

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga Berencana

1. Definisi keluarga berencana

Pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dengan mengatur waktu, jarak, jumlah kehamilan, sehingga dapat mencegah atau memperkecil kemungkinan ibu hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin (Kemenkes RI, 2014). Keluarga berencana adalah upaya mewujudkan keluarga berkualitas melalui promosi, perlindungan dan bantuan dalam hak-hak reproduksi untuk membentuk keluarga dengan usia kawin yang ideal, mengatur jumlah, jarak kehamilan, membina ketahanan serta kesejahteraan anak (BKKBN, 2015).

Menurut *World Health Organization* (2016), Keluarga Berencana (*Family Planning*) dapat memungkinkan pasangan usia subur (PUS) untuk mengantisipasi kelahiran, mengatur jumlah anak yang diinginkan, dan mengatur jarak serta waktu kelahiran. Hal ini dapat dicapai melalui penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas. Jadi, Keluarga Berencana (*Family Planning*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi yang bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia sejahtera.

2. Tujuan program keluarga berencana

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu membentuk keluarga kecil sesuai dengan sosial ekonomi keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak untuk mewujudkan keluarga bahagia, sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013). Tujuan program KB lainnya yaitu menjarangkan, menunda dan

menghentikan kehamilan untuk menurunkan angka kelahiran, menyelamatkan ibu dan bayi akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Hartanto, 2015).

3. Manfaat program keluarga berencana

Beberapa manfaat untuk program Keluarga Berencana (KB) sebagai berikut:

a. Manfaat bagi ibu

Ibu dapat memperbaiki kesehatan tubuh, peningkatan kesehatan mental dan sosial karena mempunyai waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang.

b. Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak tumbuh dengan baik terpenuhi kebutuhan dasar asah, asih, asuh

c. Manfaat bagi suami

Memperbaiki kesehatan fisik, mental, dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu untuk keluarganya.

d. Manfaat bagi seluruh keluarga

Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan (Marmi, 2016).

4. Sasaran program keluarga berencana

Sasaran dari program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran utama dan sasaran antara. Sasaran utama adalah Pasangan Umur Subur (PUS), sedangkan untuk sasaran antara adalah tenaga kesehatan (Rahayu dan Prijatni, 2016).

B. Kontrasepsi

1. Definisi kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti ‘mencegah’ atau ‘melawan’ dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi merupakan upaya pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan (Nugroho, 2014).

2. Efektivitas (daya guna) kontrasepsi

Efektivitas atau daya guna pemakaian (*use effectiveness*), yaitu kemampuan kontrasepsi dalam pemakaian sehari-hari dipengaruhi oleh sikap tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian. Keberhasilan dalam menggunakan non metode kontrasepsi jangka panjang dipengaruhi oleh tingkat kepatuhan. Akseptor KB pil yang tidak patuh tetapi berhasil kemungkinan pada saat akseptor tersebut tidak mengkonsumsi KB pil dan tidak memasuki masa subur sehingga tidak terjadi kehamilan (Ermawati, 2013).

Hal ini sejalan dengan penelitian Widyawati dkk (2020) didapatkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kejadian *drop out* KB. Perilaku *drop out* KB sebagian besar akibat efek samping yang seharusnya dapat dicegah dengan meningkatkan pengetahuan calon akseptor melalui konseling.

3. Persyaratan metode kontrasepsi

Secara umum, persyaratan metode kontrasepsi menurut Affandi dkk (2014) sebagai berikut:

- a. Aman, berarti metode kontrasepsi tidak memberikan dampak komplikasi berat jika digunakan dalam jangka waktu tertentu
- b. Berdaya guna

- c. Dapat diterima, penerimaan awal tergantung pada motivasi yang diberikan oleh petugas kesehatan. Penerimaan lanjut dipengaruhi oleh umur, motivasi, budaya, sosial ekonomi, agama.
- d. Harga mudah dijangkau oleh masyarakat
- e. Pengembalian kesuburan cepat kecuali kontrasepsi mantap.

4. Macam-macam metode kontrasepsi

a. Metode kontrasepsi sederhana

Metode kontrasepsi sederhana ini terdiri dari dua yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat (Metode Amenore Laktasi (MAL), senggama terputus (*coitus interruptus*), metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan dan simptomermal) dan metode kontrasepsi dengan alat seperti kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010).

b. Metode kontrasepsi modern

Kontrasepsi modern terdiri dari pil, suntik, Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK), Alat Kontraepsi Bawah Rahim (AKDR), Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria / MOP (Handayani, 2010).

Berdasarkan lama efektivitasnya, metode kontrasepsi dibagi menjadi dua, antara lain:

a. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang adalah cara kontrasepsi yang mempunyai efektivitas dan tingkat kelangsungan pemakaiannya tinggi dengan angka kegagalan yang rendah. Metode jangka panjang terdiri dari Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR), Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK), Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria / MOP (Affandi dkk, 2014). Keuntungan dari pemakaian

MKJP adalah perlindungan jangka panjang, pengembalian tingkat kesuburan yang cepat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak mengganggu produksi ASI dan tidak ada efek samping hormonal (Rahayu dan Prijatni, 2016). Pemakaian MKJP mempunyai efek samping diantaranya nyeri pada saat haid, perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (*spotting*), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid (Affandi dkk, 2014).

b. Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non MKJP)

Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP) adalah cara kontrasepsi dengan efektivitas dan tingkat kelangsungan pemakaiannya rendah serta angka kegagalannya yang tinggi. Contoh Non MKJP adalah Metode Amenore Laktasi (MAL), senggama terputus (*coitus interruptus*), metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan, simptotermal, kondom, spermisida, diafragma, pil dan suntik (Affandi dkk, 2014).

5. Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non MKJP)

Kontrasepsi modern yang termasuk Non MKJP yaitu:

a. Kontrasepsi pil

Kontrasepsi pil merupakan kontrasepsi hormonal yang berbentuk tablet berisi hormon estrogen dan progesterone (Anggraini, 2012). Cara kerjanya dapat menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks (Handayani, 2010).

Kontrasepsi hormonal oral ada beberapa jenis yaitu :

1) Kontrasepsi Oral Kombinasi (KOK)

Kontrasepsi oral kombinasi adalah tablet berisi hormon estrogen dan progesteron yang mempunyai kelebihan mudah dihentikan setiap saat dan kesuburan cepat kembali (Handayani, 2010). Efek samping yang sering dirasakan pengguna pil

oral kombinasi adalah mual, muntah, pusing, perdarahan pervaginam, *spotting* /perdarahan bercak pada 3 bulan pertama, nyeri pada payudara (Sulistyawati, 2013).

Manfaat Pil Kombinasi adalah:

- a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari dengan waktu yang tepat (1 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama penggunaan)
- b) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid
- e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan patuh dan teratur dalam mengkonsumsi pil (Rahayu dan Prijatni, 2016).

Cara kerja kontrasepsi pil kombinasi antara lain:

- a) Menghambat ovulasi

Komponen estrogen menghambat sekresi *follicle stimulating hormone* (FSH) sehingga pertumbuhan folikel tertekan sementara progesterone terutama menghambat lonjakan *luteinizing hormone* (LH) juga menghambat ovulasi.

- b) Mengubah mukus servik

Mukus menjadi lebih sedikit, kental dan selular dengan daya regang yang rendah sehingga transportasi dan penetrasi sperma terganggu.

- c) Mencegah implantasi

Endometrium menjadi atrofi dan tidak reseptif terhadap implantasi. Pembentukan pembuluh darah berkurang, produksi prostaglandin uterotonik dan vasoaktif menurun sehingga pada pemakai oral kombinasi *withdrawal bleeding*

menjadi lebih sedikit dan kurang nyeri (Rahayu dan Prijatni, 2016)

2) Mini pil

Mini pil adalah pil kontrasepsi berisi hormon progesterin saja. Mini pil mempunyai kelebihan yaitu tidak mempengaruhi Air Susu Ibu (ASI) karena kadar gestagen dalam ASI sangat rendah, kesuburan cepat kembali, nyaman dan mudah digunakan, sedikit efek samping (Anggraini, 2012). Kelemahannya yaitu dapat menyebabkan perubahan pola haid, mengalami penambahan dan pengurangan berat badan, harus diminum pada waktu yang sama setiap hari, ketidakaturan minum pil akan menimbulkan kehamilan yang tidak diinginkan (Handayani, 2010).

b. Kontrasepsi suntik

Kontrasepsi suntik merupakan alat kontrasepsi berupa cairan mengandung hormonal yang disuntikan ke dalam tubuh wanita secara periodik berguna untuk mencegah kehamilan (Marmi, 2016). Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntik yaitu:

1) Suntikan kombinasi

Suntikan kombinasi adalah kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron yaitu 25 mg depo medroksi progesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat disuntikkan intramuskular dengan jangka waktu 28 hari. Cara kerja dari kontrasepsi ini yaitu hormon yang disuntikkan ke dalam tubuh dapat menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, atrofi endometrium yang menimbulkan implantasi terganggu dan menghambat transportasi gamet oleh tuba (Marmi, 2016).

Kelebihan dari kontrasepsi suntik kombinasi yaitu tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan obat dan risiko terhadap kesehatan kecil (Handayani, 2010). Efek samping

yang ditimbulkan seperti perubahan pola haid (akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga), kenaikan berat badan, *spotting*, mual, muntah dan pusing (Handayani, 2010). Menurut penelitian Cahyoadi (2018) terdapat hubungan atau pengaruh penggunaan KB suntik zat kombinasi dan Progestin pada tekanan darah. Rata-rata kenaikan tekanan darah yang dialami semua akseptor KB sebesar 12/9 mmHg. Hormon estrogen merupakan hormone yang dapat meningkatkan retensi elektrolit pada ginjal yang menimbulkan peningkatan reabsorpsi natrium dan air yang menyebabkan hipervolemi. Curah jantung menjadi meningkat dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Kepatuhan suntikan setiap 4 minggu sangat penting untuk mendapatkan efektivitas terbesar. Kehamilan terjadi sekitar 3 per 100 wanita pada pemakaian 1 tahun pertama, akibat lambat suntik (WHO, 2018).

2) Suntikan progestin

Suntikan progestin merupakan jenis suntikan yang mengandung sintesa progestin (Handayani, 2010). Mengandung 150 mg depo medroxi progesterone asetat yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikan secara intramuskular dan Depo Noristerat yang mengandung 200 mg noretindron enantat diberikan setiap 2 bulan secara intramuskular (Marmi, 2016). Kelebihan suntikan progestin adalah sangat efektif, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak berpengaruh terhadap ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause. Suntikan progestin mempunyai efek samping yaitu amenore, mual, pusing, muntah, perdarahan, *spotting*, meningkat berat badan, berpengaruh pada hubungan suami istri atau menurunkan libido (Saifuddin, 2010). Hal ini sejalan dengan penelitian Ria (2017), pengguna kontrasepsi hormonal pada pemakaian lebih dari

1 tahun sebagian besar mengalami gangguan siklus menstruasi. Penelitian lain menyebutkan bahwa sebagian besar akseptor yang menggunakan KB suntik selama lebih dari 1 tahun dan kurang dari 5 tahun mengalami efek samping berat. Kriteria efek samping ringan apabila mengalami 1 sampai 2 efek samping, efek samping sedang apabila mengalami 3 sampai 4 efek samping, efek samping berat mengalami lebih dari 5 efek samping (Rakhmawati, 2018). Lama pemakaian kontrasepsi suntik DMPA berhubungan dengan kadar kolesterol pada akseptor KB. Pemakaian kontrasepsi DMPA ≥ 36 bulan sebagian besar memiliki kadar kolesterol agak tinggi. Hormon progesteron dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol (kolesterol baik) serta meninggikan kadar LDL-kolesterol (kolesterol jahat) dalam darah sehingga menimbulkan kadar kolesterol darah meningkat. Kolesterol yang berlebih akan mengendap di pembuluh darah dan menyumbat pembuluh darah. Penyumbatan pembuluh darah perifer akan meningkatkan tekanan darah (Prawerti dkk, 2019).

Menurut Rahayu dan Prijatni (2016), cara kerja suntikan progestin adalah:

- a) Mencegah ovulasi
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atropi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Menurut WHO (2018) poin yang wajib diinformasikan pada calon akseptor suntik progestin yaitu:

- a) Perubahan siklus haid beberapa bulan pertama pemakaian suntikan, sampai terjadi amenore atau tidak haid.
- b) Kunjungan ulang teratur sesuai jadwal sangat penting untuk efektivitas dalam pencegahan kehamilan.

- c) Kadang pertambahan berat badan secara bertahap 1-2 kilogram setahun.
- d) Pemulihan kesuburan rata- rata lebih lama di bandingkan metode kontrasepsi lain.

Kehamilan pada pengguna kontrasepsi suntikan adalah 4 per 100 orang selama tahun pertama pemakaian karena tidak teratur melakukan suntikan (WHO, 2018).

C. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan metode kontrasepsi

Menurut Notoatmodjo (2014) perilaku terbentuk dalam diri seseorang dari dua faktor utama yaitu faktor dari dalam diri (internal) dan faktor dari luar (eksternal). Faktor internal seperti karakteristik, motivasi, persepsi, sugesti. Sedangkan faktor eksternal atau stimulus adalah lingkungan, sosial budaya, kepercayaan, ekonomi. Perilaku kesehatan yang dapat diamati maupun tidak dapat diamati berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan seperti pemilihan alat kontrasepsi. Perilaku kesehatan dalam pemilihan kontrasepsi berkaitan dengan beberapa faktor yaitu:

1) Umur

Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Notoatmodjo, 2014). Umur merupakan salah satu faktor seseorang untuk menjadi akseptor kontrasepsi. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi faalial, komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal pada reproduksi seorang wanita (Simanungkalit, 2017). Menurut Rahayu dan Prijatni (2016) Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 - 4 tahun. Calon akseptor yang berumur lebih dari 30 tahun, kemungkinan sudah memiliki jumlah anak yang cukup dan tidak menginginkan anak lagi. Jenis kontrasepsi yang dipakai sebaiknya

disesuaikan dengan tahapan masa reproduksi. Ketiga masa tersebut yaitu:

a) Masa menunda kehamilan atau kesuburan

Fase ini dianjurkan bagi istri yang menunda kehamilan pertama sampai umur 20 tahun. Prioritas kontrasepsi yang dapat digunakan antara lain pil, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dan cara sederhana seperti kondom dan spermisida (Rahayu dan Prijatni, 2016)

b) Masa mengatur kehamilan atau menjarangkan kehamilan

Umur melahirkan terbaik bagi istri adalah umur 20-30 tahun. Prioritas kontrasepsi yang dapat digunakan antara lain pil, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), kondom dan kontrasepsi mantap (Rahayu dan Prijatni, 2016)

c) Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi)

Pada masa ini umumnya keluarga mempunyai 2 anak dan umur istri telah melebihi 30 tahun. Obat kontrasepsi tidak diberikan karena dapat menambah kelainan atau penyakit seperti penyakit jantung, darah tinggi, dan metabolik meningkat tersebut. Prioritas kontrasepsi yang sesuai antara lain kontrasepsi mantap, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), alat kontrasepsi bawah kulit / AKBK (Rahayu dan Prijatni, 2016)

Berdasarkan penelitian Rizali dkk (2013) didapatkan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan lama penggunaan kontrasepsi suntik. Banyak akseptor suntik dalam umur reproduksi berada pada fase menunda kehamilan dan fase mengakhiri kesuburan. Hasil penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Huda dkk (2016) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan perilaku penggunaan kontrasepsi. Terdapat banyak kelompok umur dengan resiko

tinggi memiliki perilaku yang rendah dalam penggunaan kontrasepsi.

2) Tingkat pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), evaluasi (*evaluation*) (Kusumaningrum, 2013). Berdasarkan penelitian Wulan (2016) didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan pasangan usia subur tentang metode kontrasepsi dengan pemakaian kontrasepsi di Puskesmas Kartasura, responden yang pengetahuannya baik cenderung menggunakan kontrasepsi non hormonal. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nikmawati (2017) menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan penggunaan alat kontrasepsi.

3) Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoatmodjo, 2012). Pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok orang melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Tingkat pendidikan suami dan istri merupakan salah satu faktor yang menentukan pengetahuan dan persepsi terhadap pentingnya suatu hal termasuk pentingnya pemilihan metode kontrasepsi (Kusumaningrum, 2013).

Akseptor dengan tingkat pendidikan rendah, keikutsertaanya dalam program KB hanya ditujukan untuk mengatur kelahiran. Sementara itu pada akseptor dengan tingkat pendidikan tinggi, menggunakan kontrasepsi untuk mengatur kelahiran dan meningkatkan kesejahteraan keluarga dengan cukup dua anak. Hal ini dikarenakan

seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pandangan yang lebih luas tentang suatu hal dan lebih mudah untuk menerima ide atau cara kehidupan baru (Indahwati dkk, 2017).

4) Pengambilan keputusan

Menurut penelitian Setiadi dan Iswanto (2015) Pengambilan keputusan penggunaan alat kontrasepsi dilakukan oleh pihak istri, suami maupun keputusan bersama. Keputusan penggunaan kontrasepsi mayoritas dilakukan secara bersama-sama oleh suami dan istri. Manfaat keputusan menjadi peserta keluarga berencana akan secara bersama-sama dirasakan oleh seluruh anggota keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Astuti dan Holidi (2015) bahwa keputusan penggunaan alat kontrasepsi dominan dilakukan oleh suami dan istri secara bersama. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Akbar (2016) bahwa tidak ada hubungan peran suami dengan pengambilan keputusan kontrasepsi hormonal (suntik) pada pasangan usia subur, pengambilan keputusan dominan diambil oleh istri. Ada beberapa faktor yang menjadikan ketidakadanya hubungan peran suami dengan pengambilan keputusan kontrasepsi hormonal (suntik), yaitu budaya, kesetaraan gender, efek samping, dan status kesehatan. Penelitian ini sejalan dengan Puspitawati, (2013) bahwa kebudayaan yang dimotori oleh budaya patriarki menafsirkan perbedaan biologis ini menjadi indikator kepantasan dalam berperilaku yang akhirnya berujung pada pembatasan hak, akses, partisipasi, kontrol dan menikmati manfaat sumber daya. Maka untuk menghindari adanya keterbatasan peran dan fungsi hak pada setiap individu perlu adanya kesetaraan gender. Perempuan bisa memilih atau mengambil sesuatu keputusan tanpa peran suami termasuk dalam proses pengambilan keputusan kontrasepsi suntik.

5) Pengalaman

Pengalaman pemakaian kontrasepsi sebelumnya merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam pemilihan metode kontrasepsi yang akan diputuskan selanjutnya, hal ini terkait dengan pengalaman primer. Sementara pengalaman yang dialami orang lain dalam pemakaian metode kontrasepsi dapat dijadikan pengalaman sekunder yang dapat mempengaruhi seseorang akseptor KB dalam menentukan metode kontrasepsi (Saragih dkk, 2018). Sebagian besar dari keseluruhan pengguna KB yang menggunakan alat kontrasepsi menginginkan hal yang terbaik dan tanpa ada efek samping dari penggunaan alat kontrasepsi. Hal tersebut menunjukkan bawah terdapat hubungan antara pengalaman KB dengan pemilihan metode kontrasepsi (Indahwati dkk, 2017). Hasil tersebut tidak sejalan dengan penelitian Saragih dkk (2018) bahwa tidak ada hubungan antara faktor pengalaman dengan pemilihan kontrasepsi Non IUD pada wanita usia subur.

6) Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan dalam keadaan hidup (BKKBN, 2011). Paritas dapat dibagi menjadi beberapa istilah yaitu primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, multipara adalah wanita yang melahirkan 2 orang anak dan tidak lebih dari 4, grande multipara adalah wanita yang melahirkan 5 orang anak atau lebih (Manuaba, 2013). Jumlah anak merupakan salah satu faktor yang paling mendasar mempengaruhi perilaku pasangan usia subur (keluarga) dalam menggunakan metode kontrasepsi. Seseorang memutuskan mengikuti program KB apabila anak yang masih hidup sudah mencukupi jumlah anak yang diinginkan (Indahwati dkk, 2017). Jumlah anak menuju pada kecenderungan dalam membentuk besar keluarga yang diinginkan. Jumlah anak dapat menjadi suatu faktor predisposisi

yang berkaitan dengan pemilihan kontrasepsi (Saragih dkk, 2018). Penelitian Mayasari dkk (2017) menyebutkan bahwa akseptor KB yang mempunyai anak kurang lebih atau sama dengan 2 orang cenderung menggunakan KB suntik sebagai alat kontrasepsi untuk mengatur jarak kehamilan. Semakin banyak anak yang dimiliki maka semakin besar kecenderungan untuk menghentikan kesuburan sehingga memilih metode kontrasepsi jangka panjang (Mayasari dkk, 2017).

7) Sumber informasi

Sumber informasi merupakan segala hal yang dapat digunakan oleh seseorang untuk mengetahui tentang hal baru dan memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap seseorang. Sumber informasi diperoleh dari tokoh masyarakat, tenaga kesehatan, media massa, dan keluarga yang memiliki peranan penting bagi pasangan usia subur (PUS) dalam pemakaian kontrasepsi (Rachmayani, 2015).

Sumber informasi pada pasangan usia subur (PUS) dengan pemakaian kontrasepsi mempunyai hubungan yang signifikan di Kelurahan Merak Kabupaten Tangerang. Sebagian besar responden mendapat informasi kontrasepsi dari tenaga kesehatan (Santikasari dan Laksmi, 2019). Peran petugas berhubungan dengan pemilihan alat kontrasepsi karena sangat berperan dalam tahap akhir pemilihan alat kontrasepsi (Andrianasti, 2014). Calon akseptor yang masih ragu-ragu dalam memilih alat kontrasepsi dapat diyakinkan oleh petugas kesehatan yang menjadi panutan di masyarakat (Simanungkalit, 2017).

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Indriyanti (2011) bahwa sumber informasi tidak banyak mempengaruhi dalam pemakaian kontrasepsi, namun yang paling mempengaruhi yaitu kerabat terutama orangtua dari responden itu sendiri.

8) Jaminan ketersediaan kontrasepsi

Pada prinsipnya jaminan ketersediaan kontrasepsi ini berarti suatu sistem yang akan menjamin setiap pasangan yang membutuhkan pelayanan metode kontrasepsi sehingga dapat memperoleh alat, obat dan cara kontrasepsi yang efektif, aman, mudah dijangkau, serta sesuai dengan kemampuan ekonomi (Saragih dkk, 2018).

9) Jaminan kesehatan masyarakat

Jamkesmas adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga Indonesia dengan memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin kebutuhan dasar kesehatannya dapat terpenuhi (Permenkes, 2014). Pelayanan yang diberikan Jamkesmas bersifat komprehensif berjenjang. Pelayanan KB gratis termasuk dalam pelayanan yang diberikan di tingkat Puskesmas kecuali untuk jenis MOW dan MOP yang harus dirujuk ke rumah sakit.

10) Dukungan suami

Suami dipandang sebagai kepala keluarga, pelindung keluarga, pencari nafkah dan seseorang yang dapat membuat keputusan dalam keluarga. Dukungan suami merupakan dorongan yang diberikan oleh suami berupa dukungan moral dan material dalam hal mewujudkan suatu rencana yaitu pemilihan kontrasepsi (Prasetyawati, 2011). Dukungan suami membuat keluarga mampu melaksanakan fungsinya, karena anggota keluarga memang seharusnya saling memberikan dukungan dan saling memperhatikan keadaan dan kebutuhan kesehatan istri. Berbagai macam bentuk-bentuk dari dukungan suami antara lain:

a. Dukungan informasional

Dukungan informasional merupakan pemberian penjelasan mengenai situasi dan gejala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi oleh individu.

Dukungan ini mencakup pemberian nasihat, saran, pengetahuan, dan informasi serta petunjuk. Dukungan suami bermanfaat untuk menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang terkhusus pada individu (Friedman, 2013).

b. Dukungan penilaian atau penghargaan

Dukungan penilaian atau penghargaan yaitu dukungan yang terjadi melalui ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang lain, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan seseorang yang bertujuan meningkatkan penghargaan diri orang tersebut. Seorang suami bertindak sebagai pembimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan, perhatian (Friedman, 2013).

c. Dukungan emosional

Dukungan emosional adalah tingkah laku yang berhubungan dengan rasa tenang, senang, rasa memiliki, kasih sayang pada anggota keluarga. Dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk adanya kepercayaan dan perhatian. Suami sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi (Friedman, 2013).

d. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental adalah dukungan yang bersifat nyata, dalam bentuk materi dan waktu yang bertujuan untuk meringankan beban bagi individu yang membutuhkan orang lain. Dukungan instrumental merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum dan istirahat. Seorang suami harus mengetahui istrinya dapat bergantung dan memerlukan bantuan (Friedman, 2013).

Berdasarkan penelitian Nilawati dan Heni (2014) didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan kepatuhan akseptor KB suntik. Selain itu, penelitian Karimang dkk (2020) menyebutkan adanya hubungan signifikan antara dukungan suami dengan penggunaan kontrasepsi suntik 3 bulan di wilayah Puskesmas Tagulandang. Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Anita dkk (2012) yaitu partisipasi dari suami dalam pemilihan kontrasepsi dapat mewujudkan program keluarga berencana dengan baik.

Hal tersebut tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mularsih dkk (2018) bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan suami dengan pemilihan AKDR di Kelurahan Purwoyoso Ngaliyan Semarang. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Setiasih dkk (2016) bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan suami dengan pemilihan kontrasepsi. Dukungan suami merupakan salah satu faktor eksternal dalam pemilihan alat kontrasepsi. Peneliti mengatakan masyarakat atau keluarga masih menganggap partisipasi pria, belum atau tidak penting dilakukan dan pandangan yang cenderung menyerahkan tanggung jawab pelaksanaan KB dan kesehatan reproduksi khususnya dalam hal informasi sepenuhnya kepada wanita.