit seksual lainnya, misal HIV/AIDS.

h. Akibat penggunaan dan bahaya yang dapat menyertai

Pemakaian dalam kontrasepsi yang hormonal secara oral mempunyai akibat penggunaan yang tidak sedikit namun akibat penggunaan tersebut tidak sedikit menurun sejak diawali dengan takaran yang lebih rendah. Pengelompokan akibat penggunaan oleh ahli dengan berpendapat pada pencetus secara non medis dan menurut asal hormonal.

Prosedur seperti ini dapat mendukung bahwa setiap perempuan mempunyai cara pembentukan dan keserasian pada hormon di setiap perempuan. Oleh sebab itu, kontrasepsi pil dengan label yang sama dapat membawa dampak kelebihan secara hormonal pada perempuan dan dapat menyebabkan defisiensi secara hormonal pada perempuan yang lainnya. Pada kedua kelompok perempuan tersebut akan secara bersama-sama menderita akibat dari penggunaan, namun efek samping yang diderita akan tidak sama dikarenakan ragam hormon yang melandasi juga tidak sama.

i. Keuntungan kontrasepsi secara hormonal oral kombinasi

Terdapat beberapa keuntungan besar yang didapatkan oleh perempuan yang menggunakan kontrasepsi pil oral kombinasi. Seluruh keuntungan tersebut harus benar-benar ditinjau beriringan oleh akseptor dan bidan, lalu dipadupadankan dengan bahaya yang barangkali akseptor akan ditemui atau derita. Dalam memperoleh titik keseimbangan antara bahaya dari kanker pada payudara maka pertimbangan khusus tersebut sangat penting karena bahaya potensial akan muncul dan dampak dari perlindungan yang ditemui dari pil tersebut terhadap penyakit kanker pada ovarium dan penyakit kanker pada endometrium. Berikut penjelasan terkait dengan berbagai kanker yaitu;

1) Kanker ovarium

Resiko menurun 40% pada wanita yang pernah menggunakan kontrasepsi hormonal oral. Perlindungan ini dimulai dalam tiga sampai enam bulan dan meningkat jika waktu penggunaan lebih lama. Penggunaan berlanjut sejak sepuluh tahun akan membatasi bahaya sebesar 80%. Perlindungan berlanjut selama sedikitnya 15 tahun setelah klien menghentikan pil kontrasepsi. Perlindungan yang diberikan sama walaupun formula pil yang diberikan berbeda, termasuk pil dosis rendah 35 mcg atau pil dengan kandungan estrogen lebih rendah.

2) Kanker endometrium

Resiko menurun berdasarkan lama penggunaan kontrasepsi hormonal oral kombinasi. Resiko menurun 20% pada penggunaan selama satu tahun, 40% pada penggunaan selama dua tahun, dan 60% pada penggunaan selama empat tahun atau lebih. Perlindungan yang diberikan sama walaupun formula pil berbeda-beda, termasuk pil yang mengandung estrogen kurang dari 50 mcg dan perlindungan berlanjut selama 15 tahun atau lebih setelah kontrasepsi dihentikan.

3) Tumor jinak payudara

Penurunan signifikan pada penggunaan fibrokistik dan perkembangan fibroadenoma. Perlindungan terhadap perubahan fibrokistik berlangsung sampai satu tahun setelah kontrasepsi dihentikan.

Hal-hal yang membuktikan perlindungan terhadap penyakit lain masih diperdebatkan, tetapi kemungkinan meliputi penyakit infeksi pelvis dan kanker kolorektal, selain itu pil kontrasepsi oral kombinasi hormonal melindungi klien dari penyakit dan kondisi lain. Hal ini terlihat pada fakta bahwa kehamilan dapat dicegah, ovulasi ditekan, dan darah menstruasi yang keluar berkurang. Kondisi tersebut meliputi hal-hal berikut;

- a) Anemia defisiensi zat besi
- b) Kehamilan ektopik
- c) Mitteshmerz
- d) Dismenorea
- e) Menoragia
- f) Metroragia
- g) Sindrom syok racun

Kontrasepsi hormonal oral kombinasi kadangkala digunakan tidak sesuai label yaitu sebagai pengobatan bagi akseptor yang menderita beberapa keluhan pada menstruasi dan keluhan-keluhan lainnya. Keluhan tersebut mencakup hal-hal sebagai berikut;

- a) Dismenorea (sering kali menggunakan dengan berbagai obat anti inflamasi nonsteroid).
- b) Jumlah darah haid berlebihan/menorrhagia.
- c) Menotroragia
- d) Menstruasi tidak konstan.
- e) Acne.
- f) Tumbuhnya rambut tebal pada wanita.
- g) Endometriosis

Pengetahuan yang berkaitan dengan penjelasan metode kontrasepsi hormonal pil dapat diberikan pada perempuan sehingga perempuan tersebut dapat mengatur daur haidnya melalui daur trisiklik. Hal ini mempunyai tujuan yaitu untuk membatasi jumlah daur haid apabila perempuan menderita sindrom pra menstruasi, mengalami sakit kepala yang disebabkan haid, nyeri haid atau jumlah darah haid yang berlebihan. Apabila seorang akseptor memakai tiga paket kontrasepsi pil secara teratur tanpa memakai minggu-minggu tanpa hormon dan hanya memakai kontrasepsi pil yang aktif dari sejumlah 63 hari maka trisiklik akan dapat diraih. Untuk selanjutnya akseptor tidak meminum kontrasepsi pil yang aktif selama 7 hari dan kemudian mengawali trisiklik selanjutnya. Wanita ingin mengontrol periode menstruasi untuk kenyamanan dapat melakukannya dengan cara menambah jumlah hari penggunaan pil aktif atau tidak menggunakan minggu bebas pil.

j. Klien yang dapat menggunakan pil kombinasi

Pada prinsipnya hampir semua perempuan boleh menggunakan pil kombinasi, seperti berikut :

- 1) Berapa umur reproduksi
- 2) Sudah mempunyai keturunan maupun yang belum mempunyai anak.
- 3) Kelebihan berat badan ataupun yang kurus.
- 4) Mengharapkan cara kontrasepsi yang mempunyai tingkat efektifnya tinggi.
- 5) Sesudah persalinan.
- 6) Sesudah persalinan selama 6 bulan dan tidak memberi bayinya ASI eksklusif serta semua metode kontrasepsi yang disarankan tidak sesuai bagi wanita tersebut.
- 7) Sesudah abortus.
- 8) Perempuan yang anemia dikarenakan menstruasi yang berlebihan.
- 9) Perempuan dengan dysmenorrhea.
- 10) Perempuan yang mempunyai daur menstruasi yang tidak teratur.
- 11) Mempunyai riwayat dengan kehamilan diluar rahim.
- 12) Wanita dengan adanya kelainan pada payudara
- 13) Wanita dengan diabetes mellitus yang tidak ada persoalan di organ ginjal dan pembuluh darah.
- 14) Wanita yang menderita penyakit tiroid.
- 15) Wanita yang mempunyai penyakit paru-paru.
- 16) Wanita yang menderita pelebaran pembuluh darah balik vena.

k. Klien yang tidak diperbolehkan mengkonsumsi kontrasepsi pil yang kombinasi

- 1) Adanya kehamilan ataupun curiga hamil.
- 2) Memberikan ASI eksklusif.
- 3) Perempuan dengan pendarahan secara vagina yang belum ditemukan pencetusnya.
- 4) Perempuan dengan peradangan pada hati dan liver.
- 5) Perempuan yang merokok dengan umur lebih 35 tahun.
- 6) Memiliki penyakit dengan riwayat sakit jantung ataupun tekanan pada darah lebih dari 180/110 mmHg.
- 7) Menderita penyakit kanker yang terbentuk di jaringan payudara atau dicurigai.
- 8) Perempuan dengan indikasi neurologi.
- 9) Perempuan yang tidak dapat memakai kontrasepsi pil dengan rutin setiap harinya.

l. Durasi penggunaan kontrasepsi pil

- 1) Pada sewaktu-waktu ketika menstruasi, supaya menyakinkan jika wanita tersebut tidak sedang hamil.
- 2) Dari hari ke-1 menstruasi sampai hari ke-7 dalam siklus menstruasi.
- 3) Dapat memakai pil di hari ke delapan hingga hari ke 14 ataupun tidak bersenggama sampai akseptor sudah menyelesaikan paket dari pil tersebut.
- 4) Sesudah persalinan;
 - a) Sesudah memberikan ASI eksklusif.
 - b) Sesudah abortus atau segera maupun 7 hari setelahnya.
 - c) Sesudah tak lagi menyusui.
- 5) Apabila selesai menggunakan KB suntik dan segera ingin berganti menggunakan kontrasepsi pil sehingga pil bisa segera dikasihkan akseptor dengan tidak memerlukan menunggu menstruasi.

m. Petunjuk Akseptor

Dengan memperlihatkan dan memberi tahu pil dari kemasan dan mengikuti arah tanda panah yang sesuai dengan nama harinya, yaitu;

- 1) Cara meminum pil lebih baik setiap hari dan pada saat yang sama dalam setiap harinya.
- 2) Diawali pada hari ke-1 sampai hari ketujuh pada daur menstruasi untuk pemberian pil pertama kali.
- 3) Akan sangat disarankan untuk mengkonsumsi pil disaat hari ke-1 menstruasi.
- 4) Paket kontrasepsi pil ada dua yaitu kontrasepsi pil yang mempunyai jumlah 28 butir maupun yang berjumlah 21 butir. Jika memakai paket yang mempunyai jumlah 28 pil maka apabila pil telah habis, akseptor dapat mulai untuk mengkonsumsi lagi dari pil paket baru. Sedangkan jika memakai paket pil yang berjumlah 21 maka jika pil selesai diminum lebih baik menunggu seminggu kemudian baru memulai pil dari paket yang baru juga.
- 5) Jika mengalami muntah tapi masih dalam saat 2 jam sesudah mengkonsumsi KB pil maka akseptor dapat meminum pil lain atau gunakan metode kontrasepsi yang lain.
- 6) Apabila muntah hebat atau diare terjadi lebih dari 24 jam setelah menggunakan pil, maka pil dapat diteruskan (jika memungkinkan dan tidak memperburuk keadaan)
- 7) Apabila hingga 2 hari atau lebih dari 2 hari terjadi emesis dan sakit diare, maka cara penggunaan pil mengikuti cara menggunakan pil lupa.
- 8) Apabila tidak ingat untuk meminum satu pil atau hari satu sampai 21 atau sebaiknya meminum pil tersebut segera sesudah mengingat meskipun akseptor harus meminum sebanyak 2 butir pil dalam hari yang sama. Akseptor tidak memerlukan penggunaan cara KB yang lainnya. Jika akseptor lupa sebanyak 2 pil atau lebih (akseptor masih pada hari 1-21) lebih baik mengkonsumsi sebanyak dua pil setiap hari hingga dapat mengejar pil yang terlupa dan lebih baik menggunakan cara KB yang lain ataupun dengan tanpa bersenggama hingga sudah menyelesaikan kemasan paket dari pil tersebut.

- 1) Penjelasan lain yang harus dijelaskan.

Permasalahan kadang-kadang terjadi diantaranya menimbulkan mual muntah, sakit kepala yang berdenyut, sakit pada panyudara hingga spotting. Hal ini terjadi ketika pada awal pemakaian kontrasepsi pil. Namun, masalah-masalah seperti ini dapat terjadi khususnya pada 3 bulan pertama pemakaian dan semakin lama maka masalah tersebut akan hilang dengan sendirinya, walaupun jika keluhan-keluhan tersebut tetap muncul maka konsultasi dengan dokter kembali dan tidak memperdulikan.

Pada 3 bulan awal pemakaian dan makin lama masalah-masalah tersebut akan menghilang dengan sendirinya. Untuk mengatasi keluhan tersebut dengan cara meminum kontrasepsi pil pada waktu mau tidur ataupun pada waktu akan makan malam, jika masih muncul masalah-masalah tersebut maka akseptor harus melakukan konsultasi ke dokter kembali. Cobalah minum pil pada saat hendak tidur atau pada saat makan malam . apabila tetap muncul keluhan, lakukan konsultasi dengan dokter kembali.

2) Macam-macam obat yang ditemukan yang dapat mengurangi efektivitas pada pil
Macam-macam obat yang ditemukan yang dapat mengurangi efektivitas pada pil yang dapat membuat pil semakin menurun efektivitas, diantaranya fenitoin (dilantin), barbiturat, griseofulvin, trisiklik anti depresan, ampisilia, penisilin, dan tetrasiklin. Lebih baik mengkonsumsi cara KB yang lain atau mengkonsumsi kontrasepsi pil dengan kombinasi yang bermanfaat untu jangka panjang ke akseptor.

6.3.2 Suntik/Injeksi

a. Profil

- 1) Benar-benar efektif.
- 2) Sangat aman.
- 3) Digunakan oleh seluruh wanita yang berusia reproduktif.
- 4) Kesuburan dapat kembali tetapi dengan lambat, sehingga rata-rata dapat kembali subur kira-kira 4 bulan.
- 5) Sesuai untuk laktasi seb tidak akan memamerkan ASI.

b. Profil

Terdapat dua macam kontrasepsi suntik yang hanya berisi hormon progestin, sebagai berikut;

- 1) Depomendroksiprogesteron Asetat (DMPA) mengandung 150 mg DMPA dengan pemberian setiap tiga bulan dan cara memberikan dengan disuntik IM/intramuskular (pada 1/3 SIAS).
- 2) Depo nontisteron enantat (depo noristerat), berisi 200 mg nonretindron enantat dengan pemberian setiap dua bulan dan cara pemberian dengan suntikan IM/intramukular.

c. Metode Kerja

- 1) Merintangi masa subur.
- 2) Meliatkan lendir di serviks hingga dapat mengurangi daya penetrasi di sperma.
- 3) Membuat selaput pada lendir di rahim menjadi tipis dan mengecil.
- 4) Menyumbat perpindahan gamet yang dilakukan oleh tuba.

d. Kemampuan

Kedua jenis kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

e. Manfaat

- 1) Benar-benar berkhasiat.
- 2) Dalam waktu yang panjang dapat mencegah terjadinya kehamilan.
- 3) Senggama tidak akan terpengaruh.
- 4) tidak berisi hormon estrogen sehingga tidak mempunyai efek yang parah terhadap sakit jantung maupun masalah pada pembekuan pembuluh darah.
- 5) Tidak berefek pada produksi ASI.
- 6) Sedikit untuk akibat sampingnya.

- 7) Obat suntikan tidak perlu disimpan oleh akseptor.
- 8) Wanita yang berumur 35 tahun lebih hingga perimenopause dapat memakai.
- 9) Menghindari dari penyakit kanker pada endometrium dan kehamilan diluar rahim.
- 10) Merendahkan angka kejadian tumor payudara.
- 11) Krisis anemia bulan sabit rendah.

f. Keterbatasan

- 1) Masalah pada haid yang tidak jarang ditemui yaitu :
 - a) Memendeknya dan memanjangnya daur menstruasi.
 - b) Sedikit ataupun banyak perdarahan yang dapat terjadi
 - c) Terjadinya spotting maupun perdarahan yang keluar tidak rutin
 - d) Tidak terjadi menstruasi.
- 2) Ketergantungan akseptor pada tempat pelayanan KB sehingga harus kunjungan ulang untuk mendapat suntikan.
- 3) Sebelum waktu suntik selanjutnya maka suntikan tidak bisa diberhentikan seketika.
- 4) Akibat samping dari suntikan seringkali tentang masalah penambahan berat badan.
- 5) Penularan IMS ataupun hepatitis B tidak terjamin untuk perlindungannya.
- 6) Sesudah menyelesaikan pemakaian maka kesuburan akan telat untuk kembali.
- 7) Untuk pemakaian pada waktu panjang maka dapat terjadi pergantian lipid serum.
- 8) Masalah pada waktu panjang diantaranya sedikit mengurangi dari kepadatan pada tulang (densitas).
- 9) Dapat mengakibatkan rasa kering pada vagina sehingga dapat pula menurunkan masalah pada emosi tetapi jarang terjadi. Dapat pula terjadi sakit kepala atau acne.

g. Akseptor yang dapat memakai kontrasepsi suntik progestin

- 1) Umur produktif
- 2) Sudah mempunyai anak.
- 3) Menginginkan kontrasepsi dalam jangka panjang dan mempunyai daya efektif yang tinggi.
- 4) Sedang menyusui dan memerlukan kontrasepsi yang cocok.
- 5) Sesudah persalinan namun tidak menyusui.
- 6) Sesudah keguguran/abortus.
- 7) Sudah mempunyai banyak keturunan namun belum menginginkan untuk KB steril.
- 8) Wanita yang merokok.
- 9) Tensi <180/110 mmHg dengan masalah pada pembekuan darah ataupun anemia bulan sabit
- 10) Wanita yang tidak bisa memakai kontrasepsi yang berisi hormon estrogen.
- 11) Tidak jarang lupa meminum pil kontrasepsi.
- 12) Anemia defisien besi
- 13) Mendekati usia monopause yang tidak menginginkan atau tidak dapat memakai pil kontrasepsi kombinasi

h. Klien yang tidak boleh memakai kontrasepsi suntik progestin

- 1) Wanita yang sedang hamil atau dicurigai adanya kehamilan (resiko ketidaksempurnaan pada 7 janin per 100.000 kelahiran).
- 2) Mempunyai riwayat perdarahan secara vagina yang belum pasti penyebabnya.
- 3) Jika terjadi gangguan menstruasi khususnya amenorrhea, klien tidak mampu untuk menerimanya.
- 4) Klien mengalami kanker pada payudara maupun riwayatnya.
- 5) Klien mengalami penyakit kencing manis dengan disertai masalah-masalahnya.

i. Periode awal dalam memakai suntikan progestin

- 1) Setiap waktu selama daur menstruasi dengan syarat tidak terjadi kehamilan.
- 2) Awal pada hari ke-1 menstruasi hingga hari ke-7 daur menstruasi.
- 3) Pada wanita yang tidak menstruasi maka suntikan awal diberikan setiap waktu tetapi dengan syarat tidak terjadi hamil. Dalam waktu 7 hari sesudah suntik tidak dapat bersenggama.

- 4) Wanita yang sudah memakai kontrasepsi hormonal lainnya dan menginginkan mengubah menggunakan kontrasepsi suntik. Jika sudah memakai kontrasepsi hormonal lainnya dengan benar dan wanita tersebut tidak hamil, kontrasepsi suntikan awal dapat diberikan dengan tidak membutuhkan menunggu hingga menstruasi selanjutnya.
- 5) Jika akseptor sedang memakai salah satu macam kontrasepsi suntik dan menginginkan untuk mengganti dengan macam kontrasepsi suntik jenis lain maka kontrasepsi suntik yang akan datang diberikan diawal saat waktunya kontrasepsi suntik yang sebelumnya.
- 6) Wanita yang memakai kontrasepsi non-hormonal dan ingin mengubahnya dengan kontrasepsi hormonal maka suntik awal kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan tetapi dengan syarat wanita tersebut tidak hamil dan pemberian tidak memerlukan menstruasi selanjutnya. Jika suntik sesudah hari ke-7 menstruasi maka selama 7 hari sesudah mendapatkan suntik tidak boleh bersenggama.
- 7) Apabila menginginkan mengubah IUD dengan kontrasepsi yang hormonal, maka suntik awal dapat diberikan di hari ke-1 sampai hari ke-7 daur menstruasi, maupun diberikan setiap waktu sesudah hari ke-7 daur menstruasi tetapi dengan syarat akseptor yakin tidak terjadi kehamilan.
- 8) Jika tidak mendapatkan menstruasi atau perdarahan yang tidak teratur. Awal suntik dapat diberikan setiap waktu dengan persyaratan tidak terjadi kehamilan dan selama 7 hari akseptor tidak diperbolehkan bersenggama.

j. Cara menggunakan kontrasepsi suntik

- 1) Penggunaan kontrasepsi suntikan DMPA dalam jangka waktu tiga bulan sekali dan disuntikkan dengan cara IM di 1/3 SIAS paha atas. Jika kontrasepsi diberikan terlalu dangkal maka suntikan tersebut akan lambat dalam bekerja dan tidak terlalu efektif. kontrasepsi suntik progestin ini diberikan setiap 90 hari dan pemberian kontrasepsi suntik noristerat untuk tiga injeksi berikutnya diberikan setiap delapan minggu. Mulai dengan suntik yang kelima dapat diberikan setiap 12 minggu.
- 2) Membersihkan kulit pada bagian yang akan disuntik dengan kapas yang sudah diberikan alkohol atau etil/isopropyl alkohol dengan kadar 60-90% lalu membiarkan kulit yang sudah diberikan alkohol tadi menjadi kering sebelum diberikan suntikan, jika sudah kering maka diperbolehkan untuk disuntik.
- 3) Melakukan pengocokan dengan benar dan menghindari adanya gelembung udara dari kontrasepsi suntikan dan tidak perlu untuk didinginkan di lemari es. Jika ada endapan berwarna putih pada dasar ampul maka usahakan menghilangkannya dengan mengocok dengan benar tadi.

k. Informasi-informasi lain yang harus disampaikan

- 1) Kontrasepsi suntik yang sering diberikan dapat mengakibatkan masalah menstruasi (amenore). Masalah menstruasi tersebut biasanya mempunyai ciri tidak permanen dan jarang mengganggu pada kesehatan.
- 2) Akibat samping dapat terjadi misalnya penambahan kenaikan berat badan, pusing dan nyeri pada payudara tetapi akibat-akibat tersebut tidak sering terjadi dan aman serta dapat segera menghilang.
- 3) Dikarenakan dapat berakibat kesuburan kembali tidak segera maka informasi harus diberikan pada perempuan umur muda yang menginginkan untuk menunda keturunan ataupun untuk wanita yang akan atau sedang membuat rencana untuk kehamilan selanjutnya dalam jarak yang dekat.
- 4) Sesudah suntik dihentikan, menstruasi tidak dapat segera dialami. Menstruasi akan terjadi lagi pada umumnya sesudah enam bulan. Selama tidak menstruasi tersebut klien bisa mengalami kehamilan. Jika sesudah 3-6 bulan tidak menstruasi, klien perlu kontrol lagi ke dokter atau tempat pelayanan kesehatan untuk mengetahui penyebabnya.
- 5) Apabila klien tidak kembali pada jadwal yang telah ditentukan, suntikan dapat diberikan 2 minggu sebelum jadwal. Dapat juga suntikan diberikan dua minggu setelah jadwal yang ditetapkan, dengan syarat tidak terjadi kehamilan. Klien tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama tujuh hari, atau menggunakan metode kontrasepsi lainnya selama tujuh hari. Bila perlu dapat juga menggunakan kontrasepsi berat
- 6) Apabila klien, contohnya sedang menggunakan salah satu kontrsepsi suntik dan kemudian meminta untuk digantikan dengan kontrsepsi suntik lainnya, sebaiknya jangan dilakukan. Jika terpaksa

dilakukan, kontrasepsi yang akan diberikan tersebut diinjeksi sesuai dengan jadwal suntikan dari kontrasepsi hormonal sebelumnya.

- 7) Apabila klien lupa jadwal suntik, suntikan dapat segera diberikan, dengan syarat diyakini perempuan tersebut tidak hamil.

I. Petunjuk untuk akseptor kontrasepsi suntik progestin

- 1) Setiap terlambat haid harus dipikirkan adanya kemungkinan kehamilan
- 2) Nyeri abdomen bawah yang berat kemungkinan gejala kehamilan ektopik terganggu
- 3) Timbul abses atau pendarahan di tempat injeksi
- 4) Sakit kepala, migran, sakit kepala berulang yang berat, atau kaburnya penglihatan
- 5) Pendarahan berat dua kali lebih panjang dari masa haid atau 2 kali lebih banyak dalam satu periode
- 6) Apabila terjadi hal-hal yang disebutkan, hubungi segera tenaga kesehatan atau klinik.

m. Penanganan gangguan haid

- 1) Amenore
 - a) Tidak perlu dilakukan tindakan apapun. Cukup konseling saja
 - b) Apabila klien tidak dapat menerima kelainan haid tersebut, suntikan jangan dilanjutkan. anjurkan pemakaian jenis kontrasepsi yang lain
- 2) Pendarahan
 - a) Pendarahan ringan atau spotting sering dijumpai, tetapi tidak berbahaya
 - b) Apabila pendarahan terus berlanjut atau setelah haid namun kemudian terjadi pendarahan, maka perlu dicari penyebab pendarahan tersebut. Obatilah penyebab pendarahan tersebut dengan cara yang sesuai. Bila tidak ditemukan penyebab terjadinya pendarahan, tanyakan apakah klien masih ingin melanjutkan suntikan, jika suntikan jangan dilanjutkan lagi dan cari kontrasepsi jenis lain.
 - c) Apabila ditemukan penyakit radang panggul atau penyakit akibat hubungan seksual, klien perlu diberikan pengobatan yang sesuai dan suntikan dapat terus dilanjutkan.
 - d) Pendarahan banyak atau memanjang (lebih dari delapan hari atau dua kali lebih banyak dari pendarahan yang biasanya dialami pada siklus haid normal). Jelaskan bahwa pendarahan yang banyak atau memanjang tersebut biasa ditemukan pada bulan pertama setelah disuntik.
 - e) Apabila gangguan tersebut menetap perlu dicari penyebabnya dan bila ditemukan kelainan ginekologis klien perlu diobati atau dirujuk.
 - f) Apabila pendarahan yang terjadi mengancam kesehatan klien atau klien tidak dapat menerima pendarahan yang terjadi, suntikan tidak dilanjutkan lagi dan pilih jenis kontrasepsi lain. Untuk mencegah anemia perlu diberi preparat besi atau makanan yang banyak mengandung zat besi

n. Instruksi bagi klien

Klien harus ke tempat pelayanan kesehatan atau klinik untuk mendapatkan suntikan kembali setiap dua belas minggu untuk DMPA atau setiap delapan minggu untuk noristerat.

6.3.3 Subkutis/Implan

a. Profil Implan

- 1) Penggunaan efektif hingga lima tahun untuk nonplan dan tiga tahun untuk jadena, indoplant, atau implanon.
- 2) Pemakaian aman dan nyaman.
- 3) Dapat dipakai oleh seluruh wanita usia reproduksi.
- 4) Pelatihan diperlukan untuk dapat memasang dan mencabut implan.
- 5) Sesudah implan dilepas maka kesuburan dapat segera kembali.
- 6) Akibat samping yang dapat ditimbulkan yaitu spotting, perdarahan tidak rutin dan terjadi amenorrea.
- 7) Akseptor yang sedang dalam masa laktasi aman menggunakan.

b. Macam-macam Implan

- 1) Norplant. Terdiri atas enam batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel.lama kerjanya lima tahun
- 2) Implanon. Terdiri atas satu batang lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3 keto desogestrel dan lama kerjanya tiga tahun
- 3) Jadela dan indoplant. Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja tiga tahun

c. Cara kerja

- 1) Cara kerja serviks menjadi kental
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- 3) Mengurangi transportasi sperma
- 4) Menekan ovulasi

d. Efektivitas

Sangat efektif (0,2 – 1 kehamilan per 100 perempuan)

e. Manfaat dari segi kontrasepsi

- 1) Daya guna tinggi
- 2) Waktu jangka panjang untuk perlindungan (sampai lima tahun).
- 3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
- 4) Pemeriksaan dalam tidak diperlukan.
- 5) Pengaruh hormon estrogen tidak ada.
- 6) Produksi ASI tidak akan terganggu.
- 7) Bebas dari senggama.
- 8) Akseptor hanya memerlukan kontrol ke klinik jika ditemukan masalah.
- 9) Dapat dengan mudah dilepas sesuai setiap waktu berdasarkan kebutuhan.

f. Manfaat dari segi non-kontrasepsi

- 1) Menurunkan dismenorrea.
- 2) Menurunkan jumlah darah menstruasi.
- 3) Menurunkan dan memperbaiki kekurangan darah.
- 4) Memberikan perlindungan dari kanker endometrium.
- 5) Menurunkan kejadian penyakit tumor payudara.
- 6) Menurunkan kejadian penyakit endometriosis.

g. Keterbatasan

Perubahan-perubahan dapat mengakibatkan sebagian besar akseptor mengalami spotting, peningkatan jumlah darah menstruasi dan tidak mendapatkan menstruasi. Munculnya keluhan tersebut sebagai berikut :

- 1) Terasa nyeri atau sakit kepala.
- 2) Perubahan pada berat badan yaitu meningkat/menurun.
- 3) Payudara terasa nyeri.
- 4) Adanya mual.
- 5) Sakit kepala atau terasa pusing.
- 6) Terjadinya perubahan perasaan (mood) ataupun kegelisahan (nervousness).
- 7) Memerlukan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan implan.
- 8) Tidak memberikan akibat protektif terhadap IMS termasuk AIDS.
- 9) Akseptor tidak mampu menghentikan sendiri penggunaan alat kontrasepsi ini sesuai dengan keinginannya, namun akseptor harus pergi ke klinik untuk pelepasan.
- 10) Efektivitasnya berkurang jika memakai obat-obatan TBC (rifampisin atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat)

- 11) Kejadian kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun).

h. Klien dapat memakai implan

- 1) Perempuan pada umur reproduksi
- 2) Sudah mempunyai anak ataupun yang belum
- 3) Menginginkan kontrasepsi yang mempunyai efektivitas tinggi dan menginginkan mencegah kehamilan dalam jangka waktu panjang.
- 4) Sedang menyusui dan memerlukan kontrasepsi
- 5) Sesudah melahirkan dan tidak menyusui
- 6) Pasca abortus.
- 7) Tidak mengharapkan keturunan lagi namun menolak sterilisasi
- 8) Riwayat terjadinya kehamilan ektopik.
- 9) Tensi di bawah 180/110 mmHg, dengan gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit (sickle cell)
- 10) Perempuan yang tidak boleh memakai kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen
- 11) Perempuan yang sering lupa menggunakan pil

i. Akseptor yang tidak diperbolehkan memakai implant

- 1) Akseptor hamil atau diduga terjadi kehamilan.
- 2) Perempuan dengan pendarahan dari vaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Memiliki benjolan atau kanker pada payudara termasuk riwayatnya.
- 4) Perempuan yang tidak mampu menerima perubahan pada pola menstruasi yang terjadi.
- 5) Memiliki miom uterus dan kanker payudara.
- 6) Mengalami masalah toleransi glukosa.

j. Waktu awal untuk menggunakan implan

- 1) Setiap waktu selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7 dan tidak memerlukan kontrasepsi lainnya sebagai tambahan.
- 2) Insersi dapat dikerjakan setiap waktu, dengan syarat bidan menyakini akseptor tidak hamil. Apabila insersi hari ke-7 daur menstruasi, akseptor dianjurkan untuk tidak bersenggama, atau memakai kontrasepsi lainnya selama tujuh hari saja.
- 3) Apabila klien tidak menstruasi, insersi dapat dilaksanakan setiap waktu, dengan syarat diyakini tidak hamil, klien dianjurkan tidak bersenggama atau menggunakan cara kontrasepsi lain selama tujuh hari saja.
- 4) Apabila menyusui antara enam minggu sampai enam bulan pascapersalinan, insersi dapat dilaksanakan setiap waktu. Apabila akseptor menyusui eksklusif, akseptor tidak perlu menggunakan KB lain.
- 5) Apabila sesudah enam minggu melahirkan dan sudah terjadi menstruasi kembali, insersi dapat dilaksanakan setiap waktu, akseptor disarankan untuk tidak bersenggama selama tujuh hari atau dengan menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari.
- 6) Pergantian alat kontrasepsi hormonal dengan menggantikan dengan implan yang ingin dilakukan oleh klien, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat kondisi klien tersebut tidak sedang hamil, atau klien memastikan bahwa telah menggunakan kontrasepsi yang dahulu secara benar
- 7) Jika yang digunakan sebelumnya adalah alat kontrasepsi suntik, maka pemasangan implan dapat dilakukan saat jadwal melakukan pemasangan kontrasepsi suntik. Dan tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain.
- 8) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi hormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan norpalnt, insersi perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.
- 9) Apabila klien telah memasang alat kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien berkeinginan ingin menggantinya dengan implan, maka dapat dinsersikan pada haid ke-7 dan klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari tersebut. Setelah itu lakukan pencabutan AKDR.
- 10) Pasca keguguran, implan dapat segera diinsersikan.

k. Instruksi bagi klien

- 1) Membiarkan kondisi pada daerah insersi dalam keadaan kering dan bersih selama 48 jam pertama. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka insisi
- 2) Dilakukan penjelasan terjadinya kemungkinan sedikit perih, terjadinya bengkak atau lebam pada daerah insisi, namun tidak perlu dikhawatirkan.
- 3) Tetap dapat melakukan aktivitas rutin, Namun hindari benturan, gesekan, atau penekanan pada daerah insersi
- 4) Balutan penekan tetap ditinggalkan selama 48 jam, sementara plester tetap dipertahankan sampai luka sembuh (kurang lebih 5 hari)
- 5) Ketika luka telah sembuh, daerah tersebut dapat lakukan sentuhan dan mencari dengan tekanan wajar
- 6) Apabila ditemukan adanya tanda-tanda terjadinya infeksi seperti demam, radang atau rasa sakit dan tidak ada tanda-tanda untuk sembuh hingga beberapa hari, hal yang harus dilakukan adalah segera kembali ke klinik.

l. Informasi lainnya yang harus disampaikan

- 1) Akibat dari kontrasepsi akan muncul beberapa jam sesudah insersi dan pemakaian hingga lima tahun untuk norplant dan tiga tahun untuk implan implanon, dan akan selesai sesaat sesudah pencabutan.
- 2) Pada enam hingga duabelas bulan awal pemakaian akan sering didapatkan masalah menstruasi.
- 3) Efektivitas pada implant akan menurun apabila akseptor dengan mengkonsumsi obat-obatan TBC atau obat epilepsi
- 4) Akibat samping yang mempunyai hubungan dengan kontrasepsi implant yaitu sakit pada kepala, perubahan berat badan dan nyeri pada payudara sedangkan akibat lainnya akan ditemukan namun tidak membahayakan.
- 5) Norplant dapat dilepas setelah lima tahun penggunaan, implanon dapat dilepas sesudah tiga tahun, serta dapat dilepas sewaktu-waktu
- 6) Efek jika dicabut sebelum masa yang ditentukan akan memiliki dampak kemungkinan terjadi kehamilan lebih besar
- 7) Memberikan kartu yang berisikan identitas diri kepada klien
- 8) Penggunaan implan tidak secara otomatis memproteksi kemungkinan terjadinya penularan terhadap infeksi seksual yang berasal dari pasangan, sehingga dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi lain yaitu kondom.

m. Jadwal kunjungan kembali ke klinik

Pasien dapat melakukan pemeriksaan ulang ke klinik jika terjadi masalah atau saat melakukan pencabutan implan, namun tetap dianjurkan kembali ke klinik jika dirasakan mengalami hal-hal sebagai berikut

- 1) Amenore yang disertai nyeri perut bagian bawah
- 2) Terjadinya pendarahan dalam jumlah banyak
- 3) Lengan terasa nyeri
- 4) Terjadinya pendarahan atau mengeluarkan nanah pada bekas insisi
- 5) Batang implan terjadi ekspulsi
- 6) Terjadinya sakit kepala berat dan pandangan kabur
- 7) Nyeri dada yang hebat
- 8) Diduga hamil.

n. Peringatan khusus bagi pengguna implan

- 1) Haid terlambat yang sebekumnya teratur, sehingga dimungkinkan terjadi kehamilan
- 2) Timbulnya nyeri pada bagian bawah perut yang terasa berat, yang dimungkinkan terjadi kehamilan ektopik
- 3) Terjadi pendarahan dalam jumlah banyak dengan waktu yang lama
- 4) Terdapat nanah atau pendarahan pada bekas insersisi implan
- 5) Ekspulsi batang implan
- 6) Pengulangan terjadinya migrain, sakit kepala yang menyebabkan pandangan kabur

6.4 Kesimpulan

Metode kontrasepsi yang ada tidak semua wanita atau setiap calon akseptor dapat menggunakan. Terdapat indikasi dan kontraindikasi yang harus diketahui dan dipahami untuk setiap metode kontrasepsi yang ada. Sehingga yang dapat disimpulkan dari penjelasan tersebut di atas adalah bahwa metode kontrasepsi memiliki penjelasan dengan berbagai perubahan yang ada yaitu Metode ovulasi billing didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur.

Kondom merupakan alat kontrasepsi sekali pakai, saat ini terdapat angka rata-rata kombinasi antara robekan dan terselip, yang mencapai hampir empat persen, perbedaan besar angka kegagalan antara penggunaan terbaik dan penggunaan umum kondom pria, walaupun secara nyata kondom wanita juga telah berkembang dalam penggunaannya yang berfungsi untuk mencegah terjadinya kehamilan, menjadi sarana yang efektif dalam melawan berbagai penyakit seksual di antaranya HIV, gonore, klamidia, dan trikomoniasis, jika penggunaan yang terhadap alat kontrasepsi tersebut secara benar. Namun bila dibanding kondom pria, kondom wanita memiliki resiko kecil terhadap penularan penyakit seksual yang penularannya dilakukan melalui kulit, misalnya HPV atau kutil genitalia, hal ini disebabkan karena alat kontrasepsi ini berfungsi untuk menutup sebagian area terpajan sehingga menjadi penghalang antara introitus, vulva dan penis.

Spermasida merupakan bahan kimia yang dipakai untuk penonaktifan atau melakukan pembunuhan terhadap sperma. Di kemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, supositoria, atau dissolvable film dan krim. Cara kerjanya yaitu memecah sel membran sperma, memperlambat gerakan sperma, dan melakukan penurunan kemampuan sperma dalam melakukan pembuahan sel telur.

Pustaka

- Affandi, B. (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Arjoso, S. (2005). *Rencana Strategis BKKBN*. BKKBN. http://bkkbn.go.id/diftor/program_detail.php?prgid=8
- BKKBN. (2017). *Buku Pelayanan Kontrasepsi Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga BKKBN*. BKKBN.
- Dalami, E. (2009). *Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan*. Trans Info Media.
- Dinas Kesehatan, N. (2011). *Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat*. Dinas Kesehatan Provinsi NTB. https://batukarinfo.com/system/files/buku_rujukanBINDER_0.pdf
- Effendy, O. U. (1984). *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik*. Remadja Karya CV.
- Everett, S. (2007). *Buku Saku Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi*. EGC.
- Hanafi, H. (2004). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan.
- Handayani, S. (2010). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Pustaka Rihana.
- Hartanto. (2003). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan.
- Indrawati, N. D. (2011). *Analisis Faktor Kebijakan dan Pengetahuan tentang Pelayanan KB yang berhubungan dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi IUD pada Ibu Pasangan Usia Subur Akseptor KB di Kecamatan Pedurungan Kota Semarang* [Universitas Muhammadiyah Semarang]. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/496>
- Informasi KB, B.-P. (2008). *Aspek Umum Keluarga Berencana*. BKKBN.
- Jalal, F. (2008). *KEBIJAKAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA*. BKKBN. <https://slideplayer.info/amp/2334238/>
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Pedoman Manajemen Pelayanan Keluarga Berencana*. Kementerian Kesehatan.
- Mulyo.com, D. C. (2018). *Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Dalam Pelayanan KB*. https://candimulyo-wonosobo.desa.id/artikel-komunikasi-informasi-dan-edukasi-kie-dalam-pelayanan-kb/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=artikel-komunikasi-informasi-dan-edukasi-kie-dalam-pelayanan-kb
- Murad, J. (1994). *Panduan Teknik Konseling Pelayanan Kontrasepsi*. BKKBN, Direktorat Bina Kesehatan Keluarga Depkes RI.
- Nababan, E. B., Kemit, L. F., Sheta, O., Lumbanbatu, A. F., Syahputra, M. F., & Arisandi, D. (2018). Augmented reality social story for autism spectrum disorder. *Journal of Physics: Conference Series*, 978, 012040. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/978/1/012040>
- Nindhia. (2014). *DAFTAR TILIK PENAPISAN KLIEN. METODE NONOPERATIF Metode Hormonal*. SCRIBD. <https://www.scribd.com/doc/242358718/Daftar-Tilik-Penapisan-Klien>

- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Pamoedji, A. K., Maryuni, & Sanjaya, R. (2017). *Mudah Membuat Game Augmented Reality (AR) dan Virtual Reality (VR) dengan Unity 3D*. PT ELEX MEDIA KOMPUTINDO.
- Rubianto, Y. (2012). *Indonesia Harus Mengerem Laju Pertumbuhan Penduduk*. <https://akuinginijau.org>
- Salim. (2007). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. YBPSP.
- Sugeng, J. (2019). *Keluarga Berencana dalam Perspektif Bidan*. Pustaka Baru.
- Sukarni, Sudirman, & Yusuf, H. (2020). Hubungan Konseling Keluarga Berencana dan Pengetahuan Ibu dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi di Wilayah Kerja Puskesmas Mamboro. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 3(5). <https://www.jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/JKS/article/view/1717>
- Summak, M. S., Samancıoğlu, M., & Bağlibel, M. (2010). Technology integration and assesment in educational settings. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1725–1729.
- Yuhedi, L. T., & Kurniawati, T. (2013). *Buku Ajar Kependudukan Pelayanan KB*. EGC.

Biodata Penulis:



Paramitha Amelia Kusumawardani, S.ST, M.Keb. Lahirkan di Purwokerto, 09 April 1986. Pada tahun 2007, penulis mendapatkan gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) dari Akademi Kebidanan Siti Khodijah Muhammadiyah Sepanjang. Pada tahun 2010 penulis mendapatkan gelar Sarjana Sains Terapan (DIV Kebidanan) dari STIKES Insan Unggul dan Penulis melanjutkan Magister Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Tahun 2016, penulis secara resmi mendapatkan gelar M.Keb. Saat ini penulis bekerja di Universitas Muhammadiyah Sidoarjo menjadi dosen Prodi Kebidanan dan sebagai Editor In Chief Jurnal Kebidanan Midwiferia. Selain itu, Penulis juga sebagai reviewer Jurnal Kebidanan UNIMUS dan Jurnal Riset Kesehatan Ilmiah. Selain pendidikan dan pengajaran penulis juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis sudah mempunyai buku ajar Biologi Reproduksi tahun 2018 dan Konsep Dasar Persalinan yang diterbitkan oleh Umsida Press tahun 2019.



Hanik Machfudloh., S.ST., M.Kes. dilahirkan di Jombang, 23 Juli 1959. Penulis mendapatkan gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) dengan program penyetaraan dari Poltekkes Soetomo Surabaya pada tahun 2005. Pada tahun 2000 penulis mendapatkan gelar Sarjana Sains Terapan (DIV Keperawatan Pendidik Anak) dari Universitas Airlangga dan Gelar Magister Kesehatan diperolehnya di Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2012. Sejak tahun 2013 sampai sekarang, menjadi dosen tetap di prodi Kebidanan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo. Selain pendidikan dan pengajaran, penulis juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat

ISBN 978-623-464-002-1 (PDF)



9 786234 640021