

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Saifuddin (2005) berpendapat tingginya tingkat pendidikan seseorang belum tentu mendasari pemilihan suatu alat kontrasepsi. BKKBN (2009), menyatakan hal yang berbeda yaitu pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya sesuatu hal, termasuk pentingnya keikutsertaan dalam KB. Pendidikan juga merupakan faktor yang sangat mempengaruhi perilaku dan pola pikir dalam mengambil keputusan termasuk metode KB. Pendidikan menunjukkan hubungan yang positif dengan pemakaian jenis kontrasepsi artinya semakin tinggi pendidikan cenderung memilih metode kontrasepsi yang bervariasi dan efektif (Afif Rifai, 2010). Akseptor KB dengan pendidikan yang rendah terbanyak menggunakan metode kontrasepsi non jangka panjang yaitu metode suntik (Profil Puskesmas Cakranegara, 2011).

#### 2.1 Konsep Pendidikan

##### 2.1.1 Pengertian pendidikan

Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional menyebutkan bahwa pendidikan adalah usaha sadar terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara efektif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan,

akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan darinya, masyarakat, bangsa, dan negara (Hartoto, 2009).

### 2.1.2 Jalur pendidikan

Undang-Undang system pendidikan No. 20/2003 Bab I pasal 1 ayat 7 menjelaskan mengenai jalur pendidikan yang mengatakan bahwa jalur pendidikan adalah wahana yang dilalui oleh peserta didik untuk mengembangkan potensi diri dalam suatu proses pendidikan yang sesuai dengan tujuan pendidikan.

Bab IV pasal 1 dan 2 juga menjelaskan bahwasanya jalur pendidikan terdiri atas pendidikan formal, nonformal, dan informal yang dapat saling melengkapi dan memperkaya. Pendidikan tersebut diselenggarakan dengan sistem terbuka melalui tatap muka dan/atau melalui jarak jauh. (1) Pendidikan formal, yaitu jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. (2) Pendidikan nonformal, merupakan jalur pendidikan di luar pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang. (3) Pendidikan informal adalah jalur pendidikan keluarga dan lingkungan (Silmya, 2010).

### 2.1.3 Jenjang pendidikan

Jenjang pendidikan menurut UU RI No. 2 Tahun 1989 Bab I Pasal 1 ayat 5 adalah suatu tahap dalam pendidikan berkelanjutan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik serta keluasaan dan kedalaman bahan pengajaran (Tirtarahardja, 2005).

UU RI No. 2 Tahun 1989 Bab V Pasal 2 dalam Skripsi Zakiah (2011) menyebutkan bahwa jalur pendidikan sekolah dilaksanakan secara berjenjang yang terdiri atas jenjang pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Kelompok belajar yang disebut pendidikan prasekolah diselenggarakan untuk persiapan memasuki pendidikan dasar.

Jenjang pendidikan menurut UU RI No. 9 Tahun 2009 tentang Badan Hukum Pendidikan: (1) Pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah. Pendidikan dasar berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau bentuk lain yang sederajat. (2) Pendidikan menengah merupakan lanjutan pendidikan dasar. Pendidikan menengah terdiri atas: pendidikan menengah umum dan kejuruan. Pendidikan Menengah berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah kejuruan (SMK). (3) Pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan sekolah tinggi yang mencakup program pendidikan Diploma, Sarjana (S1), Magister, Spesialis dan Doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi.

Tingkatan atau jenjang pendidikan yang dicapai oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Cakranegara, Kota Mataram masih rendah, terbukti dari data Puskesmas Cakranegara yaitu 10.572 orang hanya lulusan SD, 18.789 orang lulusan SLTP, 7.515 orang lulusan SLTA, 1.056 orang lulusan DIII/SI, dan 9.239 orang tidak bersekolah (Profil Puskesmas Cakranegara, 2011).

## 2.2 Konsep Pengetahuan

### 2.2.1 Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia, hanya dapat menjawab pertanyaan apa sesuatu itu. Hal ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan dasar terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

Mubarok, dan kawan-kawan (2007) mengatakan pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu.

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya, akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan nonformal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dari objek yang

diketahui maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tersebut (Notoatmodjo, 2007).

### 2.2.2 Tingkatan pengetahuan

Notoatmodjo (2007) menyebutkan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengalaman dan penelitian membuktikan ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif memiliki 6 tingkatan, yaitu: (1)

#### 1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, sehingga “tahu” ini adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan, dan sebagainya.

#### 2) Memahami (*Comprehention*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dimana dapat menginterpretasikan secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi terus dapat menjelaskan, menyebutkan

contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap suatu objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek ke dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis yang dimaksud menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu keseluruhan yang baru. Sintesis diartikan juga suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu *criteria* yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.



### 2.2.3 Cara memperoleh pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003) dibagi menjadi dua, yaitu dengan cara kuno dan cara modern.

#### 1) Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

##### (1) Cara coba salah (*Trial and Error*)

Cara ini sudah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

##### (2) Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat digunakan pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintahan, dan sebagainya. Prinsipnya, orang lain menerima sesuatu yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

##### (3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi di masa lalu.

## 2) Cara modern untuk memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih dikenal dengan metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold van Daven. Akhirnya lahirlah suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

### 2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

*Faktor yang mempengaruhi pengetahuan dibagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal (Wawan dan Dewi, 2011):*

#### 1) Faktor internal

##### (1) Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan orang atau keluarga dalam masyarakat. Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima informasi. Pendidikan yang semakin tinggi membuat seseorang mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Perlu ditekankan juga bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan

formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan nonformal (Notoatmodjo, 2003).

(2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian. Masyarakat yang bekerja terlalu sibuk hanya memiliki sedikit waktu untuk memperoleh informasi (Notoatmodjo, 2003). Hasil penelitian mendapatkan sebagian besar masyarakat tersebut mempunyai pengetahuan cukup, hal ini mungkin karena faktor pengalaman. Orang yang bekerja bisa mendapatkan informasi dari lingkungan kerja mereka, karena lingkungan memberikan pengaruh terhadap pengetahuan seseorang, seseorang dapat mempelajari hal-hal baik dan juga hal-hal buruk (Siti Anisak, 2010).

(3) Umur

Umur adalah lama hidup individu terhitung saat mulai dilahirkan sampai berulang tahun (Nursalam, 2003). Seiring bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan. *Pertama*, perubahan ukuran, *kedua*, perubahan proporsi, *ketiga*, hilangnya ciri-ciri lama, *keempat*, timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa (Mubarok, dkk, 2007).

## 2) Faktor eksternal

### (1) Lingkungan

Lingkungan adalah suatu media dimana makhluk hidup tinggal, mencari penghidupan, dan memiliki karakter serta fungsi yang khas yang mana terkait secara timbal balik dengan keberadaan makhluk hidup yang menempatnya, terutama manusia yang memiliki peranan yang lebih kompleks dan riil (Setiadi, 2007).

Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang, dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Dalam lingkungan seseorang akan memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berfikir seseorang (Siti Anisak, 2010).

### (2) Sosial budaya

Sosial budaya mempunyai pengaruh pada pengetahuan seseorang. Seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungannya dengan orang lain, karena hubungan ini seseorang mengalami suatu proses belajar dan memperoleh suatu pengetahuan (Siti Anisak, 2010).

#### 2.2.5 Dampak pengetahuan

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian yang dilakukan Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2007) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru terjadi proses: (1) Kesadaran (*awareness*), orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui

terlebih dahulu terhadap stimulus (objek). (2) Tertarik (*interest*), orang tersebut tertarik terhadap objek. (3) Menimbang-nimbang (*evaluation*), orang tersebut menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. (4) Mencoba (*trial*), subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus. (5) Adopsi (*adoption*), subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Syilviana Marhaeni (2000) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pemilihan alat kontrasepsi oleh akseptor KB.

#### 2.2.6 Pengukuran tingkat pengetahuan

Nursalam (2009) berpendapat pengukuran tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian, selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dikalikan 100% dan hasilnya berupa persentase dengan rumus yang digunakan sebagai berikut:

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan:

N : Nilai pengetahuan

Sp : Skor yang didapat

Sm : Skor tertinggi maksimum

Selanjutnya persentase jawaban diinterpretasikan dalam kalimat kualitatif dengan acuan sebagai berikut:

Baik : nilai benar = 76% - 100%

Cukup : nilai benar = 50% - 75%

Kurang : nilai benar = < 50%

### 2.3 Faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Metode Kontrasepsi

Green dalam Notoatmodjo (2003) mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*nonbehavior causes*). Perilaku termasuk di dalamnya pemilihan alat kontrasepsi ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor:

#### 2.3.1 Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut oleh masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan lain sebagainya. Ikhwal ini dapat dijelaskan sebagai berikut. Untuk perilaku kesehatan misalnya: pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil diperlukan pengetahuan dan kesadaran ibu tersebut tentang manfaat periksa hamil, baik bagi kesehatan ibu sendiri dan janinnya. Terkadang kepercayaan, tradisi dan sistem nilai masyarakat juga dapat mendorong atau menghambat ibu tersebut untuk periksa kehamilan, misalnya orang hamil

tidak boleh di suntik (periksa hamil termasuk suntik anti tetanus), karena suntikan bisa menyebabkan anak cacat. Faktor-faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku, maka sering disebut faktor pemudah (Notoatmodjo, 2003).

### 2.3.2 Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*):

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi dan sebagainya. Fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta juga termasuk faktor pendukung. Masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung untuk berperilaku sehat, misalnya perilaku pemeriksaan kehamilan. ibu hamil yang mau periksa hamil tidak hanya karena dia tahu dan sadar manfaat periksa hamil saja, melainkan ibu tersebut dengan mudah dapat memperoleh fasilitas atau tempat periksa hamil seperti puskesmas, polindes, bidan praktek, ataupun rumah sakit. Fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung atau faktor pemungkin (Notoatmodjo, 2003).

### 2.3.3 Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas kesehatan. termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan. Masyarakat kadang-

kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif, serta dukungan fasilitas saja untuk berperilaku sehat, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas, lebih-lebih pada petugas kesehatan. Undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut seperti perilaku periksa hamil, serta kemudahan memperoleh fasilitas periksa hamil, juga diperlukan peraturan atau perundang-undangan yang mengharuskan ibu hamil periksa hamil yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Model ini dapat digambarkan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003):

$$B = f ( PF, EF, RF)$$

Dimana:        B        = *Behavior*  
                   PF        = *Predisposing factors*  
                   EF        = *Enabling factors*  
                   RF        = *Reinforcing factors*  
                   f         = *Fungsi*

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, tradisi dan kepercayaan, system nilai yang dianut, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Notoatmodjo, 2003).

Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa seseorang yang tidak mau mengimunitasikan anaknya di posyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (*predisposing factors*). Bisa juga karena rumahnya jauh dengan posyandu atau puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya (*enabling factors*). Sebab lain mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain di sekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (*reinforcing factors*).

## **2.4 Keluarga Berencana**

### **2.4.1 Pengertian keluarga berencana**

Program Keluarga Berencana (KB) adalah suatu program yang dimaksudkan untuk membantu para pasangan dan perorangan dalam mencapai tujuan reproduksi, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insiden kehamilan berisiko tinggi, kesakitan dan kematian, membuat pelayanan yang bermutu, terjangkau, diterima dan mudah diperoleh bagi semua orang yang membutuhkan, meningkatkan mutu nasehat, komunikasi, edukasi, konseling dan pelayanan, meningkatkan partisipasi dan tanggung jawab pria dalam praktek KB, dan meningkatkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) untuk penjarangan kehamilan (BKKBN, 2006).

Keluarga berencana adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran (Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa, 2004).

Secara umum keluarga berencana dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan aborsi (Suratun, 2008).

#### 2.4.2 Visi dan misi keluarga berencana

Paradigma baru Keluarga Berencana Nasional (KBN) telah diubah visinya dari mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) menjadi visi untuk mewujudkan “Keluarga Berkualitas Tahun 2015”. Keluarga yang berkualitas adalah keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Paradigma baru program KB ini, menekankan pentingnya upaya menghormati hak-hak reproduksi, sebagai upaya integral dalam meningkatkan kualitas keluarga (Saifuddin, 2006). Visi tersebut dijabarkan ke dalam enam misi, yaitu: (1) Memberdayakan masyarakat untuk membangun keluarga kecil berkualitas. (2) Menggalang kemitraan dalam peningkatan kesejahteraan, kemandirian, dan ketahanan keluarga. (3) Meningkatkan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. (4) Meningkatkan promosi, perlindungan dan upaya mewujudkan hak-hak reproduksi. (5) Meningkatkan upaya pemberdayaan perempuan untuk

mewujudkan kesetaraan dan keadilan jender melalui program KB. (6) Mempersiapkan SDM berkualitas sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan usia lanjut (Saifuddin, 2006).

#### 2.4.3 Tujuan keluarga berencana

Gerakan KB dan pelayanan kontrasepsi memiliki tujuan (Suratun, 2008):

- 1) Tujuan demografi yaitu mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk (LPP) dan hal ini tentunya akan diikuti dengan menurunnya angka kelahiran atau TFR (*Total Fertility Rate*) dari 2,87 menjadi 2,69 per wanita (Hanafi, 2002).
- 2) Mengatur kehamilan dengan menunda perkawinan, menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan bila dirasakan anak telah cukup.
- 3) Mengobati kemandulan atau infertilitas bagi pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun tetapi belum juga mempunyai keturunan, hal ini memungkinkan untuk tercapainya keluarga bahagia.
- 4) *Married Conseling* atau nasehat perkawinan bagi remaja atau pasangan yang akan menikah dengan harapan bahwa pasangan akan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang cukup tinggi dalam membentuk keluarga yang bahagia dan berkualitas.
- 5) Tujuan akhir KB adalah tercapainya NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera) dan membentuk keluarga berkualitas, keluarga

berkualitas artinya suatu keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan dan produktif dari segi ekonomi.

#### 2.4.4 Manfaat keluarga berencana

Peningkatan dan perluasan pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan yang dialami wanita (Suratun, 2008).

#### 2.4.5 Sasaran program keluarga berencana

Sasaran program KB meliputi sasaran langsung dan sasaran tak langsung:

##### 1) Sasaran langsung

Pasangan usia subur (PUS) yaitu pasangan yang wanitanya berusia antara 15 - 49 tahun, karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. PUS diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilitasi (Suratun, 2008).

##### 2) Sasaran tak langsung

(1) Kelompok remaja usia 15 - 19 tahun, remaja ini memang bukan merupakan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung tetapi merupakan kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual akibat telah berfungsinya alat-alat reproduksinya. Program KB disini lebih berupaya promotif dan preventif untuk mencegah

terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta kejadian aborsi (Suratun, 2008).

- (2) Organisasi-organisasi, lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi-instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (alim ulama, wanita, dan pemuda), yang diharapkan dapat memberikan dukungannya dalam pelembagaan NKKBS (Hartanto, 2004).
- (3) Sasaran wilayah dengan laju pertumbuhan penduduk yang tinggi (Prawirohardjo, 2005 A).

#### 2.4.5 Akseptor keluarga berencana

##### 1) Pengertian

Akseptor Keluarga Barencana (KB) adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang menggunakan salah satu alat/obat kontrasepsi (BKKBN, 2007).

Pasangan usia subur yaitu pasangan yang istrinya berumur 15-49 tahun atau pasangan suami-istri berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih haid (datang bulan) (BKKBN, 2009).

##### 2) Jenis Akseptor KB

Jenis-jenis akseptor KB menurut BKKBN, 2007 antara lain:

- (1) Akseptor aktif adalah: Akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara/alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.
- (2) Akseptor aktif kembali adalah: PUS yang telah menggunakan kontrasepsi selama tiga bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu

kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti/istirahat kurang lebih tiga bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

- (3) Akseptor KB baru adalah: Akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat/obat kontrasepsi atau PUS yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.
- (4) Akseptor KB dini adalah: Para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
- (5) Akseptor langsung: Para Istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.
- (6) Akseptor dropout adalah: Akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan.

Sedangkan menurut sasarannya, akseptor KB terbagi menjadi tiga fase (Suratun, 2008), yaitu:

(1) Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama, sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena umur di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada fase ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah pil, AKDR, dan cara sederhana.

(2) Fase mengatur/menjarangkan kehamilan

Periode usia antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, *reversibility* tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi, dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan, serta tidak menghambat produksi air susu ibu (ASI). Kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah AKDR, suntik, pil atau implan.

(3) Fase mengakhiri kesuburan/tidak hamil lagi

Sebaiknya keluarga setelah punya 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil lagi. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan dapat menyebabkan kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontrasepsi mantap, AKDR, implan, suntik dan pil.

## 2.5 Metode Kontrasepsi

### 2.5.1 Pengertian kontrasepsi

Kontrasepsi adalah alat untuk mencegah kehamilan setelah hubungan intim. Cara kontrasepsi sifatnya tidak permanen, dan memungkinkan pasangan untuk mendapatkan kembali anak apabila diinginkan (Suzilawati, 2009).

Wiknjosastro (2006) mengatakan kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen.

#### 2.5.2 Manfaat kontrasepsi

Manfaat kontrasepsi adalah untuk mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat bertemunya sel telur yang matang dengan sperma (Wiknjosastro, 2005).

#### 2.5.3 Cara kerja kontrasepsi

Pada dasarnya prinsip kerja kontrasepsi menurut Sudarmono, dan kawan-kawan (2001) adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma) dengan cara: (1) Menekan keluarnya sel telur (ovulasi), (2) Menghalangi masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum, (3) Menghalangi nidasi.

#### 2.5.4 Persyaratan metode kontrasepsi

Saifuddin (2006) dalam Pinem (2009) berpendapat persyaratan metode kontrasepsi ideal adalah: (1) Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat bila digunakan. (2) Berdaya guna, artinya bila digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah terjadinya kehamilan. (3) Dapat diterima bukan hanya oleh klien tetapi juga oleh lingkungan dan budaya di masyarakat. (4) Harga terjangkau oleh masyarakat, dan (5) Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, kesuburan klien akan segera kembali, kecuali untuk kontrasepsi mantap.

### 2.5.5 Macam-macam metode kontrasepsi

Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (2006) menjelaskan variasi metode kontrasepsi yang dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasangan usia subur dan tujuan menggunakan kontrasepsi. Alat kontrasepsi terbagi menjadi dua metode yaitu metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan metode kontrasepsi jangka pendek (non MKJP) (Ariana, 2012).

#### 1) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

MKJP adalah metode kontrasepsi yang dapat digunakan dalam waktu relatif lama. Metode kontrasepsi yang termasuk dalam MKJP adalah IUD, implan, dan kontrasepsi mantap (BKKBN, 2011). Data SDKI (2003) membuktikan mereka yang lebih tua cenderung memilih alat atau cara kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan MOW.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 menyebutkan jumlah penduduk yang memakai kontrasepsi jangka panjang baru 10,3%. Menurut Sugiri (BKKBN, 2010) Kontrasepsi jangka panjang sangat membantu menurunkan angka kematian ibu dan kehamilan yang tidak diinginkan serta aborsi, sayangnya menurut Sugiri baru 39% wanita muda yang mengetahui kontrasepsi jangka panjang.

Untuk mendukung pemerintah meningkatkan peran serta masyarakat dalam program KB, BKKBN bekerjasama dengan DKT Indonesia melakukan inisiatif untuk mempromosikan kontrasepsi

jangka panjang dan permanen seperti tubektomi, vasektomi, dan IUD (BKKBN, 2010).

(1) Kontrasepsi mantap

Metode ini disebut juga dengan sterilisasi atau metode operatif. Metode ini bisa digunakan pada perempuan maupun laki-laki.

a) Metode Operatif Wanita (MOW)/tubektomi

Sumber dari SDKI, metode MOW cenderung meningkat walaupun persentasenya masih rendah dibandingkan dengan metode kontrasepsi lainnya karena dalam dua tahun terakhir ini kembali digalakkan melalui revitalisasi program KB Nasional, salah satunya program pelayanan KB Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), berupa implant, IUD (*Intra Uterine Devices*), vasektomi dan tubektomi (Syarief, 2009). SDKI 2002-2003 menunjukkan wanita yang menikah mengetahui metode kontrasepsi mantap wanita (MOW) sebesar 63 persen dibandingkan dengan pengetahuan PUS tentang metode kontrasepsi lainnya seperti suntik, pil, IUD, implant, kondom yang mencapai rata-rata diatas 80 persen (BKKBN, 2007). Survey pendahuluan yang dilakukan oleh Eryuda (2009) di desa Baron Magetan pada 10 orang akseptor yang tidak memanfaatkan kontrasepsi MOW menyatakan bahwa mengetahui yang dimaksud dengan kontrasepsi MOW tetapi belum mengetahui sepenuhnya tentang kontrasepsi MOW, lebih mengenal dengan sebutan kontrasepsi steril dan mereka mengaku mendapatkan informasi dari teman atau bidan.

#### b) Metode Operatif Pria (MOP)/vasektomi

Penelitian yang dilakukan Khotima (2011) menunjukkan bahwa sebagian besar responden memilih kontrasepsi non vasektomi yaitu sebanyak 27 orang (79,4%) dan 7 orang (20,6%) memilih kontrasepsi vasektomi. Lebih dari separuh responden memilih kontrasepsi non vasektomi, hal ini diperkuat dengan temuan kualitatif yang menyatakan bahwa responden memilih kontrasepsi non vasektomi karena ber-KB adalah urusan wanita, bukan pria. Selain itu, terdapat rasa kekhawatiran akan efek samping dari vasektomi.

Berdasarkan hasil penelitian Tri Suci Dewi Wati pada tahun 2010 didapatkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 35,5%. Responden yang berpengetahuan baik sebagian besar adalah responden yang memilih vasektomi. Hal ini menandakan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka semakin tinggi keinginan untuk memilih vasektomi. Para responden rata-rata menjawab biaya mahal sebagai komplikasi vasektomi. Mereka menganggap bahwa melakukan vasektomi membutuhkan biaya besar. Jika dibandingkan dengan kondom, vasektomi jauh lebih murah, aman, dan efektif. Vasektomi yang hanya memerlukan biaya operasi dalam satu kali tindakan dan dapat dipakai selamanya sedangkan kondom memerlukan biaya setiap akan memakainya karena hanya dapat digunakan satu kali pakai saja.

Banyak responden yang tidak mengetahui tentang kekurangan vasektomi. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian bahwa sebanyak 61,8% responden tidak mengetahui bahwa vasektomi tidak dapat melindungi dari penyakit menular seksual. Responden yang mengetahui bahwa selesai operasi tidak dapat langsung berhubungan seks tanpa menggunakan kondom hanya sedikit (26,5%). Kurangnya pengetahuan responden dalam mengetahui keterbatasan vasektomi menjadi salah satu pemicu banyaknya responden yang tidak memilih vasektomi. Jadi, menurut Wati ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pemakaian alat kontrasepsi mantap (Wati, 2010)

(2) IUD (*Intra Uterine Device*)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau yang sering disebut dengan IUD (*Intra Uterine Device*) merupakan metode kontrasepsi mekanik (Farrer, 2003). Imbarwati (2009) mengatakan bahwa jumlah peserta KB IUD dari tahun ke tahun dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti: 1) Ketidaktahuan peserta tentang kelebihan KB IUD. Pengetahuan terhadap alat kontrasepsi merupakan pertimbangan dalam menentukan metode kontrasepsi yang digunakan (Wang, 2002). 2) Kualitas pelayanan KB, dilihat dari segi ketersediaan alat kontrasepsi, ketersediaan tenaga yang terlatih dan kemampuan medis teknis petugas pelayanan kesehatan (BKKBN, 2003). 3) Biaya pelayanan IUD yang mahal (Maryatun, 2007). 4) Adanya hambatan dukungan dari suami dalam pemakaian alat kontrasepsi IUD. 5)

Adanya niat yang timbul dari adanya sikap yang didasarkan pada kepercayaan, norma-norma di masyarakat dan norma pokok yang ada dalam lingkungan. Salah satu norma yang dianut masyarakat adalah pemasangan IUD yang dilakukan di aurat (vagina) sehingga menimbulkan perasaan malu/enggan untuk menggunakan IUD. Peserta KB non IUD juga memiliki persepsi terhadap biaya KB IUD yang mahal. Hal ini terkait dengan faktor tingkat pendidikan dan pendapatan responden yang mayoritas berpendidikan dasar dan pendapatan di bawah UMR.

(3) Susuk KB/implan

Responden dalam penelitian sebelumnya di Desa Gembong, Jawa Tengah berpendapat bahwa jenis kontrasepsi seperti implan/susuk dan IUD dapat menyebabkan perdarahan banyak, rasa sakit yang berkepanjangan karena pemakaian dalam waktu yang lama dan dapat mempengaruhi hubungan suami istri.

Imroni dan kawan-kawan (2009) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan, pengetahuan tentang implan, dan pelayanan konseling KB tidak berhubungan dengan penggunaan implan.

2) Metode kontrasepsi jangka pendek (Non MKJP)

Penggunaan kontrasepsi di Indonesia baru mencapai 60% dan didominasi kontrasepsi jangka pendek (BKKBN, 2010)

(1) Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

KB dengan menggunakan metode alami juga digemari oleh perempuan dan laki-laki meski sebagian besar tidak sanggup

meneruskan cara ini karena resiko kegagalannya yang tinggi, efektivitas, dan keletihan yang dialami laki-laki ataupun perempuan. Metode alami adalah metode kontrasepsi tanpa menggunakan bahan-bahan kimia ataupun obat-obatan (Uliyah, 2010). Macam KBA adalah metode lendir serviks/Metode Ovulasi Billings (MOB), sistem kalender, metode suhu basal/metode temperatur, metode simptomermal, dan senggama terputus.

Tingkat pendidikan tidak hanya mempengaruhi kerelaan menggunakan keluarga berencana, tetapi juga pemilihan suatu metode. Beberapa studi telah memperlihatkan bahwa metode kalender lebih banyak digunakan oleh pasangan yang lebih berpendidikan (*World Health Organization*, 2006). Alasan penggunaan metode ini adalah karena sama sekali tidak mempengaruhi tubuh dan murah/tidak memerlukan biaya (Uliyah, 2010).

## (2) Metode suntik

Data SDKI menggambarkan wanita muda cenderung menggunakan cara suntik, pil, implant (SDKI, 2003). Hal ini didukung oleh data laporan rapat kerja Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2007, dari ketiga jenis alat kontrasepsi hormonal tersebut, yang terbanyak digunakan adalah jenis suntik, dan kedua terbanyak adalah pil. Hal tersebut sesuai dengan data laporan rapat kerja Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pusat yang menyebutkan bahwa persentase penggunaankontrasepsi hormonal seperti suntik dan

pil dari seluruh peserta KB aktif hampir 90% setiap tahunnya (BKKBN, 2008).

Penelitian yang dilakukan di Desa Gembong, Jawa Tengah membuktikan pada umumnya masyarakat menentukan pilihan pemakaian KB tidak jarang karena hanya ikut-ikutan oleh tetangga atau hanya mendengar sepintas dan mereka langsung mengikutinya. Studi pendahuluan yang dilakukan terhadap 8 akseptor KB di Desa Gembong didapatkan hasil 3 akseptor menggunakan kontrasepsi suntik berdasarkan ikut-ikutan dengan pilihan ibu-ibu tetangganya tanpa pengetahuan yang cukup tentang kontrasepsi suntik, 3 akseptor disarankan oleh suami atau keluarga dan 2 akseptor memilih KB suntik atas kesadaran sendiri dan tanpa paksaan dari orang lain. Akseptor yang diwawancarai menganggap bahwa kontrasepsi suntik merupakan kontrasepsi yang paling aman, harga relatif murah dan efek sampingnya ringan dari pada kontrasepsi lain.

### (3) Kontrasepsi pil

Persentase penggunaankontrasepsi hormonal seperti suntik dan pil dari seluruh peserta KB aktif hampir 90% setiap tahunnya (BKKBN, 2008).

### (4) Metode barrier

Metode kontrasepsi barrier ada beberapa macam, yaitu kondom, diafragma, dan spermisida (Saifuddin, 2006).

### 2.5.6 Pertimbangan dalam pemilihan metode kontrasepsi

Kusumaningrum (2009) membahas mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi pasangan dalam memilih metode kontrasepsi yang akan digunakan, antara lain:

1) **Faktor pasangan (motivasi dan rehabilitasi)**

Meliputi umur, gaya hidup, frekuensi senggama, jumlah keluarga yang diinginkan, pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu, sikap kewanitaan dan sikap kepriaan (*feminim dan maskulin*)

2) **Faktor kesehatan (kontraindikasi absolut atau relatif)**

Faktor kesehatan yang mempengaruhi pemilihan metode kontrasepsi adalah status kesehatan, riwayat haid, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan panggul.

3) **Faktor metode kontrasepsi (penerimaan dan pemakaian berkesinambungan)**

Faktor kesehatan yang mempengaruhi, yaitu: (1) Efektivitas, (2) efek samping minor, (3) kerugian, (4) komplikasi-komplikasi yang potensial, dan (5) biaya.

### 2.6 **Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Akseptor KB tentang Kontrasepsi terhadap Pemilihan Metode Kontrasepsi**

Penelitian yang dilakukan oleh Annisa (2010) di Puskesmas Rengasdengklok menggambarkan bahwa akseptor KB yang memiliki persentasi tertinggi dalam penggunaan MKIP adalah yang berpendidikan

SMA sejumlah 46 akseptor (67,65%), sedangkan yang memiliki persentasi terendah adalah yang berpendidikan SD sejumlah 4 akseptor (5,88) yang artinya semakin tinggi pendidikan yang didapatkan akseptor KB, maka semakin tinggi pula penggunaan MKJP. Hal ini dikarenakan pendidikan dapat memperluas pengetahuan mengenai alat kontrasepsi, mengetahui keuntungan yang diperoleh dengan memakai kontrasepsi, meningkatkan kecermatan dalam memilih alat kontrasepsi yang dibutuhkan dan juga kemampuan untuk mengetahui efek samping dari masing-masing alat kontrasepsi (Rifai, 2010).

Menurut Anggraeni (2004) dalam penelitiannya di Kecamatan Padurungan, Kota Semarang, terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan penggunaan MKJP. Penelitian yang sama menyatakan pula bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan penggunaan MKJP. Hasil penelitian yang dilakukan Soedharto (2000) yang meneliti tentang keikutsertaan pasangan usia subur di Kelurahan Asanon menunjukkan bahwa rendahnya penggunaan alat kontrasepsi berkaitan dengan rendahnya pengetahuan pasangan usia subur tentang alat kontrasepsi. Kesimpulan dari hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di Kelurahan Selagalas, Kota Mataram 6 dari 10 responden menggunakan metode kontrasepsi jangka pendek tanpa memiliki pengetahuan cukup tentang kontrasepsi tersebut. Seorang yang memiliki pengetahuan baik akan cenderung memilih alat kontrasepsi yang sesuai dan cocok digunakannya. Pengetahuan seseorang yang baik akan lebih mudah menerima informasi terutama tentang alat kontrasepsi. Sejalan

dengan pendapat dari Nursalam dan Siti Pariyani (2002) yang mengatakan bahwa pada umumnya pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pendidikan yang pernah diterima, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula tingkat pengetahuannya (Kusumaningrum, 2009).

Penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang dimiliki mempunyai pengaruh yang kuat pada perilaku reproduksi dan penggunaan alat kontrasepsi. SDKI 2002-2003 menggambarkan pemakaian alat kontrasepsi meningkat sejalan dengan tingkat pendidikan. Sebesar 42% wanita yang tidak sekolah menggunakan cara kontrasepsi modern, sedangkan wanita berpendidikan menengah atau lebih tinggi yang menggunakan cara kontrasepsi modern sebanyak 58%. Jadi, secara umum semakin tinggi tingkat pendidikan wanita, semakin besar kemungkinannya memakai alat/cara KB modern.

Hubungan antara pendidikan dengan pola pikir, persepsi dan perilaku masyarakat memang sangat signifikan, dalam arti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin rasional dalam pengambilan berbagai keputusan. Peningkatan tingkat pendidikan akan menghasilkan tingkat kelahiran yang rendah karena pendidikan akan mempengaruhi persepsi negatif terhadap nilai anak dan akan menekan adanya keluarga besar. Orang tua dalam keluarga tentu saja menginginkan agar anaknya berkualitas dengan harapan dikemudian hari dapat melanjutkan cita-cita keluarga, berguna bagi masyarakat dan negara. Mewujudkan cita-cita tersebut tentu saja tidak mudah, dibutuhkan strategi dan metode yang baik.

Mungkinkah menciptakan anak yang berkualitas di tengah waktu yang terbatas, karena kesibukan bekerja, dan apakah mungkin menciptakan anak berkualitas di tengah kondisi keuangan atau pendapatan yang terbatas. Dalam hubungan dengan pemakaian kontrasepsi pendidikan akseptor dapat mempengaruhi dalam hal pemilihan jenis kontrasepsi yang secara tidak langsung akan mempengaruhi kelangsungan pemakaiannya (Kusumaningrum, 2009).