

BAB II

Tinjauan Pustaka

2.1 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2005)

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana 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. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Dewi & Wawan, 2010)

2.1.1 Proses Perilaku “TAHU”

Menurut Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung dari maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Dewi & Wawan, 2010). Sedangkan sebelum mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).

- b. *Interest*(merasa tertarik) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus.
- c. *Evaluation*,individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah baik lagi.
- d. *Trial*, dimana individu mulai mencoba perilaku baru.
- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Pada penelitian selanjutnya Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoadmojo (2003), menyimpulkan bahwa pengadopsian perilaku yang melalui proses seperti diatas dan didasari oleh pengetahuan, kesadaran yang positif, maka perilaku tersebut akan berlangsung langgeng (long lasting). Namun sebaliknya jika perilaku tersebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, maka perilaku tersebut bersifat sementara atau tidak akan berlangsung lama. Perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, dan sosial budaya. (Notoadmojo, 2003)

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu (Notoatmodjo, 2003) :

- a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah pelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu

yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

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

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan

kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

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

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

a. Faktor Internal

1) Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip Notoatmodjo (2003), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2003) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

2) Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003), pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga.

3) Umur

Menurut Elisabeth BH yang dikutip Nursalam (2003), usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut Hurlock (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam dalam berfikir dan bekerja.

b. Faktor Eksternal

1) Faktor lingkungan

Menurut Ann.Mariner yang dikutip dari Nursalam (2003) lingkungan merupakan suatu kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. (Dewi & Wawan, 2010)

2) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi. (Dewi & Wawan, 2010)

2.1.4 Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kuantitatif, yaitu :

- a. Baik : Hasil presentase 76%-100%.
- b. Cukup : Hasil presentase 56% - 75%.
- c. Kurang : Hasil presentase >65%.

2.2 Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Campbell (1950) mendefinisikan sangat sederhana, yakni: "*An individual's attitude is syndrome of response consistency with regard to object*". Jadi jelas dikatakan bahwa sikap itu sindroma atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain. (Notoatmodjo, 2005)

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku atau tindakan (reaksi tertutup). (Notoatmodjo, 2005)

Thurstone & Chave (Mitchell, 1990) mengemukakan definisi sikap sebagai keseluruhan kecenderungan dan perasaan, curiga atau bias, asumsi-asumsi, ide-ide, ketakutan-ketakutan, tantangan-tantangan dan keyakinan-keyakinan manusia mengenai topik tertentu. Aiken (1970) menambahkan bahwa sikap adalah predisposisi atau kecenderungan yang dipelajari seseorang individu untuk merespon secara positif atau negatif dengan intensitas yang moderat dan atau memadai terhadap objek, situasi, konsep atau orang lain. Definisi yang dikemukakan Aiken ini sudah lebih aktif dan operasional, baik dalam hal mekanisme terjadinya maupun intensitas dari sikap itu sendiri. Predisposisi yang diarahkan terhadap objek diperoleh dari proses belajar. (Notoatmodjo, 2007)

Sikap menurut Wisnanto adalah suatu konsep paling penting dalam psikologi sosial. Pembahasan yang berkaitan dengan psikologi sosial hampir selalu menyertakan

unsur sikap baik sikap individu maupun sikap kelompok sebagai salah satu pembahasannya. Banyak kajian dilakukan untuk merumuskan pengertian sikap, proses terbentuknya sikap maupun proses perubahannya. (Notoatmodjo, 2010)

Pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting dalam pembentukan sikap. Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

2. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti, membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan. Pertanyaan secara langsung juga dapat

dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan kata "setuju" atau "tidak setuju" terhadap pertanyaan terhadap objek tertentu. (Notoatmodjo, 2005)

2.2.1 Sifat Sikap

Sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif (Heri Purwanto, 1998):

- 1) Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu.
- 2) Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai obyek tertentu.

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap keluarga terhadap obyek sikap antara lain :

1. Pengalaman Pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3. Pengaruh Kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota

masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman

4. Media Massa

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

5. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika kalau padagilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

6. Faktor Emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atas pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. (Azwar, 2005)

2.3 Pengertian Pelaksanaan

pelaksanaan adalah suatu proses rangkaian kegiatan tindak lanjut setelah sebuah rencana dan kebijaksanaan ditetapkan yang terdiri atas pengambilan keputusan. Langkah-langkah strategis maupun operasional yang ditempuh guna mewujudkan suatu program atau kebijaksanaan menjadi kenyataan guna mencapai sasaran dan program yang ditetapkan semula. (Syukur Abdullah, 1987)

Dari definisi diatas menunjukkan bahwa pelaksanaan merupakan aspek operasional dan rencana atau penerapan berbagai program yang telah disusun sebelumnya, mulai dari penetapan sampai hasil akhir yang dicapai sebagai tujuan semula. Lebih lanjut, beliau mengemukakan bahwa didalam melaksanakan suatu program yang dipandang sebagai suatu proses. Ada tiga unsur utama dalam pelaksanaan yaitu:

1. Adanya program yang dapat menjadi ukuran utama dalam melaksanakan kegiatan
2. Target grup yaitu kelompok yang menjadi sasaran daripada program yang akan dilaksanakan oleh pemerintah
3. Serta unsur-unsur pelaksana yaitu pihak mana saja yang terlibat dalam pelaksanaan program yang dibuat.

Faktor pelaksanaan menempati posisi yang paling penting dalam menentukan keberhasilan suatu program untuk diwujudkan. Maka dalam proses kegiatannya menurut Bintoro (1991) perlu memerhatikan beberapa hal, antara lain:

- perlu ditentukan secara jelas siapa atau badan/lembaga mana secara fungsional akan disertai wewenang mengkoordinasikan program didalam suatu sector
- perlu diperhatikan penyusunan program pelaksanaan yang jelas dan baik. Dalam program pelaksanaan itu, dasar prinsip fungsional perlu dituangkan kedalam rangkaian prosedur yang serasi, jelas dan diataati oleh semua pihak yang terlibat dalam hubungan pelaksanaan program tersebut.
- perlu dikembangkan hubungan kerja yang lebih baik, antara lain dalam bentuk badankerjasama atau suatu panitia kerjasama dengan tanggung jawab dan koordinasi yang jelas
- perlu diusahakan koordinasi melalui proses penyusunan anggaran dan pelaksanaan pembiayaannya

Bertolak dari rumusan diatas maka dapatlah diambil sebuah kesimpulan, bahwa pelaksanaan itu adalah suatu kegiatan dalam proses merealisasikan suatu program dengan melalui prosedur dan tata cara yang dianggap tepat. (Bintoro, 1991)

Selanjutnya perlu ditegaskan bahwa hendaknya suatu pelaksanaan harus dapat dipertanggungjawabkan. Ada beberapa segi yang berpengaruh diantaranya adalah pelaksanaan itu sesuai dengan kepentingan masyarakat.

Seperti yang dikemukakan Bintoro (1991), “suatu segi lain dari dapatnya dipertanggungjawabkan suatu pelaksanaan pemerintah adalah apakah pelaksanaannya itu sesuai dengan kepentingan masyarakat”. Dengan demikian pelaksanaan sebagai suatu kegiatan untuk merealisasikan tujuan terhadap sebuah sasaran sehingga suatu pelaksanaan akan mengarah kepada usaha yang sesuai dengan kepentingan masyarakat.

2.3.1 Faktor yang mempengaruhi Pelaksanaan

Menurut Lawrence Green dengan modifikasi dalam Buku Pendidikan dan Perilaku Kesehatan (Sukidjo Notoatmodjo) faktor yang mempengaruhi perilaku antara lain:

Mencakup pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan unsur lain yang terdapat dalam diri individu (masyarakat)

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan itu terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Soekidjo Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan menurut HR Bloom adalah hasil tahu yang dimiliki individu atau dengan memperjelas fenomena sekitar. Sedangkan menurut Indra Jaya pengetahuan didefinisikan sebagai berikut:

- a) Sesuatu yang ada atau dianggap ada. Sesuatu hasil persesuaian subjek dan objek.
- b) Hasil kodrat manusia.
- c) Hasil persesuaian antara induksi dengan deduksi.

Pengetahuan terdiri atas kepercayaan tentang kenyataan (*reality*). Salah satu cara untuk mendapatkan dan memeriksa pengetahuan adalah dari tradisi atau dari yang

berwenang di masa lalu yang umumnya dikenal, seperti Aristoteles. Pengetahuan juga mungkin diperoleh berdasarkan pengumuman sekuler atau kekuasaan agama, negara, atau gereja. Cara lain untuk mendapat pengetahuan dengan pengamatan dan eksperimen. Pengetahuan juga diturunkan dengan cara logika secara tradisional, otoritatif atau ilmiah atau kombinasi dari mereka, dan dapat atau tidak dapat dibuktikan dengan pengamatan dan pengujian. Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengetahuan dan penelitian ternyata perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

2) Sikap

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat langsung tetapi hanya dapat di tafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (Soekidjo, 2007).

Sikap adalah kesiapan pada seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal-hal tertentu. Sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu, sedangkan dalam sikap negative terdapat kecenderungan menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu (Soekidjo, 2007).

Sikap merupakan penentu penting dalam tingkah laku. Sikap yang ada pada seseorang yang memberikan gambaran corak tingkah laku seseorang. Berdasarkan sikap seseorang, orang akan dapat menduga bagaimana respon atau tindakan yang akan diambil tindakan oleh orang tersebut terhadap suatu masalah atau keadaan yang dihadapinya. Jadi dalam kondisi wajar gambaran kemungkinan tindakan atau tingkah laku yang diambil sebagai respons terhadap suatu masalah atau keadaan yang dihadapkan kepadanya dapat diketahui dari sikapnya (Soekidjo, 2007).

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas. Misalnya sikap ibu yang sudah positif terhadap pelaksanaan Program KB tersebut harus mendapat konfirmasi dari suaminya, dan ada fasilitas pelayanan KB yang mudah dicapai, agar ibu tersebut melaksanakan program KB. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain (Soekidjo, 2007).

3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yaitu segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan.

Dalam pengertian yang lebih luas, pendidikan adalah sebuah proses dengan metode-metode tertentu sehingga orang memperoleh pengetahuan, pemahaman, dan cara bertingkah laku yang sesuai dengan kebutuhan (Soekidjo, 2007).

4) Tingkat Sosial Ekonomi

Tingkat sosial ekonomi yaitu tingkat kesejahteraan suatu rumah tangga dapat dilihat dengan jelas melalui besarnya pendapatan yang diterima rumah tangga (Soekidjo, 2007).

2.4 Pengetian Program KB

Keluarga Berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Kontrasepsi berasal dari dua kata yaitu kontra dan konsepsi. Kontra berarti mencegah, menolak, melawan. Konsepsi berarti pertemuan antara sel telur dan sperma, sehingga terjadi pembuahan dan kehamilan.

Dengan demikian kontrasepsi berarti upaya untuk mencegah terjadinya pertemuan sel telur dan sperma sehingga tidak terjadi pembuahan dan kehamilan (Mochtar,2002).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, serta peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

Arah Kebijakan Program KB Nasional Ke Depan

VISI : Seluruh keluarga ikut Program KB

MISI : Mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera

GRAND STRATEGY, yaitu:

1. Menggerakkan dan Memberdayakan Seluruh Masyarakat dalam Program KB;
2. Menata Kembali Pengelolaan Program KB;
3. Memperkuat SDM Operasional Program KB;
4. Meningkatkan Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga Melalui Pelayanan KB;
5. Meningkatkan Pembiayaan Program KB.

Awal program KB yang pernah dicanangkan dengan slogan *Dua Anak Cukup* dalam setiap rumah tangga bertujuan untuk menurunkan angka fertilitas yang masih tinggi. (Tukiran dan Endang Estiatuti- 2004)

Program KB bukan permasalahan teknis medis semata, namun terkait erat dengan masalah kemiskinan, nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, dan masalah sosial lainnya.

Program yang sudah berjalan lebih dari 30 tahun ini kini tidak lagi bertujuan. (Tukiran dan Endang Estiatuti, 2004).

Kebutuhan akan standar kualitas pelayanan menjadi bagian yang amat penting mengingat selama ini Tenaga Lapangan KB (PLKB) cenderung tidak memberikan informasi secara lengkap tentang kekurangan dan efek samping karena takut calon akseptor kb menjadi mundur. Terkadang juga, minim sekali informasi mengenai cara kerja metode tertentu. Seringkali ditemukan bahwa akseptor kb tidak mempunyai kesempatan bertanya atau tenagamenggunakan istilah yang susah dimengerti (Bevaola dan Budi Wahyuni- 2004).

Akseptor KB adalah peserta keluarga berencana (*Family Planning Participant*) yaitu pasangan usia subur di mana salah seorang menggunakan salah satu cara/alat kontrasepsi untuk tujuan pencegahan kehamilan, baik melalui program maupun non program (Depkes, 2001).

2.4.1 Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah cara untuk menghindari/mencegah terjadinya pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma sehingga kehamilan tidak terjadi (Depkes,2003).

Adapun tujuan pelayanan kontrasepsi adalah untuk memberikan dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan keluarga berencana yaitu dihayatinya NKBBS dan penurunan angka kelahiran yang bermakna (Hartanto, 2004).

Syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh suatu metode kontrasepsi yang baik adalah: (1) Aman/tidak berbahaya; (2) Dapat diandalkan; (3) Sederhana; (4) Murah; (5) Dapat diterima orang banyak; (6) Pemakaian jangka panjang.

Pada dasarnya, cara kerja kontrasepsi adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (*ovum*) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan ini, baik

yang bekerja sendiri maupun bersamaan. Pertama adalah menekan keluarnya sel telur, kedua menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita dan ketiga adalah mencegah terjadinya *nidasi* (Hartanto, 2004).

Mansjoer (2007) menjelaskan bahwa kotrasepsi adalah upaya untuk mencegah kehamilan yang bersifat sementara maupun menetap. Kontrasepsi dapat dilakukan dengan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat atau alat, atau dengan operasi. Pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan pemakaian kontrasepsi, yaitu:

1) Menunda kehamilan

Pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan menunda kehamilannya.

Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a. Reversibilitas yang tinggi karena akseptor (orang yang menjalani kontrasepsi) belum mempunyai anak.
- b. Efektivitas yang cukup tinggi, penting karena dapat menyebabkan kehamilan resiko tinggi.

2) Menjarangkan kehamilan atau mengatur kesuburan. Masa saat istri berusia 20-30 tahun adalah yang paling baik untuk melahirkan 2 anak dengan jarak kelahiran 3-4 tahun. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a. Reversibilitas cukup tinggi
- b. Efektivitas cukup tinggi karena akseptor masih mengharapkan mempunyai anak
- c. Dapat dipakai 3-4 tahun
- d. Tidak menghambat produksi air susu ibu (ASI). Kontrasepsi yang sesuai adalah AKDR, pil, suntik, cara sederhana, susuk KB

3) Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi)

Saat usia istri diatas 30 tahun dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 anak. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a. Efektivitas sangat tinggi karena kegagalan dapat menyebabkan kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak
- b. Reversibilitas rendah
- c. Dapat dipakai untuk jangka panjang
- d. Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Kontrasepsi yang sesuai adalah kontrasepsi mantap, susuk KB, AKDR, suntikan, pil, dan cara sederhana.

2.4.2 Metode Kontrasepsi

Ada beberapa metode kontrasepsi atau KB yang tersedia (Sarwono, 2011), beberapa metode kontrasepsi tersebut yaitu:

1. Non-hormonal:

Metode kontrasepsi non-hormonal dibagi mejadi dua, metode kontrasepsi yang menggunakan alat atau obat adalah Kondom, diafragma, kondom untuk wanita , dan juga spremisida. Sedangkan metode kontrasepsi non-hormonal tanpa menggunakan alat atau obat, sering disebut juga metode alamiah yaitu senggama terputus. Pembilasan pasca senggama, perpanjangan masa menyusui anak, dan pantang berkala.

2. Hormonal

Ada beberapa cara/metode yang dapat diberikan yaitu suntikan,bentuk pil yang diminum serta susuk atau implant .

3. IUD (spiral)

IUD atau spiral adalah alat kontrasepsi yang diletakkan didalam rahim.

Bekerja dengan cara mencegah terjadinya implantasi embrio didalam rahim.

4. kontap (kontrasepsi mantap) atau sterilisasi

Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan pada tuba fallopii perempuan atau vas deferens laki-laki, yang mengakibatkan yang bersangkutan tidak dapat hamil atau tidak menyebabkan hamil lagi.

2.4.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penggunaan Kontrasepsi

Menurut Bertrand (1980) faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaankontrasepsi adalah sebagai berikut:

1. Faktor sosio-demografi

Indikator yang termasuk ke dalam faktor ini adalah pendidikan, pendapatankeluarga, status pekerjaan, jenis rumah dan status gizi. Indikator lain adalah umur,suku dan agama.

2. Faktor sosio-psikologi

Sikap dan keyakinan merupakan kunci penerimaan keluarga berencana. Beberapa indikator penting lainnya adalah ukuran keluarga ideal, pentingnya nilai anak lakilaki,sikap terhadap keluarga berencana, komunikasi suami-istri dan persepsiterhadap kematian anak.

3. Faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan

Beberapa faktor yang berhubungan dengan pelayanan KB antara lain pengetahuantentang sumber kontrasepsi, jarak ke pusat pelayanan dan keterlibatan denganmedia massa.

Program keluarga berencana bukan bertujuan untuk membatasi kelahiran tetapi mewujudkan keluarga bahagia sejahtera. Paradigma baru program KB tidak membatasi seseorang melahirkan, apalagi ide dua anak cukup, tujuan hakiki program KB

dicanangkan Pemerintah Indonesia sejak 1970-an untuk mewujudkan kesejahteraan dan ketahanan keluarga. seakan-akan program KB hanya untuk membatasi kelahiran padahal mencakup semua aspek kehidupan manusia, baik ekonomi, pendidikan, kesehatan dan kemiskinan. Paradigma program KB menganjurkan agar tidak terlalu muda, tidak terlalu tua atau terlalu sering melahirkan karena di samping berbahaya bagi kesehatan juga akan berpengaruh kepada keharmonisan keluarga. Ide KB bukan semata-mata membatasi kelahiran tetapi lebih diarahkan kepada upaya meningkatkan kualitas pendudukan dan kesejahteraan masyarakat. (Weli, 2009)

Usaha Keluarga Berencana mempunyai aspek bermacam-macam. Salah satu aspeknya adalah penjarangan kehamilan. Yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan ibu, yang mempunyai pengaruh baik terhadap bayi yang dilahirkan, anak-anak yang dibesarkan dan akhirnya keluarga secara keseluruhan. (Indan, 2000)

Besarnya jumlah masyarakat yang berhasil diajak berkeluarga berencana merupakan salah satu sasaran program KB. Dalam program KB sarana utama adalah alat dan obat kontrasepsi. Oleh karena itu selalu diusahakan pemenuhan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi yang sesuai dengan jenis, jumlah dan mutunya dengan pengadaan secara tepat waktu. (Weli, 2009)

Upaya program KB Nasional bukan hanya semata-mata menyangkut pengendalian pertumbuhan/pengaturan kelahiran saja, tetapi juga diarahkan untuk membantu keluarga, termasuk individu agar mengerti hak dan kewajiban dalam berkeluarga, baik sebagai individu, keluarga, anggota masyarakat, maupun warga negara, sehingga jika keluarga mampu merencanakan kehidupan keluarganya dengan baik, maka akan dicapai keluarga berkualitas dan akan didapat generasi yang baik pula. Ini berarti bahwa program KB Nasional adalah Program Investasi Sumber Daya Manusia. (Weli, 2009)

Program penguatan kelembagaan dan jaringan KB merupakan salah satu program pokok yang mempunyai fungsi sebagai program pendukung yang sangat strategis terhadap pokok program pemberdayaan keluarga, KB dan kesehatan reproduksi, serta Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), ditujukan untuk meningkatkan pelembagaan kemandirian program KB terutama yang diselenggarakan oleh sektor non pemerintah, baik oleh swasta maupun LSM. (Weli, 2009)

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan program sosial dasar yang sangat penting artinya bagi kemajuan suatu bangsa, selain pendidikan dan kesehatan. Program KB adalah program investasi jangka panjang, yang hasil program akan dinikmati dalam jangka panjang pula, dan sangat menentukan dalam upaya membangun sumber daya manusia (SDM) yang tangguh di masa depan. Terwujudnya SDM yang berkualitas akan membangun generasi baru Bangsa Indonesia yang mampu bersaing dengan bangsa-bangsa lain di dunia, terutama dalam era globalisasi dan persaingan bebas. (Weli, 2009)

Sejak pelaksanaan desentralisasi, sesuai dengan Keppres Nomor 09 Tahun 2004, yang melimpahkan sebagian kewenangan di bidang keluarga berencana kepada pemerintah kabupaten/kota, program KB Nasional mengalami masa yang sangat menentukan. Salah satu isu strategis dan tantangan utama yang dihadapi adalah keberlangsungan program dan kelembagaan keluarga berencana di Indonesia. (Weli, 2009)

Sejalan dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, pemerintah kabupaten/kota berwenang menetapkan prioritas pembangunan sesuai dengan kebutuhan, aspirasi dan kemampuan daerah. Dengan adanya keputusan politik ini, eksistensi program dan kelembagaan yang menangani bidang keluarga berencana sepenuhnya menjadi kewenangan pemerintah kabupaten/kota. (Weli, 2009)

Dalam konteks kebijakan kependudukan, pelaksanaan otonomi daerah telah menimbulkan beberapa persoalan. *Pertama*, adanya kesalahan dalam memahami otonomi daerah telah menyebabkan seolah-olah setiap kabupaten/kota tidak lagi memiliki tanggung jawab terhadap kebijakan nasional. Pusat kehilangan kendali terhadap pemerintah daerah. *Kedua*, peran otonomi daerah dipahami sebagai usaha untuk meningkatkan PAD, setiap kebijakan kependudukan pada dasarnya tidak menguntungkan secara materi, kebijakan tersebut dianggap bukan prioritas. *Ketiga*, di berbagai daerah, otonomi daerah telah melahirkan sikap anti pluralisme dan cenderung anti pendatang. Hal ini tentu saja akan menjadi persoalan dalam mengpelaksanaan kebijakan mobilitas penduduk dimasa mendatang. (Weli, 2009)

Sesuai dengan Keppres Nomor 09 Tahun 2004, yang melimpahkan sebagian kewenangan di bidang keluarga berencana kepada pemerintah kabupaten/kota, artinya Program KB nasional ini dilaksanakan oleh pusat pelayanan kesehatan dasar yang paling terdepan, yaitu PUSKESMAS.

2.5 Pengertian Tenaga Kesehatan

Menurut PERMENKES RI nomor 028 / MENKES/ PER / I / 2011 tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan seta memiliki pengetahuan dan / atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. (PERMENKES RI, 2011)

2.6 Pengertian PUSKESMAS

PUSKESMAS adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. (Kepmenkes No 128, 2004)

PUSKESMAS (Primary Health Centre) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam satu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha pokok. (Indan, 2000)

Pada PUSKESMAS yang sempurna usaha-usaha kesehatan pokok (basic health services) yang dilaksanakan ada 17 macam seperti yang tercantum dalam program kesehatan nasional. Usaha-usaha kesehatan pokok yang dilaksanakan di PUSKESMAS paling sedikit harus meliputi “basic seven” seperti yang dianjurkan WHO. (Indan, 2000)

Yaitu:

1. Pemeriksaan, pengobatan dan perawatan
2. Kesejahteraan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana
3. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
4. Hygiene dan sanitasi lingkungan
5. Pendidikan kesehatan masyarakat
6. Perawatan kesehatan masyarakat
7. Pengumpulan data-data untuk penilaian dan perencanaan

Tujuan bangsa Indonesia sebagaimana yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945 alinea 4 adalah untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakan program pembangunan nasional secara berkelanjutan, terencana dan terarah. Pembangunan kesehatan merupakan bagian

integral dan terpenting dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia. (Kepmenkes No 128, 2004)

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas adalah penanggungjawab penyelenggara upaya kesehatan untuk jenjang tingkat pertama. (Kepmenkes No 128, 2004)

Pada saat ini Puskesmas telah didirikan di hampir seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau seluruh wilayah kerjanya, Puskesmas diperkuat dengan Puskesmas Pembantu serta Puskesmas Keliling, disamping itu banyak Puskesmas yang telah dilengkapi dengan fasilitas rawat inap. (Kepmenkes No 128, 2004)

Penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan maka Puskesmas enerapkan azas penyelenggaraan secara terpadu. Azas penyelenggaraan ini dikembangkan dari ketiga fungsi Puskesmas, dimana ketiga fungsi Puskesmas tersebut dijabarkan sebagai berikut:

1. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan.
2. Pusat Pemberdayaan masyarakat.
3. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama.

Untuk tercapainya Visi Pembangunan Kesehatan, Puskesmas berdasarkan ketiga fungsi tersebut, bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan. (Kepmenkes No 128, 2004)

Upaya Kesehatan Wajib yang dilakukan oleh PUSKESMAS:

1. Upaya Promosi Kesehatan
2. Upaya Kesehatan Lingkungan

3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
4. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
5. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
6. Upaya Pengobatan

Azas penyelenggaraan Puskesmas dimaksud di depan adalah :

1. Azas Pertanggungjawaban wilayah., dalam arti Puskesmas bertanggungjawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya.
2. Azas Pemberdayaan Masyarakat, dalam arti Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat, agar berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas.
3. Azas Keterpaduan, meliputi keterpaduan lintas program dan lintas sektoral.
4. Azas Rujukan.

Penyuluh Keluarga Berencana (KB) merupakan ujung tombak pengelola KB di lini lapangan. Bila dilihat dari kacamata Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi) jabatannya, para Penyuluh KB adalah juru penerang ataupun agent of change pada keluarga dan masyarakat luas menuju perubahan mentalitet dari tidak mendukung menjadi mendukung program KB, dari yang dulu tidak peduli menjadi peduli, dari yang dulu tidak mau berpartisipasi menjadi aktif berperan serta, dan sebagainya. (BKKBN, 2008)

Penyuluh KB juga merupakan salah satu komponen penting dalam upaya peningkatan perekonomian dan kesejahteraan masyarakat, juga sebagai indikator kemajuan yang telah dicapai oleh suatu daerah. Penyuluh KB bersentuhan langsung dengan masyarakat dalam memberikan berbagai penyuluhan program KB. (BKKBN, 2008)

Dalam mewujudkan keberhasilan Program KB, Tenaga kesehatan di PUSKESMAS membentuk tim yang dinamakan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) yang memiliki peran, fungsi dan tugas sebagai berikut.

2.6.1 PERAN PLKB

1. Pengelola pelaksanaan kegiatan Program KB Nasional di desa/kelurahan
2. Penggerak partisipasi masyarakat dalam program KB Nasional di desa/kelurahan
3. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam pelaksanaan program KB Nasional di desa/kelurahan,
4. Menggalang dan mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak dalam pelaksanaan program KB Nasional di desa/kelurahan

2.6.2 FUNGSI PLKB

PLKB/PKB mempunyai fungsi merencanakan, mengorganisasikan, mengembangkan, melaporkan dan mengevaluasi program KB Nasional dan program pembangunan lainnya di tingkat Desa/Kelurahan. (BKKBN, 2008)

2.6.3. TUGAS PLKB

1. Perencanaan

PKB/PLKB dalam bidang perencanaan bertugas meliputi penguasaan potensi wilayah kerja sejak pengumpulan data, analisa penentuan masalah prioritas, penyusunan rencana kerja dan memfasilitasi penyusunan jadwal kegiatan tingkat RT, RW dan Desa/Kelurahan. (BKKBN, 2008)

2. Pengorganisasian

Tugas PLKB dibidang pengorganisasian meliputi memperluas pengetahuan dan wawasan program, rekrutmen kader, mengembangkan kemampuan dan memerankan kader/IMP dan mitra kerja lainnya dalam program KB Nasional. Bila di wilayah kerjanya tidak ada kader, PLKB/PKB diharapkan dapat membentuk kader,

memberikan pelatihan/orientasi untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan kader, memfasilitasi dan memberikan kesempatan yang lebih besar kepada kader untuk berperan sampai dengan pengembangan kemitraan dan jaringan kerja dengan berbagai instansi yang ada. (BKKBN, 2008)

3. Pelaksana dan Pengelola Program

Tugas PLKB/PKB sebagai pelaksana dan pengelola melakukan berbagai kegiatan mulai penyiapan IMP dan mitra kerja lainnya dalam melaksanakan program, memfasilitasi peran IMP dan mitra lainnya penyiapan dukungan untuk terselenggaranya program KB Nasional di desa/kelurahan serta Advokasi, KIE/Konseling maupun pemberian pelayanan program KB (KB-KR) dan program KS-PK. (BKKBN, 2008)

4. Pengembangan

Tugas PLKB/PKB melaksanakan pengembangan kemampuan teknis IMP dan mitra lainnya dalam penyelenggaraan program KB Nasional di desa/kelurahan. (BKKBN, 2008)

5. Evaluasi dan Pelaporan

Tugas PLKB/PKB dalam evaluasi dan pelaporan program KB Nasional sesuai dengan sistem pelaporan yang telah ditentukan secara berkala. (BKKBN, 2008)

2.7 Dokter Dan Bidan

Pada dasarnya dokter dan bidan sudah menguasai materi tentang Keluarga Berencana karena keduanya memiliki kurikulum tentang Keluarga Berencana diperguruan kedokteran dan kebidanan. Kemudian dokter dan bidan juga memang terjun langsung dalam pelayanan KB atau konsultasi. Sedangkan tenaga kesehatan selain dokter dan bidan tidak memiliki kurikulum tentang Keluarga Berencana karena di dalam perkuliahan mereka memang tidak ada. Jadi, peneliti berasumsi bahwa pengetahuan

dokter dan bidan sudah tidak diragukan lagi karena di perkuliahan keduanya sudah menguasai dan juga dokter dan bidan berkecimpung langsung di lapangan mengenai masalah Keluarga Berencana ini.

Walaupun tenaga kesehatan selain dokter dan bidan tidak mendapatkan materi Keluarga berencana pada saat kegiatan perkuliahan tetapi mereka bisa mendapatkannya diluar kuliah, mereka juga bisa mendapatkan materi Keluarga Berencana dari lingkungan PUSKESMAS dengan bertanya kepada yang memiliki kompetensi seperti dokter dan Bidan. Meskipun tenaga kesehatan selain dokter dan bidan tidak memiliki kompetensi mengenai KB, mereka juga harus membantu mensukseskan Program KB ini karena mereka juga bagian dari tenaga kesehatan.