

**PENGARUH SOSIODEMOGRAFI DAN BUDAYA TERHADAP
KEIKUTSERTAAN WANITA PASANGAN USIA SUBUR
DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA
DI KECAMATAN SIANTAR TIMUR KOTA
PEMATANGSIANTAR**

TESIS

Oleh

**RENNY SINAGA
107032232/IKM**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
2012**

**PENGARUH SOSIODEMOGRAFI DAN BUDAYA TERHADAP
KEIKUTSERTAAN WANITA PASANGAN USIA SUBUR
DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA
DI KECAMATAN SIANTAR TIMUR KOTA
PEMATANGSIANTAR**

TESIS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memperoleh Gelar Magister Kesehatan (M.Kes)
dalam Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Minat Studi Kesehatan Reproduksi
pada fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sumatera Utara**

Oleh

**RENNY SINAGA
107032232/IKM**

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
2012**

Judul Tesis : **PENGARUH SOSIODEMOGRAFI DAN BUDAYA TERHADAP KEIKUTSERTAAN WANITA PASANGAN USIA SUBUR DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA DI KECAMATAN SIANTAR TIMUR KOTA PEMATANGSIANTAR**

Nama Mahasiswa : **Renny Sinaga**
Nomor Induk Mahasiswa : **107032232**
Program Studi : **S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat**
Minat Studi : **Kesehatan Reproduksi**

Menyetujui
Komisi Pembimbing

(Drs. Heru Santosa, M.S, Ph.D)
Ketua

(Drs. Abdul Jalil Amri Arma, M.Kes)
Anggota

Dekan

(Dr. Drs. Surya Utama, M.S)

Tanggal Lulus : 14 Agustus 2012

**Telah diuji
pada Tanggal : 14 Agustus 2012**

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Drs. Heru Santosa, M.S. Ph.D
Anggota : 1. Drs. Abdul Jalil Amri Arma, M.Kes
2. Drs. Amir Purba, M.S. Ph.D
3. Drs. Temazaro Zega, M.Kes

PERNYATAAN

PENGARUH SOSIODEMOGRAFI DAN BUDAYA TERHADAP KEIKUTSERTAAN WANITA PASANGAN USIA SUBUR DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA DI KECAMATAN SIANTAR TIMUR KOTA PEMATANGSIANTAR

TESIS

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Medan, Oktober 2012

**Renny Sinaga
107032232/IKM**

ABSTRAK

Jumlah penduduk dan laju pertumbuhan penduduk masih merupakan masalah di dunia, dan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menekan pertumbuhan jumlah penduduk adalah dengan program KB. Sejak Tahun 1997 program KB mengalami stagnasi sehingga peserta KB tidak sesuai target yang ditentukan. Kecamatan Siantar Timur adalah Kecamatan dengan tingkat kesertaan KB paling rendah di Kota Pematangsiantar, dengan kesertaan KB 61 % masih lebih rendah dari standar pencapaian minimal kota Pematangsiantar yaitu 70 %

Jenis penelitian survei dengan rancangan *cross-sectional*, bertujuan untuk menjelaskan pengaruh factor sosiodemografi dan budaya dengan keikutsertaan KB isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar. Pengambilan sampel sebesar 120 orang, dengan menggunakan *teknik simple random sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner. Metode analisis data bivariat dengan *chi square* dan multivariat dengan regresi logistik ganda.

Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa variabel Sosiodemografi yang berhubungan dengan keikutsertaan KB yaitu : umur ($p = 0,015$), pekerjaan ($p = 0,040$), akses ke media ($p = 0,000$), akses ke pelayanan ($p = 0,008$) dan variabel budaya yaitu, nilai anak ($p = 0,038$), nilai agama ($p = 0,017$), nilai ekonomi ($p = 0,000$), nilai kesehatan ($p = 0,012$) dan tradisi/kebiasaan KB di keluarga ($p = 0,021$). Hasil uji multivariat yang berpengaruh terhadap keikutsertaan KB yaitu akses kemedi, akses ke pelayanan, nilai anak, nilai ekonomi, dan tradisi. Disarankan kepada BPPKB untuk mengaktifkan kembali pemberian informasi tentang KB di daerah penelitian.

Kata Kunci : Keikutsertaan, Sosiodemografi dan Budaya KB

ABSTRACT

Total population and population growth rate is still a problem in the world, and one attempts to do to suppress the increase of population is the family planning program. Since 1997 family planning programs have stagnated, so participants KB does not match the specified targets. District of the Kecamatan Siantar Timur with the lowest levels of participation KB Pematangsiantar City, with the participation of KB 61% is still lower than the minimum standard of achievement is 70% Pematangsiantar.

This type of survey research with a cross-sectional design, aiming to clarify the influence of sociodemographic and cultural factors with KB's wife EFA participation in the Kecamatan Siantar Timur of the City Pematangsiantar Siantar. Sampling of 120 people, using the technique of sampling purposive. The data was collected using a questionnaire interview. Bivariate data analysis methods with chi square and multivariate logistic regression with a double.

Bivariate test results show that variables related to participation KB namely: age ($p = 0.019$), occupation ($p = 0.012$), and traditions / customs of family planning in the family ($p = 0.021$). Multivariate test results that affect the participation of KB that age ($p = 0.020$), occupation ($p = 0.010$), and traditions / customs of family planning in the family ($p = 0.036$). The most dominant effect is variable job. To the wife of EFA uantk more active in family planning programs, and to the officers to increase the return pemeberian information about the program.

Keywords: Participation, Socio-Demographic and Cultural KB

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala limpahan kasih karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Pengaruh Sociodemografi dan Budaya terhadap Keikutsertaan Wanita Pasangan Usia Subur dalam Program KB Di Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar Tahun 2012”**

Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapat bantuan, dorongan, bimbingan dan kerjasama dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Prof. Dr. Dr. Syahril Pasaribu, DTM&H, M.Sc. (CTM), Sp.A(K), selaku Rektor Universitas Sumatera Utara.
2. Dr. Drs. Surya Utama, M.S. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
3. Dr. Ir. Evawany Aritonang, M.Si, selaku Sekretaris Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
4. Drs. Heru Santosa, M.S, Ph.D dan Drs. Abdul Jalil Amri Arma, M.Kes, selaku ketua komisi pembimbing dan anggota komosi pembimbing yang telah meluangkan waktu, pemikiran, arahan dan bimbingan hingga selesainya penulisan tesis ini.

5. Drs. Amir Purba, M.S. Ph.D dan Drs. Temazaro Zega, M.Kes selaku ketua komisi penguji dan anggota komisi penguji yang telah memberikan bimbingan, kritik serta saran yang sangat membantu untuk kesempurnaan penulisan tesis ini.
6. Seluruh dosen pengajar Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi Kesehatan Reproduksi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara yang telah memberikan bekal ilmu dan pengetahuan.
7. Camat Kecamatan Siantar Timur yang telah memberikan izin dan informasi kepada penulis untuk penelitian di lingkungan wilayah kerja Puskesmas Berohol.
8. Suami saya Jun Marudut Tua Purba dan anak-anakku, Rehuli Purba dan Jumaga Purba atas doa dan dukungan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kedua orang tua, kakak, abang dan adik serta semua keluarga atas doa, dukungan dan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Teman-teman seperjuangan di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah bersedia menjadi teman berdiskusi untuk penyelesaian tesis ini.

Penulis berharap semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas semua kebaikan dengan melimpahkan berkat dan rahmat-Nya dalam kehidupan selanjutnya.

Medan, September 2012

Penulis

Renny Sinaga
107032232/IK

RIWAYAT HIDUP

Renny Sinaga, lahir pada tanggal 30 Oktober 1975 di Parapat, anak ketiga dari enam bersaudara dari pasangan ayahanda Pariaman Sinaga dan ibunda Zubaidah Sitorus.

Pendidikan formal penulis dimulai dari Sekolah Dasar di SD Negeri No. 4 Parapat, selesai tahun 1986, Sekolah Menengah Pertama di SMP Negeri 4 Tebing Tinggi, selesai tahun 1989, Sekolah Perawat Kesehatan di SPK Tebing Tinggi, selesai tahun 1993, D-I Program Pendidikan Bidan di Tebing Tinggi, selesai tahun 1994, DIII Kebidanan Depkes Medan, selesai tahun 1999, D-IV Bidan Pendidik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, selesai tahun 2001.

Tahun 1994 s/d 1997 bekerja sebagai Bidan Pegawai Tidak Tetap di Kabupaten Nias dan tahun 2001 sampai dengan sekarang bekerja sebagai dosen di Politeknik Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan PematangSiantarPenulis bekerja di Program Studi Kebidanan Pematangsiantar, Politehnik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan tahun 2001 sampai sekarang.

Penulis mengikuti pendidikan lanjutan di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi Kesehatan Reproduksi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara sejak tahun 2010.

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR	iii
RIWAYAT HIDUP	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	7
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.4. Hipotesis.....	8
1.5. Manfaat Penelitian	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. Program Keluarga Berencana	9
2.1.1. Pengertian Keluarga Berencana	9
2.1.2. Asas, Prinsip dan Tujuan Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga	10
2.1.3. Keluarga Berencana (UU. No. 52 Tahun 2009).....	11
2.1.4. Visi, Misi, Kebijakan dan Strategi	13
2.1.5. Kegiatan Program	14
2.2. Sosiodemografi	18
2.3. Budaya	20
2.4. Determinan Perilaku.....	25
2.4.1. Teori Lawrence Green	26
2.4.2. Domain Perilaku	26
2.4.3. Determinan dalam keikutsertaan KB	27
2.5. Landasan Teori.....	41
2.6. Kerangka Konsep	42
BAB 3. METODE PENELITIAN	43
3.1. Jenis Penelitian.....	43
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	43
3.3. Populasi	43
3.4. Metode Pengumpulan Data	46

3.5. Variable dan Defenisi Operasional	47
3.6. Metode Pengukuran.....	49
3.7. Metode Analisis Data.....	53
BAB 4 HASIL PENELITIAN	
4.1. Deskripsi Lokasi Penelitian	55
4.1.1. Kondisi Geografis	55
4.1.2. Gambaran pelaksanaan KB	55
4.1.3. Kondisi Demografi.....	56
4.2. Analisis Univariat	57
4.2.1. Faktor Sosiodemografi.....	57
4.2.2. Faktor Budaya KB	60
4.2.3. Keikutsertaan KB	63
4.3. Analisis Bivariat	64
4.3.1. Sosiodemografi	64
4.3.2. Budaya KB.....	69
4.4. Analisis Multivariat	72
BAB 5 PEMBAHASAN	
5.1. Keikutsertaan KB	75
5.2. Sosiodemografi.....	76
5.3. Budaya	85
5.4. Faktor yang Paling Dominan terhadap Keikutsertaan KB	90
5.5. Keterbatasan Penelitian	92
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1. Kesimpulan.....	93
6.2. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	95
LAMPIRAN.....	100

DAFTAR TABEL

No.	Judul	Halaman
3.1.	Besar Sampel yang di teliti di Wilayah Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar Tahun 2012	45
4.1.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	57
4.2.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	58
4.3.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	58
4.4.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	59
4.5.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Akses terhadap media di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	59
4.6.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Akses terhadap Pelayanan Ibu di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	60
4.7.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Ibu di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	60
4.8.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Nilai Anak di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	61
4.9.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tradisi/Kebiasaan Keluarga di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012.....	61
4.10.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Nilai Agama di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	62
4.11.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Nilai Ekonomi di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	62

4.12.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Nilai Kesehatan di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	63
4.13.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	63
4.14	Hubungan umur dengan keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	65
4.15.	Hubungan Pendidikan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	65
4.16.	Hubungan Pekerjaan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	66
4.17.	Hubungan Pengetahuan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	67
4.18	Hubungan Akses terhadap Media dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	67
4.19.	Hubungan Akses terhadap Pelayanan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	68
4.20	Hubungan Sikap Ibu dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	69
4.21	Hubungan Nilai Anak dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	69
4.22	Hubungan Tradisi/Kebiasaan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	70
4.23	Hubungan Nilai Agama dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	71
4.24.	Hubungan Nilai Ekonomi dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	71
4.25.	Hubungan Nilai Kesehatan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	72

4.25.	Hasil Analisis Multivariat Pengaruh Sosiodemografi dan Budaya terhadap Keikutsertaan Program KB Wanita PUS di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012	73
-------	--	----

DAFTAR GAMBAR

No.	Judul	Halaman
2.1	Asumsi Determinan Perilaku	25
2.2	Faktor yang Memengaruhi Perilaku	27
2.6	Kerangka Konsep Penelitian	42

DAFTAR LAMPIRAN

No.	Judul	Halaman
1	Surat Permohonan Izin Penelitian	100
2	Kuesioner Pengaruh Sosiodemografi dan Budaya terhadap Keikutsertaan Wanita Pasangan Usia Subur dalam Program Keluarga Berencana di Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar.....	101
3.	Hasil Uji Variabelitas dan Reliabilitas	110
4.	Hasil Uji Statistik Univariat	119
5.	Hasil Uji Statistik Bivariat.....	123
6.	Hasil uji Statistik Multivariat	136

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Jumlah penduduk dan laju pertumbuhan penduduk yang masih tinggi masih merupakan masalah di dunia. Pertambahan jumlah penduduk harus diikuti dengan pertambahan produksi pangan. Indonesia merupakan negara yang dilihat dari jumlah penduduknya ada pada posisi keempat dengan laju pertumbuhan tertinggi di dunia. Menurut laporan Badan Pusat Statistik (BPS), jumlah penduduk Indonesia tahun 2010 adalah 237,6 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk 1,49. Ini berarti setiap tahunnya akan ada terjadi pertumbuhan penduduk sekitar 3,5 juta lebih pertahunnya. Jika laju pertumbuhan tidak ditekan maka jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2045 bisa menjadi sekitar 450 juta jiwa (BKKBN,2007) Hal ini berarti satu dari duapuluh penduduk dunia adalah orang Indonesia.

Kondisi Indonesia dengan jumlah penduduk yang besar, dan pertumbuhan yang tinggi, serta kualitas yang sangat rendah sangat tidak kondusif bagi pembangunan berkelanjutan ditanah air dan berpotensi bagi semakin terpuruknya status sosial dan ekonomi masyarakat sehingga menyulitkan upaya-upaya pengentasan kemiskinan. Itulah sebabnya sejalan dengan upaya-upaya peningkatan kualitas penduduk melalui program pendidikan, kesehatan, dan pembangunan lainnya, tidak kalah pentingnya adalah upaya-upaya untuk melakukan perencanaan keluarga secara sungguh-sungguh sehingga penambahan penduduk yang tidak terkendali dapat dihindari dan setiap

keluarga dapat merencanakan kehidupan keluarganya secara lebih baik dan bertanggung jawab (BKKBN, 2011). Salah satu upaya yang dapat dilaksanakan untuk menekan laju pertumbuhan penduduk ini adalah dengan program Keluarga Berencana (KB).

Gerakan Keluarga Berencana Nasional (GKBN) telah berjalan lebih kurang 40 tahun dan sudah begitu banyak memberikan hasil dalam pengelolaannya. Bila dilihat dari banyaknya pasangan Usia Subur (PUS) yang mengikuti GKBN tersebut, yaitu 26 Juta PUS dari 34 Juta PUS yang ada di Indonesia. Disamping itu berdasarkan sensus penduduk tahun 1990 telah memberikan dampak pada sisi demografi yang menunjukkan laju pertumbuhan penduduk Indonesia sebesar 1,97% pertahun periode 1980-1990. Jika dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk periode 1971-1990 sebesar 2,34% pertahun, berarti telah berhasil diturunkan sebanyak 0,34%. Kemudian pada tahun 1993 laju pertumbuhan penduduk turun lagi menjadi 1,66% pertahun, dan pada SDKI 2000 sampai dengan 2010 Laju pertumbuhan penduduk menjadi 1,40% (BKKBN,2011)

Sejak tahun 1997 program KB tidak lagi populer dan mengalami stagnasi. Hal ini terlihat dari jumlah peserta KB aktif yang belum mencapai target yang ditentukan oleh BKKBN yaitu 75 %. (BKKBN, 2005 dikutip dari Tatarini, J.2009). Beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya cakupan program KB tersebut diantaranya adalah pengadaan alat kontrasepsi yang masih kurang, jumlah petugas lapangan yang masih minim serta kebijakan pemerintah di tiap daerah tidak sama. (BKKBN 2004, dikutip dari Tatarini, Junita, 2009).

Target utama pelaksanaan program KB adalah pasangan usia subur (PUS), yang secara alamiah potensial dalam kesehatan reproduksi. Tujuannya adalah meningkatkan kesadaran pasangan usia subur terhadap pentingnya program KB untuk menjamin kesehatan ibu dan anak serta kebahagiaan keluarga. Permasalahan utama yang dihadapi dalam pelaksanaan program KB pada umumnya kultur masyarakat yang masih memegang erat nilai-nilai budaya setempat dan nilai agama (Mardiyah,2009)

Salah satu Indikator pencapaian pelayanan Keluarga Berencana (KB) adalah persentase peserta KB baru. Peningkatan mutu pelayanan program KB juga diarahkan untuk pemakaian alat kontrasepsi yang makin efektif yaitu yang mempunyai tingkat perlindungan kehamilan yang lebih tinggi. Seorang peserta KB yang menggunakan alat kontrasepsi yang efektif akan semakin kecil mengalami risiko kehamilan. Dengan demikian akan memberikan dampak yang lebih besar pada usaha penurunan tingkat kelahiran sebagai sasaran kuantitatif dari program Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN,2003)

Banyak faktor yang mempengaruhi seseorang dalam keikutsertaan ber KB. Menurut Kusumaningrum (2009), faktor umur, tingkat pendidikan dan jumlah anak sangat mempengaruhi seseorang dalam pemilihan alat kontrasepsi. Budaya yang ada dimasyarakat juga sangat mempengaruhi seseorang untuk mengambil keputusan menggunakan sesuatu untuk kebutuhan dirinya. Saleh (2003) mengatakan faktor budaya berpengaruh secara signifikan di wilayah budaya Mataram dan Madura, terhadap efektifitas pelaksanaan program KB dan tingkat fertilitas. Menurut Casuli

(2005) ada hubungan yang bermakna antara umur, pekerjaan, sikap dan Dukungan Keluarga terhadap keikutsertaan PUS dalam KB. Penelitian Sakhnan,R (2001) menyatakan bahwa nilai anak, pengetahuan, sikap dan perilaku petugas berhubungan dengan keikutsertaan PUS dalam program KB. Manuaba (1998) mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi alasan pemilihan metode kontrasepsi diantaranya adalah tingkat ekonomi, pekerjaan dan tersediannya layanan kesehatan yang terjangkau. Hasil penelitian Meutia (1997) menunjukkan ada pengaruh karakteristik (pekerjaan, dukungan keluarga) dan pengetahuan akseptor KB terhadap utilitas alat kontrasepsi Implant.

Menurut hasil sub sistim pencatatan dan pelaporan BKKBN Propinsi Sumatera Utara (BKKBN,2011) pencapaian peserta KB baru secara propinsi Sumatera Utara sebanyak 189.488 peserta atau 50,88% dari target kontrak Kinerja Propinsi (KKP), Sedangkan jumlah peserta KB aktif di Sumatera Utara pada tahun 2011 adalah sebesar 1.456.460 peserta atau sebesar 96,86% dari perkiraan sebesar 1.503.664 peserta (BKKBN,2011). Jika dilihat dari angka tersebut pencapaian KB baru dan KB aktif di propinsi Sumatera Utara secara umum adalah baik, namun hal tersebut belum menggambarkan secara utuh bagaimana kondisi di Kota dan Kabupaten yang ada diwilayah Propinsi Sumatera Utara.

Kota Pematangsiantar merupakan bagian dari Propinsi Sumatera Utara dengan jarak ke ibu Kota Propinsi yaitu Medan sejauh 128 Km. Berdasarkan Data BPS tahun 2010 jumlah penduduk di Kota Pematangsiantar adalah 234.698 jiwa (profil Kesehatan, 2010), dan jumlah PUS sebanyak 35.332 PUS. Dari jumlah tersebut 7.040

PUS (19,9%) adalah peserta KB baru pada tahun 2010, sedangkan peserta KB aktif adalah 26.218 PUS (74,2%) lebih tinggi dari Indikator standar pelayanan minimal (SPM) 2010 Kota Pematangsiantar yaitu 70% (Profil Kesehatan Pematangsiantar,2010). Jika dilihat dari data diatas cakupan KB di Kota Pematangsiantar mayoritas sudah melebihi standar pelayanan minimal Kota Pematangsiantar, namun masih ada Kecamatan yang cakupan KB masih lebih rendah dari SPM Kota yaitu Kecamatan Siantar Timur.

Kota Pematangsiantar terdiri dari 8 Kecamatan dan 53 Kelurahan dengan jarak rata-rata ibu Kota Kecamatan ke Ibu Kota Pematangsiantar 2-10 Km. Kecamatan Siantar Timur adalah salah satu Kecamatan di Kota Pematangsiantar dengan jumlah penduduk 38454 jiwa dan jumlah PUS 6470. Kecamatan Siantar Timur terdiri dari beberapa suku dan etnis yaitu Tapanuli/Toba 26.572 jiwa, jawa 5.405 jiwa, Simalungun 4.705 jiwa, Madina 1.792 jiwa, Minang 529 jiwa, Karo 1.139 jiwa, melayu 191 jiwa, Nias 299 jiwa, Aceh 99 jiwa, Pakpak 100 jiwa dan lainnya 1.370 jiwa . Mayoritas suku penduduk di Kecamatan Siantar Timur adalah Batak Toba, dan pekerjaan penduduk pada umumnya adalah pada sektor perdagangan (31,5%). (BPS Kota Pematang Siantar 2012).

Di Kecamatan Siantar Timur nilai-nilai budaya batak Toba masih terlihat walaupun sudah di pengaruhi oleh budaya modern. Salah satu nilai budaya utama yang melekat secara *primordial* pada suku batak yaitu nilai *hagabeon* yaitu banyak keturunan dan panjang umur. satu ungkapan tradisional Batak yang terkenal yang disampaikan pada saat upacara pernikahan adalah ungkapan yang mengharapkan agar

kelak pengantin baru dikaruniakan putra 17 dan putri 16. Sumber daya manusia bagi orang Batak sangat penting. Kekuatan yang tangguh hanya dapat dibangun dalam jumlah manusia yang banyak. Ini erat hubungannya dengan sejarah suku bangsa Batak yang ditakdirkan memiliki budaya bersaing yang sangat tinggi. Konsep *Hagabeon* berakar, dari budaya bersaing pada jaman purba, bahkan tercatat dalam sejarah perkembangan, terwujud dalam perang huta. Dalam perang tradisional ini kekuatan tertumpu pada jumlah personil yang besar. Mengenai umur panjang dalam konsep *hagabeon* disebut *saur matua bulung* (seperti daun, yang gugur setelah tua). Dapat dibayangkan betapa besar penambahan jumlah tenaga manusia yang diharapkan oleh orang Batak, karena selain setiap keluarga diharapkan melahirkan putra-putri sebanyak 33 orang, juga semuanya diharapkan berusia lanjut. Nilai primordial yang melekat pada suku batak ini sangat mempengaruhi keikutsertaan dalam Program KB.

Laporan Dinas Pemberdayaan Perempuan dan KB Kota Pematangsiantar, Kecamatan Siantar Timur adalah Kecamatan dengan tingkat kesertaan KB (*current user*) paling rendah di Kota Pematang Siantar yaitu 4026 PUS (61%) dari 6470 PUS, lebih rendah dari SPM Kota Pematangsiantar tahun 2010 yaitu 70%. Hasil wawancara peneliti dengan 15 orang isteri PUS yang sudah memiliki 2 anak yang tidak ikut dalam program KB di Kecamatan Pematang Siantar menyatakan alasan mereka enggan ikut berKB adalah karena takut efek samping, suami tidak memberi izin (juga karena alasan bahaya pada isteri), belum memiliki anak laki-laki dan biaya yang mahal .

Upaya untuk meningkatkan pencapaian KB aktif ini telah banyak dilakukan yaitu dengan adanya sarana Posyandu, banyaknya jumlah bidan praktek swasta yang juga memberi pelayanan KB, dan Puskesmas yang seluruhnya memberi pelayanan KB. Namun hal ini nampaknya belum dapat secara optimal membuat tingkat kesertaan KB di Kecamatan Siantar Timur mencapai target SPM yang telah ditetapkan.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “ Pengaruh Sosiodemografi dan Budaya terhadap keikutsertaan Keluarga Berencana pada wanita Pasangan Usia Subur di Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar Tahun 2012.

1.2. Permasalahan

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana pengaruh faktor sosiodemografi (umur ibu, pendidikan, pekerjaan, akses kemedial, akses pelayanan KB, pengetahuan dan sikap ibu) dan budaya (nilai ekonomi, nilai kesehatan, nilai anak, nilai agama, dan tradisi/kebiasaan) terhadap keikutsertaan KB wanita pasangan usia subur di Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar Tahun 2012.

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui pengaruh faktor Sosiodemografi (umur ibu, pendidikan, pekerjaan, akses kemedial, akses pelayanan KB, pengetahuan dan sikap ibu) dan faktor budaya (nilai ekonomi, nilai kesehatan, nilai anak, nilai agama dan

tradisi/kebiasaan) terhadap keikutsertaan KB wanita pasangan usia subur di Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar tahun 2012.

1.4 Hipotesis

Ada pengaruh faktor Sosiodemografi (umur ibu, pendidikan, pekerjaan, akses kedia, akses pelayanan KB, pengetahuan dan sikap ibu) dan faktor budaya (nilai ekonomi, nilai kesehatan, nilai anak, nilai agama dan tradisi/kebiasaan) terhadap keikutsertaan KB wanita pasangan usia subur di Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar tahun 2012.

1.5. Manfaat Penelitian

- 1.5.1. Sebagai bahan masukan bagi Pemerintah Kota Pematang Siantar dan unsur-unsur terkait lainnya dalam rangka mengevaluasi sistim pelayanan KB
- 1.5.2. Hasil Penelitian ini dapat dipergunakan sebagai acuan dalam penelitian serupa di lokasi berbeda dengan kondisi berbeda.
- 1.5.3. Penelitian ini memberikan khasanah pengetahuan mengenai gambaran peran serta ibu-ibu PUS dalam ber KB di era reformasi dengan visi dan misi yang berbeda.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Program Keluarga Berencana

2.1.1. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut UU NO 52 tahun 2009 Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Pengaturan kehamilan adalah upaya untuk membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak, dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat, dan obat kontrasepsi.

Keluarga berkualitas adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah dan bercirikan sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Ketahanan dan kesejahteraan keluarga adalah kondisi keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik materil guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan kebahagiaan lahir dan batin. Keluarga berencana dilaksanakan untuk membantu calon atau pasangan suami isteri dalam mengambil keputusan dan mewujudkan hak reproduksi secara bertanggung

jawab tentang, usia ideal perkawinan, usia ideal melahirkan, jumlah anak ideal, jarak kelahiran anak dan penyuluhan kesehatan reproduksi.

2.1.2. Asas, Prinsip dan Tujuan Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga

a. Asas

Perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga berdasarkan norma agama, perikemanusiaan, keseimbangan, dan manfaat.

b. Prinsip

Perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga berdasarkan prinsip pembangunan kependudukan yang terdiri atas:

- 1) kependudukan sebagai titik sentral kegiatan pembangunan;
- 2) pengintegrasian kebijakan kependudukan ke dalam pembangunan sosial budaya, ekonomi, dan lingkungan hidup;
- 3) partisipasi semua pihak dan gotong royong;
- 4) perlindungan dan pemberdayaan terhadap keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat;
- 5) kesamaan hak dan kewajiban antara pendatang dan penduduk setempat;
- 6) perlindungan terhadap budaya dan identitas penduduk lokal; dan
- 7) keadilan dan kesetaraan gender.

c. Tujuan

- (1) perkembangan kependudukan bertujuan untuk mewujudkan keserasian, keselarasan, dan keseimbangan antara kuantitas, kualitas, dan persebaran penduduk dengan lingkungan hidup.
- (2) pembangunan keluarga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tenteram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.

2.1.3. Keluarga Berencana (UU.NO.52 Tahun 2009)

Untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas, Pemerintah menetapkan kebijakan keluarga berencana melalui penyelenggaraan program keluarga berencana. Kebijakan keluarga berencana dilaksanakan untuk membantu calon atau pasangan suami istri dalam mengambil keputusan dan mewujudkan hak reproduksi secara bertanggung jawab tentang:

- a. usia ideal perkawinan
- b. usia ideal untuk melahirkan;
- c. jumlah ideal anak;
- d. jarak ideal kelahiran anak; dan
- e. penyuluhan kesehatan reproduksi.
- f. menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak;
- g. meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi;

- h. meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek keluarga berencana; dan
- i. mempromosikan menyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

Kebijakan keluarga berencana mengandung pengertian bahwa dengan alasan apapun promosi aborsi sebagai pengaturan kehamilan dilarang. Kebijakan keluarga berencana dilakukan melalui upaya, peningkatan keterpaduan dan peran serta masyarakat, pembinaan keluarga dan pengaturan kehamilan dengan memperhatikan agama, kondisi perkembangan sosial ekonomi dan budaya, serta tata nilai yang hidup dalam masyarakat. Upaya – upaya tersebut dilaksanakan disertai dengan komunikasi, informasi dan edukasi. Kebijakan keluarga berencana diatur dengan Peraturan Pemerintah. Pemerintah dan pemerintah daerah wajib meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan kontrasepsi dengan cara:

- a. menyediakan metode kontrasepsi sesuai dengan pilihan pasangan suami istri dengan mempertimbangkan usia, paritas, jumlah anak, kondisi kesehatan, dan norma agama;
- b. menyeimbangkan kebutuhan laki-laki dan perempuan;
- c. menyediakan informasi yang lengkap, akurat, dan mudah diperoleh tentang efek samping, komplikasi, dan kegagalan kontrasepsi, termasuk manfaatnya dalam pencegahan penyebaran virus penyebab penyakit penurunan daya tahan tubuh dan infeksi menular karena hubungan seksual;

- d. meningkatkan keamanan, keterjangkauan, jaminan kerahasiaan, serta ketersediaan alat, obat dan cara kontrasepsi yang bermutu tinggi;
- e. meningkatkan kualitas sumber daya manusia petugas keluarga berencana;
- f. menyediakan pelayanan ulang dan penanganan efek samping dan komplikasi pemakaian alat kontrasepsi;
- g. menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi esensial di tingkat primer dan komprehensif pada tingkat rujukan;
- h. melakukan promosi pentingnya air susu ibu serta menyusui secara eksklusif untuk mencegah kehamilan 6 (enam) bulan pasca kelahiran, meningkatkan derajat kesehatan ibu, bayi dan anak; dan
- i. melalui pemberian informasi tentang pencegahan terjadinya ketidakmampuan pasangan untuk mempunyai anak setelah 12 (dua belas) bulan tanpa menggunakan alat pengaturan kehamilan bagi pasangan suami isteri.

2.1.4. Visi dan Misi

Sesuai dengan UU Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, membawa perubahan pada visi dan misi Program KB Nasional. Visi “Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera” menjadi Visi baru, yaitu “Penduduk Tumbuh Seimbang Tahun 2015” suatu keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak ideal, berwawasan kedepan, bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Misi yang diemban oleh Program KB Nasional untuk mencapai visi baru tersebut

adalah mewujudkan pembangunan yang berwawasan kependudukan dan kelembagaan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Visi dan misi yang baru ini memberikan gambaran yang jelas bahwa Program KB Nasional mencakup aspek Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Kesejahteraan Keluarga dan Pemberdayaan Keluarga. Secara operasional visi dan misi baru dijabarkan dalam berbagai kegiatan, dimulai dengan pengembangan kebijakan di tingkat pusat. Pada pelaksanaan di lapangan diharapkan secara teknis operasional perubahan paradigma, perubahan visi dan misi, perubahan strategi Program KB Nasional, dapat diterapkan, dilaksanakan dan dimantapkan melalui berbagai kegiatan operasional dengan tetap mempertimbangkan keberhasilan maupun kendala yang ditemukan pada pelaksanaan.

2.1.5. Kegiatan Program

a. Program Pemberdayaan Keluarga

Program Pemberdayaan Keluarga diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan dan ketahanan keluarga. Keberhasilan program ini ditandai oleh menurunnya jumlah keluarga yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, meningkatnya jumlah keluarga yang dapat mengakses informasi dan sumber daya ekonomi bagi peningkatan kesejahteraan keluarganya, meningkatnya kemampuan keluarga dalam pengasuhan anak dan menurunnya disharmoni dan tindak kekerasan dalam keluarga. Untuk mencapai sasaran kinerja tersebut dilaksanakan kegiatan program sebagai berikut:

1) Peningkatan Pemberdayaan Ekonomi Keluarga

Program ini bertujuan untuk menumbuhkan dan meningkatkan minat, semangat serta ketrampilan keluarga dalam bidang usaha ekonomi produktif, melalui upaya perluasan dan cakupan program dan sekaligus meningkatkan kualitas UPPKS, melalui upaya, Pembinaan kelompok UPPKS, bertujuan untuk terselenggaranya kemandirian kelompok UPPKS, sebagai kelompok usaha ekonomi produktif yang beranggotakan keluarga (istri) akseptor KB dalam usaha mereka untuk meningkatkan pendapatan keluarga, pembinaan permodalan skim Kukesra dan Kukesra Mandiri, sebagai bagian usaha, fasilitasi keluarga dalam mengakses permodalan, perluasan cakupan informasi dan akses sumberdaya ekonomi khususnya terhadap, keluarga Pra Sejahtera dan Sejahtera I, yang meliputi usaha fasilitasi akses pemasaran produksi hasil kelompok usaha ekonomi produktif keluarga ke pasar. Dilakukan melalui kerjasama dengan pihak BUMN dan swasta.

2) Peningkatan Ketahanan Keluarga

Tujuan program ketahanan keluarga adalah untuk meningkatkan ketahanan keluarga agar memiliki keuletan, ketangguhan dan kemampuan fisik material dan psikis spritual guna mengembangkan diri dan keluarganya secara mandiri sehingga keluarga mampu menangkal pengaruh budaya asing yang negatif dan mencegah serta menanggulangi penyalahgunaan NAPZA oleh anggotanya. Adapun kegiatan yang dilaksanakan antara lain, bina Keluarga (BKB, BKR dan BKL) bertujuan untuk meningkatkan kesertaan keluarga dalam kegiatan pembinaan keluarga sehingga dapat meningkatkan akses informasi yang membutuhkannya. Kegiatannya antara lain

dilakukan melalui usaha penumbuh kembangan anak, pembinaan karakter sejak dini, peningkatan kualitas lingkungan keluarga, bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kepedulian dan peran keluarga dalam pemeliharaan mutu lingkungan fisik maupun sosial sehingga dapat tercipta hubungan harmonis dalam keluarga dan lingkungannya.

b. Program Kesehatan Reproduksi Remaja

Program Kesehatan Reproduksi Remaja bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga guna mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang.

c. Program Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana bertujuan untuk memenuhi permintaan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas serta mengendalikan angka kelahiran yang pada akhirnya meningkatkan kualitas penduduk dan mewujudkan keluarga-keluarga kecil berkualitas. Pelaksanaan Program Keluarga Berencana yang akan dilaksanakan pada tahun 2002 ini, mencakup perlindungan hak-hak reproduksi dalam penyelenggaraan jaminan dan pelayanan KB, peningkatan partisipasi pria, penanggulangan masalah-masalah kesehatan reproduksi, dan kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak.

- 1) Perlindungan Hak-hak Reproduksi mencakup pengambilan keputusan tentang proses reproduksi yang bebas dari diskriminasi, paksaan dan kekerasan, seperti hak-hak azasi manusia pada umumnya.

- 2) Penyelenggaraan Jaminan dan Pelayanan KB, diarahkan untuk memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB & KR. Setiap pelayanan KB & KR baik yang diselenggarakan melalui jalur pemerintah maupun swasta dan LSOM,
- 3) Peningkatan Partisipasi Pria, bertujuan untuk meningkatkan dan mengembangkan kualitas pelayanan informasi dan pelayanan KB & KR yang lebih berwawasan kesetaraan dan keadilan gender.
- 4) Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi, bertujuan untuk meningkatkan penanggulangan masalah kesehatan reproduksi melalui penanggulangan HIV/AIDS, Penyakit Menular Seksual serta peningkatan kesehatan seksual dan penanggulangan keluarga infertile (tidak subur).
- 5) Upaya Peningkatan Kelangsungan Hidup Ibu, Bayi dan Anak, dimaksudkan sebagai salah satu upaya untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu, bayi dan anak. Upaya tersebut dilakukan melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga tentang perencanaan kehamilan.

d. Program Penguatan Kelembagaan dan Jaringan KB

- 1) Pengembangan Kegiatan Advokasi, Komunikasi, Informasi dan Edukasi.
- 2) Peningkatan Institusi dan Peranserta Masyarakat.
- 3) Peningkatan Kapasitas Kelembagaan.
- 4) Pengelolaan Keuangan dan Perencanaan Anggaran.
- 5) Pencatatan dan Pelaporan Program KB Nasional

2.2. Sosiodemografi

Demografi sebagai salah satu disiplin ilmu telah berkembang sejak tiga abad yang lalu. Demografi merupakan istilah yang berasal dari dua kata Yunani, yaitu *demos* yang berarti rakyat atau penduduk dan *grafein* yang berarti menggambar atau menulis. Demografi dapat diartikan sebagai tulisan atau gambaran tentang penduduk. Demografi memberikan gambaran menyeluruh tentang perilaku penduduk, baik secara *agregat* maupun kelompok. (Adioetomo, 2010)

Berdasarkan pengertian dan sejarah perkembangan demografi maka demografi saat ini tidak hanya dipelajari secara murni, tetapi juga dipelajari secara luas dengan mengindahkan variabel-variabel nondemografis (sosial, ekonomi, budaya, lingkungan dan politik). Demografi bukan lagi merupakan disiplin ilmu yang tersendiri, tetapi lebih merupakan ilmu yang bersifat interdisipliner. (Adioetomo, 2010)

Penduduk dapat dikelompokkan menurut karakteristik tertentu, seperti kelompok umur, karakteristik sosial-ekonomi, dan persebaran atau distribusi tempat tinggalnya. Pengelompokan ini sangat berguna untuk berbagai maksud dan tujuan. Berikut ini adalah pengelompokan penduduk berdasarkan berbagai karakteristik:

1) Karakteristik Demografi

Ciri demografi yang pertama adalah umur dan jenis kelamin. Dalam demografi ada kesepakatan bahwa umur seseorang dihitung menurut ulang tahunnya yang terakhir. Pengelompokan penduduk menurut distribusi umur dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan. Karakteristik ini mempunyai pengaruh penting, baik terhadap tingkah laku demografis maupun sosial ekonomi.

2) Karakteristik Sosial

Komposisi penduduk menurut karakteristik sosial dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat pendidikan dan status perkawinan. Tingkat pendidikan diukur dari jumlah penduduk umur 10 tahun ke atas menurut status tamat sekolah. Tamat sekolah didefinisikan telah selesainya seseorang mengikuti pelajaran pada kelas tertinggi suatu jenjang sekolah sampai akhir dengan mendapatkan tanda tamat belajar atau ijazah, baik dari sekolah negeri maupun swasta. Berdasarkan status perkawinan, penduduk 10 tahun keatas dapat dikelompokkan sebagai berikut: belum kawin, kawin, cerai, dan janda atau duda. Status perkawinan merupakan suatu karakteristik demografi yang tidak hanya mencakup aspek sosial tetapi juga aspek ekonomi, biologis, hukum dan agama. Perkawinan adalah penyatuan legal antara dua orang yang berlainan jenis kelamin sehingga menimbulkan hak dan kewajiban akibat perkawinan

3) Karakteristik Ekonomi

Menurut karakteristik ekonomi, penduduk dapat dikelompokkan berdasarkan lapangan usaha, jenis pekerjaan, dan status pekerjaan. Sejak usia 20 tahun, partisipasi perempuan di pasar kerja hanya sekitar 60% dari seluruh penduduk perempuan pada usia yang sama. Kemungkinan besar hal ini terkait dengan kesibukan dan tanggung jawab serta peran perempuan sebagai pengelola rumah tangga. (Prayoga AD,2007).

2.3. Budaya

2.3.1. Definisi Budaya

Para pakar antropologi Indonesia sepakat dengan Kata budaya berasal dari kata *budh* dalam bahasa Sanskerta yang berarti akal, kemudian menjadi kata *budhi* (tunggal) atau *budhayah* (majemuk), sehingga budaya diartikan sebagai hasil pemikiran atau akal manusia. Ada juga pendapat yang mengatakan bahwa budaya berasal dari kata budi dan daya. Budi adalah akal yang merupakan unsur rohani dalam kebudayaan, sedangkan daya berarti perbuatan atau ikhtiar sebagai unsur jasmani, sehingga budaya diartikan sebagai hasil dari akal dan ikhtiar manusia (Maran,RR, 2007). Antropolog Inggris, Sir Edward B.Tylor dalam buku Marran, RR (2007) menggunakan kata kebudayaan untuk menunjuk keseluruhan kompleks dari ide dan segala sesuatu dalam pengalaman historisnya, disini termasuk pengetahuan, kepercayaan, seni, moral dan hukum, kebiasaan, dan kemampuan serta perilaku lainnya yang diperoleh manusia sebagai anggota masyarakat Kebudayaan diartikan juga sebagai suatu jalinan yang meliputi pengetahuan, kepercayaan, keseniaan, susila, hukum, adat istiadat dan kesanggupan lain yang diperoleh sebagai anggota masyarakat (Saleh M,2003). Mulyana D, Rahmat J, mengatakan bahwa budaya adalah gaya hidup unik suatu kelompok manusia tertentu, budaya bukanlah sesuatu yang dimiliki oleh sebagian orang yang tidak dimiliki orang lainnya-budaya dimiliki oleh seluruh manusia dan dengan demikian merupakan suatu faktor pemersatu.

Pemilihan definisi budaya yang tepat sangat sukar karena begitu banyak orang yang mendefinisikannya. Menurut Ki Hajar Dewantara, budaya berarti buah budi manusia yang merupakan hasil perjuangan manusia terhadap dua pengaruh kuat, yakni alam dan zaman (kodrat dan masyarakat) yang merupakan bukti kejayaan hidup manusia untuk mengatasi berbagai rintangan dan kesukaran dalam hidup dan penghidupannya guna mencapai keselamatan dan kebahagiaan yang pada lahirnya bersifat tertib dan damai. Alisyahbana mengatakan bahwa budaya manifestasi dari cara berpikir, sehingga menurutnya pola kebudayaan itu sangat luas sebab semua tingkah laku dan perbuatan tercakup di dalamnya dan dapat diungkapkan pada basis dan cara berpikir, termasuk di dalamnya perasaan karena perasaan juga merupakan maksud dari pikiran.

Keesing (dalam Mintargo 2000) menyebutkan budaya adalah totalitas pengetahuan manusia pengalaman yang terakumulasi, dan yang ditransmisikan secara sosial atau singkatnya kebudayaan adalah tingkah laku yang diperoleh melalui proses sosialisasi. Sedangkan Peursen mengartikan budaya sebagai manifestasi kehidupan setiap orang dan kehidupan kelompok orang. Manusia tidak dapat hidup begitu saja di tengah alam, oleh karena itu untuk dapat hidup, manusia harus mengubah segala sesuatu yang telah disediakan di alam. Dari pendapat para ahli di atas dapat disimpulkan bahwa budaya adalah keseluruhan gagasan, ide-ide serta karya manusia yang lahir sebagai hasil dari akal dan ikhtiar manusia.

Unsur-unsur dari kebudayaan adalah kepercayaan, nilai, norma dan sanksi, teknologi, symbol dan bahasa.

2.3.2 Nilai Budaya

Menurut Mintargo (2000) nilai adalah penilaian yang diperoleh individu dalam kehidupan bermasyarakat pada saat menanggapi berbagai rangsangan tertentu mengenai mana yang diinginkan dan mana yang tidak diinginkan. Nilai menumbuhkan sikap pada individu yaitu suatu kecenderungan yang dipelajari individu untuk menjawab atau menanggapi rangsangan yang hadir dihadapan atau disekitar dirinya. Dengan kata lain kecenderungan ini tergantung pada nilai-nilai yang dipertahankan individu.

Nilai menghasilkan kecenderungan untuk menanggapi rangsangan yang spesifik. Nilai dan sikap sangat berhubungan dan saling menunjang dalam interaksi manusia (David Dressler, dikutip dari Mintargo (2000)). Salah satu definisi yang dapat diterima secara luas dalam kepustakaan ilmu-ilmu sosial memandang nilai sebagai konsepsi tentang perilaku selektif yang berpengaruh dan diinginkan (Mintargo 2000). Dalam Pandangan yang lebih luas sesuatu yang dianggap baik atau buruk adalah nilai (Peper, 1958 dalam Mintargo 2000), atau segala sesuatu yang menjadi minat subjek manusia (Perry, 1954 Mintargo 2000). Nilai berperan sebagai kriteria untuk menyeleksi atau memilih tindakan. Nilai secara eksplisit dan sepenuhnya dikonsepsikan sebagai kriteria untuk menilai dan mengutamakan pilihan. Terbukti bahwa tindakan-tindakan yang bertujuan akan berada dalam batas tindakan yang bersifat menilai (*Evaluative action*). Didalam tindakan yang bertujuan kita dapat mengenal tiga macam nilai yang

utama yaitu : nilai konatif (keinginan dan kesukaan), prestasi (sukses dan kecewa), dan nilai afektif (kesenangan yang dilawankan dengan sakit atau ketidakenakan). Dalam setiap tindakan yang bertujuan nilai-nilai ini mungkin akan selalu terdapat sepanjang sejarah tindakan manusia (Pepper,1958 dalam Mintargo 2000).

Nilai hanya membentuk salah satu diantara beberapa faktor yang hendak diperhitungkan bila seseorang berusaha untuk memperkirakan dan memahami tingkah laku manusia. Walaupun seringkali sangat sulit untuk membedakan secara spesifik antara nilai-nilai dan konsep-konsep lainnya yang berhubungan seperti, kepercayaan, kebutuhan atau motif, pembedaan yang jelas masuk akal dapat ditarik dalam batas-batas secara umum. Sebagai contoh, ketiga kita berfikir nilai sebagai komponen kepribadian ini jelas bahwa nilai tidaklah sama seperti kebutuhan atau keinginan. Kebutuhan berasal dari defisiensi. Keinginan adalah harapan yang diarahkan kepada objek atau keadaan tertentu. Keinginan mungkin menjadi demikian mendalam sehingga menjadi kebutuhan dan secara khas selalu berhubungan dengan keinginan.

Dalam setiap kasus yang bagaimanapun mungkin terjadi, kebutuhan atau keinginan (misal, kebutuhan akan makan, dinamai sebagai yang bernilai namun bukan satu-satunya komponen yang sangat penting. Di lain pihak nilai itu sendiri mungkin merupakan sumber dari kebutuhan-kebutuhan dan keinginan-keinginan.

Nilai bukan motif. Banyak motif khusus yang mungkin mendorong atau menguatkan keterikatan terhadap nilai-nilai yang ada. Nilai yang ada mungkin

memiliki kekuatan yang relatif bebas dari motif-motif khusus, walaupun hal ini tetap di dalam pengertian fungsi sistem motivasi (Kluckhohn, 1951 dalam Mintargo 2000).

a. Klasifikasi dan Analisis Nilai

Nilai mungkin akan sangat berguna bila dikualifikasikan kedalam sejumlah besar cara-cara yang berbeda. Masing-masing cara pengklasifikasian menunjuk kepada perlengkapan yang sangat penting dan potensial, modalities dan dimensi-dimensi lainnya. Suatu analisis nilai paling sedikit harus berhubungan dengan eksistensi nilai-nilai afektif (yaitu nilai yang berkaitan dengan rasa kepuasan hati atau selera individual) serta nilai konatif yaitu nilai yang berkaitan dengan upaya pencapaian keadaan yang diinginkan atau dikehendaki. Sebagai tambahan, analisis terhadap nilai harus dilakukan secara berhati-hati karena berkaitan dengan nilai-nilai kebijaksanaan, nilai-nilai kepribadian, nilai-nilai kebudayaan dan nilai-nilai biologis untuk mempertahankan hidup (Pepper, 1958, dalam Mintargo 2000)

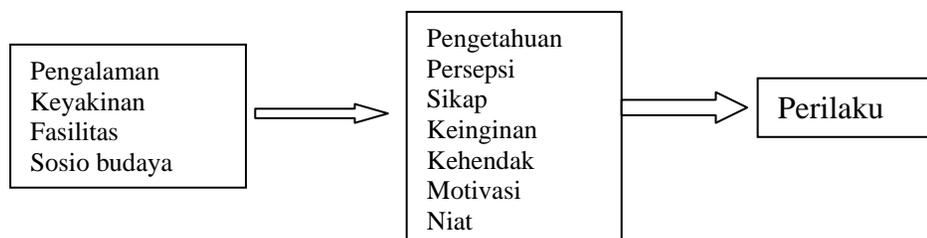
Sistem nilai mewakili apa yang diharapkan, diperlakukan ataupun dilarang. Itu semua bukan catatan tentang tingkah laku yang dilaksanakan melainkan adalah suatu sistem kriteria untuk menilai kelakuan dan menerapkan sanksi terhadap perilaku masyarakat. Kita sadari bahwa sesungguhnya melakukan aktifitas penilaian merupakan hak atau kebebasan individu. Dengan kata lain kita memiliki kebebasan untuk menentukan kriteria ataupun caranya sendiri didalam memberikan penilaian terhadap berbagai hal. Karena itu kita dapat pula menyusun klasifikasi sendiri tentang nilai.

2.4. Determinan Perilaku

Menurut Notoadmojo (1993) perilaku adalah tindakan atau perbuatan yang dapat diamati bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Secara garis besar perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis dan sosial. Akan tetapi dari 3 aspek tersebut sulit ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia (Notoadmodjo, 2007).

Perilaku manusia cenderung bersifat menyeluruh dan merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti: keinginan, minat, kehendak, pengetahuan, emosi, berfikir, sikap, motivasi, reaksi, dan sebagainya. Sangat sulit untuk membedakan refleksi dari kejiwaan yang manakah seseorang berperilaku tertentu, ada berbagai faktor lain yang mempengaruhi gejala kejiwaan yang tercermin dalam tindakan atau perilaku seseorang antara lain pengalaman, sarana, fisik, sosial budaya, masyarakat dan sebagainya(Notoatmojo,1993).

Proses terbentuknya perilaku digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1. Asumsi Determinan Perilaku (Notoatmodjo, 1993)

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori *Lawrence Green* dan teori *Snehandu B. Kar* (1983).

2.4.1. Teori Lawrence Green (1980)

Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar perilaku (*non behavior causes*) sedangkan perilaku ditentukan oleh tiga faktor yaitu :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai dan sebagainya
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu lingkungan fisik, tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
- c. Faktor-faktor reinforcing (*reinforcing factor*) yaitu sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat.

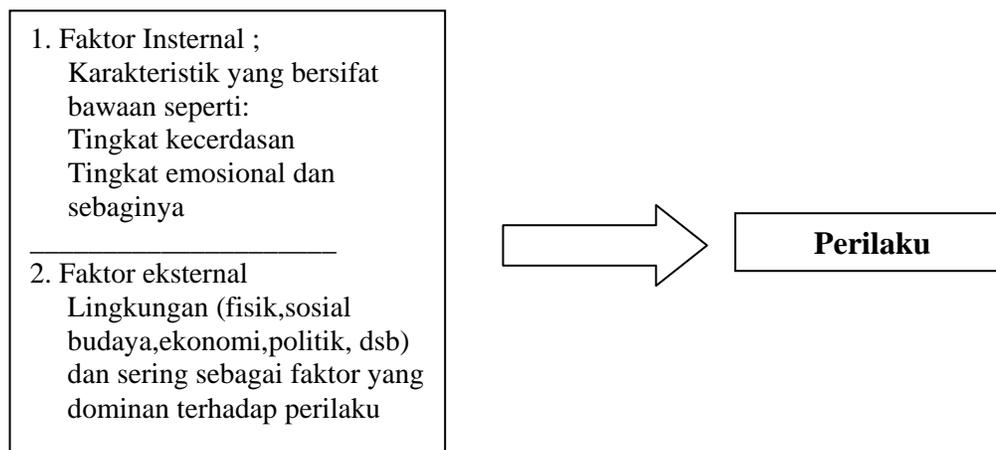
Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan tradisi dan sebagainya dari masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. (Notoadmojo,2007).

2.4.2. Domain Perilaku

Menurut Notoadmojo (2003), perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar faktor-faktor yang sangat tergantung pula

dari karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku.

Prosesnya digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perilaku (Notoadmodjo, 2003)

2.4.3 Determinan dalam Keikutsertaan Program KB

Menurut Berthrand (1980) dikutip dari Tatarini (2009), faktor-faktor yang mempengaruhi keikutsertaan dalam KB adalah sebagai berikut :

a. Faktor sosio- demografi

Penerimaan KB lebih banyak pada mereka yang memiliki standar hidup yang lebih tinggi. Indikator status sosio ekonomi termasuk pendidikan yang dicapai, pendapat keluarga dan status pekerjaan. Juga jenis rumah, gizi (dinegara-negara sedang berkembang) dan pengukuran pendapatan tidak langsung lainnya.

Beberapa faktor demografi tertentu juga mempengaruhi penerimaan KB di beberapa negara, misalnya dibanyak negara-negara sedang berkembang, penggunaan kontrasepsi lebih banyak pada wanita yang berumur akhir dua puluh sampai tiga puluhan yang sudah memiliki anak 3 (tiga) atau lebih. Faktor sosial lain yang juga mempengaruhi adalah suku dan agama.

b. Faktor Sosio Psikologi

Sikap dan keyakinan merupakan kunci penerimaan KB, banyak sikap yang dapat menghalangi KB. Beberapa faktor sosio psikologi yang penting antara lain adalah ukuran keluarga ideal, pentingnya anak laki-laki, sikap terhadap KB, komunikasi suami isteri, persepsi terhadap kematian anak. Sikap dan kepercayaan tersebut perlu untuk mencegah isu yang berhubungan termasuk segi pelayanan dan efek samping alat kontrasepsi.

c . Faktor yang Berhubungan dengan Pelayanan Kesehatan

Program Komunikasi, informasi dan *edukasi* (KIE) merupakan salah satu faktor praktis yang dapat diukur bila pelayanan KB tidak tersedia. Beberapa faktor yang berhubungan dengan pelayanan KB antara lain keterlibatan dalam kegiatan yang berhubungan dengan KB, pengetahuan tentang sumber kontrasepsi, jarak kepusat pelayanan dan keterlibatan dengan media massa.

Menurut Soeradji dkk, dalam Tatarini (2009), faktor-faktor yang mempengaruhi kesertaan dalam program KB adalah, faktor demografi, faktor sosial, faktor ekonomi, faktor infrastruktur dan faktor input.

Menurut Utomo dalam Tatarini (2009), penggunaan kontrasepsi dipengaruhi oleh umur, jumlah anak hidup, tingkat pendidikan dan frekuensi pemaparan terhadap media massa. Umur mempengaruhi jumlah anak hidup dan tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan mempengaruhi frekuensi pemaparan terhadap media massa.

Berdasarkan klasifikasi beberapa penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa keikutsertaan dalam program KB dipengaruhi oleh faktor sebagai berikut :

a. Umur

Umur dalam hubungannya dengan pemakaian KB berperan sebagai faktor *intrinsik*. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi faalial, komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal seorang wanita. Perbedaan fungsi faalial, komposisi biokimiawi, dan sistem hormonal pada suatu periode umur menyebabkan perbedaan pada kontrasepsi yang dibutuhkan. Masa reproduksi (kesuburan) dibagi menjadi 3, yaitu, masa menunda kehamilan (kesuburan), masa mengatur kesuburan (menjarangkan) dan masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi). Masa reproduksi (kesuburan) ini merupakan dasar dalam pola penggunaan kontrasepsi rasional.

1) Masa Menunda Kehamilan. Sebaiknya istri menunda kehamilan pertama sampai umur 20 tahun. Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- a) Kembalinya kesuburan yang tinggi. Artinya kembalinya kesuburan dapat dijamin 100%. Ini penting karena akseptor belum mempunyai anak.
- b) Efektifitas yang tinggi. Hal ini penting karena kegagalan akan menyebabkan tujuan KB tidak tercapai, Prioritas kontrasepsi yang sesuai yaitu 1) Pil 2). AKDR. 3) Cara sederhana (kondom, spermisida)

2) Masa Mengatur Kesuburan

Umur melahirkan terbaik bagi istri adalah umur 20 - 30 tahun. Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- a) Kembalinya kesuburan (*reversibilitas*) cukup.
- b) Efektifitas cukup tinggi.
- c) Dapat dipakai 2 - 4 tahun, sesuai dengan jarak kehamilan yang aman untuk ibu dan anak.
- d) Tidak menghambat produksi air susu ibu (ASI). Ini penting karena ASI adalah makanan terbaik bagi bayi sampai umur 2 tahun. Penggunaan ASI mempengaruhi angka kesakitan bayi/anak dan prioritas kontrasepsi yang sesuai yaitu, 1) AKDR, 2). Suntikan, 3). Mini Pili, 4). Cara Sederhana, 5). Norplant (AKBK), 6). Kontap

3) Masa Mengakhiri Kesuburan

Pada umumnya setelah keluarga mempunyai 2 anak dan umur istri telah melebihi 30 tahun, sebaiknya tidak hamil lagi.

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- a. Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadi kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Selain itu akseptor sudah tidak ingin mempunyai anak lagi.
- b. Dapat dipakai untuk jangka panjang.
- c. Tidak menambah kelainan/penyakit yang sudah ada. Pada masa umur tua kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, dan metabolik meningkat.

Oleh karena itu, sebaiknya tidak memberikan obat/kontrasepsi yang menambah kelainan/penyakit tersebut

Pilihan kontrasepsi yang sesuai yaitu 1) Kontap, 2) AKDR.3) Norplant ,4) Suntikan, 5) Mini Pil. 6) Cara Sederhana.

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya sesuatu hal, termasuk pentingnya keikutsertaan dalam KB. Ini disebabkan seseorang yang berpendidikan tinggi akan lebih luas pandangannya dan lebih mudah menerima ide dan tata cara kehidupan baru (BKKBN, 1980).

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. Untuk sampai pada cita-cita tersebut tentu saja tidak mudah, dibutuhkan strategi dan metode yang baik. Apakah mungkin 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.

Penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang dimiliki mempunyai pengaruh yang kuat pada perilaku reproduksi dan penggunaan alat kontrasepsi. Berdasarkan SDKI 2002-2003, pemakaian alat kontrasepsi meningkat sejalan dengan tingkat pendidikan. Sebesar 45% 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.

c. Pekerjaan

Pekerjaan sangat mempengaruhi tingkat ekonomi, dalam prakteknya sangat nyata dalam mempengaruhi perilaku masyarakat dalam kesehatan reproduksi. Hal ini tampak nyata khususnya pada saat terjadinya krisis moneter di Indonesia yang kemudian menjadi krisis multi-dimensi yang berkepanjangan hingga saat ini. Krisis moneter secara nyata berpengaruh pada rendahnya daya beli masyarakat terhadap kebutuhan pokok pangan. Ironisnya, selain mahal, alat kontrasepsi menjadi langka. Menurut *The Ford Foundation* (2002) dalam Yustina memperlihatkan bahwa mahal dan langkanya alat kontrasepsi berdampak pada perilaku hubungan seksual suami istri petani di pedesaan. Disisi lain, akibat ketidakmampuan menyisihkan sebagian pendapatannya yang relative minim untuk membeli alat kontrasepsi, banyak para ibu

yang terpaksa menerima kehamilannya. Di tingkat makro, kondisi tersebut secara *agregatif* diperhitungkan akan berdampak pada kenaikan jumlah penduduk.

d. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu subjek 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 atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*), sebab dari pengalaman dan hasil penelitian ternyata perilaku yang didasari dari pengetahuan akan lebih bertahan (*long lasting*) dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Contohnya adalah mendapatkan informasi tentang KB, pengertian tentang KB, memilih metode KB. Dalam memperkenalkan cara-cara kontrasepsi kepada masyarakat tidak mudah untuk segera diterima karena menyangkut pengambilan keputusan oleh masyarakat untuk menerima cara-cara kontrasepsi tersebut. Menurut Rogers (dalam Notoadmodjo, 2007) ada empat tahap untuk mengambil keputusan untuk menerima inovasi tersebut yaitu tahap pengetahuan (*knowledge*), tahap persuasi (*persuasion*), tahap pengambilan keputusan (*decision*), dan tahap konfirmasi (*confirmation*). Melalui tahap-tahap tersebut, *inovasi* bisa diterima maupun ditolak.

e. Sikap Ibu

Defenisi sikap telah dibuat oleh beberapa ahli misalnya Louis Thurstone(1928), Rensis Likert (1932) dan Charles Osgood. Menurut mereka, sikap adalah suatu

bentuk evaluasi atau reaksi Perasaan (A.Saifuddin,2007). Sedangkan Notoadmojo (2007) menyatakan sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.(Notoadmodjo,2007)

a. Komponen Sikap

Allport(1954) dalam Buku Notoadmodjo (2007) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu kepercayaan (Keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek dan kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Misal Seorang ibu telah mendengar tentang program KB (cara, efek samping dan jenisnya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha untuk ikut serta dalam program KB. Ibu ini mempunyai sikap tertentu terhadap objek yang berupa program KB. Berbagai indikator sikap yaitu menerima, merespon, menghargai, bertanggung jawab. (Notoadmodjo,2007)

Penelitian Ekarini,SMB (2008) menyatakan bahwa faktor sikap mempengaruhi keikutsertaan pria dalam program KB, sedangkan penelitian Nasution,Y (2010) menyatakan ada hubungan yang bermakna antara faktor sikap dengan keikutsertaan PUS dalam penggunaan KB *Intra Uterine Device* (IUD), hal yang sama juga

dinyatakan Casuli (2005) bahwa faktor sikap mempunyai hubungan yang bermakna dengan keikutsertaan KB.

f. Akses Media

Kata media berasal dari bahasa latin dan merupakan bentuk jamak dari kata medium yang secara harfiah berarti perantara atau pengantar. Media adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim ke penerima sehingga dapat merangsang pikiran, perasaan, perhatian, dan minat. (Haryalesmana, David). Sedangkan menurut Wikipedia Bahasa Indonesia, media adalah alat atau sarana yang digunakan untuk menyebarkan informasi seperti surat kabar, radio atau televisi.

Menurut penelitian Imbarwati (2009), ketersediaan dan kelengkapan informasi tentang metode kontrasepsi IUD, menjadi faktor yang memungkinkan terjadinya pemanfaatan IUD sebagai alat kontrasepsi. Tanpa adanya informasi dan pengaruh dari tenaga kesehatan maka segala kendala pemanfaatan IUD seperti nilai negative yang dianut masyarakat tentang IUD. Menurut penelitian Achmad Rois, media komunikasi yang dipunyai oleh keluarga responden secara teoritis memang dapat mempengaruhi keikutsertaan dalam KB. Media komunikasi yang dimiliki keluarga responden di daerah penelitian tersebut sebagian besar mempunyai tiga jenis media komunikasi, yaitu koran, radio dan televisi dan tidak ada keluarga responden yang tidak memiliki media komunikasi untuk menerima pesan informasi dari KB.

Menurut Green (dalam Notoadmodjo, 2007) faktor akses pelayanan merupakan salah satu faktor pemungkin (*enabling*) yang menyebabkan seseorang

bertindak atau tidak bertindak terhadap suatu obyek tertentu. Untuk seorang ibu yang aktif mengakses media cenderung memiliki resiko lebih kecil untuk gagal melaksanakan program “Dua Anak Cukup” atau dengan kata lain lebih cepat melahirkan anak ketiga. Resiko ibu yang aktif mengakses media informasi sebesar 0,8104 kali dari resiko ibu yang tidak aktif mengakses

g. Akses Ke Pelayanan KB

Kebijakan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) undang-undang no 52 tahun 2009 mengandung pengertian bahwa dengan alasan apapun promosi aborsi sebagai pengaturan kehamilan dilarang. Penelitian BKKBN tahun 2004 yang menyatakan kemudahan dan ketersediaan pelayanan berdampak positif terhadap penggunaan suatu alat kontrasepsi. R.Sakhnan (2001), mengemukakan bahwa lokasi pelayanan KB yang strategis dan jarak yang dekat ternyata tidak selalu dipandang penting dengan keikutsertaan KB pada suku Talang Mamak desa Seberida, Provinsi Riau, karena mereka telah mementingkan perasaannya dibandingkan dengan jarak pelayanan. Mereka pergi ketempat pelayanan meskipun jaraknya jauh yang penting mereka puas. Sedangkan perilaku petugas kesehatan sangat berhubungan dengan keikutsertaan KB pada suku Talang Mamak desa Seberida, Provinsi Riau.

h. Nilai Anak

Nilai anak diduga berhubungan dengan kuatnya nilai budaya yang mengikat dalam kehidupan responden. Sesuai pendapat Koentjaraningrat (1983), nilai adalah gambaran apa yang diinginkan, yang pantas, yang berharga, yang mempengaruhi perilaku sosial dari seseorang yang memiliki nilai tersebut. (Mueller,1992).

Suparlan pada suku Bonai menyimpulkan nilai anak yang tinggi cenderung tidak mendukung responden untuk mengikuti program KB. BKKBN (2000) menyimpulkan semakin tinggi nilai anak yang dianut dalam keluarga maka semakin sulit untuk memberikan motivasi agar berpartisipasi dalam program KB.

i. Nilai Agama

Kepercayaan berasal dari kata percaya, artinya mengakui atau meyakini akan kebenaran. Kepercayaan adalah hal-hal yang berhubungan dengan pengakuan atau keyakinan akan Kebenaran (Prasetyo,JT,2004). Kepercayaan berkaitan dengan pandangan tentang bagaimana dunia ini beroperasi. Kepercayaan itu bisa berupa pandangan-pandangan atau interpretasi-interpretasi tentang masa lalu, bisa berupa penjelasan-penjelasan tentang masa sekarang, bisa berupa prediksi-prediksi tentang masa depan, dan bisa juga berdasarkan *common senser*, akal sehat, kebijaksanaan yang dimiliki suatu bangsa, agama, ilmu pengetahuan, atau suatu kombinasi antara semua hal tersebut (Maran,RR,2007).

Ada pandangan tentang dunia material (bagaimana meramalkan cuaca atau membangun sebuah rumah yang kokoh). Ada pula kepercayaan tentang hal-hal yang tidak tampak (roh manusia, kehidupan sesudah mati, dan segala yang bersifat ilahi). Semua kebudayaan membuat perbedaan antara pandangan yang dapat dibuktikan dengan akal manusia (misalnya, pandangan bahwa ada kehidupan makhluk berintelegensia di planet lain), (Marran,RR,2007).

Kepercayaan membentuk pengalaman, baik pengalaman pribadi maupun pengalaman sosial. Orang Barat misalnya, percaya bahwa waktu tak dapat berbalik

atau berulang. Mereka mempunyai persepsi waktu linear, yakni bahwa bergerak lurus kedepan. Waktu bergerak dari suatu titik awal menuju kesuatu titik tujuan (akhir). Waktu bergerak kedepan, karena itu ada kemajuan. Disini orang tidak percaya pada nasib ataupun takdir. Kemajuan dan perubahan masyarakat tergantung pada usaha dan kerja keras manusia (Maran,RR,2007).

j. Nilai Ekonomi

Ekonomi menurut Abraham Maslow adalah satu bidang kajian yang mencoba menyelesaikan masalah keperluan asas kehidupan manusia melalui penggabungan segala sumber ekonomi yang ada dengan berazaskan prinsip serta teori tertentu dalam suatu system ekonomi yang dianggap efektif dan efisien (Hartomo,H, 2001) sedangkan nilai adalah sesuatu yang dipentingkan manusia sebagai subjek, menyangkut segala sesuatu yang baik maupun yang buruk sebagai *abstraksi*, pandangan, atau maksud dari berbagai pengalaman dengan seleksi perilaku yang ketat (Yunus R, dkk, 2010).

Penelitian di Jawa Timur menyatakan faktor ekonomi berpengaruh positif terhadap efektifitas pelaksanaan KB maupun terhadap tingkat fertilitas. Adanya pengaruh tersebut menandakan bahwa semakin baik kondisi sosial ekonomi masyarakat Jawa Timur maka semakin rendah keinginan ber KB (Saleh,M, 2003). Nilai ekonomi dapat menjadi hambatan dalam program KB, karena anak dipandang sebagai tenaga kerja yang dapat membantu meningkatkan ekonomi keluarga sehingga mempunyai banyak anak akan banyak tambahan pendapatan yang akan diperoleh. Hal ini memang suatu kenyataan dan benar, tetapi belum diperkirakan nasib anak itu

sendiri apakah anak itu memang bisa diharapkan pendidikannya dan masa depannya. Kalau hal ini dipertimbangkan, mempunyai banyak anak malah menjadi beban dan masalah.(Nurmaliah, 2010)

k. Nilai Kesehatan

Pengertian sehat menurut *World Health Organization* (WHO) adalah keadaan yang menunjukkan sehat fisik, mental, dan sosial bukan hanya terbebas dari penyakit, cacat dan kelemahan.. Manusia sebagai makhluk yang multidimensional berpotensi memunculkan dimensi-dimensi kesehatan yang beraneka ragam. Untuk sekedar contoh, persepsi sakit bagi orang desa berbeda dengan persepsi sakit orang kota. Perbedaan persepsi ini dapat mengembangkan perbedaan dalam perilaku sehat individu tersebut.

Bagi mereka yang sudah modern memandang bahwa layanan pengobatan modern merupakan layanan pengobatan yang paling tepat untuk digunakan dalam mendapatkan layanan kesehatan. Sedangkan bagi mereka yang masih memandang bahwa sakit itu bukan hanya disebabkan oleh faktor jasmaniah maka pengobatan alternatif merupakan pilihan lain dalam mendapatkan layanan kesehatan di luar layanan kesehatan medis. Aspek sosial budaya yang berhubungan dengan kesehatan itu adalah, tingkah laku, adat istiadat, kepercayaan, pandangan hidup dan nilai-nilai berupa:

- a. Tabu adalah suatu tradisi, kepercayaan dan budaya masyarakat yang sudah mendarah daging dan sangat melekat pada masyarakat di wilayah setempat, tabu berupa larangan yang bisa berbentuk permanen dan temporer. Mis pada

budaya tertentu adanya larangan makan buah pada saat hamil karena takut menimbulkan keguguran.

- b. Mitos, adanya kepercayaan-kepercayaan dengan berbagai istilah *pamali*, yaitu larangan-larangan ringan yang mempunyai sanksi didunia dan lebih merupakan petunjuk didunia. Mitos-mitos tentang KB, misalnya, pil KB bikin gemuk, Pil KB bikin tulang rapuh, Pil KB bikin jerawat, IUD bisa berpindah tempat dll (Yunus R, dkk, 2010)

l. Tradisi/Kebiasaan

Tradisi kebiasaan (*Folkways*) diartikan sebagai perbuatan yang diulang-ulang dan dalam bentuk yang sama. Hal ini merupakan bukti bahwa orang banyak menyukai perbuatan itu, sebagai contoh orang mempunyai kebiasaan untuk memberi hormat kepada orang tua. Apabila perbuatan ini tidak dilakukan maka hal ini akan dianggap sebagai perbuatan yang menyimpang terhadap kebiasaan umum dalam masyarakat. Menurut Iver dan Page, kebiasaan merupakan perikelakuan yang diterima dan diakui masyarakat. (Hartomo,H,Aziz Arnicun,2001).

Tradisi/ Kebiasaan pada suatu masyarakat memberikan nilai anak laki-laki lebih dari anak perempuan atau sebaliknya. Hal ini memungkinkan satu keluarga mempunyai banyak anak. Bagaimana kalau keinginan untuk mendapatkan anak laki-laki tidak terpenuhi mungkin akan menceraikan isterinya dan kawin lagi agar terpenuhi keinginan memiliki anak laki-laki ataupun anak perempuan.

2.5. Landasan Teori

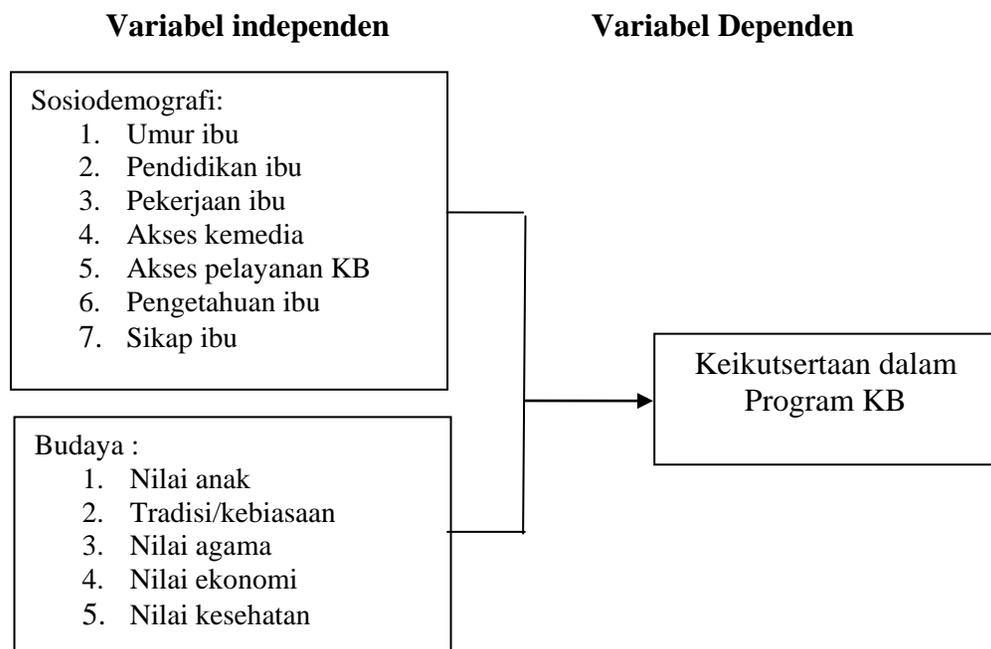
Konsep umum yang dijadikan sebagai landasan dalam teori adalah determinan perilaku. Menurut Notoadmojo(1993) perilaku adalah tindakan atau perbuatan yang dapat diamati bahkan dapat dipelajari. Determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Faktor internal yaitu karakteristik yang bersifat bawaan seperti : tingkat kecerdasan, tingkat emosional dan sebagainya sedangkan faktor eksternal misalnya lingkungan (fisik dan sosial) budaya, ekonomi, politik dan sebagainya, dan sering sebagai faktor yang dominan terhadap perilaku. Teori Determinan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan antara lain, teori Green yaitu perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor *predisposisi*, *enabling* dan *reinforcing*, Notoadmodjo (2003) mengatakan bahwa determinan perilaku dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal, Bertrand (1980) mengatakan faktor yang mempengaruhi keikutsertaan KB adalah faktor sosiodemografi, sosiopsikologi, dan faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan.

Sesuai dengan variabel yang akan diteliti, yaitu tentang pengaruh sosiodemografi dan budaya terhadap keikutsertaan ibu-ibu PUS dalam program KB, maka penulis merangkum teori-teori perilaku sebagai dasar dalam menentukan kerangka konsep penelitian ini terutama teori determinan perilaku. Untuk membatasi area penelitian penulis hanya mengambil beberapa faktor saja yaitu faktor internal yaitu sosiodemografi ibu meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan

sikap ibu dan faktor eksternal yaitu faktor budaya meliputi, nilai anak, nilai tradisi/kebiasaan, nilai ekonomi, dan nilai kesehatan.

2.6. Kerangka Konsep

Mengingat keterbatasan yang ada, dari sekian banyak variabel, penulis hanya mengambil beberapa variabel yang dituangkan kedalam kerangka konsep sebagai modifikasi dari teori determinan perilaku yaitu:



Gambar 2.3. Kerangka Konsep Penelitian

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis Penelitian yang digunakan adalah *observasional* dengan metode pengumpulan data secara *cross sectional* artinya terhadap subjek yang diteliti tidak diberikan perlakuan dan pengambilan data dilakukan dengan satu kali pengukuran (Sudigdo, 2008).

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi Penelitian adalah Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar dengan tingkat aktif akseptor KB (*current user*) 61% masih dibawah indikator SPM Kota Pematangsiantar yaitu 70%. Penelitian ini di laksanakan pada bulan Mei 2012.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi adalah seluruh isteri PUS yang ada di Kecamatan Siantar Timur. Data yang ada di Kecamatan tahun 2012 adalah sebanyak 6470 orang.

3.3.2. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah seluruh isteri PUS yang tinggal menetap di Kecamatan Siantar Timur dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

- 1) Responden berumur 20-45 tahun yang telah memiliki anak ≥ 2 dan masih mengalami menstruasi
- 2) Bisa berkomunikasi dengan baik
- 3) Sehat secara reproduksi
- 4) Tinggal menetap di Kecamatan Siantar Timur minimal 6 bulan

b. Kriteria Eklusi

- 1) Responden berumur <20 tahun dan >45 tahun yang sudah tidak mengalami haid
- 2) Tidak sehat secara reproduksi
- 3) Tidak tinggal menetap minimal 6 bulan di Kecamatan Siantar Timur.

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut

: (Lemeshow et al., 1997)

$$n \geq \frac{\left(Z_{(1-\alpha/2)} \sqrt{P_o(1-P_o)} + Z_{(1-\beta)} \sqrt{P_a(1-P_a)} \right)^2}{(P_o - P_a)^2}$$

Keterangan :

n : Besar sampel minimal

α : Taraf kemaknaan 5%

$Z_{1-\alpha/2}$: Nilai distribusi baku normal pada α 5 % sebesar 1,96

$Z_{1-\beta}$: Nilai distribusi baku normal pada β 10 % sebesar 1.282

P_o : Proporsi PUS yang menjadi akseptor KB aktif : 61%

Pa : Proporsi PUS yang diharapkan menjadi akseptor KB aktif yaitu : 70%
(indikator SPM Kota P.Siantar)

Pa – Po : Perkiraan selisih proporsi yang diteliti dengan proporsi di populasi =
15 %.

Maka jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah 120 isteri PUS.

Penentuan besar sampel untuk Kelurahan dilakukan secara berimbang (*proportional sampling*).

Tabel 3.1. Besar Sampel yang Diteliti di Wilayah Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar Tahun 2012

No	Nama Kelurahan	Jumlah PUS	Rekapitulasi Perhitungan Sampel	Besar Sampel
1.	Asuhan	649	11,5	11
2.	Tomuan	1549	26,84	27
3.	Siopat Suhu	2229	38,63	39
4.	Pardomuan	818	14,18	14
5.	Pahlawan	525	9,1	9
6.	Merdeka	501	8,68	9
7.	Kebun Sayur	652	11,3	11
Jumlah		6470		120

Berdasarkan perhitungan didapatkan besar sampel yang diteliti sebesar Setelah ditentukan banyaknya sampel pada setiap wilayah selanjutnya peneliti menggunakan metode penarikan sampel yang digunakan secara acak sederhana (*simple random sampling*).

3.4. Metode Pengumpulan Data

Data Primer dikumpulkan dari responden dengan wawancara menggunakan kuesioner sebagai panduan yang telah dipersiapkan terlebih dahulu. Data sekunder diperoleh dari dokumentasi dan laporan yang tersedia di Puskesmas Tomuan, Kantor Camat, dinas Kesehatan, dan Kantor Pemberdayaan perempuan dan kesejahteraan sosial. Data Tertier di dapat dari laporan hasil-hasil penelitian sebelumnya.

3.4.1 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Untuk mendapatkan kualitas hasil penelitian yang baik perlu dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Uji validitas diperlukan untuk mengetahui apakah instrument penelitian (kuisisioner) yang dipakai cukup layak digunakan sehingga mampu menghasilkan data yang akurat. Sugiono (2006) menyatakan bahwa instrument dikatakan valid, apabila instrument tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur.

Uji validitas dan reabilitas dilakukan terhadap 30 orang isteri PUS di Kecamatan Siantar Utara Adapun pemilihan lokasi dengan pertimbangan tempat tersebut memiliki karakteristik yang sama dengan lokasi penelitian.

Uji validitas suatu instrument (dalam kuisisioner) dilakukan dengan mengukur korelasi antara variable atau item dengan skor total variable pada analisis korelasi dengan melihat nilai *correlation corrected item*, dengan ketentuan jika nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka dinyatakan valid dan sebaliknya. Pada taraf signifikan 95 % untuk besar sampel 30 orang nilai r_{tabel} adalah sebesar 0,361.

Reliabilitas data merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat menunjukkan ketepatan dan dapat dipercaya dengan menggunakan metode *Cronbach's Alpha*, yaitu menganalisis reliabilitas alat ukur dari satu kali pengukuran. Jika r_{Alpha} positif, dan $r_{Alpha} > r_{tabel}$, maka variabel yang diuji tersebut Reliabel.

3.5. Variabel dan Definisi Operasional

Dalam Penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah faktor sosiodemografi yaitu : Umur, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, akses ke media, akses pelayanan KB, pengetahuan ibu, sikap ibu dan faktor budaya yaitu : nilai anak, nilai agama, nilai ekonomi, nilai kesehatan dan tradisi/ kebiasaan. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah keikutsertaan PUS dalam program KB..

3.5.1. Definisi Operasional

- a. Umur ibu adalah jumlah tahun hidup ibu pada saat wawancara yang dihitung dari ulang tahun terakhir.
- b. Pendidikan ibu adalah jenjang sekolah formal yang pernah ditempuh dan diselesaikan oleh responden dengan memperoleh tanda tamat belajar.
- c. Pekerjaan ibu adalah pekerjaan ibu sehari-hari untuk memperoleh penghasilan
- d. Akses kedia adalah keterjangkauan ibu dalam memperoleh informasi pelayanan KB yang memuaskan, terdiri dari media elektronik dan non elektronik.

- e. Akses Pelayanan KB adalah pandangan ibu tentang jarak kelokasi pelayanan KB dan Sikap Petugas pelayanan KB.
- f. Pengetahuan ibu adalah pemahaman /pengertian ibu tentang program KB yang mencakup tujuan /mamfaat KB, jenis alat kontrasepsi, efek samping alat kontrasepsi, dan tempat pelayanan KB
- g. Sikap ibu adalah kecenderungan responden untuk memberikan penilaian atau pendapat setuju atau tidak setuju dalam kaitannya dengan keputusan pemakaian alat kontrasepsi yang menyangkut sikap terhadap NKKBS.
- h. Nilai anak adalah harapan ibu PUS terhadap anak yang dilahirkan untuk kepentingan keluarga.
- i. Tradisi kebiasaan adalah kebiasaan turun temurun yang diterapkan dalam keluarga meliputi aspek jenis kelamin anak dan tempat pelayanan kesehatan.
- j. Nilai agama pandangan ibu tentang KB dilihat dari sisi agama.
- k. Nilai ekonomi Pandangan ibu PUS tentang pogram KB ditinjau dari sisi ekonomi.
- l. Nilai kesehatan Pandangan ibu PUS tentang program KB ditinjau dari sudut kesehatan.
- m. Keikutsertaan PUS dalam program KB adalah realisasi responden untuk menjadi peserta KB dengan metode kontrasepsi Pil, Suntik, Implan, IUD, MOP dan MOW.

3.6 . Metode Pengukuran

3.6.1. Variabel Independen

a. Umur ibu dikategorikan menjadi 2 kelompok berdasarkan konsep tinggi rendahnya risiko yang dihadapi oleh ibu pada saat hamil .

0. Risiko rendah : 20-35 tahun

1. Risiko tinggi : > 35 tahun

Skala : Ordinal

b. Pendidikan ibu berdasarkan program pendidikan wajib belajar 9 tahun dikategorikan menjadi :

0. Tinggi jika izajah terakhir minimal Perguruan Tinggi

1. Lanjut jika izajah terakhir SLTA

2. Dasar jika izajah terakhir minimal SD dan SLTP

Skala : Ordinal

c. Pekerjaan ibu dikategorikan yaitu :

0.. Bekerja : jika responden mempunyai pekerjaan tetap seperti petani, PNS, wairaswasta, pegawai swasta dll.

1. Tidak bekerja : Jika responden hanya sebagai ibu rumahtangga atau tidak mempunyai pekerjaan tetap

Skala : Ordinal

d. Pengetahuan ibu diukur melalui 8 pertanyaan. Responden yang menjawab salah diberi skor 0 dan responden yang menjawab benar diberi skor 1.

Jawaban pada pertanyaan no. 1,2,6,8,9 dan 10 adalah benar, sedangkan

jawaban pada pertanyaan no. 3,4,5,dan 7 adalah salah. Skor tertinggi adalah 80 dan skor terendah adalah 0. Dikategorikan yaitu :

- 0. Baik : bila memperoleh skor jawaban $>70\%$ (nilai $> 5,6$)
- 1. Cukup : bila memperoleh skor jawaban $>50-69\%$ (nilai 4-5,5)
- 2. Kurang: bila memperoleh skor jawabani $\leq 50\%$ (nilai $\leq 4,5$)

Skala : Ordinal

- e. Akses terhadap media diukur dengan memberikan skor terhadap kuesioner dengan pemberian bobot. Jumlah pertanyaan sebanyak 5 buah, sangat setuju=5, setuju=4 Netral = 3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1, sehingga nilai minimal adalah 0 dan nilai maksimal 5. dikategorikan :

- 0. Baik : jika skor >65 (nilai $.> 16$)
- 1. Rendah : jika skor ≤ 65 (nilai ≤ 16)

Skala : ordinal

- f. Akses terhadap pelayanan KB

Diukur dengan memberikan skor terhadap kuesioner dengan pemberian bobot. Jumlah pertanyaan sebanyak 5 buah, jika responden menjawab, sangat setuju=5, setuju=4 Netral = 3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1, sehingga nilai minimal adalah 0 dan nilai maksimal 5. dikategorikan :

- 0. baik : jika skor >65 (nilai $.> 16$)
- 1. rendah : jika skor ≤ 65 (nilai ≤ 16)

- g. Sikap diukur dengan skala likert, terdapat 6 pernyataan positif dan 4 pernyataan negatif. Nilai untuk pernyataan positif sangat setuju= 5, setuju=4

Netral = 3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1, untuk pernyataan negative, sangat setuju=1, setuju=2, netral = 3 tidak setuju=4, sangat tidak setuju=5. dikategorikan yaitu :

0. Baik : jika skor >70 (nilai .> 35)

1. Sedang : jika skor 50-70 (nilai 25-34)

2. Buruk : jika skor < 50 (nilai < 25)

Skala : ordinal

h. Nilai anak, untuk mengukur nilai anak dipakai skala likert terdapat 6 pernyataan positif dan 4 pernyataan negatif. Nilai untuk pernyataan positif sangat setuju= 5, setuju=4 Netral = 3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1, untuk pernyataan negative, sangat setuju=1, setuju=2, netral = 3 tidak setuju=4, sangat tidak setuju=5. Dikategorikan yaitu :

0. Tinggi : jika skor >65 (nilai .> 32)

1. Rendah : jika skor \leq 65 (nilai \leq 32)

Skala : ordinal

i. Tradisi kebiasaan keluarga.

Diukur dengan memberikan skor terhadap kuesioner dengan pemberian bobot. Jumlah pertanyaan sebanyak 5 buah, jika responden menjawab, sangat setuju = 5, setuju= 4 Netral = 3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1, sehingga nilai minimal adalah 0 dan nilai maksimal 5. dikategorikan :

0. Baik : jika skor >65 (nilai .> 16)

1. Kurang : jika skor \leq 65 (nilai \leq 16)

Skala : ordinal

j. Nilai Agama

Diukur dengan memberikan skor terhadap kuesioner dengan pemberian bobot.

Jumlah pertanyaan sebanyak 5 buah, jika responden menjawab, sangat setuju=5, setuju=4 Netral = 3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1, sehingga nilai minimal adalah 0 dan nilai maksimal 5. dikategorikan :

0. Tinggi : jika skor >65 (nilai > 16)

1. Rendah : jika skor ≤ 65 (nilai ≤ 16)

Skala : ordinal

- k. Nilai Ekonomi, diukur dengan memberikan skor terhadap kuesioner dengan pemberian bobot. Jumlah pertanyaan sebanyak 5 buah, jika responden menjawab, sangat setuju= 5, setuju=4 Netral = 3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1, sehingga nilai minimal adalah 0 dan nilai maksimal 5.

Dikategorikan :

0. Tinggi : jika skor > 65 (nilai >16)

1. Rendah : jika skor ≤ 65 (nilai ≤ 16)

Skala : ordinal

- l. Nilai Kesehatan, diukur dengan memberikan skor terhadap kuesioner dengan pemberian bobot. Jumlah pertanyaan sebanyak 5 buah, jika responden menjawab, sangat setuju= 5, setuju=4 Netral = 3, tidak setuju=2, sangat tidak setuju=1, sehingga nilai minimal adalah 0 dan nilai maksimal 5.

Dikategorikan :

0. Tinggi : jika skor >65 (nilai > 16)

1. Rendah : jika skor ≤ 65 (nilai ≤ 16)

Skala : ordinal

3.6.2. Variabel Dependen

Keikutsertaan PUS dalam program KB adalah responden yang pada saat wawancara menjadi akseptor KB atau tidak Akseptor KB, dibagi menjadi 2 kategori :

0 . ya/ akseptor KB

1. Tidak akseptor KB

3.7. Metode Analisis Data

3.7.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang distribusi frekuensi masing-masing variabel independen yang meliputi faktor sosiodemografi dan budaya serta variabel dependen yaitu keikutsertaan dalam program KB.

3.7.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat sejauhmana hubungan variabel independen yaitu faktor sosiodemografi dan budaya (umur ibu, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan ibu, dan sikap ibu, akses terhadap media, akses terhadap pelayanan KB, nilai anak, nilai agama, nilai kesehatan, nilai ekonomi dan tradisi/kebiasaan) dengan variabel dependen (keikutsertaan dalam program KB) dengan menggunakan uji *chi square*.

3.7.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah untuk melihat pengaruh antara variabel independen (umur ibu, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan ibu, dan sikap ibu, nilai anak, nilai agama, nilai kesehatan, nilai ekonomi dan tradisi/kebiasaan) terhadap variabel dependen (keikutsertaan dalam program KB) sehingga diketahui variabel independen yang dominan pengaruhnya terhadap variabel dependen dengan menggunakan regresi logistic ganda (*Multiple Logistic regression*). Syarat untuk masuk kedalam model pengujian multivariate adalah jika pada analisis bivariat variabel independen memiliki nilai $Sig < 0,25$.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Lokasi Penelitian

4.1.1. Kondisi Geografis

Kecamatan Siantar Timur adalah salah satu Kecamatan yang ada di Kota Pematangsiantar Propinsi Sumatera Utara, terletak ± 3 Km dari pusat kota Pematangsiantar tepatnya pada posisi $03^{\circ} 01' 09''$ LU dan $99^{\circ} 6' 23''$ BT. Dengan luas wilayah ± 4.520 Km². Sebelah Utara berbatasan dengan Siantar Utara dan Martoba, sebelah Selatan berbatasan dengan Siantar Marihat, sebelah Barat berbatasan dengan Siantar Barat, dan sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Simalungun. Kecamatan Siantar Timur terletak pada ketinggian 400 m dari permukaan laut, beriklim sedang dengan suhu maksimum 30°C dan suhu minimum 21°C , curah hujan rata-rata 257 mm, dan kelembapan udara rata-rata 84%, dengan kecepatan angin 0,05 meter/detik dan penguapan 3,18 mm (BPS Kota Pematangsiantar tahun 2010). Secara Administratif Kecamatan Siantar Timur, terdiri dari 7 Kelurahan yaitu Kelurahan Tomuan, Kelurahan Merdeka, Kelurahan Pardomuan, Kelurahan Pahlawan, Kelurahan Kebun Sayur, dan Kelurahan Siopat Suhu.

4.1.2. Kondisi Demografi

Jumlah penduduk Kecamatan Siantar Timur tahun 2011 adalah 42.982 jiwa. Yang terdiri dari 19.612 jiwa yang berjenis kelamin laki-laki, dan 23.370 jiwa yang berjenis kelamin perempuan. Jumlah Kepala Keluarga (KK) berdasarkan

Kelurahan terdiri dari 1) Kelurahan Tomuan 1368 KK . 2) Kelurahan Merdeka 1075 KK, 3) Kelurahan Pardomuan 1089 KK. 4) Pahlawan 650 KK. 5) Kebun Sayur 988. 6) Siopat Suhu 3800. Rasio jenis kelamin antara penduduk laki-laki dan perempuan Kecamatan Siantar Timur adalah 95,36%. Hal ini menggambarkan bahwa penduduk perempuan Kecamatan Siantar Timur lebih banyak dari dibandingkan jumlah penduduk laki-laki. Jumlah Pasangan usia subur di Kecamatan Siantar Timur tahun 2012 adalah 6923 PUS . tercatat yang PUS yang aktif sebagai peserta KB 3.733 (60,03%). Tingkat kepadatan penduduk Kecamatan Siantar Timur tahun 2012 sebesar 2,93 jiwa /Km². Kelurahan yang paling padat penduduknya adalah Kelurahan Siopat suhu dan Kelurahan yang paling sedikit penduduknya adalah Kelurahan Pahlawan.

4.1.3. Gambaran Pelaksanaan KB di Wilayah Penelitian

Salah satu indikator pencapaian pelayanan keluarga berencana (KB) adalah persentase peserta KB Baru. Data yang didapat berdasarkan laporan Penyuluh pekerja lapangan KB (PPLKB) Kecamatan Siantar Timur tahun jumlah peserta KB baru dan KB aktif adalah sebagai berikut jumlah peserta KB baru adalah 1305 dari 6470 PUS dan Peserta KB aktif 1.558 (61%). Proporsi peserta KB menurut jenis kontrasepsi adalah sebagai berikut, IUD 38 (2,91%), MOW sebanyak 383 (29,35%), implant sebanyak 1 orang (0,08%), Suntik sebanyak 301 orang (23,07%), dan Pil sebanyak 399 orang (30,57%). Sedangkan proporsi KB aktif menurut jenis kontrasepsi adalah sebagai berikut, 1) IUD yaitu 400 orang (11,44%), 2). MOW yaitu 302 orang (8,54%), 3) implant yaitu 446 (12,76%), suntik yaitu 1.027 (29,38%), 4) pil yaitu 884 (25,29%). Berdasarkan data diatas terlihat jenis kontrasepsi yang paling banyak

digunakan adalah suntik (29,38%) dan yang paling sedikit adalah MOW (metoda operasi wanita) yaitu 8,54%. Suntik merupakan alat kontrasepsi non MKJP (metode kontrasepsi jangka panjang). Sedangkan MOW termasuk alat kontrasepsi MKJP.

4.2 Analisis Univariat

4.2.1. Faktor Sociodemografi

a. Umur

Umur responden dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu risiko rendah (20-35 tahun) dan risiko tinggi (>35 tahun). Dari hasil penelitian didapat bahwa usia responden pada kelompok risiko rendah (20-35 tahun) adalah 47 orang (39,2%) dan risiko tinggi (>35 tahun) 73 orang (60,8). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Kecamatan Siantar Timur tahun 2012

No	Umur	Frekuensi	%
1.	Risiko rendah (20-35 tahun)	47	39,2
2.	Risiko Tinggi (> 35 tahun)	73	60,8
	Jumlah	120	100,0

b. Pendidikan

Tingkat pendidikan yang paling banyak ditamatkan oleh responden yaitu pendidikan yang dikategorikan pendidikan lanjut sebanyak 76 responden (63,3%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Pendidikan	Frekuensi	%
1.	Tinggi	17	14,2
1.	Lanjut	76	63,3
2.	Dasar	27	22,5
Jumlah		120	100,0

c. Pekerjaan

Pekerjaan responden dikategorikan atas 2 kategori yaitu bekerja jika responden mengisi kuesioner dengan jenis pekerjaan misalnya bertani, buruh, wiraswasta, PNS, pegawai swasta dll, dan tidak bekerja jika responden mengisi kuesioner dengan isian ibu rumah tangga. Mayoritas isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur adalah tidak bekerja yaitu sebanyak 76 responden (63,3%). Sementara itu terdapat 44 responden (36,7%) yang bekerja. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Pekerjaan	Frekuensi	%
1.	Bekerja	44	36,7
2.	Tidak Bekerja	76	63,3
Jumlah		120	100,0

d. Pengetahuan

Pengetahuan di kategorikan atas 3 kategori yaitu baik, cukup dan kurang, Hasil penelitian didapat mayoritas isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur pengetahuannya adalah pada kategori kurang yaitu 47 responden (39,2%) seperti pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Pengetahuan	Frekuensi	%
1.	Baik	39	32,5
2.	Cukup	34	28,3
3.	Kurang	47	39,2
Jumlah		120	100,0

e. Akses terhadap Media

Akses terhadap media di kategorikan atas 2 kategori yaitu baik dan kurang. Pada hasil penelitian didapat mayoritas isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur menyatakan akses terhadap media adalah kurang yaitu 64 orang (53,3%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Akses terhadap Media di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Akses Media	Frekuensi	%
1.	Baik	56	46,7
2.	Kurang	64	53,3
Jumlah		120	100,0

f. Akses terhadap Pelayanan KB

Akses terhadap pelayanan kesehatan terdiri atas 2 kategori yaitu baik dan Kurang. Pada penelitian di dapat hasil mayoritas akses isteri PUS terhadap pelayanan KB adalah pada kategori kurang yaitu 72 orang (60%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.6

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Akses terhadap Pelayanan Ibu di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Akses	Frekuensi	%
1.	Baik	48	40
2.	Kurang	72	60
Jumlah		120	100,0

Sikap

Sikap di kategorikan atas 3 kategori yaitu baik, sedang dan buruk. Pada penelitian di dapat hasil mayoritas sikap isteri PUS tentang keikutsertaan KB adalah pada kategori baik yaitu 72 responden (70,8%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.7

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Ibu di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Sikap	Frekuensi	%
1.	Baik	72	60,0
2.	Sedang	47	39,2
3.	Buruk	1	8
Jumlah		120	100,0

4.2.2. Faktor Budaya KB

a. Nilai Anak

Nilai anak diukur dengan 10 pertanyaan dengan menggunakan skala Likert. Nilai anak dikategorikan atas 2 kategori yaitu tinggi dan rendah. Pada penelitian di dapat hasil mayoritas nilai anak menurut isteri PUS tentang keikutsertaan KB adalah pada kategori tinggi yaitu 99 responden (82,5%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.8

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Nilai Anak di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Nilai anak	Frekuensi	%
1.	Tinggi	99	82,5
2.	Rendah	21	17,5
	Jumlah	120	100,0

b. Tradisi /Kebiasaan Keluarga

Tradisi / Kebiasaan keluarga diukur dengan 6 pertanyaan menggunakan skala Likert. Tradisi/ Kebiasaan keluarga dikategorikan atas 2 kategori yaitu baik dan Kurang. Pada penelitian di dapat hasil mayoritas tradisi /kebiasaan keluarga menurut isteri PUS tentang keikutsertaan KB adalah pada kategori kurang yaitu 73 responden. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.9

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tradisi/Kebiasaan Keluarga di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Tradisi	Frekuensi	%
1.	Baik	47	39,2
2.	Kurang	73	60,8
	Jumlah	120	100,0

a. Nilai Agama

Nilai agama diukur dengan 5 pertanyaan dengan menggunakan skala Likert. Nilai agama dikategorikan atas 2 kategori yaitu tinggi dan rendah. Pada penelitian di dapat hasil mayoritas nilai agama menurut isteri PUS tentang keikutsertaan KB dalah pada kategori tinggi yaitu 86 ibu (71,7%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.10

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Nilai Agama di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Nilai Agama	Frekuensi	%
1.	Tinggi	86	71,7
2.	Rendah	34	28,3
	Jumlah	120	100,0

d. Nilai Ekonomi

Nilai ekonomi diukur dengan 5 pertanyaan dengan menggunakan skala Likert. Nilai ekonomi dikategorikan atas 2 kategori yaitu tinggi dan rendah. Pada penelitian di dapat hasil mayoritas nilai ekonomi menurut isteri PUS tentang keikutsertaan KB adalah pada kategori tinggi yaitu 68 ibu (56,7%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.11

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Nilai Ekonomi di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Nilai ekonomi	Frekuensi	%
1.	Tinggi	68	56,7
2.	Rendah	52	43,3
	Jumlah	120	100,0

a. Nilai Kesehatan

Nilai kesehatan diukur dengan 5 pernyataan dengan menggunakan skala Likert. Nilai kesehatan dikategorikan atas 2 kategori yaitu tinggi dan rendah. Pada penelitian di dapat hasil mayoritas nilai kesehatan menurut isteri PUS tentang keikutsertaan KB adalah pada kategori tinggi yaitu 63 responden (52,5). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.12

Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Nilai Kesehatan di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Nilai Kesehatan	Frekuensi	%
1.	Tinggi	63	52,5
2.	Rendah	57	47,5
Jumlah		120	100,0

4.2.3. Keikutsertaan KB

Keikutsertaan KB diukur dengan 4 item pernyataan. Isteri PUS yang ikut program KB di Kecamatan Siantar Timur sebanyak 70 ibu, tidak ikut sebanyak 50 ibu alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah suntikan yaitu 39 ibu (32,5%), alasan ibu untuk ikut dalam program KB mayoritas karena kesehatan keluarga yaitu 32 ibu (26,7 %). Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.13

Tabel 4.13 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Item	Jawaban	f	Proporsi	
1.	Keikutsertaan KB	1. ya	70	58,3	
		2. Tidak	50	41,7	
Jumlah			120	100,0	
2.	Jenis alat KB yang ibu gunakan	1. Pil	17	14,2	
		2. Suntikan	39	32,5	
		3. Susuk/implant	11	9,2	
		4. IUD/Spiral	6	5,0	
		5. Steril	3	2,5	
Jumlah			70	100,0	
3.	Alasan utama ibu ikut KB .	1. Menunda menjarangkan kehamilan	22	18,3	
		2. kesehatan keluarga	20	16,7	
		2. Kesehatan ibu	19	15,8	
		3. Kesehatan anak	6	5,0	
		4. ekonomi	4	3,3	
			5. Permintaan suami	5	4,2
Jumlah			70	100,0	

4.3 Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan dua variabel yaitu antara satu variabel independen dengan satu variabel dependen maka digunakanlah analisis bivariat. Pada penelitian ini analisis bivariat yang digunakan adalah uji *Chi square*, masing-masing variabel independen dan dependen yang sudah dikategorikan diuji apakah ada hubungan antara variabel dependen sosiodemografi (umur, pendidikan, pekerjaan, akses kedia, akses ke pelayanan, pengetahuan, sikap ibu) budaya (nilai anak, tradisi/kebiasaan, nilai agama, nilai ekonomi, nilai kesehatan) dengan variabel dependen keikutsertaan terhadap KB. Jika nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak atau hipotesis penelitian diterima.

4.3.1. Sosiodemografi

a. Hubungan Umur dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara umur dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 47 responden kelompok umur ibu dengan risiko rendah sebanyak 21 responden (44,7%) yang ikut KB dan 26 responden (55,3%) yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 73 responden kelompok umur risiko tinggi 49 responden (67,1%) yang ikut KB dan 24 responden (32,9%) tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,015$, artinya ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan keikutsertaan KB, dan variabel ini berkandidat untuk diikuti sertakan dalam uji Regresi Logistik Ganda ($p < 0,25$). Seperti pada tabel 4.13

Tabel 4.14 Hubungan Umur dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Umur	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Resiko rendah	21	44,7	26	55,3	47	100	0,015
2.	Resiko Tinggi	49	67,1	24	32,9	73	100	

b. Hubungan Pendidikan dengan Keikutsertaan KB

Pada uji bivariat pendidikan diuji dua kali karena pendidikan terdiri atas tiga kategori, yaitu sebagai berikut kategori 1 yaitu pendidikan tinggi /dasar dan pendidikan dasar. Dan kategori berikutnya yaitu atas pendidikan tinggi/lanjut dan pendidikan dasar. Berdasarkan hasil tabulasi silang antara pendidikan dengan Keikutsertaan KB baik pada kategori 1 maupun kategori variabel pendidikan tidak berhubungan dengan keikutsertaan KB dengan nilai $p = 0,150$ namun ia berkandidat untuk diikut sertakan dalam uji Regresi Logistik Ganda ($p. < 0,25$). Seperti pada tabel 4.14

Tabel 4.15 Hubungan Pendidikan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Pendidikan	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		Thv bvbidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
		f	%	f	%	f	%	
1.	Tinggi/dasar	29	65,9	15	34,5	44	100	0,200
2.	Lanjut	41	53,9	35	46,1	76	100	
	Total	70	58,2	50	41,8	120	100	
1.	Tinggi /lanjut	51	54,8	42	45,2	93	100	0,150
2.	Dasar	19	70,4	8	29,6	27	100	
	Total	70	58,2	50	41,7	120	100	

c. Hubungan Pekerjaan dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara pekerjaan dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 44 ibu yang bekerja sebanyak 31 responden (70,5%) yang ikut KB dan 13 responden (29,5%) yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 76 responden yang tidak bekerja 39 responden (51,3%) yang ikut KB dan 37 responden (48,7%) tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,040$ artinya ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan responden dengan keikutsertaan KB. Variabel ini berkandidat untuk diikuti sertakan dalam uji Regresi Logistik Ganda ($p < 0,25$). Seperti pada tabel 4.15

Tabel 4.16 Hubungan Pekerjaan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Pekerjaan	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Bekerja	31	70,5	13	29,5	44	100	0,012
2.	Tidak bekerja	39	51,3	37	48,7	76	100	

d. Hubungan Pengetahuan dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil analisis dengan *chi-square* antara pengetahuan dengan keikutsertaan program KB diperoleh data bahwa dari 2 kali penyilangan didapat hasil nilai p terendah = 0,327 yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan keikutsertaan KB. Seperti pada tabel 4.16

Tabel 4.17 Hubungan Pengetahuan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Pengetahuan	Keikutsertaan				Total		p
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Baik/kurang	49	57	37	43	86	71,7	0,632
2.	Cukup	21	61,8	13	38,2	34	28,3	
	Total	70	58,2	50	41,8	120	100	
1.	Baik dan cukup	40	54,8	33	45,2	73	46	0,327
2.	Kurang	30	63,8	17	36,2	47	33	
	Total	70	58,2	50	41,7	120	100	

f. Hubungan Akses terhadap Media dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara akses terhadap media dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 56 responden ibu yang menyatakan akses terhadap media tergolong baik sebanyak 23 responden (41,1%) yang ikut KB dan 33 responden (58,9%) yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 64 responden yang menyatakan akses terhadap media kurang baik 47 responden (73,4%) yang ikut KB dan 17 responden (26,6) tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,001$ artinya ada hubungan yang signifikan antara akses ke media dengan keikutsertaan KB ibu. Variabel ini berkandidat diikuti sertakan dalam uji Regresi Logistik Ganda ($p. < 0,25$). Seperti pada tabel 4.17

Tabel 4.18 Hubungan Akses terhadap Media dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Akses Media	Keikutsertaan				Total		p
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Baik	23	41,1	33	58,9	56	100	0,199
2.	Kurang	47	73,4	17	26,6	64	100	

g. Hubungan Akses terhadap Pelayanan dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara akses terhadap pelayanan KB dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 48 responden yang menyatakan akses terhadap pelayanan tergolong baik sebanyak 21 responden (43,8) yang ikut KB dan 27 responden (56,3%) yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 72 responden yang menyatakan akses terhadap pelayanan KB kurang, 49 responden (68,1%) yang ikut KB dan 23 responden (31,9%) tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,008$ artinya ada hubungan yang signifikan antara akses terhadap pelayanan dengan keikutsertaan isteri PUS dalam program KB Seperti pada tabel 4.18

Tabel 4.19 Hubungan Akses terhadap Pelayanan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Akses Pelayanan	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Baik	21	43,8	27	56,3	48	100	0,008
2.	Kurang	49	68,1	23	31,9	72	100	

e. Hubungan Sikap dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil 2 kali tabulasi silang antara sikap ibu dengan Keikutsertaan KB diperoleh data hasil uji statistik *chi-square* nilai $p = 0,657$ dan $p = 0,235$ artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap ibu dengan keikutsertaan isteri PUS dengan program KB namun berkandidat untuk diikutsertakan dalam uji regresi logistik karena nilai $p < 0,25$. Seperti pada tabel 4.19

Tabel 4.20 Hubungan Sikap Ibu dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Sikap Ibu	Keikutsertaan				Total		p
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Baik dan buruk	42	56,8	32	43,2	74	100	0,657
2.	Sedang	28	60,9	18	39,1	46	100	
	Total	70	58,2	50	41,7	120	100	
1.	Baik /sedang	70	58,8	49	41,2	117	100	0,235
2.	Buruk	0	0	1	100	1	100	
2.	Total	70	58,2	50	41,7	3	100	

4.3.2. Budaya KB

a. Hubungan Nilai Anak dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara nilai anak dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 99 responden yang memiliki persepsi baik tentang nilai anak sebanyak 62 responden (62,6%) yang ikut KB dan 37 responden (37,4%) yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 21 responden yang memiliki persepsi rendah nilai anak sebanyak 8 responden (38,1%) yang ikut KB dan 13 responden (61,9%) tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,038$ artinya ada hubungan yang signifikan antara nilai anak dengan keikutsertaan KB Ibu PUS namun, dan variabel ini berkandidat diikuti sertakan dalam uji Regresi Logistik Ganda ($p < 0,25$). Seperti pada tabel 4.20

Tabel 4.21 Hubungan Nilai Anak dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Nilai Anak	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Tinggi	62	62,6	37,4	50	99	100	0,038
2.	Rendah	8	38,1	13	61,9	21	100	

b. Hubungan Tradisi Kebiasaan dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara tradisi dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 47 responden ibu yang memiliki tradisi/kebiasaan KB baik sebanyak 20 responden yang ikut KB dan 27 responden yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 73 responden yang memiliki tradisi tentang KB kurang sebanyak 50 responden yang ikut KB dan 23 responden tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,005$, artinya ada hubungan yang signifikan antara tradisi/kebiasaan dengan keikutsertaan KB dan variabel ini berkandidat diikuti sertakan dalam uji Regresi Logistik Ganda ($p < 0,25$).. Seperti pada tabel 4.21

Tabel 4.22 Hubungan Tradisi/Kebiasaan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Tradisi	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Baik	20	42,6	27	57,4	47	100	0,005
2.	Kurang	50	68,5	23	31,5	73	100	

c. Hubungan Nilai Agama dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara nilai agama dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 86 responden yang memiliki persepsi baik tentang nilai

agama sebanyak 56 responden yang ikut KB dan 30 responden yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 34 responden yang memiliki persepsi rendah nilai agama sebanyak 14 responden yang ikut KB dan 20 responden tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,017$ artinya ada hubungan yang signifikan antara nilai agama dengan keikutsertaan PUS dalam program KB, dan variabel ini berkandidat diikuti sertakan dalam uji Regresi Logistik Ganda ($p. < 0,25$). Seperti pada tabel 4.22

Tabel 4.23 Hubungan Nilai Agama dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Nilai Agama	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Tinggi	56	65,1	30	34,9	86	100	0,017
2.	Rendah	14	41,2	20	58,8	34	100	

d. Hubungan Nilai Ekonomi dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara nilai ekonomi dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 68 responden yang menyatakan baik tentang nilai ekonomi sebanyak 30 responden yang ikut KB dan 38 responden yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 52 responden yang memiliki persepsi rendah nilai ekonomi sebanyak 40 responden yang ikut KB dan 12 responden tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,000$ artinya ada hubungan yang signifikan antara nilai ekonomi dengan keikutsertaan PUS dalam program KB, dan variabel ini berkandidat diikuti sertakan dalam uji Regresi Logistik Ganda ($p. < 0,25$). Seperti pada tabel 4.23

Tabel 4.24 Hubungan Nilai Ekonomi dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Nilai Ekonomi	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Tinggi	30	44,1	38	55,9	68	100	0,000
2.	Rendah	40	76,9	12	23,1	52	100	

e. Hubungan Nilai Kesehatan dengan Keikutsertaan KB

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara nilai anak agama dengan Keikutsertaan KB diperoleh data bahwa dari 63 responden ibu yang memiliki persepsi baik tentang nilai kesehatan sebanyak 30 responden yang ikut KB dan 33 responden yang tidak ikut KB. Sedangkan dari 57 responden yang memiliki persepsi rendah nilai kesehatan sebanyak 40 responden yang ikut KB dan 17 responden tidak ikut KB. Hasil uji statistik *chi-square* didapat nilai $p = 0,012$ artinya ada hubungan yang signifikan antara nilai kesehatan dengan keikutsertaan PUS dalam program KB. Seperti pada tabel 4.24

Tabel 4.25 Hubungan Nilai Kesehatan dengan Keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Tahun 2012

No	Nilai Kesehatan	Keikutsertaan				Total		<i>p</i>
		Ikut		tidak Ikut		f	%	
		f	%	f	%			
1.	Baik	30	47,6	33	52,4	63	100	0,012
2.	Kurang	40	70,2	17	29,8	57	100	

4.4 Analisis Multivariat

Pada penelitian ini, variabel bebas yang memenuhi kriteria kemaknaan statistik ($p < 0,25$) dimasukkan ke dalam analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik berganda, yaitu variabel umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, akses ke media, akses pelayanan, sikap, nilai anak, nilai kesehatan, nilai ekonomi nilai agama, dan tradisi/kebiasaan. Hasil akhir analisis tersebut dapat dilihat pada tabel 4.25

Tabel 4.26 . Hasil Analisis Multivariat Pengaruh Sociodemografi Dan Budaya Terhadap Keikutsertaan Program KB Wanita PUS Di Kecamatan Siantar Timur

Variabel	B	p	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
				Lower	Upper
Media	-1,310	0,006	0,270	0,107	0,683
Akses pelayanan	-0,972	0,042	0,387	0,148	0,964
Nilai Anak	1,181	0,054	3,529	0,979	10,851
Nilai Ekonomi	-1,542	0,002	0,214	0,082	0,557
Nilai Agama	1,500	0,004	4,481	1,607	12,497
Tradisi	-1,203	0,013	0,300	0,116	0,777
Constant	1,566	0,004	4,787	-	-

Hasil tabel diatas merupakan akhir analisis multivariat regresi logistic. menjelaskan bahwa secara bersama-sama variabel independen, yaitu akses terhadap media, akses terhadap pelayanan, nilai anak, nilai ekonomi, nilai agama dan tradisi KB dalam keluarga secara langsung bersama-sama mempengaruhi keikutsertaan isteri PUS dalam program KB. Berdasarkan nilai koefisien B yang tertinggi adalah variabel nilai agama yaitu 1,500 ini menunjukkan variabel tersebut adalah yang

paling dominan mempengaruhi keikutsertaan KB pada ibu-ibu isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur, diikuti dengan nilai anak, akses pelayanan, tradisi, akses ke media dan terakhir adalah nilai ekonomi.

Model persamaan regresi logistik ganda yang didapatkan adalah :

$$y_i = \ln \left\{ \frac{1}{1-p} \right\} = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 = 1,566 - 1,310(\text{med}) - 0,972(\text{pel}) + 1,181(\text{ank}) - 1,542(\text{eko}) + 1,500(\text{ag}) - 1,203(\text{tra})$$

Dan nilai peramalan probabilitas perilaku individu isteri PUS dalam keikutsertaan KB adalah :

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(1,566 - 1,310(\text{med}) - 0,972(\text{pel}) + 1,181(\text{ank}) - 1,542(\text{eko}) + 1,500(\text{ag}) - 1,203(\text{tra}))}}$$

Sehingga dapat dijelaskan bahwa, jika akses ke media (med) tidak baik (1), akses ke pelayanan (pel) tidak baik (1) persepsi ibu terhadap nilai anak (ank), nilai ekonomi (eko), nilai agama (ag) dan tradisi/kebiasaan KB (tra) tidak baik (1), maka peramalan probabilitas individu untuk ikut serta dalam program KB 56,49 %. Sebaliknya, jika akses ke media (med) tidak baik (0), akses ke pelayanan (pel) baik (0) persepsi ibu terhadap nilai anak (ank), nilai ekonomi (eko), nilai agama (ag) dan tradisi/kebiasaan KB (tra) baik (0), maka peramalan probabilitas individu untuk ikut serta dalam program KB menjadi 93,80 %.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1. Keikutsertaan pada Program KB

Keikutsertaan pada Program KB pada penelitian ini dibagi menjadi 2 kelompok yaitu ikut serta dalam program KB dan tidak ikut serta dalam program KB. Yang dimaksud ikut serta dalam program KB adalah responden yang pada penelitian ini isteri PUS yang pada saat penelitian memakai alat kontrasepsi modern yaitu Pil, Suntikan, Implan, IUD dan Metoda Operasi Wanita (MOW), baik itu peserta KB baru yaitu Isteri PUS yang baru pertama kali menggunakan salah satu alat kontrasepsi atau yang menggunakan kembali salah satu alat kontrasepsi setelah mereka berakhir masa kehamilannya (keguguran, lahir mati, dan lahir hidup) ataupun peserta KB aktif yaitu isteri PUS yang sedang menggunakan salah satu metode kontrasepsi secara terus-menerus tanpa diselingi kehamilan.

Hasil penelitian yang tergambar dalam distribusi frekuensi didapatkan dari 120 responden 70 responden (58,3 %) ikut KB dan 50 responden (41,7%) tidak ikut dalam program KB. Jenis alat kontrasepsi yang paling banyak dipakai responden adalah suntikan disusul Pil, susuk, IUD dan steril. Sedangkan alasan yang paling banyak dikemukakan sehingga menjadi peserta KB adalah karena menunda ataupun menjarangkan kehamilan disusul dengan alasan karena kesehatan keluarga, kesehatan ibu, kesehatan anak, ekonomi dan permintaan suami. Menunda kehamilan berarti ibu tidak ingin hamil dulu setelah menikah sedangkan menjarangkan kehamilan berarti

mengatur jarak kehamilan agar tidak terlalu dekat dengan kehamilan sebelumnya. Kesehatan keluarga adalah untuk meningkatkan kualitas hidup keluarga.

5.2. Sosiodemografi

Sosiodemografi dalam penelitian ini adalah umur, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu, akses media, akses pelayanan, dan sikap ibu.

5.2.1. Umur ibu

Pada hasil penelitian berdasarkan umur diketahui responden dikategorikan pada dua kategori yaitu umur dengan risiko rendah dan risiko tinggi. Menurut Depkes (2003), masa reproduksi sehat yaitu pada umur 20-35 tahun. Pada umur < 20 tahun alat reproduksi belum matang sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi akibat penggunaan alat kontrasepsi akan lebih besar. Pada penelitian ini responden mayoritas berumur >35 tahun yaitu 60,8% dari seluruh responden. Penelitian Nuraidah (2003) di Kelurahan Pasir Putih menyatakan keinginan untuk menggunakan kontrasepsi meningkat pada umur 20-35 tahun, Sri Hastuti pada penelitian di SDIT (IGRO) tahun 2004 juga menyimpulkan keikutsertaan KB Ibu-ibu wali murid SDIT (IGRO) meningkat pada umur 20-35.

Pada analisis *bivariat* terlihat responden yang digolongkan kategori risiko tinggi yang ikut KB 49 (67,1%) dan yang tidak ikut KB 24 ibu (32,9%). Sedangkan responden kategori risiko rendah yang ikut KB adalah 21 ibu (44,7%) dan yang tidak ikut KB sebanyak 26 ibu (55,3%). Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang termasuk dalam keikutsertaan KB, mereka yang

berumur lebih tua mempunyai peluang lebih kecil untuk ikut dalam program KB dibandingkan dengan yang muda (Notoadmodjo1993). Analisa BKKBN tentang SDKI 2002/2003 dikutip dari Tatarini (2008) mengatakan bahwa umur dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun sangat berisiko terhadap kehamilan dan melahirkan sehingga berhubungan erat dengan keikutsertaan KB. Faktor umur sangat berpengaruh terhadap aspek reproduksi manusia terutama dalam pengaturan jumlah anak yang dilahirkan, waktu persalinan yang kelak berhubungan pula dengan Kesehatan ibu. Hasil uji *chi-square* didapat umur berhubungan dengan keikutsertaan KB dengan nilai $p = 0,015$. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Casuli (2005) yang menyimpulkan ada hubungan yang bermakna antara umur dengan keikutsertaan KB pada isteri PUS, demikian juga dengan penelitian Kusumaningrum (2009) yang menyimpulkan umur Isteri PUS berhubungan dengan pemilihan alat kontrasepsi yang digunakan. Namun berbeda dengan penelitian Fiona (2009) di Kelurahan Sidorejo Medan Tembung umur ibu tidak berhubungan dengan keinginan isteri PUS dalam ber KB.

5.2.2. Pendidikan Ibu

Berdasarkan pendidikan mayoritas responden adalah pada kategori pendidikan lanjut (SLTA) yaitu 76 responden (63,3%). Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keikutsertaan dalam program KB. Semakin tinggi tingkat pendidikan diharapkan semakin tinggi pula pengetahuan dan kesadaran akan program KB .

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hastuti Sri (2003) yang mendapatkan hasil mayoritas isteri PUS yang ikut berKB di SDIT IQRO Bekasi adalah pada kategori pendidikan tinggi. Pada analisis *bivariat* didapat hasil bahwa pendidikan ibu tidak berhubungan dengan keikutsertaan nilai $p = 0,150$.

Pendidikan ibu dapat mendukung perilaku ibu, sehingga diharapkan semakin tinggi pendidikan ibu semakin besar keinginan ibu untuk ber KB, karena pendidikan menurut (BKKBN, 1980) merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya sesuatu hal, termasuk pentingnya keikutsertaan dalam KB. Ini disebabkan seseorang yang berpendidikan tinggi akan lebih luas pandangannya dan lebih mudah menerima ide dan tata cara kehidupan baru.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Tri,W (2001) di Gombang Kebumen, bahwa pendidikan ibu menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kesertaan KB IUD tetapi sejalan dengan penelitian Meliasari di Marelan tahun 2012 yang menyimpulkan bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan kelangsungan penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim.

5.2.3. Pekerjaan

Berdasarkan pekerjaan didapat hasil mayoritas responden di Kecamatan Siantar Timur adalah bekerja yaitu 76 responden (63,3%). PUS dikategorikan bekerja jika pada kuesioner dia menulis jenis pekerjaan yang dilakukan misalnya PNS, wiraswasta, pegawai swasta, buruh, petani dan lain-lain. Hal ini mengindikasikan bahwa ibu yang mempunyai kesibukan untuk dapat membantu dalam mencari nafkah

untuk keluarganya justru mengambil keputusan untuk menjadi peserta KB dibanding ibu yang tidak bekerja. Pada tabulasi silang terlihat dari 76 ibu yang bekerja 31 responden (70,5%) yang ikut dan 13 responden (29,5%) tidak ikut KB, dan dari 76 responden yang tidak bekerja 39 responden (51,3%) ikut KB dan 37 responden (48,7%) yang tidak ikut KB. Pada *uji chi-square* diperoleh nilai $p= 0,040$ artinya ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan keikutsertaan KB.

Pekerjaan dapat mempengaruhi keikutsertaan KB kemungkinan karena pekerjaan individu berhubungan dengan tingkat pendapatan. Menurut Ahmadi (2003) dikutip dari Yusrizal (2008) , bahwa usaha memerangi kemiskinan hanya dapat berhasil kalau dilakukan dengan cara memberikan pendapatan yang layak kepada orang-orang miskin dan juga dengan lapangan pekerjaan dapat memberikan kesempatan masyarakat untuk bekerja dan merangsang berbagai kegiatan disektor-sektor ekonomi. Dalam hal ini termasuk Sektor kesehatan yaitu keinginan ibu untuk menjadi peserta KB yang dalam hal ini kemungkinan membutuhkan dana untuk melakukannya.

5.2.4. Pengetahuan

Pengetahuan responden dikategorikan atas baik, cukup dan kurang. Pada penelitian didapat hasil mayoritas responden pengetahuannya tentang KB adalah pada kategori kurang yaitu 47 responden (39,2 %) dan yang paling sedikit adalah pengetahuan cukup yaitu 34 responden (28,3%). Kondisi ini kurang sebanding dengan pendidikan responden yang sebagian besar berpendidikan lanjut yaitu SLTA . Pengetahuan responden diukur dengan kuesioner berisi pertanyaan tentang kegunaan

KB sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga. Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden sudah mengetahui dengan baik tentang kegunaan KB, tetapi masih ada 47 % responden yang kurang tahu.

Menurut Notoadmodjo (2003) bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan isteri PUS tentang keikutsertaan KB adalah hasil penginderaan isteri PUS tentang kegunaan KB sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga. Hasil uji bivariat dengan *chi-square* didapat hasil variable pengetahuan tidak berhubungan dengan keikutsertaan KB dengan nilai $p = 0,632$ dan $0,327$, yang artinya bahwa pengetahuan tidak berhubungan secara signifikan dengan keikutsertaan KB.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Tatarini (2008) yang menyimpulkan ada pengaruh pengetahuan dengan keikutsertaan KB di Kecamatan Rambahsamo Kabupaten Rokan Hulu. Demikian juga dengan penelitian Ratmina (2011) di Kabupaten Deli Serdang yang menyimpulkan pengetahuan berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi vasektomi dan penelitian Meliasari (2012) yang menyatakan bahwa pengetahuan berpengaruh secara signifikan terhadap kelangsungan pemakaian kontrasepsi AKDR di Wilayah kerja Puskesmas Medan Marelan Kecamatan Medan Marelan.

5.2.5. Akses Media

Pada variabel akses ke media didapati hasil mayoritas responden (53,3%) memiliki akses yang kurang baik terhadap media KB, yang dimaksud dengan akses

media adalah keterjangkauan ibu dalam memperoleh informasi tentang KB baik itu dari media elektronik dan non elektronik. Hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar ibu –ibu isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur kurang dapat menerima informasi tentang KB dengan baik. Baik itu melalui televisi, Koran, Radio, dll. Hal ini mungkin dapat terjadi karena program KB yang mengalami stagnasi pada masa kin. Penyuluhan KB sangat berkurang disana-sini, yang kemungkinan hal ini dapat mengakibatkan rendahnya keinginan berKB.

Pada tabulasi silang didapat dari 56 ibu yang mempersepsikan akses kedia media baik 23 (41,1%) ibu ikut KB dan 33 ibu (58,9%) yang tidak ikut KB. Dan dari 64 responden yang mempersepsikan akses ke media rendah 47 ibu (73,4%) yang ikut KB dan 17 ibu (26,6%) yang tidak ikut KB. Dari data tersebut dapat terlihat bahwa walaupun ibu menyatakan akses ke media kurang ibu tetap ikut dalam program KB sehingga pada uji *chi-square* di dapat nilai $p=0,000$ artinya ada hubungan yang signifikan antara akses media dengan keikutsertaan KB pada isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur tahun 2012. Menurut penelitian Imbarwati (2009), ketersediaan dan kelengkapan informasi tentang metode kontrasepsi IUD, menjadi faktor yang memungkinkan terjadinya pemanfaatan IUD sebagai alat kontrasepsi. Tanpa adanya informasi dan pengaruh dari tenaga kesehatan maka segala kendala pemanfaatan IUD seperti nilai negative yang dianut masyarakat tentang IUD.

Menurut penelitian Achmad Rois, media komunikasi yang dipunyai oleh keluarga responden secara teoritis memang dapat mempengaruhi keikutsertaan dalam KB. Media komunikasi yang dimiliki keluarga responden di daerah penelitian

tersebut sebagian besar mempunyai tiga jenis media komunikasi, yaitu koran, radio dan televisi dan tidak ada keluarga responden yang tidak memiliki media komunikasi untuk menerima pesan informasi dari KB. Menurut Green (2000) faktor akses media merupakan salah satu faktor pemungkin (*enabling*) yang menyebabkan seseorang bertindak atau tidak bertindak terhadap suatu obyek tertentu. Untuk seorang ibu yang aktif mengakses media cenderung memiliki resiko lebih kecil untuk gagal melaksanakan program “Dua Anak Cukup” atau dengan kata lain lebih cepat melahirkan anak ketiga. Resiko ibu yang aktif mengakses media informasi sebesar 0,8104 kali dari resiko ibu yang tidak aktif mengakses

5.2.6. Akses Pelayanan

Variabel akses kepelayanan KB didapat hasil bahwa mayoritas responden menyatakan akses kurang tentang pelayanan KB (60%). Hal ini dapat mengindikasikan bahwa isteri PUS di Kecamatan Siantar Utara mempersepsikan bahwa jarak tempat pelayanan KB jauh dan pelayanan petugas KB di tempat pelayanan KB kurang baik. Pada tabulasi silang terlihat dari 72 isteri PUS yang mempersepsikan akses pelayanan rendah 49 responden (68,1%) ikut KB dan 23 responden (31,9%) tidak ikut KB dan dari 48 responden yang mempersepsikan akses pelayanan baik 21 responden ikut KB dan 27 responden tidak ikut KB. Dari data tersebut terlihat walaupun ibu mengatakan pelayanan KB kurang baik namun keinginan ber KB ibu tetap tinggi . Pada uji *chisquare* di dapat hasil nilai $p=0,008$ artinya akses terhadap pelayanan KB berhubungan secara signifikan dengan keikutsertaan KB pada isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur tahun 2012.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ekarini SMB (2008) yang menyimpulkan di Kecamatan Selo Kabupaten Boyolali tahun 2008 Akses pelayanan KB berhubungan dengan partisipasi pria dalam KB, Penelitian BKKBN tahun 2004 yang menyatakan kemudahan dan ketersediaan pelayanan berdampak positif terhadap penggunaan suatu alat kontrasepsi, namun tidak sejalan dengan penelitian Ratmina (2012) yang menyimpulkan jarak kelokasi pelayanan tidak berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi vasektomi di Kecamatan Labuhan Deli Kabupaten Deliserdang. R.Sakhnan (2001), mengemukakan bahwa lokasi pelayanan KB yang strategis dan jarak yang dekat ternyata tidak selalu dipandang penting dengan keikutsertaan KB pada suku Talang Mamak desa Seberida, Provinsi Riau, karena mereka telah mementingkan perasaannya dibandingkan dengan jarak pelayanan. Mereka pergi ketempat pelayanan meskipun jaraknya jauh yang penting mereka puas. Sedangkan perilaku petugas kesehatan sangat berhubungan dengan keikutsertaan KB pada suku Talang Mamak desa Seberida, Provinsi Riau. Akses pelayanan berkaitan dengan ketersediaan tenaga pelayanan, fasilitas dan komoditi kesehatan reproduksi, pembiayaan dan kesanggupan klien untuk membayar.

Menurut penelitian di Bangladesh menyebutkan wanita lebih banyak menggunakan pil dibandingkan dengan metode modern lainnya atas dasar akses maupun biaya yang dikeluarkan, dimana sumber utama suplai pil adalah tenaga lapangan dan pil didistribusikan secara gratis (Mannan,2002). Menurut penelitian Adamchak di Nepal bahwa perbaikan dalam penyampaian pelayanan kontrasepsi dan penyediaan akses yang mudah secara signifikan dapat meningkatkan proporsi

pemakaian kontrasepsi yang akhirnya akan memberikan pilihan terhadap pengaturan kelahiran dan ukuran keluarga.

5.2.7. Sikap

Mayoritas Sikap isteri PUS tentang Keikutsertaan KB adalah baik (60,0%). Sikap dikategorikan baik jika skor jawaban responden $> 70\%$ dari total skor maksimal. Sikap menurut Notoadmodjo (2007) adalah reaksi atau respon yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Pada uji *chi-square* di dapat hasil nilai $p=0,657$ dan $0,235$ artinya tidak ada hubungan sikap responden dengan keikutsertaan KB, kemungkinan hal ini mengindikasikan bahwa walaupun responden bersikap positif tentang KB tetapi masih banyak responden yang tidak ikut dalam program KB. Banyak Faktor yang dapat mempengaruhi sikap individu sehingga akhirnya berperan dalam satu kegiatan tertentu, menurut Azwar (2009), Faktor-faktor yang berperan dalam membentuk sikap manusia antara lain adalah pengalaman pribadi, pengaruh kebudayaan, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh media massa, pengaruh lembaga pendidikan, agama serta pengaruh Faktor emosional.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sri Hastuti (2004) yang menyimpulkan sikap ibu tidak berhubungan dengan keikutsertaan KB pada wali murid SD Islam terpadu "IQRO" Pondok Gede Jawa Barat. Tetapi tidak sejalan dengan penelitian R.Sakhnan yang menyimpulkan bahwa sikap ibu berhubungan secara signifikan dengan keikutsertaan dalam program KB pada suku Talang Mamak di desa Seberida Propinsi Riau tahun 2001.

5.3. Budaya

Budaya dalam penelitian ini meliputi nilai anak, tradisi/kebiasaan, nilai agama, nilai ekonomi dan nilai kesehatan.

5.3.1. Nilai Anak

Nilai anak di operasionalkan yaitu pandangan ibu PUS pada anak yang dilahirkan untuk kepentingan keluarga. Pada penelitian ini nilai anak dikategorikan atas kategori tinggi dan rendah. Tinggi jika total jawaban responden > 60% dari total skor maksimal, dan didapat hasil bahwa mayoritas responden mempersepsikan nilai anak pada kategori tinggi yaitu 99 responden (82,5 %).

Dari hasil analisa bivariat terlihat nilai $p=0,038$, artinya nilai anak berhubungan dengan keikutsertaan KB di Kecamatan Siantar Timur Kota Pematang Siantar tahun 2012. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa nilai anak yang tinggi menjadi Faktor Istri PUS untuk tidak ikut dalam program KB. BKKBN (2000) menyimpulkan semakin tinggi nilai anak yang dianut dalam keluarga maka semakin sulit untuk memberikan motivasi agar berpartisipasi dalam program KB. Jika dilihat dari tingkat pendidikan responden yang mayoritas tinggi selayaknya para ibu memiliki persepsi yang baik tentang nilai anak. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh Faktor-faktor lainnya.

5.3.2. Tradisi/ Kebiasaan

Tradisi adalah adat kebiasaan turun-temurun yang masih dijalankan di masyarakat, masyarakat menganggap bahwa cara-cara yang telah ada merupakan yang paling baik dan benar. Kebiasaan mempunyai kekuatan mengikat yang lebih tinggi dari pada cara (*usage*). Kebiasaan diartikan sebagai perbuatan yang berulang-

ulang dalam bentuk yang lama karena sudah mengakar dalam kehidupan sehari-hari (Syarifudin, 2009). Tradisi atau kebiasaan, dalam pengertian yang paling sederhana adalah sesuatu yang telah dilakukan sejak lama dan menjadi bagian dari kehidupan suatu kelompok masyarakat. Hal yang paling mendasar dari tradisi adalah adanya informasi yang diteruskan dari generasi ke generasi baik tertulis maupun lisan, agar tradisi ini tidak punah. Tradisi yang ada di masyarakat seperti pandangan mengenai kematian di tiap-tiap daerah berbeda sesuai kepercayaan dan adat istiadat yang berlaku (Syarifudin, 2009).

Pada hasil penelitian didapat bahwa pandangan PUS tentang tradisi mayoritas adalah kurang yaitu 60,8 %. Hasil analisa bivariat dengan *chi-square* di dapat bahwa nilai $p=0,005$ artinya tradisi keluarga berhubungan dengan keikutsertaan KB. artinya tradisi dapat menjadi salah satu Faktor yang dapat mempengaruhi isteri PUS dalam program KB.

5.3.3. Nilai Agama

Pada variabel nilai agama didapat hasil mayoritas responden mendapat skor tinggi (71,7%) dan yang mendapat skoring rendah yaitu 28,3%. Analisis bivariat hubungan antara pengaruh nilai agama dengan keikutsertaan KB didapat nilai p sebesar 0,017 ($p < 0,05$) maka secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara nilai agama dengan keikutsertaan KB pada isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur.

Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian Radita Kusumaningrum tahun 2009 yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengaruh

agama dengan pemilihan kontrasepsi. Menurut teori, penganut Islam menganjurkan umatnya untuk memiliki keturunan yang sangat banyak tapi juga harus mengacu pada pencapaian kualitas anak yang bermutu. Penganut Islam mengatakan bahwa hukum KB bisa haram apabila bertujuan untuk membatasi kelahiran karena di Islam tidak ada pembatasan kelahiran. Tapi hukum KB bisa menjadi mubah apabila dengan kehamilan dapat membahayakan kondisi ibu.

Dari perspektif penganut Kristen, kesejahteraan keluarga memiliki makna yang paralel dengan apa yang disebut keluarga yang bertanggungjawab. Keperalelan tersebut terletak pada tanggung jawab membawa bahtera rumah tangga dalam takut akan Allah.

Karena itu, penganut Kristen mendukung program KB. Bagi agama Kristen, program KB dapat menunjang terciptanya kebahagiaan keluarga, di mana hak dan peran anggotanya dapat diwujudkan secara memadai. Program KB, yang intinya mengatur kelahiran, secara filosofis bertujuan untuk melindungi hidup. Kita perlu membatasi hidup. Pandangan ini didasarkan antara lain, bahwa kebahagiaan suatu keluarga bergantung dari tiap anggota, bagaimana ia memainkan peranannya dengan tepat terhadap tiap anggota yang lain.

Namun terdapat sedikit perbedaan dalam pandangan agama Kristen. Agama Kristen Protestan tidak melarang umatnya berKB. Tapi sedikit berbeda dengan agama Katolik yang memandang kesejahteraan keluarga diletakkan dan diwujudkan dalam pemahaman holistik sesuai dengan kehendak Allah. Untuk mengatur kelahiran anak,

suami-istri harus tetap menghormati dan menaati moral Katolik dan umat Katolik dibolehkan berKB dengan metode alami yang memanfaatkan masa tidak subur

5.3.4. Nilai Ekonomi

Berdasarkan analisis deskriptif, penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden mempunyai persepsi tinggi (56,7%) terhadap nilai ekonomi KB. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa responden setuju dengan program KB dapat meningkatkan nilai ekonomi dalam keluarga. Pada tabulasi silang terlihat dari 68 responden yang mempunyai skor tinggi tentang nilai ekonomi 30 ibu (44,1%) ikut KB dan 38 ibu (55,9%) tidak ikut KB dan dari 52 ibu dengan skor rendah 40 responden (76,9%) ikut KB dan 12 responden (23,1%) tidak ikut KB, sehingga hasil analisis bivariat didapat hasil nilai $p=0,000$ yang artinya bahwa nilai ekonomi berhubungan dengan keikutsertaan KB pada isteri PUS di Kecamatan Siantar Timur tahun 2012. Penelitian di Jawa Timur menyatakan faktor ekonomi berpengaruh positif terhadap efektifitas pelaksanaan KB maupun terhadap tingkat fertilitas. Adanya pengaruh tersebut menandakan bahwa semakin baik kondisi sosial ekonomi masyarakat Jawa Timur maka semakin rendah keinginan ber KB (Saleh,M, 2003).

Nilai ekonomi dapat menjadi hambatan dalam program KB, karena anak dipandang sebagai tenaga kerja yang dapat membantu meningkatkan ekonomi keluarga sehingga mempunyai banyak anak akan banyak tambahan pendapatan yang akan diperoleh. Hal ini memang suatu kenyataan dan benar, tetapi belum diperkirakan nasib anak itu sendiri apakah anak itu memang bisa diharapkan pendidikannya dan

masa depannya. Kalau hal ini dipertimbangkan, mempunyai banyak anak malah menjadi beban dan masalah.(Nurmaliah, 2010).

Menurut Todaro (dalam Nuraidah, 2001) di banyak negara berkembang anak dipandang sebagai investasi, yaitu sebagai tambahan tenaga untuk menggarap lahan, atau sebagai gantungan hidup, atau sebagai tabungan di hari tua. Dengan demikian penentuan fertilitas keluarga atau 'tingkat permintaan akan anak' merupakan bentuk pilihan ekonomi yang rasional bagi konsumen (dalam hal ini keluarga). Pilihan menambah jumlah anak diperoleh dengan cara mengorbankan pilihan terhadap barang lain, dimana keputusan itu pada akhirnya efek substitusi dan efek pendapatan. Jumlah anak yang diinginkan dipengaruhi secara positif oleh pendapatan keluarga, Di sisi lain, jumlah anak yang diinginkan akan berhubungan secara negatif terhadap biaya pemeliharaan anak serta kuatnya keinginan untuk memiliki barang lain.

5.3.6. Nilai Kesehatan

Pada analisis univariat di dapat mayoritas responden memiliki skor tinggi dengan nilai kesehatan (52,5%). Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden menganggap bahwa KB berhubungan dengan nilai –nilai kesehatan yang. Sedangkan pada tabulasi silang didapat dari 63 responden dengan skor tinggi tentang nilai kesehatan 30 responden (47,6%) ikut KB dan 33 responden tidak ikut KB. Dan dari 57 responden yang skor nilai kesehatan rendah, 40 responden ikut KB dan 17 responden tidak ikut KB. Dari uji *chi-square* didapat hasil nilai $p=0,0,12$ artinya ada hubungan yang signifikan antara nilai kesehatan dengan keikutsertaan KB.

Sehat menurut WHO adalah keadaan yang menunjukkan sehat fisik, mental dan sosial bukan hanya terbebas dari penyakit cacat dan kelemahan. Pada awalnya program KB dan kependudukan lebih menitik beratkan tujuan penurunan kelahiran, sehingga kegiatan KB melalui pelayanan kontrasepsi sering memberikan dampak negatif. Atas dasar hal tersebut maka pada konferensi kependudukan di Kairo tahun 1994 menyepakati bahwa pelayanan kontrasepsi adalah dalam kerangka pencapaian tujuan kesehatan reproduksi serta pemenuhan hak reproduksi. Yang dimaksudkan dengan kesehatan reproduksi adalah kesehatan secara fisik, mental dan kesejahteraan sosial pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi reproduksi dan bukan hanya terbebas dari penyakit dan kecacatan. Sedangkan yang dimaksud dengan hak reproduksi adalah hak setiap individu dan pasangan untuk menentukan kapan akan melahirkan, berapa jumlah anak yang dimiliki serta upaya untuk mewujudkan hak tersebut melalui pemakaian kontrasepsi atau cara lain.

KB dimasukkan dalam pelayanan kesehatan reproduksi karena KB bertujuan untuk menunda, menjarangkan atau membatasi kehamilan, bila jumlah anak dianggap cukup. Kehamilan yang diinginkan pada keadaan dan saat yang tepat, akan lebih menjamin kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi yang dikandungnya.

5.4. Faktor yang Paling Dominan terhadap Keikutsertaan KB

Berdasarkan uji *regresi logistic* ganda diketahui variabel yang paling dominan dalam keikutsertaan KB adalah variabel nilai agama. Hal ini dapat mengindikasikan

bahwa nilai agama responden sangat mempengaruhi isteri PUS untuk mengikuti program KB.

KB adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Dengan kata lain KB adalah perencanaan jumlah keluarga. Pembatasan bisa dilakukan dengan penggunaan alat-alat kontrasepsi atau penanggulangan kelahiran seperti Implant, IUD dan sebagainya. Jika ibu bekerja maka makin besar keinginan ibu untuk mengikuti program KB.

Menurut teori, penganut Islam menganjurkan umatnya untuk memiliki keturunan yang sangat banyak tapi juga harus mengacu pada pencapaian kualitas anak yang bermutu. Penganut Islam mengatakan bahwa hukum KB bisa haram apabila bertujuan untuk membatasi kelahiran karena di Islam tidak ada pembatasan kelahiran. Tapi hukum KB bisa menjadi mubah apabila dengan kehamilan dapat membahayakan kondisi ibu.

Dari perspektif penganut Kristen, kesejahteraan keluarga memiliki makna yang paralel dengan apa yang disebut keluarga yang bertanggungjawab. Keperalelan tersebut terletak pada tanggung jawab membawa bahtera rumah tangga dalam takut akan Allah.

Karena itu, penganut Kristen mendukung program KB. Bagi agama Kristen, program KB dapat menunjang terciptanya kebahagiaan keluarga, di mana hak dan peran anggotanya dapat diwujudkan secara memadai. Program KB, yang intinya mengatur kelahiran, secara filosofis bertujuan untuk melindungi hidup. Kita perlu membatasi hidup. Pandangan ini didasarkan antara lain, bahwa kebahagiaan suatu

keluarga bergantung dari tiap anggota, bagaimana ia memainkan peranannya dengan tepat terhadap tiap anggota yang lain.

Namun terdapat sedikit perbedaan dalam pandangan agama Kristen. Agama Kristen Protestan tidak melarang umatnya berKB. Tapi sedikit berbeda dengan agama Katolik yang memandang kesejahteraan keluarga diletakkan dan diwujudkan dalam pemahaman holistik sesuai dengan kehendak Allah. Untuk mengatur kelahiran anak, suami-istri harus tetap menghormati dan menaati moral Katolik dan umat Katolik dibolehkan berKB dengan metode alami yang memanfaatkan masa tidak subur

5.5. Keterbatasan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *cross sectional*, kelemahan dari metoda ini hanya dapat melihat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Hubungan yang dilihat hanya sebatas menunjukkan keterkaitan saja, bukan hubungan sebab akibat.

Instrumen penelitian pada penelitian ini sebagian besar berupa kuesioner tertutup yang sudah disediakan alternatif jawaban, dengan sendirinya kemungkinan ada hal-hal yang ditanyakan tidak sesuai dengan yang seharusnya jawaban responden. Hal ini dapat terjadi karena karena responden kurang mengerti dan keterbatasan kemampuan pewawancara dalam melakukan wawancara.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian didapat kesimpulan:

1. Sosiodemografi ibu yang berpengaruh dengan keikutsertaan KB yaitu akses kedia dan akses pelayanan KB. Hal ini mengindikasikan bahwa jarak yang jauh dan pelayanan petugas yang kurang baik menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi rendahnya keikutsertaan wanita PUS dalam program KB. Demikian juga dengan media informasi, semakin banyak informasi yang didapatkan wanita PUS tentang program KB maka akan semakin besar keinginan isteri PUS untuk ikut dalam program KB
2. Faktor budaya yang mempengaruhi keikutsertaan isteri PUS dalam program KB adalah nilai agama, nilai ekonomi, nilai anak, nilai kesehatan dan tradisi. Hal ini mengindikasikan bahwa wanita PUS berpandangan nilai-nilai yang ada dalam budaya dapat menjadi salah satu faktor keikutsertaan PUS dalam program KB. Semakin baik pandangan wanita PUS akan nilai agama, nilai anak, nilai kesehatan, nilai ekonomi dan tradisi maka semakin rendah keinginan isteri PUS untuk ikut dalam program KB.

6.2 Saran

1. Mengingat nilai agama sangat mempengaruhi keikutsertaan isteri PUS dalam Program KB maka disarankan kepada pihak Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) Kota Pematang Siantar untuk mengadakan pendekatan kepada lembaga-lembaga khusus misalnya tokoh agama, tokoh masyarakat agar dapat meningkatkan kerjasama dibidang KB dan kesehatan reproduksi, serta memasukkan konsep-konsep kesehatan reproduksi dalam acara-acara rutin /ceramah-ceramah agama.
2. Kepada Puskesmas untuk lebih aktif melakukan kegiatan KIE (konseling, informasi dan Edukasi) tentang Program KB dan meningkatkan pelayanan KB di Puskesmas.
3. Kepada ibu-ibu di Kecamatan Siantar Timur agar lebih banyak mencari informasi tentang KB untuk memperluas wawasan dan meningkatkan pengetahuan tentang Program KB, baik itu melalui media cetak, massa maupun media elektronik.
4. Perlu penelitian lebih lanjut tentang keikutsertaan KB di daerah Penelitian dengan variabel yang lebih lengkap dan metoda yang berbeda sehingga dapat digunakan untuk kepentingan masyarakat lebih luas mengenai keikutsertaan KB.

DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo SM, Samosir OB. Dasar-dasar demografi 2. Edisi ke-2. Jakarta: Salemba empat; 2010.
- Arikunto, S. (2006). Prosedur Penelitian. Edisi Revisi VI. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.
- Aritonang Juneris, (2010), Hubungan Budaya Patriarkhis dengan Keputusan WUS menjadi Akseptor KB di Lingkungan VI Simpang Selayang Medan, FKM USU, Medan
- _____, (2011), Pelayanan Kontrasepsi dan Pengendalian Lapangan Program KB Mandiri, BKKBN Medan
- _____, (2000), Keluarga Sejahtera dan Pemberdayaan Masyarakat, Jakarta, BKKBN
- _____, (1994). Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera, Jakarta, BKKBN
- _____,(1999), Tingkat Pengembangan Pemakaian Alat Kontrasepsi Menurut Parameter demografi, Sosial dan Ekonomi, Jakarta, BKKBN
- _____, (2003), Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, BKKBN, Jakarta
- _____, (2009), Profil Hasil Pendataan Keluarga tahun 2008, Medan
- BPS Kota Pematang Siantar Tahun 2012
- Casuli, Casuli (2005) Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keikutsertaan KB Pada Pasangan Usia Subur (Pus) Di Desa Tanjungsari Kecamatan Sadananya Kabupaten Ciamis Tahun 2005, . Undergraduate thesis, Diponegoro University.
- Depkes RI, Kepmenkes RI No.957/Menkes/ SK/ Y/ 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan , Jakarta
- Ekarini SMB, (2008), Tesis, Analisis faktor Yang Berpengaruh terhadap Partisipasi pria dalam KB di Kecamatan Selo Kabupaten Boyolali, FKM Undip, Semarang.
- Eko Budiarto, Metodologi Penelitian Kedokteran, EGC, Jakarta

- Elvistran Juliwanto, Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Menolong Persalinan pada Ibu Hamil di Aceh Tenggara, Tesis, FKM USU, Medan
- Hartanto, Hanafi, (2004). Keluarga Berencana dan Kontrasepsi, Jakarta Pustaka Sinar Harapan
- Hartomo H, Aziz Arnican, (2001). Ilmu Sosial Dasar, Bumi Aksara, Jakarta.
- Haryalesmana, Devid 2008. Pengertian Media Pembelajaran. (<http://www.guruit07.blogspot.com/2009/01/pengertian-media-pembelajaran.htm>) ,diakses 3 Mei 2012
- Hastono Priyo Sutantno, (2006). Pengolahan Data Uji Instrumen, FKM UI
- Hubungan Kontrasepsi dengan Agama. Available from :<http://ikhwan554.blogspot.com/2009/12/kb-hubungannya-denganpandangan-agama.html>
- Imbarwati, (2009). Beberapa Faktor yang Berkaitan dengan Penggunaan KB IUD pada Peserta Non KB IUD di Kecamatan Pedurungan Kota Semarang, Tesis FKM Undip Semarang.
- Koentjaraningrat, (2004). Manusia dan Kebudayaan , cetakan ke – 20, Djambatan , Jakarta, 2004
- Lameshow Stanley, (1997). David W Homer, KllarJanelle, Besar Sample dalam Penelitian Kesehatan, UGM Press, Maran RR, (2007). Manusia dan Kebudayaan dalam Perspektif Ilmu Budaya Dasar, Rineka Cipta, Jakarta
- Lembaga Demografi FEUI, 2005. Study of the causes of Low Male Participation in Family Planning and Strategy for its improvement
- Manuaba Ida Ayu, DKK, (2009). Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita, EGC, Jakarta.
- Manuaba, (1998). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta
- Meliasari D., 2012, Pengaruh Factor Personal , Social, Dan Situasional Terhadap Kelangsungan Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Di Wilayah Kerja Puskesmas Marelan, Medan ,tesis FKM USU, Medan

- Meutia, (1997). Pengaruh Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Akseptor KB terhadap Utilitas Alat Kontrasepsi Implant Di Kelurahan Matsum Kotamadya Medan, Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Tesis, FKM USU, Medan
- Mintargo B, (2000), Tinjauan Manusia dan Nilai Budaya, Universitas Trisakti , Jakarta
- Mulyana D, Rahmat J, (2005), Komunikasi Antar Budaya, PT Remaja Rosdakarya, Bandung
- Notoadmodjo Soekijo, (2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Rineka Cipta, Jakarta
- Nuraidah, 2001, Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi MKET dan Non MKET pada Akseptor KB di Kelurahan Pasir Putih dan Bungo Timur Kecamatan Muara Bungo kabupaten Bungo Jambi Periode **1999/2000**: Tesis Program Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Kekhususan Kesehatan Reproduksi Universitas Indonesia
- Nurmaliah,(2010). Hubungan Faktor Sosio Demografi dan Sosio Psikologi dengan Keikutsertaan PUS dalam Program KB di KABUPATEN NISAM Aceh Tenggara Propinsi Aceh Darusalam Tesis, FKM USU Medan.
- Prasetyo Tri Joko, (2001). Ilmu Budaya Dasar, Rineka Cipta, Jakarta.
- Prayoga AD. Dasar-dasar demografi. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia; 2007
- Profil Kesehatan Kota Pematangsiantar tahun 2011, Pemerintah Kota Pematangsiantar Dinas Kesehatan tahun 2011.
- Radita Kusumaningrum,(2009), Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis Kontrasepsi yang digunakan pada PUS , Skripsi FKM UNDIP Semarang.
- Rahmat , H, Dede, (2009) Ilmu Perilaku Manusia Pengantar Psikologi untuk Tenaga Kesehatan, Jakarta, TIM ,
- Rachmawati Fiona H, (2005), Hubungan Faktor Sosio Demografi , Sosio Psikologi dan Pelayanan KB terhadap Keikutsertaan KB di Kelurahan Sidorejo, Kecamatan Medan Tuntungan tahun 2005, Skripsi, FKM USU
- Ratmina (2011), Factor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Kontrasepsi Vasektomi Pada Pria PUS Di Kabupaten Deli Serdang, Tesis, USU

- Riduwan (2005), Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian, Cetakan Ke-3, Bandung Alfabeta
- Sakhnan,R,(2001), Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan PUS dalam Program KB pada Suku Talang Mamak di Desa Seberida Kabupaten Indragiri Hulu, Propinsi Riau, Tesis FKM UI
- Saleh Mohammad, (2001). Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya terhadap Efektifitas Program KB dalam dan Tingkat Fertilitas . Tesis, FKM UNDIP Semarang.
- Salim A, (2002), Perubahan Sosial, Yogyakarta, Tiara Wacana
- Saptono Imam Budisantoso, (2008), TESIS, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Pria dalam KB di Kecamatan Selo Kabupaten Bantul, FKM UNDIP, Semarang .
- Sarwono Solita, (2007), Sosiologi Kesehatan , Gadjah Mada University, Press, Yogyakarta
- Sastroasmoro Sudigdo S, L. Sofyan , (2008), Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis, Sagung seto , Jakarta
- Setiawan, I., dkk., 2008. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Pemakaian Alat Kontrasepsi IUD di Kecamatan Beji Kabupaten Pasuruan. The Indonesian Journal of Public Health. Vol5, no.1, ISSN. 1829-7005. 2008
- Soeraji, (1986), Kontribusi KB dengan Jumlah Anak dan Kesehatan, Surabaya, Adhixa Graha
- Sri Hastuti (2004), Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan KB Ibu PUS Wali Murid SD Islam Terpadu “IQRO” Kecamatan Pondok Gede, Bekasi Jawa Barat Tesis, FKM UI Depok.
- Sri Nuryani (2009), Beberapa Faktor yang Berhubungan dalam Pengambilan Keputusan dalam KB pada Kelompok Ibu Wus di Wilayah Puskesmas I Sukoharjo, 2009 Tesis, Undip Repository.
- Sulaeman Munandar, (1980) Ilmu Budaya Dasar, Eresco, Bandung
- Suwigyo Siswosuharjo, (2004), Tesis, Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Memilih Penolong Persalinan pada IBu hamil di Aceh Tenggara 2008, UNDIP Repository.

- Syafruddin, Theresia, Jomima, (2011), Ilmu Kesehatan Masyarakat, untuk Mahasiswa Kebidanan, TIM , Jakarta.
- Saefuddin A., (2007), Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya, Pustaka Belajar, Jakarta
- Tatarini, Junita Purba, (2008), Faktor yang Mempengaruhi Pemakaian Alat kontrasepsi pada Isteri PUS di Kecamatan Rambah Samo, Kabupaten Rokan Hulu. Tesis FKM USU
- Tri, W., 2001, Faktor Social Budaya Dan Pelayanan Kontrasepsi Yang Berkaitan Dengan Kesertaan KB IUD Di Dua Desa Kecamatan Gombang Kabupaten Kebumen Agustus 2001, skripsi
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga
- Yunus, R dkk, (2010) Ilmu social Budaya Dasar, untuk Kebidanan, Penerbit Fitra Maya, , Yogyakarta
- Yusrizal, (2008)., Pengaruh Factor Ekonomi Dan Budaya Masyarakat Terhadap Status Gizi Anak Balita Di Wilayah Pesisir Kabupaten Bireuen, tesis, USU, Medan