

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Program Keluarga Berencana

Program keluarga berencana yang tertuang pada Undang-Undang RI Nomor 52 Tahun 2009, keluarga berencana atau KB adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kelahiran, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas. UU ini mendukung program KB sebagai salah satu upaya untuk mewujudkan keluarga sehat dan berkualitas (BKKBN, 2018).

2.1.1 Definisi Program Keluarga Berencana

Definisi keluarga berencana menurut Hartanto (2004) adalah suatu tindakan yang berfungsi untuk membantu pasangan suami istri dalam menentukan jarak kelahiran, kelahiran yang diinginkan, dan menghindari kelahiran yang tidak diinginkan. Sejalan dengan pengertian keluarga berencana yang dikemukakan Hartanto, Stright (2004) juga berpendapat bahwa keluarga berencana merupakan suatu proses untuk menentukan waktu kehamilan, jumlah anak, dan jarak anak. Menurut BKKBN selaku *stakeholder* terkait isu kependudukan dan keluarga berencana di Indonesia, keluarga berencana tidak hanya didefinisikan sebagai program untuk mengatur jumlah anak dan jarak kelahiran atau jarak anak berikutnya.

Keluarga berencana didefinisikan sebagai suatu upaya untuk mengatur kelahiran, jarak melahirkan, usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk

mewujudkan keluarga yang berkualitas (BKKBN, 2011). Definisi yang telah dikemukakan mengartikan bahwa keluarga berencana adalah upaya untuk mengatur jumlah anak dan meningkatkan kesejahteraan ibu dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) (Irianto, 2014).

Program keluarga berencana mendapatkan dukungan resmi secara internasional di awal tahun 1960-an. Dukungan terhadap adanya program keluarga berencana didasarkan oleh tiga alasan, yaitu alasan demografis, alasan kesehatan, dan hak asasi manusia. Alasan demografis untuk keluarga berencana yang dimaksud ialah kekhawatiran oleh cepatnya laju pertumbuhan penduduk atau tingginya tingkat fertilitas. Pertumbuhan jumlah penduduk yang cepat dikhawatirkan akan membawa dampak negatif terhadap standar hidup kesejahteraan, produktivitas ekonomi, sumberdaya alam, dan lingkungan. Alasan kesehatan diadakannya program keluarga berencana berdasarkan tingginya tingkat kematian bayi, anak, ibu serta dampak aborsi di negara berkembang. Sedangkan alasan hak asasi manusia untuk diadakannya program berencana adalah keyakinan atas hak individu dan pasangan untuk membuat keputusan sendiri terkait hal reproduksinya, termasuk pengaturan jumlah anak dan waktu kelahiran (Smeltzer, 2002).

Program keluarga berencana di Indonesia dimulai ketika Presiden Soeharto menandatangani “Pernyataan pemimpin-pemimpin dunia mengenai penduduk” pada tahun 1967. Isi “pernyataan pemimpin-pemimpin dunia mengenai penduduk” menyangkut empat hal pokok. Pertama, isu kependudukan harus diakui sebagai sebuah unsur pokok dalam program nasional jangka panjang. Kedua, perencanaan keluarga, penentuan jumlah anak, dan pembatasan anak adalah hak asasi manusia.

Ketiga, perdamaian akan tergantung pada cara tantantangan pertumbuhan penduduk. Keempat, terkait dengan tujuan keluarga berencana demi kesejahteraan dan kebahagiaan seluruh rakyat (Irianto, 2014). Berdasarkan pernyataan tersebut, tersirat bahwa alasan utama adanya program keluarga berencana di Indonesia adalah alasan demografis, yaitu pertumbuhan penduduk yang tinggi. Pertumbuhan penduduk yang tinggi akan menyebabkan semakin bertambah banyaknya jumlah penduduk di tahun yang akan datang. Teori Malthus mengatakan bahwa terdapat hubungan antara pertumbuhan penduduk dan pertumbuhan ekonomi. Pertumbuhan penduduk yang tinggi berdampak pada berkurangnya kepemilikan setiap orang. Kepemilikan setiap orang yang terus berkurang akan menimbulkan kemiskinan, dengan demikian, pertumbuhan penduduk yang tinggi akan diikuti dengan naiknya kemiskinan. Teori Malthus dianggap tidak ilmiah sebab kurangnya bukti empiris. Namun, teori ekonomi klasik masih mengacu pada teori Malthus. Pertumbuhan penduduk yang tinggi akan membuat jumlah anak-anak menjadi meningkat sehingga kesempatan perempuan untuk bekerja menjadi berkurang (Wilopo, 2010).

Paradigma keluarga berencana mengalami perubahan setelah diadakannya *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo, Mesir. Paradigma keluarga berencana setelah ICPD 1994 berubah menjadi pendekatan yang berfokus pada kesehatan reproduksi serta hak reproduksi, dimana paradigma keluarga berencana sebelumnya ialah pengendalian populasi. Indonesia baru mengimplementasikan secara penuh paradigma keluarga berencana yang baru setelah reformasi keluarga berencana era baru tahun 2001. Hal tersebut dikarenakan

oleh banyaknya mereka-mereka yang tidak menginginkan perubahan paradigma dan juga kurangnya pemahaman tentang konsep kesehatan reproduksi (Wilopo, 2010).

Kesehatan reproduksi adalah suatu kondisi fisik, mental, dan sosial secara utuh yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Definisi kesehatan reproduksi tersebut sudah mencakup hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi dan hak asasi reproduksi. Hak asasi reproduksi yang dimaksud ialah hak yang dimiliki setiap orang, baik pria maupun wanita, untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, jarak antar anak, kelahiran dan tempat melahirkan. Berdasarkan konsep kesehatan reproduksi tersebut, keluarga berencana dimasukkan dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Sebagai contoh, kehamilan yang diinginkan pada kondisi yang sesuai akan lebih menjamin kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi (Irianto, 2014).

Indonesia memiliki program keluarga berencana ditetapkan pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2015-2019 dijelaskan melalui 4 agenda prioritas yang pertama yaitu pembangunan kependudukan dan keluarga berencana. Kebutuhan untuk mendapatkan pelayanan keluarga berencana juga terdapat didalam indikator RPJMN 2015-2019. Arah kebijakan dan strategi yang dirumuskan dalam RPJMN antara lain adalah penguatan dan pemanduan kebijakan pelayanan Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi yang merata dan berkualitas, penyediaan sarana dan prasarana serta jaminan ketersediaan alat dan obat kontrasepsi yang memadai di setiap fasilitas kesehatan KB dan kesehatan reproduksi serta jejaring pelayanan kesehatan untuk pelayanan KB, peningkatan

pelayanan KB dengan metode kontrasepsi jangka panjang untuk mengurangi resiko drop-out dan peningkatan penggunaan metode jangka pendek dengan memberikan informasi secara kontinyu untuk keberlangsungan ber-KB, peningkatan jumlah dan penguatan kapasitas tenaga lapangan KB dan tenaga kesehatan pelayanan KB, advokasi program kependudukan dan keluarga berencana ,peningkatan pengetahuan dan pemahaman kesehatan reproduksi bagi remaja, dan pembinaan dan pemberdayaan keluarga melalui kelompok kegiatan bina keluarga (RPJMN 2015-2019).

2.1.2 Kontrasepsi

Berbicara tentang keluarga berencana tidak akan terlepas dari kontrasepsi. Kontrasepsi menjadi sarana yang penting dalam mensukseskan program keluarga berencana. Kontrasepsi dapat diartikan sebagai alat atau cara yang dapat mencegah kehamilan. Hubungan seksual atau bersenggama berisiko tinggi mengalami kehamilan. Adanya kontrasepsi dapat mencegah bertemunya sel telur yang matang dengan sel sperma pada waktu berhubungan seksual. Oleh karena tidak bertemunya sel telur yang matang dengan sel sperma maka tidak terjadi pembuahan dan kehamilan (Mardiya, 1999).

Kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah kehamilan secara garis besar dapat dibagi menjadi empat cara, yaitu sederhana, sistematis, dalam rahim, dan mantap. Kontrasepsi sederhana adalah suatu cara yang dapat dikerjakan sendiri oleh pengguna keluarga berencana tanpa bantuan dokter atau tenaga medis. Metode kontrasepsi sederhana dibagi menjadi dua macam, sederhana tanpa alat/obat dan sederhana menggunakan alat/obat. Kontrasepsi sederhana tanpa alat/obat terdiri

dari senggama terputus dan pantang berkala. Sedangkan kontrasepsi sederhana dengan alat/obat terdiri dari kondom, diafragma, dan spermisida. Kontrasepsi sistematik diartikan sebagai alat kontrasepsi berbentuk obat yang mengandung steroid, dimana bahannya adalah estrogen dan progestin. Kontrasepsi sistematik dapat diberikan secara pil, suntikan, dan susuk. (Mardiya, 1999).

2.1.3 *Unmet Need* KB

Unmet need Kb adalah kelompok wanita yang sebenarnya sudah tidak ingin memiliki anak lagi atau ingin menjarangkan kehamilannya sampai dengan 24 bulan namun tidak menggunakan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilannya (BKKBN,2009). *Unmet need* KB merupakan pasangan usia subur yang tidak menginginkan anak, menginginkan anak dengan jarak 2 tahun atau lebih tetapi tidak menggunakan alat kontrasepsi (Hindrina, 2011). Wanita *Unmet need* KB adalah wanita pada usia subur dan aktif secara seksual tetapi sama sekali tidak menggunakan kontrasepsi padahal tidak ingin anak segera atau ingin menunda kehamilan (WHO,2014).

Angka *unmet need* pada tahun 2012 mencapai 11,4%, meskipun angka tersebut sudah menurun dari pada angka pada tahun 2007, yaitu 15,1 namun angka tersebut masih belum mencapai target rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2010-2014 yaitu 5%. Apabila tidak dilakukan upaya penurunan angka *unmet need*, maka angka *unmet need* akan semakin meningkat. Peningkatan angka *unmet need* akan semakin meningkat. Peningkatan angka *unmet need* Kb akan meningkatkan jumlah ibu yang hamil,hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya kematian ibu dan kematian bayi. Kesakitan dan kematian ibu dapat dicegah dengan

upaya pemenuhan kehamilan KB bagi perempuan, sehingga kehamilan yang tidak diinginkan, kejadian aborsi tidak aman dan persalinan yang berisiko dapat dikurangi (Ojaka, 2008). Penurunan *unmet need* yang diikuti dengan pembaharuan data yang rutin akan meningkatkan prevalensi kontrasepsi secara signifikan sehingga dapat membantu pasangan usia subur untuk mengatur kehamilan dan meningkatkan status sosial ekonominya serta dapat mengurangi kematian ibu dan anak (Julian, 2009).

2.2 Faktor yang Mempengaruhi *Unmet Need* Keluarga Berencana

Menurut Bertrand (1980) mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi adalah faktor sosio-demografi, faktor sosio-psikologi dan faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan :

2.2.1 Faktor Sosiodemografi

1. Umur WUS

Umur seseorang memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pemenuhan kebutuhan kontrasepsi termasuk unsur pertama kawin, unsur pertama hamil dan unsur pertama melahirkan. Perempuan dengan kelompok usia muda dan tua memiliki potensi untuk mengalami *unmet need* KB yang lebih besar, hal ini berhubungan dengan rata-rata usia kawin pertama. Semakin muda atau rendah usia kawin pertamanya, maka akan berdampak pada panjangnya usia reproduksi dan tingginya tingkat fertilitas dan akhirnya dapat mempengaruhi keinginan pasangan usia subur untuk memiliki anak (Anggraeni, 2015). Hasil analisis multivariat SDKI juga menunjukkan bahwa semakin tua unsur wanita, semakin tinggi pula kemungkinan terjadinya *unmet need* KB (Agustin, 2014).

Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa unsur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang termasuk dalam pemakaian alat kontrasepsi. Hubungan antara umur dengan kejadian *unmet need* Kb dibuktikan dengan laporan oleh Weinstein pada *Kirgistan Demography and Health Survey* yang menyatakan bahwa umur berhubungan dengan kejadian *unmet need* Kb, untuk pembatasan kelahiran (*limiting need*) (Weinstein,1998). Usia kehamilan wanita dibagi menjadi tiga kelompok yaitu kurun waktu reproduksi muda (15-19 tahun), kurun reproduksi sehat (20-35 tahun) dan kurun reproduksi tua (36-45 tahun). Pembagian usia kehamilan ini dapat mempengaruhi penggunaan alat kontrasepsi sehingga dapat pula mempengaruhi terjadinya *unmet need* KB (Siswosudarmo,2001).

2. Keinginan Memiliki Anak

Keputusan seseorang wanita untuk menunda kelahiran anak pertama berkaitan dengan persepsi jumlah anak idealnya. Wanita yang menginginkan jumlah anak sedikit cenderung menunda kelahiran anak pertamanya dibandingkan dengan wanita yang menginginkan jumlah anak banyak. Pasangan yang berniat memiliki satu atau dua orang anak akan memperpanjang jarak antara pernikahan dan kelahiran anak pertama yaitu dengan menunda kelahiran anak pertama dalam rangka membangun kehidupan yang lebih baik sebagai pasangan (Martin, 1995 dalam Latif, 2014)

3. Status Bekerja

Fadhila (2016) yang menyatakan proporsi *unmet need* ditemukan lebih tinggi pada ibu yang bekerja. Tingginya proporsi *unmet need* pada ibu bekerja lebih

cenderung karena adanya kesibukan dan kurangnya kesempatan dalam mengakses alat kontrasepsi. Namun terdapat beberapa ibu yang bekerja memiliki motivasi yang lebih untuk memenuhi kebutuhan KB mereka, sehingga angka kejadian *unmet need* lebih kecil.

4. Status Melahirkan Pada Lima Tahun Terakhir

Menurut UNICEF pada Laporan Perkawinan Usia Anak menjelaskan bahwa anak-anak yang dilahirkan oleh ibu-ibu yang berusia kurang dari 19 tahun memiliki 30-40 persen peningkatan risiko hambatan pertumbuhan (*stunting*) selama 2 tahun dan kegagalan untuk menyelesaikan sekolah menengah. Selanjutnya, ada kemungkinan bahwa dampak dari perkawinan usia anak yang dialami oleh anak perempuan juga akan dialami oleh anak-anak mereka, dengan kecilnya kesempatan untuk mencapai tingkat pendidikan yang lebih tinggi, besarnya kemungkinan untuk tetap miskin, dan lebih rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga.

5. Pendidikan

Ali (2013) menyatakan bahwa pengetahuan, pendidikan, dan ketersediaan alat kontrasepsi berhubungan dengan pemakaian alat KB pada WUS. Pendidikan dapat mempengaruhi pola berpikir pragmatis dan rasional terhadap adat kebiasaan, dengan pendidikan yang tinggi seseorang dapat lebih mudah menerima ide atau masalah baru seperti mengenai penggunaan alat kontrasepsi. Pendidikan juga dapat meningkatkan kesadaran waktu mengenai manfaat penggunaan alat kontrasepsi sehingga dapat meningkatkan angka pengguna alat kontrasepsi dan menurunkan angka *unmet need* KB (Soekanto, 2007).

6. Jumlah Anak

Jumlah anak dapat mempengaruhi terjadinya *unmet need* KB. Pasangan usia subur dengan jumlah anak lebih dari dua orang memiliki kecenderungan untuk mengalami *unmet need* Kb lebih tinggi dari pada pasangan usia subur dengan jumlah anak kurang dari atau sama dengan dua anak (Anggraeni, 2015). Keputusan pasangan usia subur untuk menggunakan alat kontrasepsi dipengaruhi oleh keinginan untuk memiliki anak, sedangkan keinginan untuk memiliki anak tergantung pada jumlah anak yang telah dilahirkan (Mantra,2006).

7. Daerah Tempat Tinggal

Hasil analisis multivariat data SDKI 2012 menunjukkan bahwa pasangan wanita usia subur yang tinggal di daerah pedesaan memiliki kemungkinan *unmet need* KB yang lebih rendah dibandingkan dengan pasangan usia subur yang tinggal di daerah perkotaan (Anggraeni,2015). Nasution mengatakan bahwa faktor penentu penggunaan alat kontrasepsi adalah tempat tinggal. Wanita yang tinggal di perkotaan cenderung memakai alat kontrasepsi dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah pedesaan. Kecenderungan wanita di daerah perkotaan untuk menggunakan alat kontrasepsi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor. Umumnya wanita yang tinggal di daerah perkotaan memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi, selain itu waktu di perkotaan juga lebih mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah pedesaan (Nasution,2011).

8. Status Kesejahteraan

Pengguna alat kontrasepsi yang efektif mengurangi ketidakpastian tentang kapan melahirkan anak dan memberi kesempatan untuk memanfaatkan waktu dan

tenaga pada peran ekonomi dalam keluarga. Besarnya biaya untuk mendapatkan alat atau cara KB berhubungan dengan tingkat sosial ekonomi pendapatan keluarga. Untuk memenuhi kebutuhan ber-KB keluarga akan menyesuaikan dalam memilih alat atau cara KB sesuai dengan tingkat kemampuannya. Besar biaya, selain terkait erat dengan kemampuan ekonomi suatu keluarga, juga berhubungan dengan jenis tempat memperoleh alat/cara KB salah satunya alat kontrasepsi suntik yang lebih ekonomis (BKKBN, 2008).

2.2.2 Faktor Sosiopsikologi

1. Persetujuan Suami

Penelitian dan studi yang dilakukan Gwalior mengemukakan bahwa salah satu faktor *unmet need* KB adalah dukungan suami (Anggraeni, 2015). Budaya patrilineal yang menjadikan pria sebagai kepala keluarga yang masih banyak dianut sebagian besar pola keluarga di Indonesia menjadikan preferensi pria terhadap fertilitas dan pandangan serta pengetahuan terhadap KB sangat berpengaruh terhadap keputusan penggunaan alat kontrasepsi (Yarsih, 2014).

Seorang wanita jika suaminya mendukung kontrasepsi, kemungkinan dia menggunakan kontrasepsi meningkat, sebaliknya ketika wanita merasa gugup berkomunikasi dengan suaminya tentang kontrasepsi atau suaminya membuat pilihan kontrasepsi, kemungkinan dia menggunakan metode kontrasepsi menurun (Friedman, 2002)

2.2.3 Faktor yang Berhubungan dengan Pelayanan Kesehatan

1. Riwayat Penggunaan Alat Kontrasepsi

Pada penelitian yang dilakukan oleh Prihastuti dan Djutaharta (2004) terhadap data SDKI tahun 2002-2003 ditemukan secara signifikan bahwa kejadian *unmet need* lebih cenderung terjadi pada wanita yang belum pernah menggunakan KB sama sekali daripada wanita yang sudah pernah atau masih menggunakan KB. Pengalaman menggunakan KB akan membuat wanita lebih mengerti dan dapat menentukan tindakan yang tepat bagi dirinya dalam mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi dan untuk memenuhi keinginannya dalam preferensi fertilitas, sehingga hal ini akan semakin mengurangi peluang terjadinya *unmet need*. Westoff (2006) juga menemukan besarnya angka persentase kejadian *unmet need* pada orang yang belum pernah menggunakan KB dan orang yang tidak berniat untuk menggunakan KB di masa depan.

2. Kunjungan Petugas Lapangan KB

Menurut Niven (2002), dukungan petugas kesehatan/medis merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna saat pasien dalam menghadapi tentang perilaku sehat yang merupakan hal penting, begitu pula petugas lapangan KB dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara berkelanjutan memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

3. Kunjungan ke Pelayanan Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai kesesuaian antara kebutuhan masyarakat dan yang disediakan oleh sistem pelayanan kesehatan dalam konteks ketersediaan dan penggunaannya secara aktual. Ketersediaan menjelaskan

tentang pelayanan yang tersedia dan dapat diberikan kepada masyarakat, sedangkan penggunaan secara aktual menjelaskan tentang kenyataan pelayanan yang diterima oleh masyarakat yang membutuhkan. Terdapat lima dimensi yang mengidentifikasi akses yaitu tersedianya pelayanan kesehatan (*availability*), kemudahan untuk mengakses (*accessibility*), fasilitas yang sesuai kebutuhan (*accommodation*), secara ekonomi terjangkau (*affordability*), dan dapat diterima oleh masyarakat (*acceptability*) (Guardian dkk, 2016)