



# PELAYANAN KELUARGA BERENCANA (KB)

Deasy Handayani Purba • Marlynda Happy Nurmalita Sari  
Syamdarniati • Agung Mahardika Venansius Purba  
Meda Yuliani • Dina Dewi Anggraini • Aulia Fatmayanti  
Julietta Hutabarat • Pebri Warita Pulungan



# PELAYANAN KELUARGA BERENCANA (KB)

## UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

### Tentang dan/atau hak cipta/Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi

### Pendataan Perolehan/Pasal 26

Kategori sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 adalah sebagai berikut:

- penggunaan layanan dengan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelayanan prima atau yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi atau;
- Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan penelitian ilmu pengetahuan;
- Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, keolah-olahan dan Program yang tidak dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar atau
- penggunaan untuk keperluan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan yang menggunakan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Perolehan, Produser, Perolehan, atau Lembaga Perolehan.

### Sanksi Pelanggaran/Pasal 113

- Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h atau Penggunaan Semaua Komersial apabila dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah);
- Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g atau Penggunaan Semaua Komersial apabila dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah);

# **Pelayanan Keluarga Berencana (KB)**

Deasy Handayani Purba, Marlynda Happy Nurmalita Sari  
Syamdarniati, Agung Mahardika Venansius Purba  
Meda Yuliani, Dina Dewi Anggraini, Aulia Fatmayanti  
Julietta Hutabarat, Pebri Warita Pulungan



Penerbit Yayasan Kita Menulis

# Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Deasy Handayani Purba, Marlynda Happy Nurmalita Sari  
Syamdarniati, Agung Mahardika Venansius Purba  
Meda Yuliani, Dina Dewi Anggraini, Aulia Fatmayanti  
Julietta Hutabarat, Pebri Warita Pulungan

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Tim Kreatif Kita Menulis

Sampul: pngguru.com

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: [kitamenulis.id](http://kitamenulis.id)

e-mail: [press@kitamenulis.id](mailto:press@kitamenulis.id)

WA: 0821-6453-7176

Deasy Handayani Purba, dkk.

Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Yayasan Kita Menulis, 2021

xiv; 132 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-6840-25-2

Cetakan 1, Januari 2021

- I. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)
- II. Yayasan Kita Menulis

## Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa  
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

# Kata Pengantar

Puji dan syukur, penulis panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa karena atas kasih karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “**Pelayanan Keluarga Berencana (KB)**”. Sebuah buku yang merupakan hasil karya kolaborasi dari rekan-rekan sejawat di dunia medis yang tersebar dari berbagai penjuru Indonesia.

Masalah kependudukan adalah permasalahan global yang terjadi hingga di Indonesia. Tidak hanya menimpa kota-kota besar, namun juga sampai ke pelosok Indonesia. Salah satu cara untuk memecahkan permasalahan tentang kependudukan adalah dengan membatasi kelahiran melalui Pelayanan Keluarga Berencana yang bisa didapatkan di fasilitas kesehatan terdekat.

Untuk memahami lebih mendalam mengenai Pelayanan Keluarga Berencana, buku ini sangat direkomendasikan untuk dibaca khususnya bagi dosen, mahasiswa/i, dan praktisi kesehatan baik dokter, bidan, maupun masyarakat awam, karena di dalamnya dikupas tuntas tentang seluk beluk Pelayanan Keluarga Berencana, yang kemudian terbagi menjadi beberapa bagian sebagai berikut:

- Bab 1 Konsep Kependudukan di Indonesia
- Bab 2 Masalah Kependudukan di Indonesia
- Bab 3 Perkembangan KB di Indonesia
- Bab 4 Program KB di Indonesia
- Bab 5 Program KIE dalam Pelayanan KB
- Bab 6 Pelayanan Kontrasepsi dengan berbagai Metode
- Bab 7 Cara Pembinaan Akseptor
- Bab 8 Dokumentasi dan Pelaporan Pelayanan KB
- Bab 9 Layanan Kesehatan Reproduksi dan KB.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan buku ini, masih sangat jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan dari para pembaca untuk perbaikan buku ini ke depannya.

Akhir kata, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada rekan-rekan sejawat yang telah memberikan masukan positif selama penulisan buku ini. Semoga Tuhan yang Maha Esa selalu memberkati setiap usaha kita semua, agar kita semua semakin diberkati untuk menjadi berkat bagi sesama kita. Amin.

Bualemo, 27 November 2020

Penulis  
Deasy Handayani Purba, dkk.

# Daftar Isi

Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Tabel .....	xiii

## **Bab 1 Konsep Kependudukan di Indonesia**

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Kependudukan.....	2
1.3 Faktor-faktor Demografi yang Memengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk .....	4
1.4 Hubungan Fertilitas dengan Kependudukan .....	6
1.5 Transisi Demografi Indonesia .....	11

## **Bab 2 Masalah Kependudukan**

2.1 Pendahuluan.....	15
2.2 Pertumbuhan Jumlah Penduduk.....	17
2.3 Pengaruh-Pengaruh Pertumbuhan Penduduk.....	17
2.4 Dinamika Penduduk.....	20
2.5 Faktor Demografi yang Memengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk ...	21
2.6 Transisi Demografi .....	21
2.7 Masalah Kependudukan .....	23
2.8 Dampak Ledakan Penduduk .....	23
2.9 Dampak Program KB Tidak Berhasil Terhadap Kondisi Kependudukan di Indonesia .....	24
2.10 Kependudukan dan Kriminalitas.....	25
2.11 Kebijakan Kependudukan .....	25

## **Bab 3 Perkembangan KB di Indonesia**

3.1 Sejarah Perkembangan KB Di Indonesia .....	29
3.2 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perkembangan KB Di Indonesia .....	33
3.3 Organisasi-Organisasi KB di Indonesia.....	36



**Bab 4 Program KB di Indonesia**

4.1 Pendahuluan.....	39
4.2 Implementasi dan Indikator RPJMN dalam program KB.....	40
4.2.1 Implementasi dan Indikator Sasaran Strategis Kemenkes .....	41
4.2.2 Implementasi dan Indikator Sasaran Strategis BKKBN .....	42
4.3 Tujuan Strategis .....	43
4.3.1 Tujuan Strategis 1 .....	44
4.3.2 Tujuan Strategis 2 .....	52
4.3.3 Tujuan Strategis 3 .....	54
4.3.4 Tujuan Strategis 4 .....	59

**Bab 5 Program KIE Dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB)**

5.1 Pendahuluan.....	61
5.2 KIE Dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB).....	62
5.2.1 Pengertian Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE).....	62
5.2.2 Tujuan KIE .....	62
5.2.3 Jenis KIE.....	63
5.2.4 Prinsip KIE .....	65
5.2.5 Komponen KIE .....	66
5.2.6 Bentuk Kie/ Penyuluhan.....	66
5.2.7 Kegiatan.....	67

**Bab 6 Pelayanan Kontrasepsi dengan Berbagai Metode**

6.1 Pendahuluan.....	69
6.2 Kontrasepsi .....	70
6.2.1 Definisi Kontrasepsi .....	70
6.2.2 Efektivitas Kontrasepsi.....	70
6.2.3 Memilih Metode Kontrasepsi .....	70
6.3 Macam-macam Metode Kontrasepsi.....	71
6.3.1 Kontrasepsi Hormonal.....	71
6.3.2 Kontrasepsi Non Hormonal .....	77
6.3.3 Kontrasepsi Darurat .....	83
6.3.4 Standard Days Method.....	85

**Bab 7 Cara Pembinaan Akseptor KB (Keluarga Berencana)**

7.1 Pendahuluan.....	87
7.2 Konseling .....	88
7.2.1 Pengertian.....	88
7.2.2 Tujuan.....	89

---

---

7.2.3 Manfaat.....	89
7.2.4 Prinsip.....	89
7.2.5 Peran Konselor.....	89
7.3 ABPK (Alat Bantu Pengambilan Keputusan).....	90
7.3.1 Prinsip – prinsip ABPK.....	90
7.3.2 Cara menggunakan alat bantu bersama klien .....	90
7.3.3 Persiapan menggunakan Media.....	90
7.3.4 Proses Pengambilan Keputusan dan Konseling .....	91
<b>Bab 8 Dokumentasi dan Laporan Pelayanan KB</b>	
8.1 Pendahuluan.....	93
8.2 Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan KB .....	94
8.2.1 Sistem dan Pelaporan Pelayanan KB.....	94
8.2.2 Penggunaan Kartu Catatan Pasien .....	94
8.2.3 Mekanisme Pelaporan Pelayanan KB.....	99
8.2.4 Arus Laporan Pelayanan Informasi.....	100
8.2.5 Monitoring dan Evaluasi.....	101
8.3 Pendokumentasian Rujukan KB .....	103
8.3.1 Tata Laksana .....	104
<b>Bab 9 Layanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana</b>	
9.1 Pendahuluan.....	107
9.2 Permasalahan Kesehatan Reproduksi.....	107
9.3 Pelayanan Kesehatan Reproduksi .....	108
9.4 Komunikasi, Informasi dan Edukasi .....	111
9.5 Pelayanan Keluarga Berencana.....	113
9.6 Sistem Rujukan.....	116
Daftar Pustaka.....	119
Biodata Penulis .....	127



# Daftar Gambar

Gambar 1.1: Laju Pertumbuhan Penduduk dan Jumlah Penduduk Indonesia, 1971-2045 .....	12
Gambar 1.2: Proyeksi Jumlah Penduduk menurut Kelompok Umur, Indonesia 2015-2045.....	13
Gambar 8.1: Kartu Pendaftaran Fasilitas Kesehatan.....	95
Gambar 8.2: Form Pendataan Tenaga dan Sarana Fasilitas Pelayanan KB.....	95
Gambar 8.3: Kartu Peserta KB .....	96
Gambar 8.4: Kartu Status Peserta KB.....	96
Gambar 8.5: Laporan Bulanan Faskes KB .....	97
Gambar 8.6: Rekapitulasi Bulanan Faskes KB .....	98



# Daftar Tabel

Tabel 1.1: Jumlah Penduduk Total, menurut Kelompok Umur, dan Jumlah Kelahiran, Indonesia, 1961-2035 .....	13
Tabel 8.1: Gambaran pemantauan dan evaluasi .....	102
Tabel 9.1: Peran petugas kesehatan dalam pelayanan KB .....	115
Tabel 9.2: Peran fasilitas kesehatan dalam pelayanan KB .....	116



# **Bab 1**

# **Konsep Kependudukan di Indonesia**

## **1.1 Pendahuluan**

Pada masa globalisasi dewasa ini, wacana ihwal penduduk acapkali sebagai permasalahan dunia serta tantangan pada ilmu kependudukan (demografi) yang sangat erat kaitannya pada wacana kesejahteraan warga, khususnya yang ada di Indonesia. Pertumbuhan penduduk yang terus semakin tinggi, akan membentuk persaingan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidup yang diharapkan akan terus semakin tinggi. Oleh karena itu dibutuhkan pengembangan kebijakan dan program yang diarahkan pada perubahan fertilitas atau kesuburan kesehatan reproduksi, hal yang berkaitan dengan kependudukan yang dinilai telah memberikan kontribusi yang lebih dari sekedar pembenaran dan penilaian program keluarga berencana. Bahkan pengakuan itu memiliki dampak peristiwa demografis dalam hal kesehatan, lingkungan, atau perkembangan manusia melibatkan "peran manusia dalam skala besar", yang akan mengarah pada kemajuan yang signifikan dan gagasan tentang bagaimana merancang strategi intervensi yang efektif untuk mengendalikan fertilitas atau perbaikan kesehatan.



Masalah utama dalam hal ini diajukan oleh dasar konseptual yang kurang memadai, disiplin demografi dan pemahaman yang tidak memadai tentang perilaku reproduksi manusia. Beberapa evaluasi program keluarga berencana telah menyimpulkan bahwa untuk strategi yang efektif, dibutuhkan lebih banyak informasi dan pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan dan perilaku reproduksi; metodologi yang lebih sesuai juga perlu dikembangkan untuk mempelajari pilihan orang dalam hal ini.

Oleh sebab itu, seyogyanya pengetahuan wacana kependudukan perlu disebarluaskan dan di edukasikan ke khalayak luas agar tiap-tiap penduduk merasa bertanggung jawab atas permasalahan kependudukan sehingga secara tidak langsung akan merangsang pemahaman dan perubahan perilaku di masyarakat.

## 1.2 Kependudukan

Berdialog wacana kependudukan, tidak lepas dari istilah dasar Penduduk (Resident). Sesuai Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 tahun 1992, Penduduk ialah orang pada matranya sebagai seorang individu, anggota famili, anggota masyarakat, warga negara, serta himpunan kuantitas yang berdomisili pada sebuah tempat dalam batasan wilayah negara pada waktu tertentu. Di sisi lain, berdialog wacana ilmu kependudukan, tidak lepas dari istilah demografi. Istilah demografi berasal dari bahasa Yunani yang berarti “Demo” ialah rakyat atau penduduk dan “Grafein” adalah menulis. Jadi, demografi artinya goresan-goresan pena atau karangan – karangan mengenai rakyat atau penduduk. Istilah ini diperkenalkan pertama kalinya pada tahun 1885 oleh Achille Guillard dalam karangannya yang berjudul “Elements The Statistique Humaine on Demographic Compares”.

Sesuai Multilingual Demographic Dictionary (IUSSP, 1982), demografi didefinisikan menjadi sebagai berikut: *Demography is the scientific study of human population in primarily with the respect to their size, their structure (composition) and their development (change)*. Yang jika diterjemahkan lebih kurang menjadi sebagai berikut: Demografi adalah ilmu yang mengkaji wacana penduduk (suatu wilayah) terutama mengenai jumlah, struktur (komposisi penduduk) dan perkembangannya (perubahannya).

Philip M. Hauser dan Duddley Duncan (1959) mendefinisikan demografi menjadi sebagai berikut: Demography is the study of size, territorial distribution and composition of population, changes therein and the components of a such changes which may be identified as natality, territorial movement (migration), and social mobility (changes of state). Yang bila diterjemahkan lebih kurang menjadi sebagai berikut: Demografi adalah ilmu yang mengkaji jumlah, persebaran, teritorial serta komposisi penduduk dan perubahan-perubahannya serta sebab-karena perubahan itu, yang biasanya muncul sebab natalitas (fertilitas), mortalitas, gerak teritorial (migrasi) serta mobilitas sosial (perubahan status).

Selain itu, masih terdapat begitu banyak lagi pengertian-pengertian ihwal demografi oleh para pakar dewasa ini. Tetapi, dari kedua definisi di atas, kita bisa menyimpulkan bahwa:

1. Demografi artinya suatu ilmu yang menyelidiki struktur serta proses penduduk di suatu daerah. Struktur penduduk itu sendiri meliputi: jumlah, persebaran, dan komposisi penduduk. Struktur tadi selalu berubah-ubah, serta perubahan tersebut disebabkan karena proses demografi, yaitu: kelahiran (fertilitas), kematian (mortalitas), serta migrasi penduduk.
2. Istilah demografi itu sendiri bila diartikan dalam makna yang lebih sempit dapat dinyatakan menjadi: “demografi formal” yang memperhatikan ukuran atau jumlah penduduk, distribusi atau persebaran penduduk, struktur penduduk atau komposisi, dan dinamika atau perubahan penduduk. Ukuran penduduk tadi menyatakan jumlah orang dalam suatu daerah tertentu. Distribusi penduduk itu sendiri menyatakan persebaran penduduk pada suatu daerah pada suatu waktu tertentu, di mana disesuaikan dengan wilayah.

## 1.3 Faktor-faktor Demografi yang Memengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk

Perubahan kependudukan diukur sebagai perbedaan ukuran kependudukan antara dua poin dalam waktu. Suatu titik waktu dapat berhubungan dengan tanggal sensus atau tanggal dari perkiraan penduduk. Ukuran perubahan kependudukan selalu mengacu pada yang spesifik penduduk dan periode waktu tertentu; dalam banyak kasus, mereka mengacu pada spesifik wilayah geografis juga. Perubahan penduduk juga dapat diukur untuk berbagai hal sub kelompok penduduk (misalnya, wanita, Asia, remaja, dan sebagainya), geografi yang berbeda area grafik (misalnya, kabupaten, kota), dan periode waktu yang berbeda (misalnya, 2010–2015, 2000–2015). Dengan kata lain, perubahan penduduk dapat mengacu pada perubahan ukuran, distribusi, atau komposisi, atau kombinasi ketiganya.

Perubahan kependudukan dapat diekspresikan dalam bentuk angka atau persentase. Perubahan numerik dihitung dengan mengurangkan penduduk pada tanggal sebelumnya dari penduduk di kemudian hari. Persentase perubahan dihitung dengan membagi perubahan numerik dengan penduduk pada tanggal sebelumnya dan dikalikan dengan 100. Perubahan penduduk seringkali dinyatakan dalam rata-rata tahunan. Rata-rata tahunan perubahan numerik dihitung dengan membagi selisih numerik dengan jumlah tahun antara dua titik akhir. Persentase perubahan atau pertumbuhan tahunan rata-rata tarif dapat dihitung dengan asumsi peracikan diskrit (geometris) atau asumsi penggabungan terus menerus (eksponensial). Mengukur perubahan penduduk itu sederhana dan langsung dalam banyak kasus. Namun, perubahan batas geografis, perubahan keakuratan data dasar, dan perubahan definisi membuat pengukuran perubahan menjadi sulit. Tindakan yang konsisten perubahan hanya mungkin jika batas geografis konstan dari waktu ke waktu. Ini adalah umumnya kasus untuk negara bagian dan kabupaten, tetapi mungkin tidak terjadi pada banyak kasus negara sub-wilayah geografis.

Perubahan definisi juga bisa menjadi masalah, seperti halnya ketika membandingkan ras pada tahun 1990 (di mana responden hanya dapat memilih satu ras kategori) dengan ras pada tahun 2000 (di mana responden dapat memilih beberapa kategori ras). (Smith, 2013)

Pertumbuhan penduduk secara global maupun di Indonesia sendiri sangat dipengaruhi oleh tiga komponen, yakni kelahiran (Fertilitas), kematian (Mortalitas), dan perpindahan penduduk baik masuk atau keluar suatu wilayah tertentu (Migrasi). Sebuah penduduk tumbuh melalui penambahan kelahiran dan migran yang pindah masuk ke dalam sebuah wilayah, dan sebaliknya menurun melalui pengurangan kematian dan migran yang pindah ke luar wilayah.

Pemahaman ketiga proses demografis ini penting untuk memahami sifat dan penyebab perubahan penduduk (Mantra, 2013).

1. Kelahiran (Fertilitas)

Fertilitas mewakili penampilan reproduksi pada wanita, pria, pasangan, atau kelompok; ini juga merupakan istilah umum untuk kejadian kelahiran dalam suatu penduduk atau kelompok (Swanson, 2004). Kelahiran (Fertilitas) secara harfiah ialah terlepasnya bayi dari rahim perempuan disertai dengan adanya tanda-tanda kehidupan, seperti jantung berdetak.

2. Kematian (Mortalitas)

Kematian merupakan istilah umum untuk mewakili kejadian kematian dalam suatu penduduk atau kelompok (Swanson, 2004). Kematian (Mortalitas) secara harfiah ialah hilangnya seluruh tanda-tanda kehidupan secara permanen yang terjadi sewaktu-waktu setelah terjadinya kelahiran hidup.

3. Perpindahan (Migrasi)

Perpindahan (Migrasi) adalah perpindahan penduduk dari satu daerah ke daerah lainnya yang bersifat menetap atau sementara. Migrasi itu sendiri merupakan istilah umum untuk kejadian pergerakan oleh individu, kelompok, atau penduduk yang ingin membuat perubahan permanen tempat tinggal (Swanson, 2004). Ini mengacu pada perubahan di tempat referensi biasa dan tidak termasuk pergerakan sementara jangka pendek seperti bepergian, mengunjungi teman, atau kerabat, atau melakukan perjalanan bisnis. Tingkat dan kecepatan migrasi dapat sangat bervariasi dari satu tempat ke tempat dan dari negara ke negara dan bisa mengalami besar mendadak perubahan,

membuat migrasi seringkali menjadi komponen perubahan yang paling sulit untuk diprediksi dan diperkirakan (Smith et al. 2013).

Migrasi dapat dilihat dari berbagai perspektif (Smith et al. 2013). Migrasi bruto mengacu pada jumlah total migran masuk atau keluar suatu daerah (mis. 500 migran; 200 migran masuk ditambah 300 migran keluar). Migrasi bersih adalah perbedaan antara keduanya (misalnya arus keluar bersih 100 orang); itu menunjukkan jaring pengaruh migrasi terhadap perubahan penduduk. Seringkali berguna untuk membuat file perbedaan antara migrasi yang terjadi dalam suatu negara dan migrasi itu terjadi antar negara.

Migrasi internal atau domestik mengacu pada perubahan tinggal di dalam suatu negara, sedangkan migrasi asing atau internasional mengacu pada perubahan tempat tinggal dari satu negara ke negara lain. Istilah in-migrant dan out-migrant mengacu pada migrasi domestik. Orang yang meninggalkan suatu negara dikenal sebagai emigran dan orang yang memasuki suatu negara disebut sebagai imigran.

## 1.4 Hubungan Fertilitas dengan Kependudukan

Lama sebelum Malthus menulis berbagai edisi *Essay on the Principle of Population*, beberapa pakar dunia ternyata sudah terlebih dahulu membahas topik tentang kependudukan dan kelahiran. Ide dan pengamatan mereka meramalkan perkembangan berbagai prinsip dari jumlah penduduk, pertumbuhan, dan perkembangan penduduk, serta implikasinya untuk kebijakan publik, tetapi sebagian besar tetap spekulatif dan tingkat generalisasinya cenderung rendah. Oleh karena itu, penerbitan tulisan Malthus di akhir abad ke-18 dan permulaan abad ke-19 umumnya diakui sebagai permulaan modern demografi (Bruijn, 1999). Malthus adalah kesepakatan pertama secara komprehensif dengan konsep kependudukan yang patuh pada hukum umum yang mengatur faktor ekspansi dan penurunannya. Pola pikir Malthus berakar pada masalah politik, ekonomi, sosial dan moral pada

masanya. Inti dari tulisan pertamanya tentang prinsip kependudukan terdiri dari gagasan bahwa kapasitas kependudukan manusia untuk bereproduksi (pada prinsipnya) tidak terbatas dan dilanjutkan dengan rasio geometris, sedangkan kapasitas untuk menghasilkan sarana penghidupan adalah terbatas dan meningkat paling baik dalam gaya aritmik. Dalam tulisannya berikutnya, ia mengembangkan teorinya lebih lanjut dan menambahkan berbagai pertimbangan (Bruijn, 1999).

Malthus beranggapan bahwa sistem kependudukan total yang secara inheren cenderung berkembang. Keyakinannya bahwa kependudukan dan sarana mata pencaharian meningkat dengan rasio yang berbeda menunjukkan kependudukan tersebut akan tumbuh di mana produksi pangan meningkat, tetapi pada akhirnya mereka akan menghadapi tingkat di mana tidak ada lebih banyak orang yang bisa bertahan dan setiap surplus kependudukan akan mati karena kelaparan (Bruijn, 1999). Malthus juga berpendapat bahwa kependudukan selalu cenderung meningkat secara maksimal, jumlahnya terbatas dengan 'positive check' kematian. Pemeriksaan positif ini tidak hanya mencakup kelaparan dan kelaparan, tetapi juga 'kesengsaraan' lainnya, seperti epidemi, perang, dan wabah penyakit. Selain itu dia fokus pada sejumlah 'preventive check' yang dioperasikan melalui tindakan sukarela untuk membatasi jumlah anak mereka (Bruijn, 1999).

Prinsip utama yang dilihat Malthus dalam hal ini (meskipun demikian yang mengejutkan hanya muncul dalam tulisan-tulisannya kemudian) menunda pernikahan atau menahan diri pernikahan sama sekali. 'Pengekangan moral' lainnya yang diakui (pantang seksual di dalam pernikahan) dianggap tidak efektif karena nafsu yang kuat di antara jenis kelamin (Bruijn, 1999). Pandangan dunia Malthus (khususnya sebagai pendeta), bertentangan dengan penggunaan alat kontrasepsi lainnya, seperti aborsi dan kontrasepsi. Implikasi pandangan politiknya (yang telah menjadi tema kontroversial dalam demografi) adalah kelaparan, perang dan epidemi yang kemudian secara tidak proporsional memengaruhi kelas masyarakat yang lebih rendah dan yang terutama adalah kelas yang harus diedukasi untuk mengontrol ukuran generasi baru (Bruijn, 1999). Sejarah telah membuktikan bahwa asumsi awal tertentu dari teori kependudukan Malthus terlalu sederhana atau salah. Sejak permulaannya, proyek Malthus telah sering dikritik habis-habisan atas dasar empiris dan ideologis, dan memang masih menjadi bahan perdebatan sengit di antara ilmuwan dan pembuat kebijakan.

Salah satu jalur serangan utama menyangkut asumsi Malthus tentang kapasitas untuk meningkatkan hasil pertanian. Didahului oleh banyak lainnya, orientasi Ester Boserup adalah pesaing utama teori Malthus. Menurut Ester Boserup (dalam Bruijn, 1999), kemajuan teknologi dapat menjaga produksi pangan menjelang peningkatan kependudukan. Dalam pandangannya, pertumbuhan penduduk, dan khususnya peningkatan kepadatan kependudukan, merupakan stimulus utama untuk teknik inovatif di bidang pertanian. Selain itu, dia membalik logika Malthus dengan menyarankan bahwa kemajuan teknologi hanya terjadi di bawah tekanan pertumbuhan kependudukan. Dalam hal ini, Boserup adalah bagian dari spektrum ilmiah-politik keyakinannya pada kemajuan teknologi dan kemungkinan untuk menggantikan sumber daya alam konvensional dengan yang lain, yang mungkin terbarukan. Dalam publikasi lain Boserup menguraikan tentang hubungan rumit antara teknologi dan kesuburan, menegaskan bahwa cara-cara produksi memiliki dampak yang luas pada pola perkawinan, gender hubungan dan reproduksi.

Peran utama *positive check* dalam pengendalian kependudukan juga telah dipertanyakan. Dari sebuah konferensi tentang kependudukan dan biologi, Livi-Bacci menyimpulkan bahwa meskipun tingkat gizi terkait erat dengan kejadian dan gradien penyakit menular, itu bukan satu-satunya penentu tingkat kematian normal sejak sosial dan lingkungan pengaturan seringkali memiliki pengaruh yang lebih besar. Bideau (dalam Bruijn, 1999) mengacu pada studi yang menunjukkan bahwa sejak dahulu kala kematian adalah elemen utama dalam dinamika kependudukan, tapi memang begitu independen dari sumber daya yang tersedia.

Faktanya, kependudukan tidak 'harus dibatasi' oleh kelangkaan alat-alat penghidupan. Kependudukan tidak hanya dibatasi oleh apa pun yang berkontribusi pada kematian, seperti perang dan epidemi, tetapi juga makan berlebihan, konsumsi alkohol, merokok, atau apa pun yang bisa dipikirkan untuk mati. Kekurangan lain dari penalaran Malthus adalah kegagalannya untuk membedakan kekuatan kependudukan meningkat dari kecenderungan mereka untuk melakukannya (Bruijn, 1999). Banyak studi antropologi telah menunjukkan bahwa kependudukan memiliki berbagai macam mekanisme yang mereka miliki untuk menjaga ukuran kependudukan sesuai dengan daya dukung lingkungannya, mulai dari pola perkawinan dan migrasi, hingga kontrasepsi dan pengasuhan anak. Namun, ini merupakan adaptasi dari skema Malthusian yang menyeimbangkan kependudukan dan penghidupan daripada

penolakan, dan dalam hal ini ide Malthus tetap menjadi latar belakang penting dari analisis fertilitas (kelahiran).

Sanggahan yang lebih mendasar dari Gagasan Malthus bahwa kependudukan selalu cenderung menuju batas yang ditentukan oleh penghidupan tersirat oleh pertumbuhan kependudukan mendekati nol atau di bawah nol yang saat ini diamati di sebagian besar wilayah tertinggi negara maju. Sarana dan motivasi untuk mengontrol kesuburan sangat berbeda bentuk dan jauh lebih beragam daripada yang pernah dibayangkan atau dianggap Malthus dapat diterima. Untuk satu masalahnya, penjelasan tentang kesuburan membutuhkan lebih dari sekedar hubungannya dengan pendapatan dan persediaan makanan: orang tidak hidup hanya untuk menopang diri mereka sendiri. Sebaliknya mereka memiliki kompleks struktur motivasi, yang diilhami secara sosial dan budaya, yang memiliki dampak yang menentukan pada tingkat kesuburan dalam suatu kependudukan (Bruijn, 1999).

Pertimbangan tentang konsekuensi kesuburan saat ini terhadap kebutuhan hidup masa depan generasi, yang ada dalam pikiran Malthus ketika dia merujuk pada 'preventive check', mungkin tidak pernah menjadi argumen utama atau bahkan penting untuk menyesuaikan perilaku reproduksi, setidaknya tidak dari sudut pandang individu. Bahkan jika efek keseluruhan mengancam kesejahteraan umum, selama keuntungan seseorang dari kesuburan tinggi melebihi kerugian dalam persepsi individu, dia tidak akan menyukai sedikit anak. Terkadang, bahkan, kepercayaan orang pada keluarga besar adalah diperkuat oleh prospek suram mereka karena eksploitasi berlebihan berbasis sumber daya dengan kemiskinan yang mencekik memaksa mereka untuk mengeksploitasinya secara tidak berkelanjutan. Saat Malthus sendiri membahas perbedaan antara kepentingan individu dan masyarakat, pada dasarnya, Malthus menunjuk dorongan fisik manusia berpotensi bertentangan dengan kebutuhan masyarakat. Meskipun dia mengakui bahwa "setiap tindakan sukarela didahului oleh keputusan pikiran" dan bahkan orang mungkin sangat sadar akan konsekuensi sosial negatif dari tindakan mereka, ia membuang gagasan manusia sebagai agen rasional yang mampu mengendalikan dan menyesuaikan perilaku kesuburan dengan kebutuhan pribadi. Jelas, dalam pandangannya dorongan seksual bahkan moralitas (dalam hal tidak dapat diterimanya praktik pengendalian kelahiran dalam pernikahan) adalah faktor deterministik, bukan pertimbangan yang memasuki proses pengambilan keputusan (Bruijn, 1999).



Meskipun penyebab, konsekuensi dan solusi dari masalah kependudukan Malthus telah diketahui diutarakan dalam istilah yang berbeda, pandangannya tentang kependudukan yang terus berkembang dan terus merembes ke dalam pemikiran masalah moral dan perkembangan. Inti dari masalahnya adalah penilaian apakah kependudukan yang tumbuh cepat terlalu banyak menuntut sumber daya yang langka untuk dapat diamankan keberadaan masa depan untuk semua, bahkan jika diakui bahwa inovasi teknologi terus berlanjut mendorong batas pertumbuhan kependudukan. Merumuskan prinsip homeostatis atau pengaturan otomatis di tingkat kependudukan, teori Malthus gagal untuk memberikan tautan ke tingkat perilaku individu, di mana mekanisme umpan balik ini harus berlabuh. Ini mungkin pengamatan yang benar bahwa di bawah pengaruh kekuatan sosial individu preferensi diutarakan dalam istilah yang bertepatan dengan homeostatis demografis. Tapi itu membutuhkan jauh lebih untuk membangun mekanisme sebab akibat yang mendasari hubungan, bahkan jika pengaruh terhadap perilaku individu belum secara mendalam dijelaskan dengan lebih langsung kepentingan orang lain. Interpretasi ini dan identifikasi kepentingan yang bertentangan di arena sosial, sejalan dengan modifikasi Parsonian oleh Merton fungsionalisme (Bruijn, 1999).

Dalam upayanya untuk mendeteksi prinsip hukum kependudukan, Malthus tidak begitu memperhatikan peran perilaku individu. Di mana orang-orang muncul, mereka hampir secara mekanis memisahkan antara hasrat mereka untuk lawan jenis, kontrol kesuburan dan kelaparan yang dipaksakan secara sosial. Tidak ada dasar untuk memahami strategi dan pertimbangan orang sehubungan dengan kesuburan atau untuk penjelasan tentang berbagai macam pola reproduksi yang serupa kendala lingkungan. Juga, ada sedikit ruang untuk elaborasi sosial, ekonomi, konteks budaya dan politik selain pemeriksaan kesuburan dan tingkat rezeki (Bruijn, 1999). Sebagai salah satu kritik awal Malthus, penalaran Malthus gagal untuk membedakan kekuatan kependudukan untuk meningkat dan kecenderungan kependudukan meningkat, dan terutama, tampaknya, karena tidak mengakui mekanisme pembentukan perilaku individu. Oleh karena itu, teori Malthus tidak dapat dianggap cocok sebagai dasar konseptual untuk memahami kesuburan atau rekomendasi praktis program kependudukan. Namun, ini tetap menjadi tradisi yang berharga dalam arti membuat sketsa latar belakang guna mempertimbangkan pertanyaan tentang kemungkinan batas pertumbuhan penduduk dan peran eksternalitas kesuburan yang cenderung semakin tinggi (Bruijn, 1999).

Sebagian besar alur pemikiran teoritis yang diterapkan dalam studi tentang kesuburan menekankan pada makro atau perspektif mikro. Pendekatan Malthus adalah yang paling cerdas dalam dalam tingkat makro. Fokus Malthus adalah pada perkembangan populasi dan hubungannya dengan makanan produksi atau, lebih umum, sumber daya lingkungan.

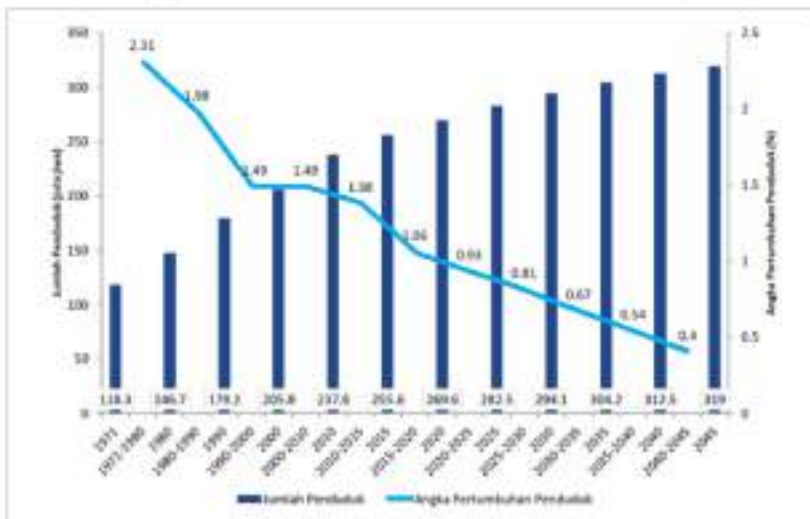
Perhatian untuk file spesifikasi organisasi perantara dan lingkungan kerja sosial yang mana memberikan dampak yang lebih langsung pada perilaku individu. Bahkan lebih sedikit perhatian diberikan kepada mekanisme di mana konteks dan agen berinteraksi, dan hampir tidak ada pada konsep perilaku individu selain dari jarak jauh dan sedikit respon mekanis perubahan lingkungan. Padahal dalam beberapa kondisi perspektif makro, Malthus memberikan latar belakang yang sesuai untuk mempelajari kesuburan, dalam banyak situasi lain cenderung untuk mewakili kerangka acuan normatif atau yang tidak relevan (Bruijn, 1999).

Berkenaan dengan penggabungan aspek dinamis dalam interpretasi kesuburan, teori Malthus diterapkan dalam demografi karena memiliki tawaran yang jauh lebih sedikit daripada yang berkaitan dengan konseptualisasi konteks atau perilaku individu. Pendekatan Malthusian secara eksplisit membahas dinamika kependudukan, tetapi lebih dalam bentuk mekanisme umpan balik atau ekuilibrium dalam sistem kependudukan dan tidak demikian banyak perkembangan atau perubahan dari sistem itu sendiri (Bruijn, 1999).

## 1.5 Transisi Demografi Indonesia

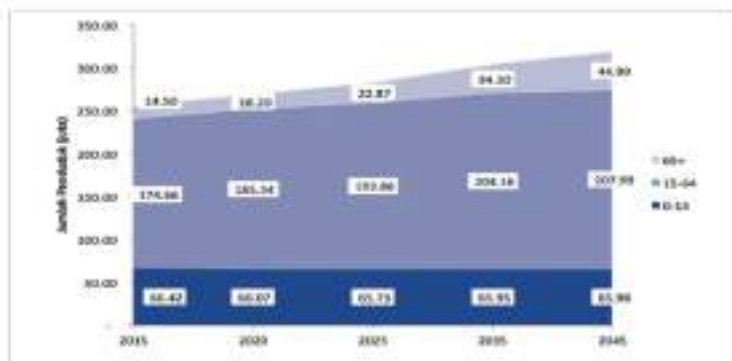
Sejak awal tahun 1980, seiring dengan peningkatan kesejahteraan dari pembangunan ekonomi, Indonesia terus mengalami transisi demografi yang ditandai dengan penurunan angka kematian dan angka kelahiran. Para pakar demografi berpendapat bahwa transisi demografi di negara maju ternyata lebih lambat dibandingkan dengan apa yang Indonesia alami. Penurunan angka kelahiran dan kematian yang hampir simultan, terjadi dalam periode yang relatif cukup singkat, yakni 30 tahun. Hal tersebut diyakini sebagai dampak dari pembangunan infrastruktur kesehatan serta penerapan program KB sejak akhir tahun 1970-an yang dianggap berkontribusi signifikan pada berkurangnya jumlah kelahiran dan kematian di Indonesia.

Di Indonesia, proses transisi demografi telah berlangsung sampai pada terminasi di mana angka kematian dan angka kelahiran mengecil sehingga menurunkan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) hingga di bawah 1% (Gambar 1.1). Tren memperlihatkan bahwa Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) menurun dari 1,49% pada periode 2000-2010 menjadi 1,38% tahun 2010-2015 (BPS, 2013).



**Gambar 1.1:** Laju Pertumbuhan Penduduk dan Jumlah Penduduk Indonesia, 1971-2045 (BPS, 2018)

Sesuai hasil Proyeksi Penduduk berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, LPP diperkirakan akan terus menurun menjadi 0,93% pada tahun 2020-2025 (BPS, 2018). Meskipun LPP melambat, jumlah penduduk Indonesia secara absolut dan mutlak masih sangat besar. Hasil Proyeksi Penduduk berdasarkan hasil SUPAS 2015 tersebut menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia mencapai 296,6 juta dan 298 juta antara tahun 2020-2024 (BPS, 2018). Selain LPP yang lambat, transisi demografi juga berhasil mengubah struktur umur penduduk Indonesia. Indonesia mengalami perubahan struktur penduduk dari penduduk yang didominasi usia anak (0-14) ke usia kerja (15-64 tahun) dari tahun 1971-2010 (Tabel 1.1 dan Gambar 1.2).



**Gambar 1.2:** Proyeksi Jumlah Penduduk menurut Kelompok Umur, Indonesia 2015-2045 (BPS, 2018)

**Tabel 1.1:** Jumlah Penduduk Total, menurut Kelompok Umur, dan Jumlah Kelahiran, Indonesia, 1961-2035 (BPS, 2018)

	1961	1971	1981	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Jumlah Penduduk (juta)	96,1	118,3	146,7	170,2	205,8	257,4	215,6	269,6	282,5	294,1	304,2
Jumlah penduduk 0-14 tahun (juta)	41	52	60	65,7	63,2	48,1	46,4	46,1	45,7	45,6	45,0
Jumlah penduduk usia kerja 15-64 tahun (juta)	57,4	65,3	81,9	100,8	135,1	147,01	174,7	183,3	183,9	200,0	204,2
Jumlah penduduk usia 65 tahun > (juta)	2,6	3	4,8	6,8	9,6	11,9	14,5	18,2	22,9	28,3	34,1
Jumlah kelahiran per tahun (juta)	3,8	3,1	2,3	2	1,2	1	1,5	1,43	1,47	1,48	1,47

Pada periode tahun 2015-2024, pertumbuhan penduduk usia 0-14 tahun diproyeksikan akan melambat tetapi jumlahnya tidak akan banyak mengalami perubahan yaitu sekitar 66 juta dan 65,7 juta. Perlambatan tersebut terjadi dikarenakan semakin menurun jumlah penduduk usia 0-4 tahun sebesar 0,43% pada periode yang tersebut. Sedangkan penduduk usia 5-14 tahun masih akan terus semakin tinggi karena angka kelahiran pada tahun 2010-2015 yang masih relatif tinggi dibandingkan 2020-2024. Kemudian, pada tahun 2015-2020, jumlah penduduk usia kerja diproyeksikan akan terus semakin tinggi sebesar 6%.

Namun, laju pertumbuhan penduduk kelompok tersebut akan melambat antara tahun 2020-2024, yaitu sebesar 0,92% per tahun. Dengan masuknya kelompok

*baby boomer* kelahiran tahun 1960-1970-an ke masa purna tugas, maka jumlah penduduk usia 65 tahun ke atas akan semakin tinggi secara signifikan dengan LPP sekitar 5% per tahun. Di tahun 2024, Indonesia diperkirakan akan memiliki 21,8 juta penduduk lansia atau sekitar 7,8% dari total penduduk Indonesia. Perubahan LPP serta struktur umur penduduk tersebut adalah hasil dari transisi fertilitas (kelahiran) dan mortalitas (kematian) yang terjadi dari awal tahun 1970-an.

## **Bab 2**

# **Masalah Kependudukan**

### **2.1 Pendahuluan**

Dari hasil sensus penduduk tahun 2019 jumlah penduduk Indonesia adalah 268 juta jiwa. Dalam kurun waktu 9 tahun jumlah penduduk bertambah 30 juta jiwa. Indonesia termasuk negara terbesar keempat di dunia setelah Tiongkok, India dan Amerika. Indonesia mengalami laju pertumbuhan sebesar 1.49 persen atau sekitar empat juta jiwa pertahun dan termasuk kedalam kategori sedang karena tumbuh berkisar 1-2 persen per tahun. Sedangkan target pertumbuhan penduduk Indonesia sebesar 1.19 persen atau sekitar satu sampai dua juta pertahun. Bila dilihat dari luas wilayah pada peta penyebaran penduduknya terlihat tidak merata dari berbagai provinsi di Indonesia. Setengah penduduk Indonesia berada di Pulau Jawa yang hanya 6,74% dari luas Indonesia akan tetapi kepadatan penduduk tertinggi hal ini berbanding terbalik dengan pulau Kalimantan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kepadatan penduduk Indonesia tidak seimbang. Kondisi tersebut memerlukan upaya pemerataan dan upaya tersebut telah dilaksanakan melalui program transmigrasi. Dilihat dari tingkat pertumbuhan penduduknya Indonesia masih tergolong tinggi hal ini bila tidak diupayakan pengendaliannya akan menimbulkan banyak masalah.

Pertumbuhan penduduk ini akan memberikan pengaruh yang cukup besar bagi perekonomian seperti dialami oleh negara-negara berkembang termasuk

Indonesia. Implikasi dari penduduk yang dilihat dari segi ukuran, pengembangan dan kualitas sangat penting untuk dipertimbangkan dalam perencanaan pembangunan ekonomi yang layak di masa yang akan datang. Pertumbuhan penduduk dipengaruhi oleh tiga elemen utama yaitu fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian), dan migrasi. Tingkat fertilitas memberikan pengaruh positif terhadap laju pertumbuhan penduduk atau menambah jumlah penduduk, sedangkan tingkat mortalitas memberikan pengaruh negatif atau faktor pengurang terhadap laju pertumbuhan penduduk. Migrasi penduduk yang telah mencapai pendidikan tersier mungkin akan meninggalkan negara dan menggunakan keterampilan dan kecerdasan mereka untuk membantu pengembangan negara lain yang berdampak terhadap penurunan perekonomian di suatu negara. Dinamika penduduk tersebut dapat memengaruhi pembangunan dalam mendorong pertumbuhan ekonomi, ketika jumlah penduduk semakin besar maka perlu diikuti dengan kualitas penduduk yang memadai sehingga dapat menjadi modal bagi pertumbuhan ekonomi. Namun sebaliknya akan menjadi beban bagi suatu negara jika kualitas penduduknya rendah dan menghambat pembangunan.

Jumlah penduduk Indonesia yang besar menjadi sebuah potensi sekaligus tantangan dalam pertumbuhan ekonomi. Pada dasarnya peran penduduk adalah subjek sekaligus objek pembangunan. Sebagai subjek, penduduk merupakan sumber daya penggerak pembangunan. Sementara itu sebagai objek, penduduk adalah pihak yang dibangun sekaligus menikmati hasil pembangunan. Dengan demikian, penduduk adalah pelaku dan tujuan akhir dari pembangunan itu sendiri.

Pemerintah Indonesia telah membuat suatu kebijakan untuk menekan angka pertumbuhan penduduk yaitu dengan program Keluarga Berencana (KB). Pemerintah Indonesia melalui Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) melakukan penekanan jumlah angka kelahiran dengan pengelolaan dan pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB). Pada dasarnya pengelolaan Program Keluarga Berencana (KB) Nasional adalah suatu proses pelaksanaan pembangunan yang tujuannya untuk mengatur tingkat kelahiran guna membangun keluarga sejahtera. Keikutsertaan masyarakat yang semakin meluas dalam pengelolaan Program KB dengan sektor-sektor pembangunan lainnya. Sehingga menjadikan Program KB Nasional sebagai salah satu sektor yang strategis dan penting kontribusinya untuk keberhasilan pembangunan baik di tingkat daerah maupun nasional

dalam proses pengambilan keputusan, informasi manajemen keluarga berencana.

## 2.2 Pertumbuhan Jumlah Penduduk

Pertumbuhan penduduk merupakan menyangkut jumlah penduduk di suatu wilayah atau negara tertentu pada waktu tertentu dibandingkan dengan waktu sebelumnya. Semakin tingginya pertumbuhan penduduk di suatu wilayah maka akan semakin banyak juga masyarakat yang menganggur atau yang tidak mempunyai pekerjaan karena lapangan kerja yang tercipta tidak memenuhi syarat untuk jumlah penduduk yang semakin bertambah tiap tahunnya.

Pertumbuhan penduduk adalah sebuah indikator yang sangat penting yang digunakan oleh berbagai negara didunia untuk melihat keberhasilan masing-masing negara dalam berbagai bidang pembangunan. Pertumbuhan penduduk merupakan hasil dari perubahan 3 komponen demografi utama, yaitu kelahiran (fertilitas), kematian (mortalitas), dan migrasi (perpindahan penduduk). Tingkat kelahiran atau fertilitas juga hasil dari berbagai kondisi di masyarakat yang akhirnya menentukan tingkat pertumbuhan penduduk suatu daerah. Tingkat pertumbuhan penduduk di satu saat tertentu sudah merupakan hasil akhir dari penambahan karena peristiwa fertilitas, pengurangan jumlah penduduk karena mortalitas, dan pengurangan atau penambahan jumlah penduduk akibat migrasi neto yang negatif atau positif

## 2.3 Pengaruh-Pengaruh Pertumbuhan Penduduk

1. Pengaruh pertumbuhan penduduk yang cepat terhadap pemenuhan sumber daya alam.

Kepadatan penduduk dapat memengaruhi kualitas penduduk. Pada daerah yang kepadatannya tinggi, peningkatan kualitas penduduk lebih sulit dilaksanakan. Hal ini menimbulkan permasalahan sosial, ekonomi, keamanan, kesejahteraan, ketersediaan lahan dan air bersih,



kebutuhan pangan dan dapat berdampak pada kerusakan lingkungan. Misalnya tingkat pencemaran yang diakibatkan oleh kendaraan bermotor antara daerah pedesaan dengan daerah perkotaan tentu saja tingkat pencemaran udara di kota lebih tinggi tumbuhnya kawasan industri dan semakin padatnya pemukiman penduduk di daerah perkotaan menyebabkan timbulnya berbagai permasalahan. Perubahan demografi menjadi faktor yang memengaruhi pertumbuhan ekonomi beberapa provinsi di Indonesia.

2. Pengaruh kepadatan populasi manusia terhadap Pendidikan  
Pendidikan merupakan usaha mencerdaskan manusia sehingga mampu meningkatkan produktivitasnya untuk menghasilkan barang dan jasa. Kebutuhan sarana dan prasarana pendidikan akan terus meningkat apabila jumlah penduduk usia muda terus bertambah kemampuan menyediakan sarana dan prasarana untuk pelayanan masyarakat termasuk pendidikan makin kecil. Apabila suatu negara tidak mampu mencukupi dan menyediakan sarana dan prasarana Pendidikan, banyak anak yang tidak tertampung di sekolah-sekolah. Pada gilirannya lingkaran pendidikan sebagian masyarakat tetap rendah. Rendahnya tingkat pendidikan memengaruhi produktivitas dalam menghasilkan barang dan jasa.
3. Pengaruh pertumbuhan penduduk terhadap perkembangan sosial  
Pertumbuhan penduduk yang signifikan akan berdampak pada perubahan sosial kehidupan masyarakat Indonesia. Perubahan sosial merupakan perubahan-perubahan dalam suatu masyarakat yang memengaruhi sistem sosialnya termasuk didalamnya nilai-nilai, sikap-sikap dan pola-pola perilaku dalam masyarakat. Berikut adalah penjelasan mengenai pengaruh pertumbuhan penduduk terhadap perkembangan sosial di masyarakat:
  - a. Meningkatnya permintaan terhadap kebutuhan sandang, pangan dan papan.
  - b. Berkurangnya lahan tempat tinggal.
  - c. Meningkatnya investor.
  - d. Meningkatnya angka pengangguran.

4. Pengaruh pertumbuhan penduduk yang cepat terhadap perkembangan kebudayaan

Perubahan kebudayaan pada dasarnya tidak lain dari para perubahan manusia yang hidup dalam masyarakat yang menjadi wadah kebudayaan itu. Perubahan itu terjadi karena manusia mengadakan hubungan dengan manusia lainnya atau karena hubungan antara kelompok manusia dalam masyarakat. Tidak ada kebudayaan yang statis setiap perubahan kebudayaan mempunyai dinamika mengalami perubahan. Perubahan itu akibat dari perubahan masyarakat yang menjadi wadah kebudayaan tersebut. Misalkan orang barat datang ke Indonesia awalnya memiliki budaya sopan dan teratur. Ketika orang barat datang seketika budaya dan barat tersebut menyebar ke masyarakat Indonesia seperti contohnya memakai pakaian yang dingin bagi remaja putri selain masalah-masalah pakaian budaya asing juga telah memengaruhi pola perilaku para remaja Indonesia sekarang ini.

5. Pengaruh pertumbuhan penduduk terhadap kesehatan

Pertumbuhan penduduk secara langsung atau tidak akan memengaruhi tingkat kesehatan penduduk. Pada tingkat mikro yaitu pada tingkat individu dan keluarga kesehatan adalah dasar bagi produktivitas kerja dan kapasitas untuk belajar di sekolah. Tenaga kerja yang sehat secara fisik dan mental akan lebih energik dan kuat, lebih produktif dan mendapatkan penghasilan yang tinggi. Keadaan ini terutama terjadi di negara-negara sedang berkembang di mana proporsi terbesar di angkatan kerja masih bekerja secara manual. Di Indonesia sebagai contoh tenaga kerja laki-laki yang menderita anemia menyebabkan 20% kurang produktif jika dibandingkan dengan tenaga kerja laki-laki yang tidak menderita anemia. Selanjutnya anak yang sehat mempunyai kemampuan belajar lebih baik dan akan tumbuh menjadi dewasa yang lebih terdidik. Dalam keluarga yang sehat, pendidikan anak cenderung untuk tidak terputus jika dibandingkan dengan keluarga yang tidak sehat.

Pada tingkat makro penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (input) penting untuk menurunkan kemiskinan pertumbuhan ekonomi dan pembangunan ekonomi jangka panjang beberapa pengalaman sejarah besar membuktikan berhasilnya tingkat ekonomi seperti pertumbuhan ekonomi yang cepat didukung oleh terobosan penting di bidang kesehatan masyarakat, pemberantasan penyakit dan peningkatan gizi. Peningkatan kesejahteraan ekonomi sebagai akibat dari bertambah panjang usia sangat penting. Dalam membandingkan tingkat kesejahteraan antara kelompok masyarakat sangat penting untuk melihat angka harapan hidup seperti halnya dengan tingkat pendapatan tahunan. Di negara-negara yang tingkat kesehatannya yang lebih baik, setiap individu memiliki rata-rata hidup lebih lama, dengan demikian secara ekonomis mempunyai peluang untuk memperoleh pendapatan lebih tinggi. Keluarga yang usia harapan hidupnya lebih panjang cenderung untuk menginvestasikan pendapatannya di bidang pendidikan dan menabung. Dengan demikian tabungan nasional dan investasi akan meningkat dan pada gilirannya akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi

## 2.4 Dinamika Penduduk

Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga diatur dalam UU. RI. No. 52 tahun 2009, di mana penduduk adalah warga negara Indonesia dan orang asing yang bertempat tinggal di Indonesia. Kependudukan adalah hal ihwal yang berkaitan dengan jumlah, struktur, pertumbuhan, persebaran, mobilitas, penyebaran, kualitas, dan kondisi kesejahteraan yang menyangkut politik, ekonomi, sosial budaya, agama serta lingkungan penduduk setempat. Dinamika kependudukan merupakan perubahan kependudukan untuk suatu daerah tertentu dari waktu ke waktu. Dinamika penduduk dipengaruhi beberapa faktor yaitu kelahiran, kematian, perpindahan penduduk serta kondisi sosial ekonomi dan budaya yang berkembang di masyarakat.

## 2.5 Faktor Demografi yang Memengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk

Laju pertumbuhan penduduk (Growth Rate) ditentukan oleh tingkat kelahiran dan tingkat kematian. Tingkat kelahiran kasar (Crude Birth Rate) dan tingkat kematian kasar (Crude Death Rate) masing-masing menunjukkan jumlah kelahiran hidup dan jumlah kematian per 1000 penduduk per tahun.

Dengan demikian ada 4 kemungkinan dari 2 variabel ini:

1. Tingkat kelahiran tinggi dan tingkat kematian tinggi
2. Tingkat kelahiran tinggi dan tingkat kematian rendah
3. Tingkat kelahiran rendah dan tingkat kematian rendah
4. Tingkat kelahiran rendah dan tingkat kematian tinggi

## 2.6 Transisi Demografi

Transisi demografi adalah proses perubahan kematian dan kelahiran yang berlangsung dari tingkatan yang tinggi ke tingkatan yang rendah dalam suatu kurun waktu pada masyarakat tertentu. Transisi ini muncul dengan terjadinya banyak perubahan di masyarakat, di antaranya adalah perubahan sosio-ekonomi yang berhubungan timbal balik dengan kesehatan. Perubahan penduduk secara implisit menyatakan pertambahan atau penurunan jumlah penduduk secara parsial maupun keseluruhan sebagai akibat perubahan komponen utama perubahan penduduk yaitu kelahiran, kematian dan migrasi.

Dalam transisi demografi tahap transisi sebagai berikut:

1. Pra Transisi (Pre-Transitional), ditunjukkan dengan tingkat fertilitas dan mortalitas yang tinggi
2. Tahap Transisi (Transitional), ditunjukkan dengan tingkat fertilitas tinggi dan tingkat mortalitas rendah
3. Tahap Pasca Transisi (Past Transitional), dinyatakan dengan tingkat fertilitas dan mortalitas sudah rendah

Penduduk Indonesia akan bertambah banyak dengan piramida yang terus berubah. Jumlah penduduk Indonesia akan menjadi 274 juta orang pada tahun 2025. Penduduk usia lanjut dan usia produktif termasuk usia angkatan kerja akan bertambah besar proporsinya. Sementara itu penduduk usia muda (bayi dan anak), meskipun proporsinya menurun, jumlahnya tetap meningkat. Di samping itu karena adanya kesenjangan pembangunan antar wilayah menimbulkan urbanisasi yang tidak terkendali. Begitu pula kemiskinan dan pengangguran dengan segala akibatnya terhadap kesehatan tetap ada terus sampai tahun 2025, walaupun jumlahnya sudah menurun

Faktor-faktor yang menyebabkan turunnya mortalitas, antara lain:

1. Perkembangan teknologi di bidang pertanian dan perkembangan industri modern/ dewasa ini dikenal juga revolusi hijau yang ada pada masyarakat Indonesia ditetapkan sebagai panca usaha di bidang pertanian.
2. Munculnya pemerintahan yang relatif stabil / mantap yang memungkinkan mantapnya fasilitas penyaluran bahan makanan dan jasa.
3. Kemajuan sanitasi lingkungan menimbulkan kondisi lingkungan yang sehat
4. Kemajuan di bidang kedokteran, gizi, pengobatan dan program-program kesehatan masyarakat.

Faktor sosial ekonomi yang memengaruhi mortalitas didasarkan pada:

1. Berdasarkan penelitian, kematian di desa pada umumnya lebih rendah dibanding di kota (mutu kehidupan yang lebih sehat di desa)
2. Pilihan terhadap pekerjaan / profesi yang juga berpengaruh terhadap tinggi rendahnya mortalitas dan lingkungan pekerjaan yang tidak sehat (tambang, pabrik, percetakan, lingkungan berdebu dan sebagainya) meningkatkan mortalitas.

## 2.7 Masalah Kependudukan

Masalah kependudukan di Indonesia dikategorikan sebagai suatu masalah nasional yang besar dan memerlukan pemecahan segera. Hal ini mencakup lima masalah pokok yang terkait satu sama lainnya, yaitu:

1. Jumlah penduduk yang tinggi.
2. Tingkat pertumbuhan yang tinggi.
3. Penyebaran penduduk yang tidak merata.
4. Komposisi penduduk yang timpang.
5. Masalah mobilitas penduduk.

Paket masalah kependudukan ini telah menjadi induk dari berbagai masalah lain. Apabila tidak segera ditanggulangi tidak mustahil akan mendatangkan efek yang lebih parah lagi dan dapat melumpuhkan pembangunan nasional.

## 2.8 Dampak Ledakan Penduduk

Kepadatan penduduk adalah perbandingan antara jumlah penduduk dengan luas wilayah yang dihuni. Ukuran yang biasa digunakan adalah jumlah penduduk setiap satu Km<sup>2</sup> atau setiap 1 mil<sup>2</sup>. Permasalahan dalam kepadatan penduduk adalah persebaran yang tidak merata. Kepadatan penduduk dapat memengaruhi kualitas hidup penduduknya. Pada daerah dengan kepadatan yang tinggi, usaha peningkatan kualitas penduduk akan lebih sulit dilakukan. Hal ini menimbulkan permasalahan sosial ekonomi, kesejahteraan, Keamanan, ketersediaan lahan, air bersih dan kebutuhan pangan.

Dampak yang paling besar adalah kerusakan lingkungan. Semua kebutuhan manusia dipenuhi dari lingkungan, karena lingkungan merupakan sumber alam yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup manusia. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan pangan, papan, air bersih, udara bersih dan kebutuhan lainnya. Ledakan penduduk yang cepat menimbulkan dampak buruk bagi kehidupan masyarakat terutama dalam bidang sosial ekonomi masyarakat.

Adapun dampak dari ledakan penduduk adalah:

1. Terhadap Kualitas Penduduk:
  - a. Kemiskinan dan kelaparan
  - b. Kekurangan gizi balita
  - c. Kematian ibu dan anak
  - d. Pengangguran meningkat
2. Terhadap Lingkungan dan Ekologi
  - a. Penggundulan hutan
  - b. Erosi dan abrasi tanah/laut
  - c. Banjir, tanah longsor, dan kekeringan lahan
  - d. Perubahan iklim yang ekstrim
  - e. Mencairnya kutub es

## 2.9 Dampak Program KB Tidak Berhasil Terhadap Kondisi Kependudukan di Indonesia

1. Kemiskinan Meningkat Tingkat kelahiran penduduk miskin lebih besar, sehingga penduduk miskin bertambah
2. Kualitas penduduk rendah Total Fertility Rate (TFR) masih tinggi, sehingga penyediaan pelayanan dasar tidak memadai
3. Pengangguran Meningkat Total Fertility Rate (TFR) masih tinggi, sehingga pertumbuhan ekonomi rendah, sehingga pengangguran bertambah
4. Kebutuhan energi meningkat Bertambahnya penduduk, sehingga pemenuhan fasilitas energi menjadi lebih besar
5. Kebutuhan akan pangan meningkat Pertambahan penduduk besar, sehingga penyediaan biaya lebih besar untuk pengadaan pangan.

## 2.10 Kependudukan dan Kriminalitas

Masalah kemiskinan, pengangguran dan tekanan hidup dalam hal ini memberikan kontribusi terhadap terjadinya konflik sosial dan kriminalitas secara langsung maupun tidak langsung dipengaruhi tekanan penduduk, jumlah penduduk yang terlalu banyak dan tidak rata distribusinya, sumber daya alam dan manusia yang terbatas dan perpindahan atau pergerakan penduduk memberikan sumbangan akan lahirnya konflik. Ekologi adalah salah unsur yang dapat memahami Kriminalitas. Dalam kriminologi, ekologi secara mudah dimengerti sebagai pengaruh eksternal, misalnya tinggi rendah pengangguran, urbanisasi, pertumbuhan ekonomi, atau kepadatan penduduk (densitas) di suatu wilayah. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) secara nasional, tentang angka kejahatan (crime rate) dan resiko terjadinya kejahatan pada penduduk (crime clock), dapat diasumsikan bahwa provinsi dengan jumlah penduduk banyak dan kepadatan penduduk tinggi adalah tinggi juga angka kejahatannya. Meningkatnya jumlah penduduk yang digambarkan dengan Kepadatan Penduduk mengakibatkan persaingan yang semakin meningkat antar penduduk salah satunya dalam mendapatkan pekerjaan. Permintaan lapangan pekerjaan juga disesuaikan dengan penyediaan industri yang menampungnya. Jika jumlah industri menurun, maka kesempatan kerja akan semakin menurun dan akan meningkatkan jumlah pengangguran, sehingga timbul berbagai macam aksi kriminalitas. Wilayah yang bercirikan perkotaan salah satunya memiliki masalah pergerakan (mobilitas) dan perpindahan (migrasi) penduduk yang tinggi.

## 2.11 Kebijakan Kependudukan

Dalam kehidupan bermasyarakat kita sebagai manusia yang mempunyai keterampilan memang harus mampu mengembangkan diri kita sendiri, dan juga mampu membangun masyarakat desa maupun kota untuk meningkatkan produktivitas masyarakat terutama di desa, dalam menumbuhkan perekonomian desa menjadi lebih baik. Para pemuda bisa sebagai manusia penggerak, pendamping, dan pembangun di pedesaan dalam tugasnya tersebut, harus mempunyai kriteria-kriteria tertentu untuk mengembangkan SDA dan SDM di pedesaan.



Beberapa program yang dilakukan pemerintah yang berkaitan dengan kebijakan kependudukan sebagai berikut:

1. Keluarga berencana

Keluarga berencana merupakan usaha pokok di dalam kebijaksanaan kependudukan umumnya dan usaha menurunkan tingkat kelahiran khususnya. Usaha menurunkan kelahiran melalui keluarga berencana sekaligus dikaitkan dengan meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Sasaran usaha keluarga berencana adalah seluruh lapisan masyarakat dan jangkauan daerah usaha keluarga berencana diperluas ke daerah luar Jawa dan daerah pedesaan. Tujuan usaha keluarga berencana bukan hanya memperbanyak jumlah akseptor tetapi mempertahankan agar keluarga-keluarga penerima tetap melaksanakan keluarga berencana.

Oleh karena berhasilnya keluarga berencana pada akhirnya akan ditentukan oleh kesadaran pada masing masing keluarga,;maka cara yang ditempuh dalam keluarga berencana akan menekankan bukan hanya cara-cara klinis tetapi juga cara-cara nonklinis. Selanjutnya kegiatan pembangunan di dalam berbagai bidang diserasikan agar dapat menunjang pelaksanaan keluarga berencana. Kegiatan ini mencakup pendidikan dan pendidikan kependudukan, motivasi ke arah keluarga kecil, dan menurunkan angka kematian anak-anak.

2. Pendidikan dan pendidikan kependudukan

Intensifikasi pendidikan baik formal maupun nonformal akan meningkatkan kesadaran dan pengetahuan mengenai masalah penduduk dan pentingnya pelaksanaan keluarga berencana. Tetapi untuk lebih menyebarluaskan informasi mengenai kependudukan maka pendidikan kependudukan diintegrasikan ke dalam sistem pendidikan dan mencakup lembaga pendidikan guru, pendidikan tingkat sekolah menengah dan pendidikan orang dewasa. Para lulusan sekolah menengah dan orang dewasa amat memerlukan informasi mengenai kependudukan oleh sebab mereka inilah yang akan membentuk keluarga dalam waktu: relatif singkat.

Usaha untuk memberikan motivasi ke arah tercapainya keluarga kecil dengan jumlah anak yang sedikit ditingkatkan. Dalam hubungan ini pemberian tunjangan keluarga dan kelonggaran lainnya di dalam sistem penggajian, pajak dan lain lain, akan ditinjau dan disesuaikan dengan kebijaksanaan kependudukan. Selanjutnya sistem jaminan sosial terutama untuk hari tua setahap demi setahap mulai ditingkatkan. Peningkatan sistem jaminan sosial ini penting oleh sebab masih luasnya pandangan bahwa banyak anak berarti banyak rezeki. Salah satu motivasi untuk mempunyai jumlah anak yang banyak ialah bahwa anak merupakan sumber untuk meningkatkan pendapatan bagi keluarga berpendapatan rendah. Banyaknya anak yang tidak meneruskan sekolah adalah keadaan yang timbul oleh sebab rendahnya pendapatan orang tua mereka dan anak-anak ini dibutuhkan untuk dapat sekedar menambah pendapatan keluarga. Semakin tinggi tingkat kematian di kalangan anak dan bayi semakin besar pula kebutuhan akan tingkat kelahiran yang tinggi. Semakin banyak anak-anak yang lahir: dan hidup dan mencapai umur dewasa semakin kecil kebutuhan untuk jumlah kelahiran yang besar. Oleh karena itu usaha untuk lebih meratakan hasil pembangunan akan menunjang usaha keluarga berencana di dalam menurunkan angka kelahiran. Selanjutnya usaha-usaha di bidang kesehatan umum dan usaha meningkatkan kesehatan ibu dan anak dan menurunkan angka kematian anak khususnya merupakan bagian daripada usaha menurunkan tingkat kelahiran.



# Bab 3

## Perkembangan KB di Indonesia

### 3.1 Sejarah Perkembangan KB Di Indonesia

Fokus dan konsentrasi pembangunan pada setiap era pemerintahan sepanjang perjalanan Republik Indonesia sangat beragam dan berbeda. Hal ini karena tantangan, kondisi dan kebutuhan bangsa di tiap era pemerintahan sangat berbeda. Perbedaan yang terjadi dapat disebabkan karena faktor internal maupun eksternal bangsa. Pada akhirnya kebijakan setiap pemangku pemerintahan saat itu menjadi sangat berbeda. Pergerakan TKT pada setiap era bisa menjadi cerminan keberhasilan KB pada masa itu. Indikator angka LPP di Indonesia mempunyai hubungan yang searah dengan TKT. Bila angka LPP Indonesia membesar, maka TKT biasanya ikut meningkat. LPP di era Presiden Soekarno tercatat 3,83% menurut Sensus Penduduk pertama tahun 1961. Pemerintah saat itu mempunyai kebijakan pro natalis yang akan menjadi modal dasar membangun negara. Faktor lain juga karena angka kematian ibu dan anak yang masih tinggi, yang mendorong masyarakat untuk mempunyai anak lebih dari dua orang.

Pada tahun 2018 penduduk Indonesia berjumlah lebih dari 261,9 juta jiwa (BPS, 2018). Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 angka tingkat fertilitas total (TKT) sebesar 2,6 anak. Pencapaian angka

TKT pada SDKI 2012 relatif tidak banyak berubah atau stagnan jika dibandingkan dengan TKT SDKI 2007 dan SDKI 2002-2003 (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, MEASURE DHS, ICF International, 2013). Badan Kependudukan Keluarga Berencana (BKKBN) menetapkan target TKT sesuai Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015-2019 di angka 2,28 (“Peserta KB Terus Ditingkatkan”, 2017). Masih tingginya angka TKT terhadap target RPJMN menjadi pekerjaan penting bagi pemerintah. Penurunan angka ini diperlukan untuk menekan TKT dan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP).

Program KB di Indonesia dari awal pemerintahan Presiden Soekarno hingga Presiden Joko Widodo telah banyak berubah mengikuti tantangan dan kebutuhan bangsa. Awalnya, pendekatan program KB oleh BKKBN dijalankan dengan sentralisasi hingga berubah menjadi desentralisasi. Perubahan pendekatan tersebut berdampak pada struktur organisasi dan target keberhasilan program KB di Indonesia. Sepanjang perjalanannya, program KB dapat mencapai keberhasilan yang sangat baik di bawah kepemimpinan Presiden Soeharto. Beliau menjalankan program KB dengan sistem sentralisasi yang terbukti berhasil menurunkan angka TKT dari angka 5,5 pada tahun 1970 ke angka 2,8 pada tahun 1997. Presiden Soeharto meletakkan landasan program KB yang tepat disertai dengan perbaikan di bidang kesehatan dan pendidikan. Setelah era Presiden Soeharto, program KB dilakukan dengan pendekatan desentralisasi. Era desentralisasi Kelembagaan dan Capaian Program Keluarga Berencana program KB hingga saat ini masih belum menunjukkan keberhasilan penurunan angka TKT seperti target pemerintah. Ada periode di mana angka TKT cenderung relatif stagnan selama beberapa tahun. Pada era presiden Joko Widodo, angka TKT sudah turun dibandingkan kepemimpinan sebelumnya, meskipun belum mencapai target RPJMN. Perubahan penyelenggaraan program KB dengan sentralisasi atau desentralisasi ternyata memberi dampak pada struktur organisasi, program KB, dan capaian target program KB.

Di Indonesia sejak zaman dulu telah dipakai obat dan jamu yang maksudnya untuk mencegah kehamilan. Di Irian Jaya telah lama dikenal ramuan dari daun-daunan yang khasiatnya dapat mencegah kehamilan. Dalam masyarakat hindu Bali sejak dulu hanya ada nama untuk empat orang anak, mungkin suatu cara untuk menganjurkan supaya pasangan suami istri mengatur kelahiran anaknya sampai empat. Di Indonesia keluarga berencana modern mulai

dikenal pada tahun 1953. Pada waktu itu sekelompok ahli kesehatan, kebidanan dan tokoh masyarakat telah mulai membantu masyarakat. Pada tanggal 23 Desember 1957 mereka mendirikan wadah dengan nama perkumpulan keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dan bergerak secara silent operation membantu masyarakat yang memerlukan bantuan secara sukarela, jadi di Indonesia PKBI adalah pelopor pergerakan keluarga Berencana nasional.

Menunjang dalam rangka mencapai tujuan, berdasarkan hasil penandatanganan Deklarasi Kependudukan PBB 1967 oleh beberapa Kepala Negara Indonesia, maka dibentuklah suatu lembaga program keluarga Berencana dan dimasukkan dalam program pemerintah sejak pelita 1 (1969) berdasar instruksi presiden nomor 26 tahun 1968 yang dinamai Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) sebagai lembaga semi pemerintah. Pada tahun 1970 ditingkatkan menjadi Badan pemerintah melalui Keppres No. 8 tahun 1970 dan diberi nama Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang bertanggung jawab kepada presiden dan bertugas mengkoordinasikan perencanaan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan program keluarga Berencana. Melalui Keppres no. 33 tahun 1972 dilakukan penyempurnaan struktur organisasi, tugas pokok dan tata kerja BKKBN. Dengan Keppres no 38 tahun 1978 organisasi dan struktur BKKBN disempurnakan lagi, di mana fungsinya diperluas tidak hanya masalah KB tetapi juga kegiatan-kegiatan lain, yaitu kependudukan yang mendukung KB (beyond family planning).

Sesuai dengan perkembangan program pembangunan nasional, ditetapkan adanya Menteri Negara Kependudukan dan Lingkungan Hidup (KLH) dengan Keppres no 25 tahun 1983 yang bergerak langsung dalam bidang kependudukan, maka dilakukan lagi penyempurnaan organisasi BKKBN dengan keppres no 64 tahun 1983 dengan tugas pokok adalah menyiapkan kebijaksanaan umum dan mengkoordinasikan penyelenggaraan program secara menyeluruh dan terpadu.

1. Peristiwa Bersejarah Dalam Perkembangan KB di Indonesia
  - a. Pada bulan Januari 1967 di adakan symposium kontrasepsi di Bandung yang diikuti oleh masyarakat luas melalui media massa.
  - b. Pada bulan Februari 1967 diadakan kongres PKBI pertama yang mengharapkan agar KB sebagai program pemerintah segera dilaksanakan.

- c. Pada bulan April 1967 Gubernur DKI Jakarta Ali Sadikin menganggap bahwa sudah waktunya kegiatan KB dilancarkan secara resmi di Jakarta dengan menyelenggarakan proyek KB DKI Jakarta Raya.
- d. Tanggal 16 agustus 1967 gerakan KB di Indonesia memasuki era peralihan pidato pemimpin Negara selama orde lama. Organisasi pergerakan dilakukan oleh tenaga sukarela dan beroperasi secara diam- diam karena kepala Negara waktu itu anti terhadap KB , maka dalam orde baru gerakan KB di akui dan di masukan dalam program pemerintah.
- e. Bulan Oktober 1968 berdiri lembaga KB nasional ( LKBN ) yang sifatnya semi pemerintah yang dalam tugasnya diawasi dan dibimbing oleh menteri Negara kesejahteraan rakyat, merupakan kristalisasi dan kesungguhan pemerintah dalam kebijakan KB

Peristiwa peristiwa bersejarah dalam perkembangan di Negara Indonesia adalah masuknya program KB itu ke dalam repelita I. adanya KUHP pasal 283 yang melarang menyebarkan gagasan KB sehingga kegiatan penangan dan pelayanan masih dilakukan secara terbatas.

## 2. Tahap –Tahap program KB Nasional

Adapun tahap kebijakan pemerintah dalam menyelenggarakan program KB Nasional di Indonesia adalah:

- a. Tahun 1970 – 1980 dikenal dengan Management For The
  - Pemerintah lebih banyak berinisiatif
  - Partisipasi masyarakat rendah sekali
  - Terkesan kurang demokratis
  - Ada unsur pemaksaan
  - Berorientasi pada target
- b. Tahun 1980 – 1990 terjadi perubahan pada Manajement With The People
  - Pemaksaan di kurangi
  - Dimulainya program safari pada awal 1980\_an

- c. Tahun 1985 – 1988 pemerintah menetapkan program KB Lingkaran Biru, dengan kebijakan:
  - Masyarakat bebas memilih kontrasepsi yang akan dipakainya meskipun masih tetap dipikirkan jenis kontrasepsi
  - Dari 5 jenis kontrasepsi dipikirkan salah satu dari jenisnya
- d. Tahun 1988 terjadi perkembangan kebijakan, pemerintah menerapkan program KB Lingkar Emas yaitu:
  - Pilih alat kontrasepsi sepenuhnya diserahkan pada peserta, asal jenis kontrasepsi sudah terdapat di departemen kesehatan.
  - Masyarakat sudah mulai membayar sendiri untuk alat kontrasepsinya
- e. Tahun 1998 terjadi peningkatan kesejahteraan keluarga melalui peningkatan pendapatan keluarga (Income Generating) pada tanggal 29 juni 1994 presiden Soeharto di sidoarjo melaksanakan plesterisasi / lantainisasi rumah- rumah secara gotong royong untuk keluarga pra sejahtera

## 3.2 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perkembangan KB Di Indonesia

Perluasan dan pengembangan program keluarga berencana nasional secara bertahap dilakukan melalui kegiatan penelitian dan pengembangan. Dukungan lain terhadap keberhasilan program keluarga berencana nasional adalah dengan meningkatnya daya guna dan hasil guna dari unsur-unsur penunjang program dengan memberikan kontribusi yang saling mengisi sesuai dengan fungsinya masing-masing. Keberhasilan program ini dapat dicapai dengan komitmen politik yang tinggi dari pemerintah dan keuletan serta kesungguhan para unit pelaksana, partisipasi dan institusi masyarakat serta anggota masyarakat. Suksesnya suatu program dalam hal ini program keluarga berencana, tergantung dari aktif atau tidak aktifnya partisipasi masyarakat untuk mensukseskan program tersebut. Sehingga dalam posisi ini peran aktif



masyarakat sangat penting artinya bagi kelancaran dan keberhasilan program tersebut dan tercapainya tujuan secara mantap. Program Keluarga Berencana dicanangkan dalam rangka usaha pemerintah untuk membangun manusia Indonesia yang berkualitas. Pada dasarnya pemerintah berkeinginan untuk membuat perubahan dari suatu kondisi tertentu ke keadaan lain yang lebih bernilai. Agar proses perubahan itu dapat menjangkau sasaran-sasaran perubahan keadaan yang lebih baik dan dapat digunakan sebagai pengendali masa depan, di dalam melaksanakan pembangunan itu perlu sekali memperhatikan segi manusianya. Karena dalam arti proses, pembangunan itu menyangkut makna bahwa manusia itu objek pembangunan dan sekaligus subjek pembangunan. Sebagai subyek pembangunan manusia harus diperhitungkan, sebab dia punya nilai dan potensi yang luar biasa. Oleh karena itu, di dalam pembangunan perlu sekali mengajak subyek tadi untuk ikut berpartisipasi aktif dalam proses pembangunan secara berkelanjutan

Kebijakan, hukum dan program pemerintah sangat memengaruhi metode-metode yang telah tersedia dan cara pelayanannya. Program yang menyediakan kontrasepsi modern yang didukung oleh kebijakan dan persetujuan pemerintah, serta pendidikan yang dikombinasi dengan keadaan sosial yang kondusif, merupakan program yang paling efektif untuk menurunkan fertilitas (Maudlin dan Ross, 1991) dalam dasawarsa terakhir, sedikitnya lima puluh Negara telah secara resmi pengumuman kebijakan atau hukum yang mendukung Keluarga Berencana untuk mengurangi pertumbuhan penduduk, mencapai tujuan pembangunan nasional, mendukung hak setiap orang untuk menentukan ukuran keluarga dan / atau untuk menjamin pemerataan penyediaan pelayanan.

1. Faktor faktor yang memengaruhi
  - a. Sosial Ekonomi
  - b. Tinggi rendahnya status sosial dan keadaan ekonomi penduduk Indonesia dipengaruhi oleh perkembangan dan kemajuan program KB di Indonesia. Kemajuan program KB tidak bisa lepas dari tingkat ekonomi masyarakat karena berkaitan dengan kemampuan untuk membeli alat kontrasepsi yang digunakan.
  - c. Dengan suksesnya program KB maka perekonomian suatu negara akan lebih baik karena dengan anggota keluarga yang sedikit kebutuhan dapat lebih tercukupi dan kesejahteraan dapat terjamin.

## 2. Budaya

Sejumlah faktor budaya dapat memengaruhi klien dalam memilih metode kontrasepsi, faktor – faktor ini meliputi salah pengertian dalam masyarakat mengenai berbagai metode, kepercayaan religius, serta budaya, tingkat pendidikan persepsi mengenai resiko kehamilan dan status wanita.

## 3. Pendidikan

Beberapa studi telah memperlihatkan bahwa metode kalender lebih banyak digunakan oleh pasangan yang lebih berpendidikan. Dhipotesiskan bahwa wanita berpendidikan menginginkan keluarga berencana yang efektif, tetapi tidak rela untuk mengambil resiko yang terkait sebagai metode kontrasepsi.

## 4. Agama

Para akseptor wanita mungkin berpendapat bahwa perdarahan yang tidak teratur yang disebabkan sebagian metode hormonal akan sangat menyulitkan mereka selama haid mereka dilarang bersembahyang. Sebagian masyarakat, wanita hindu dilarang mempersiapkan makanan selama haid yang tidak teratur dapat menjadi masalah.

## 5. Status Wanita

Status wanita dalam masyarakat dapat memengaruhi kemampuan mereka memperoleh dan menggunakan berbagai metode kontrasepsi di daerah daerah yang status wanitanya meningkat, sebagian wanita memiliki pemasukan yang lebih besar untuk membayar metode – metode yang lebih mahal serta memiliki lebih banyak suara dalam mengambil keputusan. Juga di daerah yang wanitanya lebih dihargai, mungkin hanya dapat sedikit pembatasan dalam memperoleh berbagai metode, misalnya peraturan yang mengharuskan persetujuan suami sebelum pelayanan KB dapat diperoleh.

### 3.3 Organisasi-Organisasi KB di Indonesia

Tujuan organisasi program KB adalah mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia.

Adapun organisasi program KB yang terdapat di Indonesia sebagai berikut:

1. Organisasi non pemerintah yaitu PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia) Pada tahun 1953, sekelompok masyarakat yang terdiri dari berbagai golongan, khususnya dari kalangan kesehatan memulai prakarsa kegiatan KB, kegiatan kelompok ini berkembang hingga berdirilah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Pada tahun 1957 tepatnya pada tanggal 23 Desember 1957 dengan Dr. R Soeharto sebagai ketua PKBI adalah pelopor pergerakan keluarga berencana yang membantu masyarakat yang memerlukan bantuan secara sukarela.

Tujuan dari PKBI adalah memperjuangkan terwujudnya keluarga sejahtera melalui 3 macam usaha yaitu:

- a. Mengatur kehamilan
- b. Mengobati kemandulan
- c. Memberi nasehat perkawinan

Pada tahun 1970 LKBN dibubarkan oleh pemerintah dan kemudian dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN).

2. Organisasi pemerintah yaitu BKKBN: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Keputusan presiden RI Nomor 8 tahun 1970 tentang BKKBN yaitu Depkes sebagai unit pelaksanaan program KB. BKKBN yaitu badan resmi pemerintah yang bertanggung jawab penuh mengenai pelaksanaan program KB di Indonesia. Keuntungan dari BKKBN adalah:
  - a. Memungkinkan program-program melepaskan diri pendekatan klinis yang jangkauannya terbatas.

- b. Memungkinkan besarnya peranan pakar – pakar non medis dalam mensukseskan program keluarga berencana di Indonesia melalui pendekatan ke masyarakat.

Sedangkan fungsi BKKBN adalah pengkoordinasi, perencana, perumus kebijakan, pengawas pelaksana dan evaluasi. Pada waktu itu tujuan program keluarga berencana adalah:

- a. Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak keluarga dan bangsa.
- b. Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa.

Dalam perkembangan selanjutnya BKKBN mengembangkan lagi kegiatannya menjadi program nasional kependudukan dan KB (KKB) yang pada waktu ini mempunyai 2 tujuan:

- a. Tujuan demografis, yaitu mengendalikan tingkat pertumbuhan penduduk berupa penurunan angka fertilitas dari 44 permil pada tahun 1979 menjadi 22 permil pada tahun 1990 atau 50 % dari keadaan pada tahun 1971
- b. Tujuan normatif, yaitu dapat dihayati norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang pada satu waktu akan menjadi falsafah hidup masyarakat dan bangsa Indonesia.

Visi dan Misi BKKBN

- a. Visi tahun 2001  
“ Membangun Keluarga Berkualitas Pada Tahun 2010 “
- b. Misi
  - 1) Memberdayakan masyarakat
  - 2) Menggalang kemitraan dalam upaya meningkatkan kesejahteraan, kemandirian dan ketahanan keluarga.
  - 3) Meningkatkan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.
  - 4) Meningkatkan upaya pemberdayaan wanita dalam mewujudkan kesetaraan gender melalui program KB.

- 5) Mempersiapkan SDM berkualitas sejak pembuahan.
- 6) Menyediakan data dan informasi dalam skala mikro

c. Tujuan

Memberikan kontribusi, terciptanya penduduk yang berkualitas, SDM yang bermutu dan meningkatnya kesejahteraan keluarga.

d. Sasaran

Sasaran penggarapan program

- Pada keluarga, kelompok, dan institusi masyarakat pedesaan

Sasaran pencapaian program

- Memberikan pelayanan pada peserta KB baru dan KB aktif
- Meningkatkan pembinaan ketahanan keluarga melalui peningkatan

# Bab 4

## Program KB di Indonesia

### 4.1 Pendahuluan

RPJMN tahun 2020-2024 sudah ditetapkan dengan Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024. Arah kebijakan nasional ialah “Indonesia berpenghasilan menengah-tinggi yang sejahtera, adil dan berkesinambungan”, dengan strategi prioritas pembangunan nasional untuk mencapai sasaran yang diharapkan (BKKBN, 2020; Purba, Nainggolan, et al., 2020). BKKBN sebagai pelaksana program KB menyokong dua agenda pembangunan/prioritas nasional yaitu “Meningkatkan SDM Berkualitas dan Berdaya Saing” serta “Revolusi Mental dan Pembinaan Ideologi Pancasila untuk Memperkokoh Ketahanan Budaya Bangsa dan Membentuk Mentalitas Bangsa yang Maju, Modern, dan Berkarakter”(BKKBN, 2013; Purba, 2019). Program KB dalam implementasinya merupakan koordinasi pemerintah (Kemenkes dan BKKBN), swasta, serta peran aktif masyarakat (Zaeni, 2006; Revida et al., 2020).

## 4.2 Implementasi dan Indikator RPJMN dalam program KB

Indikator sasaran pokok RPJMN bidang kesehatan tahun 2020-2024 yang seiring dengan program KB, antara lain;

1. Angka kematian ibu (per 100.000 KH) dari 305 (SUPAS 2015) diharapkan menjadi 183.
2. Angka kematian bayi (per 100.000 KH) dari 24 (SDKI 2017) diharapkan menjadi 16.
3. Prevalensi pemakaian kontrasepsi cara modern (mCPR) dari 57,2 (SDKI 2017) menjadi 63,4.
4. *Unmet need* KB (persen) dari 10,60% (SDKI 2017) menjadi 7,4%.
5. ASFR 15-19 tahun dari 36 (SDKI 2017) menjadi 18.

Tujuan prioritas RPJMN yang mendukung peningkatan KIA, KB, dan kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui implementasi strategi berikut:

1. Peningkatan pelayanan maternal dan neonatal berkesinambungan di fasilitas publik dan swasta dengan mendorong seluruh persalinan di fasilitas kesehatan, peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal dan neonatal, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan, perbaikan sistem rujukan maternal, penyediaan sarana prasarana dan farmasi, jaminan ketersediaan darah setiap saat, dan pencatatan kematian ibu di fasilitas pelayanan kesehatan. (Sulfianti et al., 2020);
2. Perluasan imunisasi dasar lengkap terutama pada daerah dengan cakupan rendah dan pengembangan imunisasi untuk menurunkan kematian bayi;
3. Peningkatan perilaku hygiene;
4. Peningkatan gizi remaja putri dan ibu hamil;
5. Peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga khususnya pengasuhan, tumbuh kembang anak dan gizi (Pattola et al., 2020; Revida et al., 2020);

6. Perluasan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi sesuai karakteristik wilayah dengan optimalisasi peran sektor swasta dan pemerintah daerah melalui advokasi, komunikasi, informasi, edukasi (KIE) dan konseling tentang pengendalian penduduk, KB dan kesehatan reproduksi, peningkatan kompetensi penyuluh keluarga berencana (PKB) dan petugas lapangan keluarga berencana (PLKB) serta kapasitas tenaga lini lapangan serta penguatan fasilitas kesehatan, jaringan dan jejaring fasilitas kesehatan dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi serta usaha kesehatan bersumber daya masyarakat; dan
7. Peningkatan pengetahuan dan akses pelayanan kesehatan reproduksi remaja secara lintas sektor yang sensitif terhadap gender.

#### 4.2.1 Implementasi dan Indikator Sasaran Strategis Kemenkes

Salah satu sasaran strategis dari tujuan strategis Kemenkes (2020-2024) tentang peningkatan status kesehatan masyarakat melalui siklus hidup adalah menurunnya kematian maternal dan neonatal, yang dicapai melalui upaya strategis berikut ini (Ritonga, 2018):

1. Peningkatan pelayanan maternal dan neonatal berkesinambungan di fasilitas publik dan swasta melalui sistem rujukan terpadu dan berkesinambungan semenjak ANC;
2. Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal dan neonatal;
3. Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan melalui pelatihan magang di rumah sakit (on job training);
4. Penyediaan ambulans desa untuk mencegah tiga terlambat;
5. Peningkatan penyediaan darah setiap saat dibutuhkan;
6. Perbaikan pencatatan kematian maternal dan kematian bayi di fasyankes dan masyarakat melalui pengembangan PS2H (Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati);
7. Perluasan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) mencapai UCI (Universal Child Immunization) sampai level desa;
8. Peningkatan cakupan ASI eksklusif;



9. Peningkatan akses air bersih dan perilaku hygiene;
10. Peningkatan gizi remaja putri dan ibu hamil;
11. Peningkatan literasi kesehatan pada ibu dan keluarga khususnya terkait tumbuh kembang anak dan gizi;
12. Perluasan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi;
13. Peningkatan penyediaan farmalkes terkait dengan pencegahan kematian maternal dan neonatal

Indikator sasaran strategis Kemenkes terkait penurunan kematian maternal dan neonatal, antara lain:

1. Persentase bumil KEK dari 17,3% menjadi 10%
2. Persentase bumil mendapatkan ANC K4 ideal dari 74% menjadi 95%
3. Persentase persalinan di fasyankes 95%
4. Ketersediaan minimal 4 puskesmas PONEK per kabupaten/kota dan Ketersediaan Rumah Sakit PONEK di kabupaten/kota

#### 4.2.2 Implementasi dan Indikator Sasaran Strategis BKKBN

Sasaran Strategis BKKBN dalam peningkatan kesehatan ibu anak, KB dan kesehatan reproduksi dengan fokus strategi untuk:

1. Peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga khususnya pengasuhan, tumbuh kembang, dan gizi;
2. Perluasan cakupan KB dan kesehatan reproduksi berkualitas sesuai karakteristik wilayah melalui penguatan kemitraan dengan pemerintah daerah;
3. Peningkatan pengetahuan dan akses pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja dan pra remaja yang responsif gender;
4. Peningkatan kompetensi PKB/PLKB;
5. Penguatan jejaring dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi khususnya praktik mandiri bidan, dokter swasta, dan organisasi profesi, dan
6. Penguatan advokasi, komunikasi, informasi edukasi (KIE) Program Bangga Kencana serta Konseling KB dan Kesehatan Reproduksi secara komprehensif.

Sebagai bentuk penjabaran tujuan strategis tahun 2020-2024, BKKBN menetapkan indikator sebagai berikut:

1. Menurunnya Angka Kelahiran Total (TFR) per WUS (15-49 tahun)
2. Meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR)
3. Menurunnya kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (Unmet Need)
4. Menurunnya Angka kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun (ASFR 15-19 tahun)
5. Meningkatnya Indeks Pembangunan Keluarga (iBangga)
6. Meningkatnya Media Usia Kawin Pertama Perempuan (MUKP)
7. Persentase SDM aparatur dan tenaga program yang kompeten
8. Persentase pemanfaatan hasil penelitian dalam penentuan kebijakan program Bangsa Kencana

## 4.3 Tujuan Strategis

Dalam menerjemahkan RPJMN terkait pelayanan KB dan untuk memberikan haluan dalam pelayanan KB yang berkualitas, penatalaksanaan serta pengelolaan program KB, penambahan kebutuhan terhadap pelayanan KB serta menerjemahkan tujuan pembangunan nasional dan global yang ditetapkan oleh pemerintah dan SDG Summit, ICPD 20 serta FP2020 Summit maka disusunlah strategi pelaksanaan program KB dengan tujuan strategis yang berpusat pada area utama yang saling bersinergi, antara lain;

1. Tujuan strategis 1: Tersedianya sistem penyediaan pelayanan KB yang merata dan berkualitas di sektor pemerintah dan swasta untuk menjamin agar setiap warga negara dapat memenuhi tujuan reproduksi mereka.
2. Tujuan strategis 2: Meningkatnya permintaan atas metode kontrasepsi modern yang terpenuhi dengan penggunaan yang berkelanjutan.
3. Tujuan strategis 3: Meningkatnya penatalayanan/pengelolaan di semua jenjang dan memantapkan lingkungan yang mendukung program KB yang efektif, adil dan berkesinambungan pada sektor

pemerintah dan swasta untuk menjamin agar setiap warga negara dapat memenuhi tujuan kesehatan reproduksinya.

4. Tujuan strategis 4: Dikembangkannya dan diaplikasikannya inovasi dan riset operasional untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas program dan berbagi pengalaman melalui kerjasama Selatan-Selatan.

### 4.3.1 Tujuan Strategis 1

Tujuan strategis 1: Tersedianya sistem pelayanan KB yang merata dan berkualitas di sektor pemerintah dan swasta untuk menjamin agar setiap warga negara dapat memenuhi tujuan kesehatan reproduksinya. Tujuan strategis ini dirumuskan dari komponen sistem kesehatan. Terdapat enam output yang saling berhubungan.

Output 1.1: Meningkatnya ketersediaan pelayanan KB berkualitas dengan akses yang lebih baik dan merata di sektor pemerintahan sehingga seluruh masyarakat dapat memenuhi tujuan reproduksi mereka (Parinduri et al., 2020).

Kegiatan utama:

1. Menganalisis serta menilik ulang standar fasilitas serta pedoman yang ada untuk pelayanan KB terpadu (sesuai pertimbangan pengelompokkan klien berdasarkan umur, tahap reproduksi, kesamaan karakteristik dsb, demi menghindari penyelewengan hak) dan memutuskan standarisasi fasilitas kesehatan. Keluaran (output) terhadap kegiatan ini adalah kesepakatan bersama (MoU) antara Kemenkes dan BKKBN
2. Menetapkan kriteria fasilitas pelayanan KB antara BKKBN, Kemenkes, dan BPJS
3. Pemetaan fasilitas pelayanan KB (pemerintah dan swasta) berlandaskan kriteria yang telah disepakati, termasuk ketersediaan pelayanan keliling/bergerak di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan dan status berfungsinya.
4. Berlandaskan hasil pemetaan, melaksanakan kegiatan berikut, antara lain:
  - a. Meningkatkan fungsi fasilitas kesehatan sesuai dengan kesenjangan yang diidentifikasi dari pemetaan demi

- mendapatkan akses yang merata pada metode jangka pendek serta jangka panjang
- b. Meningkatkan kualitas fasilitas terpilih sebagai sarana rujukan sesuai pemetaan demi memastikan akses yang merata.
  - c. Meningkatkan pelayanan keliling (pelayanan luar gedung pemerintah serta pelayanan momentum) demi menyiapkan pelayanan berkualitas dengan teratur, termasuk tindak lanjut serta penatalaksanaan terhadap akibat yang tidak diinginkan.
5. Akreditasi fasilitas kesehatan: menganalisis serta melebarkan ruang lingkup standar akreditasi puskesmas saat ini (yang dikembangkan oleh Bina Upaya Kesehatan/BUK Kemenkes) sehingga mencakup pelayanan KB sebagai syarat untuk registrasi BPJS. Terkait dengan output 3.2.
  6. Pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja
    - a. Menilik ulang atau memperluas strategi pengenalan pelayanan ramah remaja yang akan dilakukan secara bertahap, mulai dari wilayah dengan dengan angka fertilitas remaja tinggi.
    - b. Memperluas kerjasama antara PIK remaja, Puskesmas PKPR dan pelayanan remaja lainnya saat pelaksanaan strategi di atas.
    - c. Menilik ulang atau meningkatkan pedoman penatalaksanaan rujukan bagi pendidik sebaya serta tenaga kesehatan di bawah koordinasi Kemenkes.
    - d. Pelatihan petugas termasuk rujukan bagi pelayanan spesialis.
    - e. Melaksanakan kampanye publik tentang pelayanan ramah remaja.
    - f. Memperkenalkan serta mempromosikan layanan kesehatan reproduksi untuk remaja di luar dari layanan pemerintah.
  7. Menyediakan pelayanan KB saat situasi bencana kemanusiaan yang mengacu pada Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) demi meningkatkan akses ke pelayanan kontrasepsi dan kontrasepsi darurat. Pedoman ini juga meliputi penyediaan kontrasepsi bagi korban kekerasan berbasis gender.

Output 1.2: Meningkatnya pemanfaatan sektor swasta dalam pemerataan pelayanan KB berkualitas yang memperhatikan hak klien. Sektor swasta dalam konteks ini adalah semua organisasi dan individu yang dalam melaksanakan kegiatannya di bidang pelayanan kesehatan dan KB tidak langsung dikendalikan oleh pemerintah (Sadli, 2016; Julyanthry et al., 2020).

Kegiatan utama:

1. Pengembangan model bisnis kemitraan pemerintah-swasta yang berkelanjutan via jaringan standarisasi model pelayanan KB swasta, dengan fokus pada peningkatan akses ke pelayanan yang merata, terjangkau dan berkualitas. Rencana jaringan model pelayanan KB swasta mencakup jenis model secara penuh atau parsial. Peran dan tanggungjawab jaringan ini akan didefinisikan lebih lanjut.
  - a. Menerapkan standarisasi model pelayanan KB swasta oleh Kemenkes. Membentuk mekanisme pelaporan sesuai area kerja puskesmas.
  - b. Mengembangkan aturan tentang struktur tarif pada pelayanan KB swasta.
  - c. Membuat kriteria akreditasi bagi registrasi BPJS (kewajiban pelaporan sebagai bagian dari akreditasi). Terkait dengan output 3.2.
  - d. Bermitra dengan Asosiasi Kedokteran Swasta Indonesia dan/atau Ikatan Bidan Indonesia (IBI) demi menciptakan sistem jaga mutu serta memastikan ketaatan terhadap standar dengan cara pemantauan teratur, dan lain-lain terkait dengan output 1.6.
2. Pemasaran sosial kontrasepsi (pihak swasta/LSM) demi meningkatkan akses pelayanan KB berkualitas pada sektor swasta melalui pembangunan program yang telah ada atau menciptakan program baru, dengan menjamin kerahasiaan serta mengurangi biaya (terkait dengan output 1.1)

Output 1.3: Meningkatnya kualitas sistem jaminan ketersediaan alat dan obat kontrasepsi (Sistri, 2009).

Kegiatan utama:

1. Penyediaan kontrasepsi yang dijamin berkualitas, termasuk mengembangkan sistem e-procurement (terkait dengan output 3.1)
2. Sistem jaminan ketersediaan kontrasepsi yang berkualitas:
  - a. Melakukan revisi strategi jaminan ketersediaan komoditas kontrasepsi yang merefleksikan pengadaan yang berkualitas.
  - b. Menjamin ketersediaan komoditas KB sesuai dengan perkiraan kebutuhan alokon klien.
  - c. Menganalisis standar prosedur pada berbagai kontrasepsi serta pelaksanaannya.
  - d. Meningkatkan pergudangan:
    - Menganalisis serta menilik ulang pergudangan BKKBN saat ini.
    - Menganalisis manajemen serta distribusi komoditas kontrasepsi termasuk pemetaan kondisi gudang Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota dan BKKBNOPD KB dibandingkan dengan standar fungsionalitas gudang dari Kemenkes.
    - Menyokong/memfasilitasi saran dan masukan untuk memperbaiki fasilitas sesuai standar.
    - Menciptakan pedoman bagi penyimpanan kontrasepsi di rumah sakit (RS), puskesmas, dan fasilitas di bawah puskesmas.
    - Mengadakan pelatihan bagi berbagai tingkat manajer gudang termasuk farmasis/apoteker di fasilitas lebih rendah (farmasi/manajer gudang di fasilitas swasta yang menyediakan pelayanan KB diikutsertakan dalam pelatihan ini)
    - Memantau ketaatan terhadap standar pada semua jenjang, termasuk di fasilitas pelayanan swasta oleh petugas tingkat nasional (pemantauan tingkat provinsi), petugas tingkat provinsi (pemantauan tingkat kabupaten/kota – fasilitas utama sektor pemerintah dan swasta), petugas tingkat

- kabupaten/kota (pemantauan puskesmas serta fasilitas sektor pemerintah, swasta, dan penyedia pelayanan lainnya).
- e. Memperkokoh manajemen rantai pasokan: Evaluasi tiga model yang sedang dilaksanakan demi menilai efisiensi, *cost-effectiveness*, dan keberlangsungan. (ketiga model tersebut adalah perbaikan sistem distribusi BKKBN, menggunakan sistem yang terintegrasi dengan Kemenkes dan menggunakan distribusi via pos).
  - f. Memperkokoh Sistem Informasi Manajemen Logistik dan Perkiraan:
    - Menganalisis Sistem Informasi Manajemen Logistik yang ada dan menilai efektivitasnya untuk meramalkan stock-out serta menerapkan perubahan bila dibutuhkan.
    - Menciptakan kapasitas prediksi di tingkat nasional, provinsi, serta kabupaten/kota serta rumah sakit dan puskesmas. Terkait dengan output 1.4

Output 1.4: Meningkatnya kapasitas dan ketersediaan sumber daya manusia untuk menyediakan pelayanan KB yang berkualitas (Ernawati, 2016).

Kegiatan utama:

1. Pelayanan KB yang berkualitas dengan dukungan sumber daya manusia yang memiliki kapasitas.
  - a. Menjamin ketersediaan tenaga kesehatan bagi pelayanan KB
  - b. Melakukan pelatihan pre-service KB:
    - Menganalisis kurikulum yang aktual serta meningkatkan pelatihan KB semasa berada di bagian Obstetri dan Ginekologi (O&G) serta ketika magang.
    - Meningkatkan materi KB di kurikulum pelatihan dasar bagi bidan.
  - c. Menciptakan sistem pelatihan in-service pelayanan KB bagi para bidan, dokter, dan perawat sesuai dengan kapasitas dan kewenangan.

- Menganalisis kualitas pelatihan yang dilakukan pada tingkat kabupaten/kota termasuk menilai keterampilan pelatih, proses sertifikasi di lapangan, serta keterlibatan unit pelatihan Kemenkes, sistem informasi manajemen pelatihan, analisis alokasi dana bagi pelatihan serta tindak lanjutnya pada setiap tingkat.
  - Merumuskan strategi pengembangan pelatihan sesuai regulasi terbaru mengenai pelatihan in-service dan sertifikasinya termasuk pelatihan tindak lanjut pada tingkat kabupaten/kota (bagi pengembangan profesional yang berkesinambungan) dan kendali mutu pelatihan.
  - Menilik ulang modul pelatihan yang tersedia bila dibutuhkan berlandaskan penilaian diatas.
  - Meningkatkan sistem informasi manajemen agar bisa ditindaklanjuti oleh institusi pelatihan dan dilaporkan ke BKKBN dan divisi pelatihan Kemenkes/PPSDM (ini harus dihubungkan dengan sistem informasi tenaga kesehatan, untuk sektor pemerintah dan swasta).
  - Pelatihan pelayanan KB untuk petugas kesehatan dengan modul pelatihan yang telah direvisi (termasuk pemberian konseling) dan diintegrasikan dengan tindak lanjut pasca pelatihan (terkait dengan output 1.1, dan 3,2).
- d. Mengembangkan konsensus mengenai peran perawat dalam KB dan memperluas cakupan pelayanan KB oleh bidan.
- Mengembangkan konsensus dan strategi untuk pelatihan implant untuk perawat dan memperluas cakupan pelayanan KB oleh bidan.
  - Membentuk regulasi yang menyokong aktivitas pelatihan implan bagi perawat serta ekspansi lingkup pelayanan KB oleh bidan (terkait dengan output 3.1)
1. Manajemen program
- a. Melaksanakan pelatihan sistem informasi manajemen (terkait dengan output 1.5)



- b. Melakukan pelatihan manajemen program KB (termasuk perencanaan, pembiayaan, dan monev) termasuk kepemimpinan bagi pengelola program tingkat provinsi dan kabupaten/kota di OPD KB maupun Dinas Kesehatan (terkait dengan output 3.3)
- c. Melakukan pelatihan jaga mutu bagi penyelia serta pengelola program (terkait dengan output 1.6)
- d. Melakukan pelatihan pergudangan, sistem informasi manajemen logistik serta prediksi (terkait dengan output 1.3)

Output 1.5: Diperkuatnya sistem informasi manajemen program, untuk menjamin kualitas kelengkapan serta integrasi yang sejalan dengan sistem kesehatan (Romindo et al., 2020).

Kegiatan utama:

1. Melaksanakan analisis sistem pencatatan serta pelaporan aktual.  
Tinjauan bersama antara BKKBN dengan Kemenkes tentang sistem pencatatan serta pelaporan pelayanan KB di jenjang kabupaten/kota sampai pusat yang terdiri dari format pelaporan, sistem pengumpulan data, mekanisme pelaporan, serta validasi data.
2. Membuat sistem pelaporan KB terpadu dari fasilitas kesehatan, juga termasuk fasilitas kesehatan sektor swasta.
3. Mengembangkan kapasitas para penyedia dalam menganalisis serta mengkaji Sistem Informasi Manajemen (SIM). (terkait dengan output 1.4).
4. Membentuk sistem yang melaksanakan penelusuran klien via tickler files (sistem pelacakan perorangan), dan sistem siaga yang terkomputerisasi . (terkait dengan Tujuan Strategis 4 )
5. Membentuk proyek percontohan untuk pelaporan elektronik (terkait dengan Tujuan Strategis 4)

Output 1.6: Meningkatnya kualitas pelayanan KB yang memperhatikan hak klien dan integrasi dengan siklus kesehatan reproduksi (Kurniawan, Pratomo and Bachtiar, 2010).

Kegiatan utama:

1. Menganalisis standar pelayanan KB yang ada (konseling – untuk metode umum dan khusus, instruksi tentang penggunaan metode, rujukan, tindak lanjut, prosedur, penapisan infeksi menular seksual dan HIV dan perlindungan ganda) serta melaksanakan tilik ulang bila dibutuhkan (terkait dengan output 3.2)
  - a. Konseling pra-nikah, pelayanan ramah remaja (tenaga kesehatan bekerja sama dengan organisasi keagamaan dengan mengikuti pedoman Kemenkes, rujukan ke pelayanan ramah remaja dan tindak lanjut).
  - b. Pelayanan pasca salin serta pasca keguguran bagi klien.
  - c. Promosi metode kontrasepsi jangka panjang dan permanen.
2. Mengembangkan sistem jaga mutu/perbaiki kualitas.
  - a. Menganalisis sistem jaga mutu pelayanan KB yang ada – pedoman implementasi, efisiensi, dan efektivitas.
  - b. Meningkatkan sistem jaga mutu bagi KB yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan ibu dan mengembangkan siklus jaga mutu pada setiap tingkat sistem kesehatan dan KB.
  - c. Menganalisis uraian kerja para penyelia di dinas kesehatan kabupaten/kota serta di OPD KB demi menjamin bahwa deskripsi pekerjaan ini mencakup tanggung jawab penyeliaan serta melaksanakan tilik ulang deskripsi pekerjaan demi mengentaskan kesenjangan.
  - d. Membentuk kapasitas penyelia (Bidan Koordinator dan lainnya) dalam melakukan supervisi fasilitatif dan jaga mutu (terkait dengan output 1.4).
  - e. Mengembangkan lingkungan yang menyokong demi memastikan bahwa aktivitas penyeliaan memperoleh dukungan.
  - f. Mengembangkan sistem pemantauan yang berkualitas dan berkelanjutan dan melaksanakan tindakan perbaikan.
3. Bekerja sama dengan beragam organisasi masyarakat demi memastikan kualitas terjamin.

### 4.3.2 Tujuan Strategis 2

Tujuan strategis 2: meningkatnya permintaan penggunaan metode kontrasepsi modern dengan penggunaan yang berkesinambungan.

Output 2.1: tersedianya strategi Komunikasi Perubahan Perilaku yang komprehensif.

Kegiatan utama:

1. Memperbarui/membentuk strategi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi untuk perubahan perilaku yang komprehensif, terarah dan melingkupi (Purba, Gaspersz, et al., 2020):
  - a. Komponen pemantauan serta evaluasi
  - b. Strategi khusus demi menjaga kinerja di kabupaten/kota dengan kinerja yang baik dan memperbaiki kinerja yang buruk di kabupaten/kota.
  - c. Fokus pada keterlibatan pria
  - d. Fokus pada pemberian informasi kepada remaja
2. Meningkatkan kapasitas petugas terkait dalam melakukan strategi Komunikasi Perubahan Perilaku.
3. Menciptakan materi muatan lokal dan menyebarluaskan materi tersebut melalui saluran komunikasi strategis dengan jangkauan maksimum.
  - a. Pesan inti untuk menangani hambatan budaya serta agama dan informasi yang tidak tepat mengenai kontrasepsi, sesuai keperluan. Pesan bersifat sensitif terhadap gender dan ditargetkan kepada kelompok-kelompok khusus.
  - b. Integrasi pesan KB dengan pesan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta pesan mengenai pencegahan HIV dan infeksi menular seksual.
4. Pencetakan dan distribusi poster dan brosur tentang KB serta memastikan ketersediaan materi tersebut di puskesmas, polindes, podes, dan rumah sakit.
5. Membentuk sistem pengkajian yang teratur untuk melihat jangkauan saluran media dan dampak dari pesan-pesan yang disebar.

6. Membentuk sistem penyebaran pesan KB via telepon genggam (terkait dengan output 1.6)
7. Membentuk rencana penggunaan pesan via telepon genggam dengan tujuan mengingatkan waktu memperoleh pelayanan KB ulang dan menyediakan informasi lainnya.
8. Memberikan pesan kesehatan reproduksi dan KB dalam sesi pendidikan/promosi kesehatan selama pelayanan antenatal, pelayanan kesehatan anak, dan pengobatan infeksi menular seksual dan HIV melalui koordinasi antara OPD KB dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.

Output 2.2: Meningkatnya keterlibatan tenaga kesehatan, kelompok perempuan, dan tokoh agama dalam menggerakkan dukungan untuk program KB serta mengatasi hambatan dalam ber-KB (Khumayah and Siswoyo, 2019).

Kegiatan utama:

1. Menyokong organisasi keagamaan dan masyarakat demi mempromosikan KB dalam kegiatan keagamaan serta memanfaatkan kesempatan seperti konseling pra-nikah.
2. Memperkokoh komponen KB dalam posyandu.
  - a. Aktivasi pelayanan KB di meja ke 5 posyandu
  - b. Tenaga kesehatan mempromosikan KB ketika mendaftarkan para ibu, menimbang anak-anak, dll.
3. Meninjau dan mengembangkan sistem informasi insentif berlandaskan kinerja kepada tenaga kesehatan demi meningkatkan keterlibatan laki-laki, pemuda dan masyarakat (terkait dengan output 3.5)
  - a. Menyiapkan materi untuk meningkatkan keterlibatan laki-laki melalui pendidikan dan diskusi di tingkat desa
  - b. Menciptakan insentif berlandaskan kinerja kepada tenaga kesehatan demi meningkatkan keterlibatan laki-laki, pemuda, dan masyarakat.
4. Meningkatkan kapasitas pimpinan pemuda sebagai pendidik sebaya untuk informasi dan pelayanan KB bagi remaja dan pemuda.

5. Membentuk strategi demi menghidupkan kembali upaya berbasis masyarakat yang sukses di masa lalu dengan menganalisis secara mendalam evaluasi gerakan ini demi mengidentifikasi kesenjangan dan membentuk rencana mengatasi kesenjangan tersebut yang relevan dengan situasi terkini.
6. Menjamin ketersediaan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB/PKB) demi meningkatkan permintaan program KB.

Output 2.3: Meningkatnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat mengenai program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi (Mawati et al., 2020).

Kegiatan utama:

1. Melaksanakan advokasi pada setiap pemangku kebijakan serta mitra kerja lainnya via media, audiensi, dan forum serta aktivitas lainnya.
2. Melaksanakan promosi dan KIE Program KB via berbagai media (media massa cetak dan elektronik, media sosial, media luar ruang dan media lini bawah).
3. Melaksanakan promosi dan KIE Program KB melalui Tenaga Lini Lapangan

### 4.3.3 Tujuan Strategis 3

Tujuan strategis 3: Meningkatnya penatalayanan/pengelolaan di semua jenjang dan memantapkan lingkungan yang mendukung program KB yang efektif, adil dan berkesinambungan di sektor pemerintah dan swasta untuk menjamin agar setiap warga negara dapat memenuhi tujuan kesehatan reproduksinya.

Output 3.1: Meningkatnya kapasitas untuk penatalayanan/pengelolaan internal dan lintas institusi di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten untuk program yang efisien dan berkelanjutan (Purwaningsih, 2012).

Kegiatan utama:

1. Memonitor serta membimbing penyediaan pelayanan keluarga berencana (pemerintah dan swasta) untuk melindungi hak reproduksi masyarakat.

- a. Membuat pedoman bagi topik di bawah ini:
    - Mengembangkan kerjasama serta koalisi lintas sektoral termasuk masyarakat madani di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota demi mengendalikan faktor yang menentukan program KB.
    - Pedoman bagi OPD KB dalam memberikan advokasi program KB dan bekerja sama dengan Kemenkes dalam memonitor penyediaan pelayanan KB.
    - Peran sektor swasta dalam pengadaan pelayanan KB dan tanggung jawabnya.
    - Peraturan tentang perencanaan pengukuran kinerja yang berbasis hak.
    - Penentuan target bagi provinsi dan kabupaten/kota sesuai dengan tren penggunaan KB, dengan focus pada keadilan (dengan menggunakan data tingkat kabupaten/kota yang dianalisis oleh BKKBN).
    - Mobilisasi masyarakat untuk menggunakan KB.
  - b. Melaksanakan orientasi perihal pedoman di atas bagi petugas yang berwenang.
  - c. Memonitor kepatuhan pada pedoman dan sistem.
2. Pengadaan kontrasepsi.
    - a. Menerapkan peraturan perihal pengadaan komoditas dengan kualitas yang terjamin (komoditas yang memenuhi standar prakualifikasi WHO).
    - b. Membuat sistem e-procurement
3. Pengembangan sistem
    - a. Menciptakan sistem pendanaan berbasis kinerja bagi kabupaten/kota yang mencapai sasaran program KB yang disepakati sebelumnya (transfer dana dari BKKBN ke kabupaten/kota yang mencapai target).
4. Pemantapan kerjasama lintas sektoral
    - a. Menganalisis perjanjian dan merumuskan perjanjian (Memorandum of Understanding/MOU) atau keputusan bersama

lintas kementerian yang ditandatangani dengan kementerian terkait seperti Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, Kementerian Dalam Negeri, dan institusi lainnya demi mempromosikan, memperluas pelayanan, serta keberlangsungan program KB serta melakukan perubahan bila diperlukan.

5. Pengembangan kapasitas
  - a. Meningkatkan kapasitas staf BKKBN tingkat provinsi dalam melaksanakan analisis anggaran KB di tingkat kabupaten/kota dari berbagai sumber, yang dilakukan secara tahunan, untuk menjamin alokasi yang memadai menurut standar minimum.

Output 3.2: meningkatnya koordinasi dengan Kemenkes di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota untuk memantapkan kontribusi sistem kesehatan terhadap KB di berbagai tahap dalam siklus kesehatan reproduksi (Rani Latifah Filmira and Mohammad Zainal Fatah, 2020).

Kegiatan utama:

1. Berdasarkan perjanjian (Memorandum of Understanding/MoU) yang ditandatangani oleh Kemenkes demi mengukuhkan kontribusi sistem kesehatan pada program KB:
  - a. Menganalisis dan menilik ulang standar dan pedoman yang ada bagi pelayanan KB terpadu.
  - b. Menganalisis standar pelayanan KB serta melaksanakan pemutakhiran di bawah koordinasi Kemenkes dan bekerja sama dengan organisasi profesi demi menjamin tidak adanya hambatan dalam sistem kesehatan dan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan lainnya menurut continuum pelayanan kesehatan reproduksi (terkait dengan output 1.6).
  - c. Membuat mekanisme bagi sertifikasi pelatihan KB, integrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan, jaminan ketersediaan kontrasepsi dan supervisi (terkait dengan output 1.5 dan 1.3)
2. Membuat strategi untuk memantapkan program KB pasca salin dan paska aborsi.

3. Membuat kriteria untuk akreditasi fasilitas pelayanan KB, baik sektor pemerintah maupun swasta yang dikembangkan sebagai syarat registrasi BPJS (terkait dengan output 1.1 dan 1.2)
4. Melaksanakan koordinasi pelatihan KB di tingkat kabupaten/kota antara OPD KB dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sejak tahap perencanaan.
5. Merencanakan kunjungan supervisi bersama antara PLKB/PKB dan bidan koordinator secara teratur dan menciptakan lingkungan yang mendukung seperti persetujuan kegiatan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, alokasi dana yang memadai untuk perjalanan, dan sebagainya.

Output 3.3: Meningkatnya kepemimpinan dan kapasitas pejabat OPD KB dan pejabat Kabupaten/kota untuk secara efektif mengelola program KB (Udasmoro, 2004).

Kegiatan utama:

1. Menganalisis peran dan tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/kota serta OPD KB untuk mengidentifikasi area kerja sama yang potensial.
2. Meningkatkan kapasitas pejabat OPD KB dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dalam:
  - a. Perencanaan, pengembangan rencana kerja, analisis anggaran dan advokasi untuk meningkatkan sumber daya (sumber daya finansial maupun sumber daya manusia) bagi program KB.
  - b. Advokasi kepada tokoh agama, tokoh masyarakat, dan kelompok perempuan untuk membahas pentingnya KB untuk pembangunan sosial ekonomi serta pentingnya alokasi yang memadai untuk pelayanan dan anggaran operasional program KB.
  - c. Mengembangkan mekanisme Jaga Mutu/ Perbaikan Mutu (terkait dengan output 1.6)
3. Memonitor pelaksanaan standar minimum



4. Menyokong pejabat OPD KB dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota untuk mengadakan pertemuan secara teratur dengan tokoh agama, tokoh masyarakat, dan kelompok perempuan untuk advokasi.

Output 3.4: Meningkatnya kapasitas untuk melakukan advokasi berbasis bukti di semua tingkat pemerintah dan di masyarakat yang berfokus pada peran penting KB dalam mencapai tujuan pembangunan serta untuk meningkatkan visibilitas program KB dan sumber dayanya.

Kegiatan utama:

1. Membuat strategi kabupaten/kota yang komprehensif bagi advokasi program KB (berlandaskan strategi nasional) dengan peta jalan untuk mengimplementasi strategi pada seluruh tingkat termasuk pada tingkat masyarakat dan merumuskan daftar tilik untuk memonitor penerapan strategi ini.
2. Membuat materi pelatihan bagi pelatihan petugas medis dan anggota parlemen dalam memberikan advokasi KB.
3. Memonitor pelaksanaan upaya advokasi.

Output 3.5: Meningkatnya kapasitas dalam penyusunan kebijakan berbasis bukti untuk meningkatkan efektivitas program KB dan menjamin pemerataan dan keberlanjutan program.

Kegiatan utama:

1. Melakukan kajian khusus tingkat provinsi perihal kontribusi KB pada pembangunan sosial ekonomi serta pencapaian tujuan pembangunan.
2. Menyokong pejabat KB tingkat kabupaten/kota dalam melaksanakan analisis alokasi anggaran tahunan untuk pelayanan KB, terutama untuk melacak anggaran operasional.
3. Membuat kebijakan sumber daya manusia setempat yang mendukung program yang efektif, adil, dan berkelanjutan. Beberapa contohnya adalah: uraian kerja dan seleksi kepala OPD, penempatan bidan yang adil, kebijakan perihal rotasi jabatan, penyesuaian antara pekerjaan dan kualifikasi, insentif sesuai kinerja bagi petugas kesehatan, dan sebagainya. Area kebijakan baru yang harus dikembangkan

mencakup uraian kerja PLKB/PKN, mekanisme perekrutan, distribusi (pada tingkat mana di organisasi kabupaten), monitoring kinerja, dll.

4. Menganalisis biaya transportasi bagi klien yang mau memperoleh pelayanan sterilisasi serta tidak tinggal dekat dengan rumah sakit (terkait dengan output 1.1 dan Tujuan Strategis 4)
5. Memberikan orientasi kepada Bupati/Walikota dan anggota parlemen mengenai pentingnya KB bagi peningkatan kesehatan ibu dan pembangunan sosial ekonomi serta perlunya alokasi anggaran yang memadai bagi pelayanan dan manajemen program.
6. Meningkatkan kapasitas BAPPEDA dalam memasukkan KB ke rencana daerah.

Output 3.6: Adanya sistem akuntabilitas yang fungsional yang melibatkan masyarakat madani.

Kegiatan utama:

1. Meningkatkan kapasitas kelompok perempuan (kelompok kerja Hak dan Pemberdayaan) dan kelompok masyarakat madani lainnya sebagai pengawas dalam memonitor pelanggaran hak klien, akses remaja dan pemuda ke pelayanan, dll. (terkait dengan output 1.6).
2. Membuat komite di puskesmas dan rumah sakit dan membangun kapasitas mereka untuk memastikan hak klien terlindungi.

#### 4.3.4 Tujuan Strategis 4

Tujuan strategis 4: Dikembangkannya dan diaplikasikannya inovasi dan riset operasional untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas program serta berbagi pengalaman melalui kerjasama selatan-selatan.

Output 4.1: tersedianya model percontohan untuk meningkatkan kerjasama Selatan-Selatan (Supriyoko, 1990).

Kegiatan utama:

1. Evaluasi dan dokumentasi inovasi dalam program KB yang dilaksanakan di dalam negeri (termasuk proyek yang didanai oleh mitra pembangunan internasional) untuk kemungkinan replikasi.

2. Identifikasi model untuk direplikasi dan dipromosikan dalam Kerjasama Selatan-Selatan

Output 4.2: penelitian operasional untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas program KB diterapkan, dievaluasi, serta diperluas.

Kegiatan utama:

1. Melakukan penelitian operasional dalam meningkatkan efisiensi serta efektivitas perencanaan program KB dan melaksanakan evaluasinya.
2. Mengidentifikasi penelitian operasional yang efektif agar dipromosikan dalam kerjasama selatan-selatan.

# **Bab 5**

## **Program KIE Dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB)**

### **5.1 Pendahuluan**

Data kependudukan merupakan salah satu indikator untuk melihat kondisi kesejahteraan suatu negara. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang jumlah penduduknya cukup padat. Kepadatan penduduk merupakan masalah dalam pertumbuhan penduduk Indonesia berdasarkan data sensus penduduk, kategori penduduk dengan usia reproduktif mencapai 68,7 % dari jumlah populasi (Bappenas, 2018). Pertumbuhan penduduk yang pesat merupakan akibat dari fertilitas yang tinggi, kepadatan penduduk pada usia reproduktif ini tentunya akan menjadi jalan untuk terus pesatnya penambahan jumlah penduduk. Antisipasi mengenai hal tersebut Program Keluarga Berencana (Kb) menjadi salah satu alternatif solusi untuk mengurangi ataupun memperlambat laju pertumbuhan penduduk.

Pertumbuhan penduduk yang besar merupakan hal yang menjadi sumber akan munculnya permasalahan masyarakat seperti kemiskinan, kejahatan, masalah kesehatan dll. Program KB merupakan salah satu program yang membantu masyarakat untuk mengatur dan mempersiapkan kehidupan keluarga. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) atau yang sering dikenal dengan

penyuluhan merupakan pendekatan kepada masyarakat untuk lebih bisa memahami tujuan dari keluarga berencana. Kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi keluarga berencana (KIE KB) merupakan gabungan dari tiga konsep yaitu Komunikasi, Informasi dan Edukasi. BKKBN mendefinisikan Komunikasi sebagai suatu proses penyampaian isi pesan dari seseorang kepada pihak lain untuk mendapatkan tanggapan, Informasi sebagai data dan fakta untuk diketahui dan dimanfaatkan oleh siapa saja, sementara Edukasi didefinisikan sebagai sesuatu kegiatan yang mendorong terjadinya perubahan (pengetahuan, sikap, dan perilaku) seseorang, kelompok dan masyarakat. (BKKBN, 2012).

## 5.2 KIE Dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

### 5.2.1 Pengertian Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)

Secara harfiah, KIE berarti "komunikasi, informasi, dan edukasi". KIE mengacu pada intervensi program yang komprehensif, yakni merupakan bagian integral dari program pembangunan suatu negara, yang bertujuan untuk mencapai perubahan. KIE menggunakan kombinasi teknologi informasi, pendekatan dan proses secara fleksibel dan partisipatif. Titik awal KIE adalah untuk memberikan kontribusi dalam pemecahan suatu masalah atau membangun dukungan dari sasaran terhadap sebuah isu yang terkait dengan sebuah program. Sasaran dimaksud termasuk pembuat kebijakan, penyedia layanan, agen perubahan, masyarakat dan/ atau pengguna jasa (BKKBN, 2013).

### 5.2.2 Tujuan KIE

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk memengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi antar pribadi maupun komunikasi massa (Notoatmodjo, 2010). Oleh karena itu tujuan dari komunikasi, informasi dan edukasi menurut BKKBN (2013) yaitu:

1. Meletakkan dasar bagi mekanisme sosiokultural yang dapat menjamin berlangsungnya proses penerimaan.
2. Mendorong terjadinya proses perubahan perilaku ke arah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab.

Tujuan dilaksanakannya program KIE, yaitu untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat (klien) secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab (Ida, 2016). Tujuan utama dari KIE adalah untuk memecahkan masalah dalam lingkungan masyarakat dan meningkatkan program KB atau sebagai penunjang tercapainya program KB (Dewi,2019).

### 5.2.3 Jenis KIE

Komunikasi sebagai ilmu yang mempelajari perilaku manusia dalam berkomunikasi, dapat digambarkan dalam beragam model. Model komunikasi dibuat untuk membantu kita memahami komunikasi dan menspesifikasi bentuk- bentuk komunikasi dalam hubungan antar manusia.

Oleh karena itu dalam komunikasi, informasi dan edukasi terbagi:

1. BKKB terbagi dalam 3 jenis yaitu:
  - a. KIE massa
  - b. KIE kelompok
  - c. KIE perorangan. (BKKBN, 2013)
2. Menurut Kemenkes RI, Komunikasi, Informasi dan Edukasi dapat dikelompokkan menjadi 3 kegiatan:
  - a. KIE massa  
Suatu proses KIE tentang yang dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung kepada masyarakat dalam jumlah besar.
  - b. KIE kelompok  
Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan kelompok (2-15) orang.
  - c. KIE perorangan

Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu sasaran program. (Ida, 2016)

3. Sumber lain, menyebutkan bahwa Jenis KIE pada Pelayanan KB, terbagi:

a. KIE Individu

Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu sasaran program KB.

b. KIE Kelompok

Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan kelompok (2-15 orang)

c. KIE Massa

Suatu proses KIE tentang program KB yang dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung kepada masyarakat dalam jumlah besar.

d. Motivasi

Motivasi pada pasien KB meliputi:

Berfokus untuk mewujudkan permintaan, bukan pada kebutuhan individu klien; Menggunakan komunikasi satu arah; Menggunakan komunikasi individu, kelompok atau massa.

e. Edukasi / pendidikan

Pelayanan KB yang diberikan pada pasien mengandung unsur pendidikan sebagai berikut: Menyediakan seluruh informasi metode yang tersedia; Menyediakan informasi terkini dan isu; Menggunakan komunikasi satu arah atau dua arah; Dapat melalui komunikasi individu, kelompok atau massa; Menghilangkan rumor dan konsep yang salah.

f. Konseling

Mendorong klien untuk mengajukan pertanyaan; Menjadi pendengar aktif; Menjamin klien penuh informasi; Membantu klien membuat pilihan sendiri (Effendi, 1992; Nurul, 2017).

## 5.2.4 Prinsip KIE

Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) di tingkat lini lapangan

1. Memperlakukan klien dengan sopan, baik dan ramah.
2. Memahami, menghargai dan menerima keadaan (status pendidikan, sosial, ekonomi dan emosi) sebagaimana adanya.
3. Memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami.
4. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari.
5. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan risiko yang dimiliki ibu. (BKKBN, 2013).

Pada dasarnya kegiatan advokasi dan KIE adalah untuk melakukan perubahan, maka akan selalu ada resistensi, oposisi, dan konflik. Tidak ada faktor tunggal yang menjamin keberhasilan KIE. Beberapa prinsip di bawah ini dapat dijadikan pedoman dalam melakukan KIE yang sukses:

1. **Realistis**  
Advokasi dan KIE yang berhasil bersandar pada isu dan agenda yang spesifik, jelas, dan terukur. Biasanya berdasarkan identifikasi permasalahan atau hasil dari analisis pendataan keluarga.
2. **Sistematis**  
Advokasi dan KIE adalah seni tetapi bukan lukisan abstrak sehingga diperlukan perencanaan yang akurat. KIE/Penyuluhan memerlukan perencanaan yang matang mulai dari persiapan sampai tahapan pelaksanaan dan evaluasi.
3. **Taktis**  
Advokasi dan KIE tidak mungkin dilakukan secara sendiri sehingga harus membangun kemitraan. PKB hendaknya selalu membangun hubungan baik dengan mitra kerja, antara lain Kepala Desa/Lurah, Kepala Puskesmas, dokter, bidan, tokoh agama, tokoh masyarakat, PKK, LSM lainnya, kader dan masyarakat.



#### 4. Strategis

KIE/Penyuluhan tidak selalu menjadi kegiatan yang berdiri sendiri namun bisa dilakukan secara integratif dengan kegiatan lainnya di lini lapangan (bersifat luwes sesuai karakteristik wilayahnya).

#### 5. Berani

KIE/Penyuluhan yang bertujuan mengubah sikap mental, kepercayaan nilai-nilai perilaku individu serta kelompok masyarakat haruslah bersifat berani memberikan informasi yang jujur apa adanya. Contohnya efek samping alat dan obat kontrasepsi (Ida, 2016).

### 5.2.5 Komponen KIE

Dalam mempelajari KIE/Penyuluhan, maka kita harus mengetahui pula komponen dari KIE/Penyuluhan, yaitu:

1. Pemberi KIE/Penyuluhan (Penyuluh, Toma, Toga, atau Kader)
2. Penerima KIE/Penyuluhan (Individu, Keluarga, Masyarakat)
3. Isi KIE/Penyuluhan
4. Cara/ Metode menyampaikan KIE/Penyuluhan
5. Media penyampaian KIE/Penyuluhan
6. Hasil KIE/Penyuluhan (Ida, 2016).

### 5.2.6 Bentuk Kie/ Penyuluhan

#### 1. KIE Tatap Muka

KIE/Penyuluhan tatap muka biasanya dilakukan oleh petugas lapangan pada saat kunjungan rumah atau jika sasaran individu mendatangi petugas lapangan di kelurahan. Sasaran KIE individu dalam kegiatan kunjungan rumah adalah bisa calon akseptor KB atau ibu hamil atau peserta KB pasca pelayanan atau pasca rujukan komplikasi atau juga keluarga yang mempunyai balita atau keluarga yang mempunyai remaja atau keluarga yang mempunyai lansia atau keluarga yang mempunyai permasalahan yang berhubungan dengan program KB.

## 2. KIE Penyuluhan

Biasanya dilakukan di pendopo kelurahan atau di pertemuan tingkat RW, pertemuan RT atau pertemuan rutin lainnya (di poktan posyandu, BKB, BKR, BKL dan UPPKS). Sasaran KIE kelompok adalah masyarakat setempat yang disesuaikan dengan tema KIE nya dan berjumlah antara 2 sampai 15 orang. Jika KIE kelompok akan menyampaikan informasi tentang Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) maka sasarannya adalah pasangan calon akseptor, ibu pasca melahirkan dan akseptor non MKJP. PKB harus juga mengundang peserta KB MKJP untuk ikut menyampaikan testimoninya sehingga KIE yang dilakukan akan lebih efektif dan berhasil.

## 3. KIE Media Massa

KIE/Penyuluhan dengan menggunakan media massa ditujukan pada sasaran yang berjumlah banyak. Biasanya dilakukan pada kegiatan momentum seperti kegiatan TNI Manunggal KB Kesehatan (TMKK), dengan menayangkan film program KKB. Selain menggunakan sarana mobil penerangan juga digunakan mobil pelayanan KB (Ida, 2016; Sukardi,2018).

## 5.2.7 Kegiatan

### 1. Kegiatan KIE

- a. Sumber informasi pertama tentang jenis alat/ metode KB dari petugas lapangan KB
- b. Pesan yang disampaikan:
  - Pengertian dan manfaat KB bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga
  - Proses terjadinya kehamilan pada wanita (yang kaitannya dengan cara kerja dan metode kontrasepsi)
  - Jenis alat/metode kontrasepsi, cara pemakaian, cara kerjanya serta lama pemakaian

- c. Kegiatan Bimbingan
  - Tindak lanjut dari kegiatan KIE dengan menjaring calon peserta KB
  - Tugas penjarangan: memberikan informasi tentang jenis kontrasepsi lebih objektif, benar dan jujur sekaligus meneliti apakah calon peserta memenuhi syarat
  - Bila iya segera rujuk ke KIP/K
- d. Kegiatan Rujukan
  - Rujukan calon peserta KB, utk mendapatkan pelayanan KB
  - Rujukan peserta KB, untuk menindaklanjuti komplikasi
- e. Kegiatan KIPK/K
  - Menjajaki alasan pemilihan alat
  - Menjajaki apa klien sudah mengetahui/ paham tentang alat kontrasepsi tsb
  - Menjajaki klien tahu/tdk alat kontrasepsi lain
  - Bila belum, berikan informasi
  - Beri klien kesempatan untuk mempertimbangkan pilihannya kembali
  - Bantu klien mengambil keputusan
  - Beri klien informasi, apapun pilihannya, klien akan diperiksa kesehatannya
  - Hasil pembicaraan akan dicatat pada lembar konseling
- f. Kegiatan Pelayanan Kontrasepsi
  - Pemeriksaan kesehatan: anamnesis dan Px. Fisik
  - Bila tidak ada kontra indikasi maka pelayanan kontrasepsi dapat diberikan
  - Untuk kontrasepsi jangka panjang perlu informed consent
- g. Kegiatan Tindak Lanjut

Petugas melakukan pemantauan keadaan peserta KB dan diserahkan kembali kepada PLKB (Heni, 2015).

# **Bab 6**

## **Pelayanan Kontrasepsi dengan Berbagai Metode**

### **6.1 Pendahuluan**

Program Keluarga Berencana (KB) digunakan untuk mengatur jarak kehamilan sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya kehamilan atau jumlah persalinan yang membawa bahaya. Keluarga berencana sebagai salah satu bagian dari pemeliharaan Kesehatan komprehensif bukan lagi merupakan hal yang baru. Perkembangan metode yang berhubungan dengan keluarga berencana saat ini telah mengalami kemajuan. Misalnya dengan menggunakan alat kontrasepsi. Macam-macam alat kontrasepsi tersebut yaitu kontrasepsi hormonal, kontrasepsi non hormonal, kontrasepsi darurat, dan Standard Days Method (SDM). Pemilihan alat kontrasepsi merupakan suatu keputusan yang dilandaskan berbagai pertimbangan serta pilihan pribadi dari akseptor, metode yang disediakan atau ditawarkan petugas atau program, akseptor dapat memilih sesuai dengan kecocokan dan pengetahuan tentang metode kontrasepsi yang baik dan cocok digunakan untuk dirinya.

## 6.2 Kontrasepsi

### 6.2.1 Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan sebuah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara atau permanen (Wiknjastro, 2007). Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sperma atau disebut dengan konsepsi atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014).

### 6.2.2 Efektivitas Kontrasepsi

Efektivitas atau daya guna suatu cara kontrasepsi dapat dinilai pada dua tingkat, yaitu:

1. Daya guna teoritis (theoretical effectiveness) adalah kemampuan suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila kontrasepsi tersebut digunakan dengan mengikuti aturan yang benar.
2. Daya guna pemakaian (use effectiveness) adalah kemampuan kontrasepsi dalam keadaan sehari-hari di mana pemakaiannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian, dan sebagainya.

### 6.2.3 Memilih Metode Kontrasepsi

Terdapat beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih kontrasepsi. Metode kontrasepsi yang baik adalah kontrasepsi yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut:

1. Aman atau tidak berbahaya.
2. Dapat diandalkan.
3. Sederhana.
4. Murah.
5. Dapat diterima oleh banyak orang.
6. Pemakaian jangka lama (continuation rate tinggi).

Faktor-faktor yang memengaruhi dalam memilih metode kontrasepsi adalah sebagai berikut:

1. Faktor pasangan:
  - a. Umur.
  - b. Gaya hidup.
  - c. Frekuensi senggama.
  - d. Jumlah keluarga yang diinginkan.
  - e. Pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu.
  - f. Sikap wanita ataupun pria.
2. Faktor Kesehatan:
  - a. Status Kesehatan.
  - b. Riwayat menstruasi.
  - c. Riwayat keluarga.
  - d. Pemeriksaan fisik.
  - e. Pemeriksaan panggul (Handayani, 2010).

## 6.3 Macam-macam Metode Kontrasepsi

### 6.3.1 Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal adalah salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi. Jenis hormone yang terkandung adalah estrogen dan progesterone (Bazaid, 2008). Jenis-jenis kontrasepsi hormonal meliputi:

#### 1. Kontrasepsi Pil

Kontrasepsi pil atau disebut dengan kontrasepsi oral adalah kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil, di dalam pil berisi gabungan dari hormone estrogen dan progesterone atau hanya terdiri dari hormone progesterone saja. Cara kerjanya menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks (Handayani, 2010).

- a. Efektivitas  
Secara teoritis hamper 100%, dengan angka kegagalan 0,1%-1,7% (Saifuddin, 2006).
  - b. Keuntungan
    - Efektivitasnya tinggi.
    - Pemakai dapat hamil lagi, apabila dikehendaki kesuburan dapat Kembali dengan cepat.
    - Tidak mengganggu kegiatan seksualitas suami istri.
    - Siklus menstruasi menjadi teratur.
    - Dapat menghilangkan keluhan nyeri menstruasi (Mochtar, 2005).
  - c. Kontra indikasi  
Tidak dianjurkan bagi wanita hamil, menyusui eksklusif, perdarahan, hepatitis, jantung, stroke, dan kanker payudara (Saifuddin, 2006).
  - d. Efek samping  
Mual muntah, berat badan bertambah, retensi cairan, edema, mastalgia, sakit kepala, timbulnya jerawat. Keluhan ini dapat berlangsung pada bulan-bulan pertama pemakaian kontrasepsi pil.
2. Kontrasepsi Suntik
- Kontrasepsi suntik adalah obat pencegah kehamilan yang pemakaiannya dilakukan dengan jalan menyuntikan obat tersebut pada wanita subur. Obat ini berisi Depo Medroxy Progesterone Acetate (DMPA). Penyuntikan dilakukan pada otot Intramuskular (IM) di bokong (gluteus) yang dalam atau pada pangkal lengan (deltoid) (Maryani, 2005). Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi suntik yang berisi hormone sintesis estrogen dan progesteron:
- a. Depo Medroxi Progesterone Acetate (DMPA) = Depo Provera  
Mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan sekali.
  - b. Depo Noretisteron (Norethindrone Enanthate) = Noristerat

Mengandung 200 mg noretindron enantat, yang diberikan setiap 1 bulan (Hartanto, 2004).

### **Cara pemberian:**

Pemberian kontrasepsi suntik dilakukan melalui penyuntikan *intramuskular* dalam di *regio gluteus* atau kadang-kadang di *deltoid*, terutama pada orang yang sangat gemuk. Tempat penyuntikan jangan dipijat karena tindakan ini kadang-kadang menyebabkan obat menyebar sehingga kadar awal dalam darah lebih tinggi dan lama kerja menjadi lebih singkat. Dosis DMPA yang dianjurkan adalah 150 mg dan Noretisteron Enantat (NETEN) adalah 200 mg, dengan cara sebagai berikut:

- 1) Vial DMPA harus dikocok dengan baik sebelum dimasukkan ke dalam tabung suntik. Di beberapa negara, prosedur pemberian yang baru adalah dengan tabung suntik yang sudah terisi.
- 2) Vial NET-ET harus dihangatkan hingga mendekati suhu tubuh.
- 3) Suntikan pertama harus diberikan dalam 5 hari pertama dari permulaan siklus menstruasi.
- 4) Suntikan berikutnya diberikan sesuai jadwal yang dicatatkan di kalender untuk akseptor, DMPA biasanya diberikan setiap  $90\pm 7$  hari, sementara jadwal NET-EN lebih rumit. Selama 6 bulan pertama, NET-EN harus diberikan sekali setiap  $60\pm 5$  hari, dan kemudian  $84\pm 7$  hari untuk memaksimalkan efek sekaligus meminimalkan efek samping.
- 5) DMPA memiliki batas keamanan yang jauh lebih besar untuk penundaan suntikan berikutnya dari pada NET-EN dan dapat ditunda tanpa menyebabkan ansietas sampai 16 minggu. Interval yang lebih lama mungkin masih aman, tetapi pasien perlu diberi tahu bahwa ada kemungkinan sedikit peningkatan risiko kegagalan kontrasepsi. Atas alasan medikolegal, akan lebih bijaksana jika dilakukan uji kehamilan apabila interval memanjang melebihi 12 minggu (Glasier dan Gebbie, 2012).



**Cara kerja**

- 1) Menghentikan atau meniadakan keluarnya sel telur dari induk telur.
- 2) Membuat sperma sulit memasuki rahim karena mengentalkan lendir serviks.
- 3) Tidak dapat mengeluarkan atau menghentikan kehamilan yang sudah terjadi (Krisnadi, 2002).

**Indikasi**

DMPA memberi manfaat khusus bagi wanita dengan penyakit-penyakit tertentu, seperti:

- 1) Endometriosis.
- 2) Defek ovulasi, terutama penyakit ovarium polikistik dalam mencegah risiko karsinoma endometrium.
- 3) Penyakit medis tertentu lainnya.

Metode kontrasepsi suntik jangan digunakan pada wanita dengan gangguan koagulasi, DMPA juga jangan diberikan pada wanita yang mungkin tidak dapat mentoleransi amenore atau bercak darah ireguler yang berkepanjangan (Glasier dan Gebbie, 2012). Kontrasepsi suntik tidak diperbolehkan untuk wanita dengan penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, kencing manis, paru-paru, dan kelainan darah (Maryani, 2005).

**Kontra indikasi**

Kontra indikasi secara mutlak yaitu sebagai berikut:

- 1) Terdapat riwayat tromboflebitis.
- 2) Kelainan serebrovaskuler.
- 3) Adanya keganasan pada kelenjar payudara dan alat reproduksi.
- 4) Varises berat.
- 5) Adanya kehamilan.

Kontra indikasi secara relatif yaitu sebagai berikut:

- 1) Hipertensi.
- 2) Diabetes mellitus.

- 3) Perdarahan abnormal pervagina.
- 4) Fibromyoma uterus (Saifuddin, 2006).

### **Efektivitas**

Kontrasepsi suntik sangat efektif untuk mencegah kehamilan apabila tepat dilakukan setiap 1 bulan atau 3 bulan sekali. Angka kegagalan yang pernah dilaporkan hamper semua studi skala besar di berbagai komunitas yaitu di bawah 0,5 per 100 wanita per tahun untuk DMPA. Angka kegagalan dengan NET-EN sedikit lebih tinggi tetapi biasanya tetap di bawah 1 per 100 wanita per tahun. Insidensi kehamilan ektopik sangat rendah (Glasier dan Gebbie, 2012). Pendapat lain mengatakan bahwa angka kegagalan pada pemakai kontrasepsi suntik hanya sekitar 0,3 kehamilan dari 100 akseptor pada tahun pertama pemakaian atau 1 dari 333 akseptor masih bisa hamil (Krisnadi, 2002).

### **Efek samping dan penatalaksanaannya**

Efek samping pemakaian kontrasepsi suntik adalah penundaan pemulihan kesuburan. Hal ini hanya menjadi masalah bagi akseptor DMPA, yang mungkin mengalami interval berkepanjangan sebelum ovulasi normal pulih. Penundaan ini mungkin disebabkan oleh menetapnya DMPA dalam sirkulasi, karena mikro kristal pada obat yang disuntikan tersebut kadang-kadang larut sangat lambat. Penundaan pemulihan kesuburan rata-rata berlangsung 7-8 bulan setelah penghitungan efek 3-4 bulan dari suntikan terakhir.

Tidak terdapat bukti bahwa NET-EN menyebabkan sterilitas permanen. NET-EN menyebabkan penundaan yang sangat singkat, tetapi kontrasepsi suntik kombinasi tidak diketahui dapat menimbulkan efek yang berkepanjangan setelah dosis terakhir. Gangguan menstruasi dapat terjadi juga dengan keluhan mual, sakit kepala, pusing, menggigil, mastalgia dan berat badan bertambah. Efek samping yang berat jarang dijumpai, tetapi kadang akseptor kontrasepsi suntik mengeluh libido berkurang (Glasier dan Gebbie, 2012).

Efek samping dari pemakaian kontrasepsi menurut Maryani (2005), yaitu sebagai berikut:

#### **1. Amenorrhoe atau tidak menstruasi**

Gangguan ini paling sering terjadi dan mengganggu. Pola menstruasi yang normal dapat berubah menjadi amenorrhoe, perdarahan ireguler, perdarahan bercak-bercak, perubahan dalam frekuensi lama dan

jumlah darah yang hilang. Efek pada pola menstruasi tergantung pada lama pemakaian. Perdarahan intermenstrual dan perdarahan bercak berkurang dengan berjalannya waktu, sedangkan kejadian amenorrhoe bertambah besar. Apabila terjadi amenorrhoe, berkurangnya darah menstruasi sebenarnya memberikan efek yang menguntungkan yaitu berkurangnya insiden anemia. Insiden yang tinggi dari amenorrhoe diduga berhubungan dengan atropi endometrium. Penatalaksanaan apabila terjadi amenorrhoe yaitu sebagai berikut:

- Pastikan tidak adanya kehamilan.
  - Apabila tidak hamil, lakukan konseling.
  - Apabila terjadi kehamilan, rujuk ke puskesmas atau rumah sakit untuk dilakukan penanganan lebih lanjut.
  - Apabila tidak serius, lakukan konseling.
2. Perdarahan yang mengganggu
- Apabila perlu diobati, berikan obat anti perdarahan seperti tablet Daflon, Adona AC 17 dan metergin.
  - Selanjutnya dapat diberikan tablet Lynoral 0,05-0,1 mg per hari selama 7-10 hari.
  - Perdarahan yang banyak dan tidak sembuh oleh pengobatan harus dilakukan tindakan kuretase (Mochtar, 2005).
3. Kontrasepsi Implant
- Kontrasepsi implant terdiri dari:
- Norplant, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan Panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm. Berisi 36 mg hormon Levonorgestrel, daya kerja 5 tahun.
  - Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang 40 mm dan diameter 2,4 mm. Berisi 68 mg 3-Ketodesogestrel, daya kerja 3 tahun.
  - Indoplant, terdiri dari 2 batang. Berisi 75 mg hormon Levonorgestrel, daya kerja 3 tahun (Hartanto, 2004).

Efektivitas:

Efektifitasnya 0,2-1 kehamilan per 100 wanita (Saifuddin, 2006).

Keuntungan:

- Bisa dipasang selama 5 tahun.
- Kontrol medis ringan.
- Dapat dilayani di daerah pedesaan.
- Biaya ringan.

Efek samping:

Gangguan menstruasi, terutama 3-6 bulan pertama dari pemakaian. Pemakaian akan mengalami masa perdarahan yang lebih Panjang, lebih sering, atau amenorrhoe (Mochtar, 2005).

### 6.3.2 Kontrasepsi Non Hormonal

Kontrasepsi non hormonal adalah kontrasepsi yang tidak mengandung hormone, baik estrogen maupun progesterone (Hartanto, 2004). Jenis-jenis kontrasepsi non hormonal meliputi:

#### 1. Metode Kontrasepsi Alamiah

##### a. Senggama Terputus

Senggama terputus adalah mengeluarkan kemaluan pria dari alat kelamin wanita menjelang ejakulasi. Dengan cara ini diharapkan cairan sperma tidak akan masuk ke dalam rahim serta mengecilkan kemungkinan bertemunya sel telur yang dapat mengakibatkan terjadinya pembuahan.

##### b. Pantang Berkala

Pantang berkala adalah tidak melakukan hubungan seksual saat istri sedang dalam masa subur. Sistem ini berdasarkan pada siklus menstruasi wanita. Masa subur tidak selalu terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi, tetapi dapat terjadi antara 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya.

##### c. Metode Lendir Servik

Metode lendir servik adalah metode kontrasepsi dengan melihat lendir dalam vagina untuk mengetahui masa subur pada seorang wanita, dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan

sebelum melakukan aktivitas lainnya (Proverawati, Islaely, dan Aspuah, 2010).

## 2. Metode Kontrasepsi Sederhana

### a. Kondom

Kondom adalah selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks atau karet, plastic atau vynil, dan bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang digulung berbentuk rata. Standar kondom dilihat dari ketebalannya yaitu 0,02 mm.

Cara kerja kondom:

- 1) Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita.
- 2) Sebagai alat kontrasepsi.
- 3) Sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi mikroorganisme penyebab Penyakit Menular Seksual (PMS).

Efektivitas kondom:

Pemakaian kondom akan efektif apabila dipakai secara benar setiap kali berhubungan seksual. Pemakaian kondom yang tidak konsisten membuat tidak efektif. Angka kegagalan pemakaian kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun.

Manfaat kondom:

- 1) Efektif apabila pemakaian benar.
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- 3) Tidak mengganggu kesehatan.
- 4) Tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus.
- 5) Murah dan tersedia di berbagai tempat.

Keterbatasan kondom

- 1) Efektivitas tidak terlalu tinggi.

- 2) Tingkat efektivitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar.
- 3) Adanya pengurangan sensitivitas pada penis.
- 4) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.
- 5) Perasaan mau membeli di tempat umum.
- 6) Masalah pembuangan kondom bekas pakai.

b. Spermisida

Spermisida adalah zat-zat yang kerjanya melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina sebelum spermatozoa bergerak ke dalam traktus genitalia interna. Dikemas dalam bentuk busa (aerosol), tablet vagina dan krim. Cara kerjanya menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

c. Diafragma

Merupakan kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual hingga menutup servik. Cara kerjanya menahan sperma agar tidak mendapat akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida (Saifuddin, 2006).

d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan dalam rongga rahim wanita yang bekerja menghambat sperma masuk ke tuba fallopi (Saifuddin, 2006). Terdapat dua macam penggolongan AKDR atau yang disebut dengan Intra Uterine Devices (IUD) yaitu yang mengandung logam (Cu IUD) dan yang mengandung hormone progesterone atau levonorgestrel (Hartanto, 2004).

Cara kerja AKDR:

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke dalam tuba fallopi.
- 2) Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Saifuddin, 2006).

#### Efektivitas

Efektivitas AKDR dinyatakan dalam angka kontinuitas yaitu berapa lama AKDR tetap tinggal tanpa ekspulsi spontan tanpa terjadinya kehamilan atau tanpa pengeluaran karena alasan medis atau pribadi. Angka kegagalan AKDR pada umumnya adalah 1-3 kehamilan per 100 wanita per tahun (Hartanto, 2004).

#### Keuntungan kontrasepsi AKDR

- 1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 2) Metode jangka Panjang (10 tahun proteksi dari CUT-380A dan tidak perlu diganti).
- 3) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat.
- 4) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil.
- 5) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
- 6) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 7) Dapat digunakan sampai menopause.
- 8) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- 9) Membantu mencegah kehamilan ektopik (Saifuddin, 2006).

#### Kerugian kontrasepsi AKDR

- 1) Perubahan siklus menstruasi (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- 2) Menstruasi lebih lama dan banyak.
- 3) Perdarahan atau spotting di antara siklus menstruasi.
- 4) Saat menstruasi terasa lebih sakit.

Komplikasi lain yang mungkin terjadi ketika pemakaian kontrasepsi AKDR adalah sebagai berikut:

- 1) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.

- 2) Perdarahan berat pada waktu menstruasi atau di antaranya yang memungkinkan menjadi penyebab anemia.
- 3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- 4) Tidak baik digunakan pada wanita dengan IMS atau wanita yang sering berganti-ganti pasangan.
- 5) Penyakit radang panggul terjadi setelah wanita dengan IMS memakai AKDR (Saifuddin, 2006).

#### Indikasi kontrasepsi dan kontra indikasi kontrasepsi AKDR

- 1) Partner seksual yang banyak.
  - 2) Partner seksual yang banyak dari partner akseptor AKDR.
  - 3) Kesukaran memperoleh pertolongan gawat darurat bila terjadi komplikasi.
  - 4) Kelainan darah yang tidak diketahui penyebabnya.
  - 5) Riwayat kehamilan ektopik atau keadaan-keadaan yang menyebabkan predisposisi untuk terjadinya kehamilan ektopik.
  - 6) Pernah mengalami infeksi pelvis satu kali dan masih menginginkan kehamilan selanjutnya. Gangguan respon tubuh terhadap infeksi (AIDS, diabetes mellitus, pengobatan dengan kortikosteroid dan lain-lain).
  - 7) Kelainan pembekuan darah (Hartanto, 2004).
3. Metode Kontrasepsi Mantap
- a. Tubektomi

Tubektomi adalah setiap Tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi. Kontrasepsi ini digunakan untuk jangka Panjang, walaupun kadang-kadang masih dapat dipulihkan Kembali seperti semula. Cara tubektomi dapat dibagi atas beberapa bagian antara lain saat operasi, cara mencapai tuba, dan cara penutupan tuba (Sulistiyawati, 2011).

Efektivitas:

- 1) Sangat efektif, angka kegagalan sedikit lebih rendah.
- 2) Sangat efektif post-operatif (Hartanto, 2004).



**Keuntungan:**

Vasektomi tuba akan menghadapi dan mencapai klimakterium dalam suasana alami (Sulistiyawati, 2011).

**Kontra indikasi:**

- 1) Peradangan dalam rongga panggul.
- 2) Peradangan liang senggama akut.
- 3) Penyakit kardiovaskuler berat, penyakit paru berat atau penyakit paru lain yang tidak memungkinkan akseptor berada dalam posisi genupektorial.
- 4) Obesitas berlebihan.
- 5) Bekas laparotomi (Mochtar, 2005).

**Efek samping:**

- 1) Risiko trauma internal sedikit lebih tinggi.
- 2) Kemungkinan infeksi serius lebih tinggi.
- 3) Sedikit sekali kematian yang berhubungan dengan anastesi (Hartanto, 2004).

**b. Vasektomi**

Vasektomi adalah kontrasepsi mantap pria atau suatu metode operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang sangat singkat dan tidak memerlukan anastesi umum (Hartanto, 2004).

**Efektivitas:**

- 1) Sangat efektif, tetapi angka kejadian rekanalisasi spontan dan kehamilan sedikit lebih tinggi.
- 2) Efektif 6-10 minggu setelah operasi (Saifuddin, 2006).

**Keuntungan:**

- 1) Efektif.
- 2) Aman, morbiditas rendah dan hamper tidak ada morbiditas.
- 3) Sederhana.
- 4) Cepat, hanya memerlukan waktu 5-10 menit.

- 5) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anestesi lokal saja.
- 6) Biaya rendah.
- 7) Secara kultural sangat dianjurkan di negara-negara di mana wanita merasa malu untuk ditangani oleh dokter pria atau kurang tersedia dokter wanita dan paramedis wanita (Hartanto, 2004).

Kerugian:

- 1) Diperlukan Tindakan operatif.
- 2) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti pendarahan atau infeksi.
- 3) Belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens, dikeluarkan.
- 4) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah Tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria (Hartanto, 2004).

Efek samping:

Efek samping vasektomi jarang terjadi dan bersifat sementara misalnya bengkak, nyeri dan infeksi pada luka operasi. Pada vasektomi infeksi epididimitis terjadi pada 1-2% pasien. Pada tubektomi perdarahan, infeksi, kerusakan organ lain dan komplikasi karena anestesi dapat terjadi.

### 6.3.3 Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi Darurat atau bisa disingkat dengan KD atau kontrasepsi setelah senggama, mengacu pada metode kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan dalam beberapa hari pertama setelah hubungan seksual. Metode ini juga dapat digunakan dalam kondisi darurat setelah hubungan seksual tanpa perlindungan kegagalan atau kesalahan penggunaan kontrasepsi (seperti pil yang lupa dikonsumsi atau kondom yang robek), pemerkosaan, atau hubungan seksual paksa. Bagian ini memberikan rekomendasi untuk empat metode KD, yaitu: AKDR-tembaga (AKDR-Cu) untuk KD dan tiga

jenis pil kontrasepsi darurat (PKD) berbeda: PKD ulipristal asetat (PKD-UPA), PKD-Levonorgestrel (PKD-LNG) dan PKD kombinasi estrogen-progestin (PKD kombinasi).

KD aman digunakan untuk Sebagian besar wanita. Untuk membantu menentukan apakah wanita dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat menggunakan KD dengan aman, dapat merujuk pada kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi. Ada beberapa pilihan untuk kontrasepsi darurat. AKDR-Cu adalah metode KD yang efektif dalam mengurangi risiko kehamilan lebih dari 99% jika dipasang dalam 120 jam setelah hubungan seksual. PKD mengurangi risiko kehamilan secara signifikan. Namun, penting untuk dicatat bahwa efektivitas masing-masing metode bervariasi sesuai dengan keadaan individu termasuk jenis PKD yang dipilih, hari siklus menstruasi, dan lamanya waktu antara hubungan seksual tanpa kondom serta inisiasi PKD. Selain itu, keefektifan PKD dapat berkurang akibat dari beberapa kondisi, seperti: kembali melakukan hubungan seksual tanpa pelindung dalam siklus yang sama, menggunakan obat lain misalnya penginduksi enzim sitokrom P450 3A4 dan memiliki berat badan atau indeks massa tubuh yang lebih tinggi.

KD tidak dapat melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV. Jika ada risiko IMS/HIV, pengguna dianjurkan untuk menggunakan kondom dengan tepat dan konsisten. Ketika digunakan dengan benar dan konsisten, kondom menjadi metode perlindungan yang paling efektif terhadap IMS termasuk HIV. Kondom perempuan efektif dan aman, tetapi tidak digunakan secara luas seperti kondom laki-laki.

Rejimen – salah satu harus dipilih:

1. AKDR-Cu untuk KD
2. PKD-UPA: dosis tunggal – satu tablet 30 mg 1
3. PKD-LNG: Dosis tunggal (pilihan rejimen LNG) – 1,50 mg (dua 0,75 mg tablet). Dan dosis terbagi – satu dosis 0,75 mg, diikuti dengan dosis kedua 0,75 mg 12 jam kemudian.

AKDR-Cu dapat dipasang hingga 120 jam setelah hubungan seksual tanpa perlindungan. Idealnya, PKD-UPA, PKD-LNG atau PKD kombinasi harus digunakan sesegera mungkin setelah hubungan seksual tanpa perlindungan dalam 120 jam. Namun, wanita tersebut harus diberitahu bahwa keefektifan PKD tergantung pada waktu penggunaan, semakin segera digunakan semakin

efektif. PKD-UPA mungkin lebih efektif antara 72 jam dan 120 jam setelah hubungan seksual tanpa pelindung daripada PKD lainnya. PKD paling efektif bekerja dalam 72-120 jam setelah hubungan seksual, namun efektivitasnya semakin berkurang apalagi jika lebih dari 96 jam (WHO, 2016).

### 6.3.4 Standard Days Method

Standard Days Method (SDM) adalah jenis metode sadar masa subur. Metode sadar masa subur yang meliputi metode ovulasi, metode dua hari, dan metode suhu basal tubuh dapat digunakan secara bersamaan dengan pantang senggama atau kontrasepsi penghalang selama masa subur. Penggunaan SDM pada wanita dengan siklus menstruasi 26-32 hari panjangnya tidak dibolehkan melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan pada hari ke-8 sampai ke-19 dari siklus. SDM dapat digunakan dengan aman pada sebagian besar wanita. Wanita dengan kondisi kehamilan yang berisiko tinggi tidak disarankan untuk menggunakan SDM karena tingkat keberhasilannya yang rendah. SDM tidak dapat melindungi pengguna dari Infeksi Menular Seksual (IMS), termasuk HIV.

Waktu memulai penggunaan SDM untuk wanita yang siklus menstruasinya berada dalam rentang 26-32 hari, metode kontrasepsi lain seharusnya dapat disediakan untuk perlindungan pada hari ke-8 sampai hari ke-19 dari siklus jika pengguna menginginkannya. Sedangkan penggunaan SDM pada wanita yang memiliki dua atau lebih siklus di luar rentang 26-32 hari, dalam satu penggunaan, pengguna harus diberi tahu bahwa metode mungkin tidak sesuai untuknya karena risiko kehamilan yang lebih tinggi. Pertimbangan menggunakan metode lain dapat dilakukan (WHO, 2016).



# Bab 7

## Cara Pembinaan Akseptor KB (Keluarga Berencana)

### 7.1 Pendahuluan

Indonesia merupakan salah satu penandatangan komitmen pembangunan global (Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals/MDGs) dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goal/SDG) dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs). Tujuan Pembangunan Global ini juga meliputi indikator-indikator program KB seperti tingkat pemakaian kontrasepsi (CPR), tingkat fertilitas remaja, dan kebutuhan keluarga berencana yang belum terpenuhi. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana merupakan salah satu keterampilan yang harus bisa dilakukan oleh petugas kesehatan.

Diharapkan nantinya setelah selesai mempelajari materi ini, pembaca dapat melakukan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana dengan tepat dan benar baik pada akseptor fase menunda kehamilan, fase menjarangkan kehamilan maupun mengakhiri dalam siklus reproduksi wanita, yang sebelumnya telah anda pelajari secara mendalam tentunya. Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi dan *Post Partum* yang ada keterkaitannya dengan Keluarga Berencana tidak dapat dipisahkan. Keluarga Berencana (KB) merupakan

upaya untuk menghindari empat risiko, yakni terlalu muda, terlalu rapat, terlalu banyak, dan terlalu tua saat melahirkan. Dalam satu keluarga tidak dianjurkan memiliki dua anak Balita, karena itu pasangan muda yang melahirkan disarankan segera menggunakan kontrasepsi jangka panjang. Menurunnya laju pertumbuhan penduduk dan angka kelahiran total, menjadi bagian dari program strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019.

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program Keluarga Berencana diperlukan petugas terlatih yang mampu memberikan informasi kepada klien, mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan keterampilan teknis untuk memberi pelayanan, memenuhi standar pelayanan, mempunyai kemampuan mengenal masalah, mengambil langkah-langkah yang tepat, penilaian klinis yang baik, memberi saran, dan supervisi secara berkala. Pelayanan program keluarga berencana yang bermutu membutuhkan pelatihan staf, informasi yang lengkap dan akurat, suasana lingkungan kerja yang kondusif, dan mempunyai visi yang sama tentang pelayanan yang bermutu salah satunya melalui konseling.

## 7.2 Konseling

### 7.2.1 Pengertian

Konseling merupakan komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap (*attitude change*) dari sikap yang kurang baik menjadi sikap yang lebih baik pada orang – orang yang melakukan komunikasi. Tujuan komunikasi efektif adalah memberi kemudahan dalam memahami pesan yang disampaikan antara pemberi dan penerima, sehingga bahasa lebih jelas, lengkap, pengiriman dan umpan balik seimbang, dan melatih penggunaan bahasa nonverbal secara baik. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus di aplikasikan dan dibicarakan secara interaktif selama proses komunikasi dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada (Rahayu S dan Prijatni I,2016).

## 7.2.2 Tujuan

Tujuan Konseling KB membantu klien Menyampaikan informasi dari pilihan pola reproduksi yang dialami, Memilih metode KB yang diyakini, Menggunakan metode KB yang dipilih secara aman dan efektif, Memulai dan melanjutkan KB, Mempelajari tujuan, ketidakjelasan informasi tentang metode KB yang tersedia, Memecahkan masalah, meningkatkan keefektifan individu dalam pengambilan keputusan secara tepat sesuai dengan kebutuhan, Membantu pemenuhan kebutuhan klien meliputi menghilangkan perasaan yang menekan/mengganggu dan mencapai kesehatan mental yang positif, Mengubah sikap dan tingkah laku yang negatif menjadi positif dan yang merugikan klien menjadi menguntungkan klien, Meningkatkan penerimaan, Menjamin pilihan yang cocok, Menjamin penggunaan cara yang efektif serta Menjamin kelangsungan penjarangan kontrasepsi yang lama (Rahayu S dan Prijatni I,2016).

## 7.2.3 Manfaat

Manfaat Konseling meliputi Klien dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya, Puas terhadap pilihannya dan mengurangi keluhan atau penyesalan, Cara dan lama penggunaan yang sesuai serta efektif, Membangun rasa saling percaya, Menghormati hak klien dan petugas, Menambah dukungan terhadap pelayanan KB serta Menghilangkan rumor dan konsep yang salah (Rahayu S dan Prijatni I,2016).

## 7.2.4 Prinsip

Prinsip konseling meliputi percaya diri; Tidak memaksa, Informed consent (ada persetujuan dari klien); Hak klien, dan Kewenangan; Kemampuan menolong orang lain digambarkan dalam sejumlah keterampilan yang digunakan seseorang sesuai dengan profesinya yang meliputi (HOPSAN, 1978); Pengajaran, Nasehat dan bimbingan, Pengambilan tindakan langsung, Pengelolaan dan Konseling (Rahayu S dan Prijatni I,2016).

## 7.2.5 Peran Konselor

Tugas konselor dalam konseling meliputi Sebagai sahabat, pembimbing dan memberdayakan klien untuk membuat pilihan yang paling sesuai dengan kebutuhannya; Memberi informasi yang objektif, lengkap, jujur dan akurat tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia serta Membangun rasa



saling percaya, termasuk dalam proses pembuatan Persetujuan Tindakan Medik (Rahayu S dan Prijatni I, 2016).

## 7.3 ABPK (Alat Bantu Pengambilan Keputusan)

### 7.3.1 Prinsip – prinsip ABPK

Klien yang mengambil keputusan; Penyedia layanan membantu klien mempertimbangkan dan membantu keputusan yang paling sesuai; Hargai keinginan klien, Penyedia layanan menanggapi pernyataan, pertanyaan, serta kebutuhan klien dan Penyedia pelayanan harus mendengarkan apa yang disampaikan klien sehingga tahu langkah selanjutnya yang harus dilakukan (Situmorang H, 2018).

### 7.3.2 Cara menggunakan alat bantu bersama klien

Lembar balik diletakkan berdiri sehingga Anda dan klien bisa melihat halaman tersebut pada sisi masing-masing. Halaman pada sisi Anda berisi kata-kata yang sama dengan sisi yang dilihat klien tetapi gambar tidak sama. Halaman sisi Anda lebih banyak berisi informasi dan saran-saran (Situmorang H, 2018).

### 7.3.3 Persiapan menggunakan Media

Pertama yang harus dilakukan adalah Pelajari terlebih dahulu media ini untuk membiasakan diri dengan cara pakai serta informasi yang ada di dalamnya. Berlatihlah sesering mungkin untuk memudahkan pemakaiannya. Jika alat bantu ini milik Anda, tulislah hal yang perlu Anda ingat serta cara penyampaian yang sesuai. Panduan ini hanya mencakup butir-butir pokok. Ketika berbicara dengan klien Anda bisa menambahkan informasi, membicarakan hal-hal lainnya, dan menanggapi kebutuhan dan kekhawatiran klien. Beberapa kata dan gambar pada sisi klien mungkin tidak sesuai dengan situasi. Gambar/kata bisa ditutup atau dicoret. Seperti ketersediaan semua metode di klinik. Gunakan kata-kata Anda sendiri.

Pada umumnya, tulisan yang terdapat dalam alat ini tidak untuk dibacakan di depan klien. Jika telah terbiasa, dengan cukup melihat gambar Anda akan

mengingat semua informasi kunci dan langkah selanjutnya. Jangan membaca teks ketika melakukan konseling. Namun, silahkan membacakan dan membahas beberapa hal penting pada sisi klien. Jika klien tidak bisa membaca, Anda perlu membacakan. Gunakan gambar untuk membantu klien memahami informasi yang diberikan (Situmorang H, 2018).

### 7.3.4 Proses Pengambilan Keputusan dan Konseling

Proses pengambilan keputusan merupakan suatu proses komunikasi dan partisipasi yang terus menerus merupakan pernyataan yang disetujui antar alternatif / antar prosedur untuk dilaksanakan atau tidak dilaksanakan (Suryadi, 2002). Hasil keputusan ini guna mencapai tujuan yang diinginkan (Rinanda, R. 2014). Keluarga Berencana merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objek tertentu yang dijalankan oleh BKKBN. Dalam mencari wilayah yang kurang dalam penggunaannya, dilakukan intervensi kegiatan Keluarga Berencana. Intervensi merupakan suatu kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan terencana untuk mengubah keadaan seseorang, kelompok orang atau masyarakat yang menuju kepada perbaikan atau mencegah memburuknya suatu keadaan. Oleh karena itu, diperlukan sebuah Sistem Pendukung Keputusan (SPK) untuk memilih wilayah prioritas intervensi kegiatan Keluarga Berencana yang meliputi permasalahan seperti proses pemilihan yang memakan waktu lama dan memungkinkan terjadinya kesalahan manusia.

Aplikasi ini dibangun menggunakan metode AHP-SMART karena metode AHP dapat menentukan apakah terdapat ketidak konsistenan dan metode SMART digunakan karena dapat menyelesaikan masalah pendukung keputusan dengan multikriteria. Hasil dari aplikasi ini adalah urutan nilai preferensi dari nilai terbesar hingga terkecil berdasarkan alternatif yang menjadi pilihan. Secara keseluruhan dari hasil pengujian akurasi dan wawancara, SPK dapat membantu proses pengambilan keputusan dan mengatasi permasalahan pada BKKBN dalam menentukan wilayah intervensi kegiatan Keluarga Berencana (Yusnitha, K., & Tursina, M. A. I. 2019).

Banyak upaya dan cara yang harus ditempuh oleh setiap keluarga guna mewujudkannya. Untuk membangun keluarga yang sejahtera diperlukan tiga pilar sebagai dasar dan sendi keluarga harmonis yaitu: terpenuhinya kasih sayang antar anggota keluarga, terpeliharanya keharmonisan keluarga, dan terpenuhinya aspek infrastruktur (sandang, pangan, dan papan). Namun pada kenyataannya masih banyak keluarga-keluarga yang belum memenuhi

beberapa aspek dasar dalam membangun keluarga sejahtera, salah satu contohnya adalah kualitas dari keluarga itu sendiri Hasil penelitian yang dilakukan agustin menunjukkan bahwa masih banyak keluarga di Desa Wonosegoro yang belum memiliki kriteria keluarga sejahtera II, III, dan III+. Kebanyakan keluarga-keluarga tersebut hanya memiliki kriteria keluarga sejahtera I dan ada juga yang masih menjadi keluarga pra-sejahtera. Jadi peran PKB di Desa Wonosegoro masih sangat dibutuhkan, untuk membantu keluarga-keluarga tersebut mewujudkan keluarga sejahtera II, III, dan III Plus (Agustin, L. 2019). Indonesia sebagai salah satu negara berkembang yang menghadapi masalah kependudukan yaitu laju pertumbuhan jumlah penduduk yang relatif tinggi. Menurut World Population Data Sheet 2013, Indonesia menjadi negara kelima di dunia dengan jumlah penduduk sebanyak 249 juta. Dan berdasarkan data Badan Pusat Statistik, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan akan meningkat setiap tahunnya (Sinaga, W. S. 2020).

# **Bab 8**

## **Dokumentasi dan Laporan Pelayanan KB**

### **8.1 Pendahuluan**

Pencatatan dan pelaporan program KB merupakan proses mendapatkan data dan informasi substansi dalam sistem informasi program KB Nasional. Data dan informasi tersebut merupakan bahan untuk mengambil keputusan, merencanakan, memantau, dan menilai pengendalian program (Budiono, 2017). Perlu ditingkatkan peran dan tanggung jawab dari seorang pria dalam keluarga berencana, agar pria dapat mendukung pilihan kontrasepsi yang dipilih oleh istrinya, dapat meningkatkan komunikasi antara suami dan istri, penggunaan metode kontrasepsi pria, serta meningkatkan upaya pencegahan IMS (Sari, 2015).

Pelayanan keluarga berencana yang bermutu meliputi hal-hal antara lain:

1. Pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan klien
2. Klien dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan
3. Menjaga kerahasiaan dan privasi pasien
4. Klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani
5. Memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia

6. Menjelaskan kepada klien tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi syarat yang telah ditentukan (Sari, 2015).

## 8.2 Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan KB

Pencatatan dan pelaporan program KB merupakan proses mendapatkan data dan informasi substansi dalam sistem informasi program KB Nasional. Data dan informasi tersebut merupakan bahan untuk mengambil keputusan, merencanakan, memantau, dan menilai pengendalian program (Budiono, 2017). Oleh karena itu data dan informasi yang dihasilkan harus akurat, tepat waktu dan dapat dipercaya. Dalam upaya memenuhi harapan data dan informasi yang berkualitas, maka selalu dilakukan langkah-langkah penyempurnaan sesuai dengan perkembangan program dengan visi dan misi program baru serta perkembangan kemajuan teknologi informasi (Budiono, 2017).

### 8.2.1 Sistem dan Pelaporan Pelayanan KB

Pencatatan dan pelaporan Pelayanan Kontrasepsi Program KB ditujukan kepada kegiatan dan hasil kegiatan operasional yang meliputi:

1. Kegiatan Pelayanan Kontrasepsi
2. Hasil Kegiatan Pelayanan Kontrasepsi baik di Klinik KB maupun di Dokter/bidan Praktek Swasta
3. Pencatatan keadaan alat-alat kontrasepsi di klinik KB (Budiono, 2017).

### 8.2.2 Penggunaan Kartu Catatan Pasien

1. Kartu Pendaftaran Klinik KB  
Digunakan sebagai sarana untuk pendaftaran pertama bagi klinik KB baru pada saat didirikan dan pendaftaran ulang bagi semua klinik KB

lama, dilakukan setiap akhir tahun anggaran (setiap bulan Maret). Kartu ini berisi informasi tentang identitas, jumlah tenaga, dan sarana klinik KB yang bersangkutan (Sari, 2015).

A complex registration form for health facilities. It includes fields for facility name, address, and contact information. There are several tables for recording data, including a table for staff and another for facility details. The form is titled 'KARTU PENDAFTARAN FASILITAS KESEHATAN'.

**Gambar 8.1:** Kartu Pendaftaran Fasilitas Kesehatan (Kemenkes, 2014)

2. Rekapitulasi kartu pendaftaran klinik KB

Digunakan sebagai sarana untuk melaporkan data dan informasi tentang identitas, jumlah tenaga, dan sarana klinik KB di wilayah Kabupaten dan Kotamadya (Sari, 2015).

A form for recording staff and facility data for family planning services. It is titled 'FORM PENDATAAN TENAGA DAN SARANA FASILITAS PELAYANAN KB'. The form includes sections for 'A. Sarana' and 'B. Tenaga' with tables for recording data. The tables have columns for various categories and counts. The form is designed for data collection at the district and city levels.

**Gambar 8.2:** Form Pendataan Tenaga dan Sarana Fasilitas Pelayanan KB (Kemenkes, 2014)

### 3. Kartu peserta KB

Digunakan sebagai media pengenalan dan bukti setiap peserta KB untuk status peserta KB juga berguna bagi peserta KB untuk memperoleh pelayanan ulang di semua klinik KB. Kartu ini merupakan sumber informasi bagi PPKBD atau sub PPKBD tentang kepesertaan anggota binaannya dalam ber KB (Sari, 2015).



**Gambar 8.3:** Kartu Peserta KB (Kemenkes, 2014)

### 4. Kartu status peserta KB

Dibuat untuk setiap baru, khususnya peserta KB baru dan peserta KB baru pindahan dari klinik atau tempat pelayanan KB lain. Kartu ini berfungsi untuk mencatat identitas peserta KB, kunjungan ulang dan informed consent (Sari, 2015).



**Gambar 8.4:** Kartu Status Peserta KB (Kemenkes, 2014)

### 5. Registrasi klinik KB

Digunakan untuk mencatat hasil pelayanan kontrasepsi yang diberikan kepada peserta KB pada setiap hari pelayanan dan untuk memudahkan petugas klinik KB dalam membuat laporan bulanan klinik KB pada akhir bulan (Sari, 2015).

### 6. Laporan bulanan klinik

Digunakan sebagai sarana untuk melaporkan kegiatan dan hasil kegiatan pelayanan kontrasepsi oleh klinik KB, dokter/bidan praktek swasta serta tempat pelayanan lainnya. Juga meliputi hasil pelayanan KB, peserta ganti cara, komplikasi, kegagalan, pencabutan implant, serta persediaan alat kontrasepsi yang ada di klinik KB setiap bulan (Sari, 2015).

The image shows a screenshot of a form titled 'LAPORAN BULANAN FASKES KB' (Monthly Report of Contraceptive Services in Health Service Units). The form is divided into several sections:

- Section 1: Identifikasi (Identification)** - Includes fields for the name of the health service unit, address, and contact information.
- Section 2: Data Pokok (Basic Data)** - A table with columns for 'Jenis Pelayanan' (Type of Service), 'Jumlah' (Quantity), and 'Catatan' (Remarks). It lists various contraceptive methods like 'Pil', 'IUD', 'Implan', etc.
- Section 3: Data Tambahan (Additional Data)** - A table for recording specific service details, including 'No. Pendaftaran' (Registration No.), 'Jenis Pelayanan' (Type of Service), 'Jumlah' (Quantity), and 'Catatan' (Remarks).
- Section 4: Data Tambahan (Additional Data)** - A table for recording specific service details, including 'No. Pendaftaran' (Registration No.), 'Jenis Pelayanan' (Type of Service), 'Jumlah' (Quantity), and 'Catatan' (Remarks).
- Section 5: Data Tambahan (Additional Data)** - A table for recording specific service details, including 'No. Pendaftaran' (Registration No.), 'Jenis Pelayanan' (Type of Service), 'Jumlah' (Quantity), and 'Catatan' (Remarks).

**Gambar 8.5:** Laporan Bulanan Faskes KB (Kemenkes, 2014)

### 7. Rekapitulasi laporan bulanan klinik KB

Digunakan sebagai sarana untuk melaporkan rekapitulasi kegiatan dan hasil-hasil kegiatan pelayanan kontrasepsi yang dilakukan oleh



klirik KB, dokter/bidan praktek swasta dan tempat pelayanan lainnya yang berada di wilayah Kabupaten dan Kotamadya. Laporan ini merupakan hasil rekapitulasi dari semua laporan bulanan klinik KB, yang diterima oleh BKKBN Kabupaten Kotamadya yang bersangkutan (Sari, 2015).

The image shows a detailed grid for recording family planning services. The vertical title on the left reads 'REKAPITULASI BULANAN PELAYANAN BERKESKAWAN KB'. The grid is organized into several main sections, likely corresponding to different types of services or providers, as indicated by the text in the surrounding document. The bottom right corner of the grid contains a small summary box with the heading 'JUMLAH' and several sub-headers for totals.

**Gambar 8.6:** Rekapitulasi Bulanan Faskes KB (Kemenkes, 2014)

8. Buku bantu dokter/bidan praktek swasta dan tempat pelayanan lainnya  
Digunakan sebagai sarana untuk mencatat hasil pelayanan peserta KB baru dan pencabutan implant oleh dokter/bidan praktek swasta dan tempat pelayanan lainnya (Sari, 2015).

9. Laporan bulanan petugas penghubung hasil pelayanan kontrasepsi oleh dokter/bidan praktek swasta dan tempat pelayanan lain. Formulir ini digunakan sebagai sarana untuk mencatat dan melaporkan hasil pelayanan kontrasepsi yang dilakukan oleh dokter/bidan praktek swasta dan tempat pelayanan lainnya. Laporan ini dibuat oleh petugas penghubung DBS dan tempat pelayanan lainnya setiap bulan dengan cara mengambil/mencatat data atau informasi dari buku bantu dokter/bidan praktek swasta (Sari, 2015).

### 8.2.3 Mekanisme Pelaporan Pelayanan KB

Sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi, diharapkan dapat menyediakan berbagai data dan informasi pelayanan kontrasepsi di seluruh wilayah sampai tingkat kecamatan dan desa. Adapun mekanisme pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi sebagai berikut:

1. Pada waktu mendaftar untuk pembukaan klinik KB dan pendaftaran ulang setiap bulan Januari, semua klinik KB mengisi Kartu Pendaftaran Klinik KB (K/O/KB/OO)
2. Setiap peserta KB baru dan pindahan dibuat Kartu Status peserta KB (K/IV/KB/00) yang antara lain memuat ciri-ciri peserta KB bersangkutan. Kartu ini disimpan di klinik dan digunakan waktu kunjungan ulang.
3. Setiap peserta KB baru atau pindahan dari klinik KB dibuat Kartu Peserta KB (K/I/KB/00)
4. Setiap pelayanan KB di klinik KB, dicatat dalam Register klinik KB (R/I/KB/00) dan pada akhir bulan dijumlahkan, karena register ini merupakan sumber data untuk membuat laporan bulanan klinik
5. Setiap penerimaan dan pengeluaran jenis alat kontrasepsi oleh klinik dicatat dalam Register Alat kontrasepsi KB (R/II/OO), setiap akhir bulan dijumlahkan sebagai sumber membuat laporan bulanan
6. Pelayanan KB yang dilakukan oleh Dokter/Bidan praktek swasta setiap hari dicatat dalam buku hasil pelayanan kontrasepsi pada Dokter/Bidan Swasta (B/I/DBS/00). Setiap akhir bulan dijumlahkan

- dan merupakan sumber data dalam membuat laporan bulanan petugas penghubung DBS/PBS
7. Setiap bulan PKB/PLKB satu petugas yang ditunjuk sebagai petugas penghubung dokter/bidan praktek swasta membuat laporan bulanan ini merupakan sumber data untuk pengisian laporan bulanan klinik KB.
  8. Setiap bulan, petugas klinik KB membuat laporan klinik KB (F/II/KB/000) yang datanya diambil dari Register Hasil Pelayanan di klinik KB (R/KB/00)
  9. Laporan bulanan petugas Penghubung Dokter/Bidan Praktek Swasta (F/I/PH/-DBS/00) dan Register Alat Kontrasepsi Klinik KB (R/II/KB/00) (Budiono, 2017).

#### 8.2.4 Arus Laporan Pelayanan Informasi

1. Kartu pembinaan klinik KB (KB/0/KB/00) dibuat oleh klinik KB rangkap 2 (dua). 1 lembar untuk kantor BKKBN kabupaten/kota yang dikirim selambat-lambatnya tanggal 7 Februari setiap bulan ke kantor BKKBN kabupaten/kota dan arsip
2. Laporan bulanan petugas penghubung hasil pelayanan kontrasepsi oleh dokter/bidan praktek swasta dalam rangkap 2 (dua). Dikirim selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya ke klinik bidan induk di wilayah kerjanya dan arsip.
3. Laporan bulanan klinik KB (F/II/KB/00) dibuat oleh klinik KB dalam rangkap 4 (empat) dikirim selambat-lambatnya pada tanggal 7 bulan berikutnya, masing-masing ke kantor BKKBN kabupaten/kota, mitra kerja tingkat II, kantor Camat dan Arsip.
4. Rekapitulasi kartu pendaftaran klinik KB Tingkat Kabupaten/kota (Rek-Kab.k/0/KB/00), dibuat rangkap 2 (dua) oleh kantor BKKBN kabupaten/kota dan dikirim selambat-lambatnya pada tanggal 14 Februari setiap tahun, masing-masing ke kanwil BKKBN Kabupaten Propinsi dan Arsip.
5. Rekapitulasi laporan bulanan klinik KB Tingkat kabupaten/kota (Rek-Kab/F/KB/00) dibuat 2 (dua) rangkap setiap bulan oleh kantor

- BKKBN kabupaten/kota dikirim selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya ke kanwil BKKBN Propinsi dan Arsip.
6. Rekapitulasi Kartu pendaftaran klinik KB tingkat provinsi (Rek-prop.K/0/KB/00) dibuat rangkap 2 (dua) oleh kanwil BKKBN propinsi dan dikirim selambat-lambatnya tanggal 21 Februari setiap tahun ke BKKBN pusat dan Arsip.
  7. Rekapitulasi laporan bulanan klinik KB tingkat provinsi (Rek.prop./F/KB/00) dibuat rangkap 2 (dua) oleh kanwil BKKBN propinsi dan dikirim selambat-lambatnya tanggal 15 bulan berikutnya ke BKKBN Pusat dan Arsip.
  8. BKKBN provinsi (bidang informasi keluarga dan analisa program) setiap bulan menyampaikan laporan umpan balik ke kantor BKKBN pusat, ke kanwil BKKBN, kabupaten dan mitra kerja tingkat I.
  9. BKKBN Pusat (Direktorat Pelaporan dan Statistik) setiap bulan menyampaikan umpan balik kepada semua pimpinan di jajaran BKKBN Pusat, ke kanwil BKKBN, propinsi dan Mitra kerja Tingkat Pusat (Budiono, 2017).

### 8.2.5 Monitoring dan Evaluasi

Dalam pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan kontrasepsi masih dirasakan adanya kelebihan dan kekurangan, sehingga perlu selalu dilakukan monitoring dan evaluasi. Pemantauan (monitoring) dapat diartikan sebagai upaya pengumpulan, pencatatan, dan analisis data secara periodik dalam rangka mengetahui kemajuan program dan memastikan kegiatan program terlaksana sesuai rencana yang berkualitas. Penilaian (evaluasi) adalah suatu proses pengumpulan dan analisis informasi mengenai efektivitas dan dampak suatu program dalam tahap tertentu baik sebagian atau keseluruhan untuk mengkaji pencapaian program yang diperoleh dari pencatatan dan pelaporan (Kemenkes, 2014). Pada pelaksanaannya sering terjadi kerancuan pengertian kegiatan monitoring dan evaluasi. Namun keduanya memiliki persamaan yaitu sebagai alat dalam manajemen.

Berikut gambaran perbedaan antara pemantauan dan evaluasi:

**Tabel 8.1:** Gambaran pemantauan dan evaluasi (Kemenkes, 2014)

	<b>Pemantauan (<i>monitoring</i>)</b>	<b>Penilaian (<i>evaluasi</i>)</b>
Kapan dilakukan	Secara terus menerus selama program berjalan	Pada proses dan di akhir program
Tujuan	Memantau setiap kemajuan program	Menilai keberhasilan program
Fokus	Input, proses, output, dan rencana kerja program	Efektifitas, relevansi, dampak, dan <i>cost effectiveness</i> program
Pelaksana	Penanggung jawab program	Penanggung jawab program dan pihak lainnya
Sumber Informasi	Data rutin, laporan rutin, observasi lapangan, laporan pelaksana program	Sama, tetapi ditambah dengan hasil survey, studi, dan penelitian.

Melalui sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi dari hasil monitoring dan evaluasi tersebut dapat diketahui hambatan dan permasalahan yang timbul, sehingga dapat dilakukan perbaikan kegiatan sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi (Budiono, 2017).

### 1. Cakupan Laporan

Dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap cakupan laporan meliputi jumlah, ketepatan waktu data yang dilaporkan, mulai dari tingkat ini lapangan sampai tingkat pusat (Budiono, 2017).

### 2. Kualitas Data

Dalam melakukan evaluasi terhadap kualitas data pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi perlu dilihat bagaimana masukan laporan, baik laporan bulanan maupun laporan tahunan serta bagaimana informasi yang disajikan setiap bulan atau tahunan. Dalam hal ini sering/dapat terjadi laporan mengalami keterlambatan dan cakupannya belum dapat optimal maupun kualitas dan kuantitas datanya serta informasi yang disampaikan belum optimal. Keterlambatan penyajian data informasi setiap bulannya dapat disebabkan oleh proses pengumpulan data laporannya terlambat serta banyaknya kesalahan pengelolaan kebawah dan ke samping sehingga memperlambat proses pengolahannya.

### 3. Tenaga

Dalam melakukan evaluasi terhadap tenaga pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi, hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu ketersediaan/jumlah tenaga dan kualitas tenaga:

1. Ketersediaan/jumlah tenaga  
Bagaimana kondisi jumlah tenaga RR klinik yang melakukan pencatatan pelaporan pelayanan kontrasepsi
2. Kualitas tenaga (Budiono, 2017).

### 4. Sarana

Dalam melakukan evaluasi terhadap sarana, perlu dilihat bagaimana sarana, perlu dilihat bagaimana sarana pendukung kelancaran pelaksanaan pencatatan dan pelaporan diantaranya:

1. Ketersediaan formulir dan kartu
2. Ketersediaan Buku Petunjuk Teknis pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi
3. Ketersediaan faksimili untuk seluruh kabupaten/kota untuk kecepatan pelaporan
4. Ketersediaan komputer sampai dengan tingkat kabupaten/kota (Budiono, 2017).

## 8.3 Pendokumentasian Rujukan KB

Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun secara horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional. Tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Dengan pengertian tersebut, maka merujuk berarti meminta pertolongan secara timbal balik kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten dengan tujuan untuk penanggulangan masalah yang sedang dihadapi (Sari, 2015). Tujuan sistem rujukan disini adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi

pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi (Budiono, 2017).

### 8.3.1 Tata Laksana

Rujukan Medik dapat berlangsung :

1. Internal antar petugas di satu puskesmas
2. Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
3. Antara masyarakat dan puskesmas
4. Antara satu puskesmas dan puskesmas lain
5. Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
6. Internal antar bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit
7. Antar rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dan rumah sakit laboratorium atau pelayanan fasilitas yang lain (Budiono, 2017).

Rangkaian jaringan fasilitas pelayanan kesehatan dalam sistem rujukan tersebut berjenjang dari yang paling sederhana di tingkat keluarga sampai satuan fasilitas pelayanan kesehatan nasional dengan dasar pemikiran rujukan ditujukan secara timbal balik kesatuan pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, dan rasional serta tanpa dibatasi oleh wilayah administrasi (Budiono, 2017). Rujukan bukan berarti melepaskan tanggung jawab dengan menyerahkan klien-klien ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, akan tetapi karena kondisi klien yang mengharuskan pemberian pelayanan yang lebih kompeten dan bermutu melalui upaya rujukan.

Untuk itu dalam melaksanakan rujukan harus diberikan:

1. Konseling tentang kondisi klien yang menyebabkan memerlukan rujukan
2. Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan
3. Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju

4. Penghantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi klien saat ini riwayat sebelumnya serta upaya/tindakan yang telah diberikan
5. Bila perlu berikan upaya mempertahankan keadaan umum klien
6. Bila perlu, karena kondisi klien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi perawat/bidan
7. Menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar memungkinkan segera menerima rujukan klien (Budiono, 2017).

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan, setelah memberi upaya penanggulangan dan kondisi klien telah memungkinkan, harus segera mengembalikan klien ke tempat fasilitas pelayanan asalnya dengan terlebih dahulu memberikan :

1. Konseling tentang kondisi klien sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan
2. Nasehat yang perlu diperhatikan klien mengenai kelanjutan penggunaan kontrasepsi
3. Penghantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang merujuk mengenai kondisi klien berikut upaya penanggulangan yang telah diberikan serta sasaran upaya pelayanan lanjutan yang harus dilaksanakan, terutama tentang penggunaan kontrasepsi (Sari, 2015).





## **Bab 9**

# **Layanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana**

### **9.1 Pendahuluan**

Dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana (KB) merupakan strategi pendekatan masa lalu yang cenderung minim informasi dan lebih memihak pada provider, kini mulai ditinggalkan dan berganti dengan era yang lebih informatif dan komunikatif sehingga keputusan ber-KB ada di tangan pasangan suami istri sebagai klien. Dalam pendekatan ini, petugas kesehatan tentunya harus memiliki pengetahuan terkait kontrasepsi, keterampilan konseling, serta keterampilan menggunakan alat bantu konseling untuk mempermudah dalam memberikan penjelasan kepada pasangan (Susanti, 2015).

### **9.2 Permasalahan Kesehatan Reproduksi**

Beberapa masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi pada setiap tahapan siklus kehidupan perempuan, bisa merupakan suatu morbiditas (gangguan kesehatan) maupun kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan.

Termasuk masalah gizi dan anemia di kalangan perempuan yang menyebabkan komplikasi pada kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan. Peranan atau kendali sosial budaya diperlukan terhadap masalah reproduksi. Diartikan sebagai cara pandang masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil (Pulungan, 2020). Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya. Ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkau secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak. Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi dibawah umur lima tahun. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi (Priyatni, 2016).

## 9.3 Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Pelayanan kesehatan reproduksi di Indonesia terintegrasi menjadi 2 bagian program besar, yakni Pelayanan Reproduksi Terpadu (PKRT) dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK).

### **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT)**

PKRT dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi serta diselenggarakan dalam bentuk “one stop service” dengan klien dapat menerima semua pelayanan yang dibutuhkan. Pelayanan PKRT harus diberikan secara terpadu dan berkualitas dan memenuhi aspek Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan memperhatikan hak reproduksi individu/perorangan dan pelayanan terpadu tersebut harus berorientasi pada kebutuhan klien. Prinsip penyelenggaraan PKRT adalah memberi pelayanan yang baik pada setiap kabupaten diharapkan mempunyai minimal 4 (empat) Puskesmas yang memberikan pelayanan PKRT.

Masalah pokok kesehatan reproduksi di Indonesia yang terbesar adalah kesehatan ibu dan anak. Berikut pelayanan yang dapat diberikan:

1. Pelayanan antenatal, persalinan dan nifas memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta melakukan motivasi klien untuk pelayanan KB dan memberikan pelayanan KB

postpartum. Pencegahan infeksi pada pertolongan persalinan dan penanganan bayi baru lahir.

2. Pelayanan pasca abortus meliputi unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta konseling KB pasca-abortus.
3. Penggunaan Buku KIA sejak ibu hamil sampai anak umur 5 tahun.
4. Pelaksanaan kunjungan neonatal.
5. Pelayanan kesehatan neonatal esensial yang meliputi perawatan neonatal dasar dan tata-laksana neonatal sakit.
6. Pendekatan MTBS bagi balita sakit.
7. Pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang anak.

PKRT terdiri dari dua macam pelayanan kesehatan reproduksi yaitu Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK). Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS. Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda usia paritas rendah yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi, juga diarahkan untuk sasaran dengan penggarapan “4 terlalu” yaitu terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering dan terlalu tua untuk hamil (Hasan, 2019).

Pada pelayanan kesehatan reproduksi remaja terfokus pada pelayanan KIE/konseling dengan memasukan materi family life education. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja memperhatikan aspek fisik remaja, khususnya remaja putri, untuk menjadi calon ibu yang sehat. Pelayanan KRR secara khusus bagi kasus remaja bermasalah dengan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan (Kemenkes RI, 2015).

### **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK)**

PKRK adalah PKRE yang ditambah dengan pelayanan kesehatan reproduksi pada usia lanjut, meliputi skrining dan promosi kesehatan reproduksi. Pengertian skrining adalah usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas, dengan menggunakan tes atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang yang terlihat sehat, atau benar-benar sehat tapi sesungguhnya menderita kelainan. Adapun tujuan dari skrining adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas dari penyakit dengan pengobatan dini terhadap kasus – kasus

yang ditentukan. Tes skrining dapat dilakukan dengan pertanyaan atau kuesioner, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, X-ray, USG maupun MRI. Jenis penyakit yang tepat untuk dilakukan skrining adalah merupakan penyakit yang serius, pengobatan sebelum gejala muncul harus lebih untuk dibandingkan dengan setelah gejala muncul, dan prevalensi penyakit preklinik harus tinggi pada populasi yang dilakukan skrining.

Adapun jenis skrining setiap tahapan siklus hidup yang bisa dilakukan adalah:

1. Masa bayi, melakukan pemeriksaan perkembangan anak dengan menggunakan KPSP (kuesioner pra skrining perkembangan). Berguna untuk mengetahui perkembangan normal atau ada penyimpangan pada bayi.
2. Masa kanak-kanak, pemeriksaan skrining terhadap tumbuh kembang anak dilakukan dengan menggunakan DDST (Denver Developmental Screening Test), untuk mengetahui perkembangan anak sesuai usia.
3. Masa pubertas, skrining yang dilakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI). Penelitian menunjukkan bahwa 95% wanita yang terdiagnosis kanker payudara pada tahap awal dapat bertahan hidup lebih dari lima tahun
4. Masa reproduksi, bentuk skrining seperti kunjungan awal antenatal care, pap smear skrining kanker serviks dan IVA (Inspeksi Visual Asetat).
5. Masa menopause/klimakterium, bentuk skrining kanker ovarium.

Pelayanan kesehatan reproduksi harus memenuhi aspek komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) dengan memperhatikan hak reproduksi setiap individu dan berorientasi pada kebutuhan klien. Skrining juga berguna untuk mengetahui penyakit seseorang, sebelum orang tersebut merasakan gejala penyakit yang lebih berat. Skrining sebaiknya dilakukan secara berkala di dalam seluruh siklus kehidupan yaitu sejak masa konsepsi, bayi atau anak, remaja, masa reproduksi dan golongan usia lanjut (Kemenkes RI, 2015).

## 9.4 Komunikasi, Informasi dan Edukasi

Penyuluhan termasuk suatu kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi, yaitu penyampaian informasi yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam program Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2017). Sedangkan definisi komunikasi adalah penyampaian pesan secara langsung maupun tidak langsung melalui saluran komunikasi kepada penerima pesan, untuk mendapatkan suatu efek (Anjaswarni, 2016). Komunikasi juga merupakan proses pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti dan saling percaya, demi terwujudnya hubungan yang baik antara seseorang dengan orang lain. Komunikasi juga merupakan proses pertukaran fakta, gagasan, opini atau emosi antara dua orang atau lebih. Manfaat komunikasi dalam kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk memengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, baik menggunakan komunikasi antar pribadi maupun komunikasi massa.

Informasi merupakan keterangan, gagasan, maupun kenyataan-kenyataan yang perlu diketahui oleh masyarakat. Sedangkan pengertian edukasi adalah proses perubahan perilaku kearah yang positif (Anjaswarni, 2016). Menurut Effendy (Kemenkes RI, 2019), pendidikan kesehatan merupakan salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga kesehatan, karena merupakan salah satu peranan yang harus dilaksanakan dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan, baik itu terhadap individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

Tujuan dilaksanakannya program KIE untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab.

Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE adalah (Susanti, 2015):

1. Memperlakukan pasien dengan sopan, baik dan ramah.
2. Memahami, menghargai dan menerima keadaan ibu sebagaimana adanya.
3. Memberi penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami.

4. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari.
5. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan resiko yang dimiliki ibu.

Pada dasarnya kegiatan advokasi dan KIE adalah untuk melakukan perubahan, oleh karena itu akan selalu ada resistensi, oposisi, dan konflik. Tidak ada faktor tunggal yang menjamin keberhasilan KIE. Beberapa prinsip melakukan KIE yang sukses adalah realistis, advokasi dan KIE yang berhasil bersandar pada isu dan agenda yang spesifik, jelas, terukur, identifikasi permasalahan, dan melakukan advokasi yang sistematis.

Sebagai contoh penyuluhan KB harus membangun hubungan baik dengan mitra kerja, antara lain Kepala Desa/Lurah, Kepala Puskesmas, dokter, bidan, tokoh agama, tokoh masyarakat, PKK, LSM lainnya, kader dan masyarakat. Terdapat dua teknik KIE yang dapat digunakan, teknik menurut GATHER dan SATU TUJU. Disebut teknik GATHER terdiri dari G: greet (memberikan salam, memperkenalkan diri dan membuka komunikasi); A: ask (menanyakan keluhan/kebutuhan pasien dan menilai keluhan/kebutuhan sesuai dengan kondisi yang dihadapi); T: tell (menyampaikan pokok persoalan yang dihadapi pasien, tukar informasi dan mencari penyelesaian); H: help (membantu pasien memahami dan menyelesaikan masalah); E: explain (menjelaskan cara melaksanakan penyelesaian terhadap masalah yang dihadapi serta diobservasi); R: refer/return (merujuk ke fasilitas yang sesuai bila tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai/ membuat jadwal kunjungan ulang) (Priyatni, 2016).

Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) kesehatan reproduksi dilakukan untuk membantu individu atau kelompok supaya lebih peduli dan mampu berperilaku hidup sehat. KIE juga bermanfaat untuk menambah pengetahuan masyarakat terkait kesehatan reproduksi, sehingga hal yang membawa pengaruh buruk terhadap kesehatan reproduksi dapat diketahui dan diatasi. Peningkatan pengetahuan dapat membawa perubahan sikap perilaku menjadi lebih bertanggung jawab. Pelayanan KIE dapat menggunakan jalur media yang ada pada kelompok masyarakat dan petugas kesehatan di tingkat pelayanan dasar sebagai kelompok sasaran primer dan sekunder. Strategi melaksanakan kegiatan KIE kesehatan reproduksi di tingkat pelayanan dasar akan memberi dampak yang luas menyangkut berbagai aspek kehidupan dan menjadi tolak ukur dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Tenaga medis

sebelum melaksanakan KIE harus memahami dasar dan langkah topik yang akan disampaikan. Memperhatikan dan memahami materi yang akan disajikan, membaca referensi terkait dan terbaru tentang topik yang akan disampaikan (Priyatni, 2016).

## 9.5 Pelayanan Keluarga Berencana

Sejarah program upaya keluarga berencana dimulai di negara Amerika, dipelopori oleh seorang aktivis bernama Margareth Sanger pada tahun 1883-1966 dengan mendirikan International Planned Parenthood Federation (IPPF) pada tahun 1952. Sedangkan di Indonesia usaha membatasi angka kelahiran dengan program KB didirikanlah Perkumpulan Keluarga Berencana pada tahun 1957, dan berkembang menjadi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Pada tahun 2009, undang-undang No. 52 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, BKKBN berubah nama dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN).

Manfaat KB adalah sebagai salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan masyarakat. KB membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, dan mengatur interval di antara kelahiran. Program KB merupakan proses yang disadari oleh setiap pasangan, untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Adapun tujuan KB meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Di samping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Susanti, 2015).

Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.



Akseptor KB adalah pasangan pengguna layanan KB. Adapun jenis - jenis akseptor KB, yaitu:

1. Akseptor aktif adalah akseptor yang pada saat ini menggunakan salah satu cara / alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.
2. Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti / istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.
3. Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.
4. Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
5. Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.
6. Akseptor KB drop out adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (BKKBN, 2007).

Akses terhadap pelayanan keluarga berencana yang bermutu merupakan suatu unsur penting dalam upaya mencapai pelayanan kesehatan reproduksi sebagaimana tercantum dalam program aksi dari International Conference on Population and Development, Cairo 1994. Secara khusus dalam hal ini termasuk hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau, dan akseptabel. Sementara itu, peran dan tanggung jawab pria dalam keluarga berencana perlu ditingkatkan, agar dapat mendukung kontrasepsi oleh istrinya, meningkatkan komunikasi di antara suami istri, meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi pria, meningkatkan upaya pencegahan IMS, dan lain-lain.

Pelayanan KB yang bermutu meliputi (Everett, 2012):

1. Pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan pasangan.
2. Pasangan suami istri harus dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan.
3. Kerahasiaan dan privasi pelayanan perlu dipertahankan.
4. Upayakan agar pasangan tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani.
5. Petugas kesehatan harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia.
6. Petugas harus menjelaskan kepada pasangan tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi.
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan.
8. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang ditentukan dan nyaman bagi pasangan.
9. Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup.
10. Terdapat mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.
11. Ada mekanisme umpan balik yang relatif dari pasangan dalam upaya meningkatkan keberhasilan program.

Upaya pelayanan KB yang terpadu memerlukan petugas kesehatan yang terlatih dan mampu memberikan informasi kepada pasangan dengan sabar, penuh pengertian, dan peka. Petugas kesehatan KB harus mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan keterampilan teknis untuk memberi pelayanan dalam bidang kesehatan reproduksi, dapat memenuhi standar pelayanan yang sudah ditentukan. Petugas kesehatan KB harus mampu mengenal dan mengatasi masalah, bila tidak mampu dapat mengambil langkah-langkah yang tepat, termasuk keputusan merujuk jika diperlukan (Priyatni, 2016).

**Tabel 9.1:** Peran petugas kesehatan dalam pelayanan KB (Priyatni, 2016).

Metode KB	Petugas			
	Dokter	Bidan	Perawat	PLKB
Pil Kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	√
Suntikan Progestin	√	√	K	K
Suntikan Kombinasi	√	√	K	K
Implan	√	√	K	K

Tubektomi	√	K	K	K
Vasektomi	√	K	K	K
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	K	K
Medote Amenorea Laktasi	√	√	√	√
Abstensia	√	√	√	K

K: hanya boleh konseling dan merujuk

√: boleh melakukan tindakan

**Tabel 9.2:** Peran fasilitas kesehatan dalam pelayanan KB (Priyatni, 2016).

Metode KB	Fasilitas			
	RS	Puskesmas TT	Puskesmas	Posyandu
Pil Kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	K
Suntikan Progestin	√	√	√	√
Suntikan Kombinasi	√	√	√	√
Implan	√	√	√	K
Tubektomi	√	√	K	K
Vasektomi	√	√	√	K
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	√	K
Medote Amenorea Laktasi	√	√	√	√
Abstensia	√	√	√	√

K: hanya boleh konseling dan merujuk

√: boleh melakukan tindakan

## 9.6 Sistem Rujukan

Sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus untuk menunjang upaya menurunkan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi. Sistem rujukan pelayanan reproduksi dan KB adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun secara horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional. Dengan pengertian tersebut, maka merujuk berarti meminta pertolongan secara timbal

balik kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten untuk penanggulangan masalah yang sedang dihadapi (BKKBN, 2017).

Rangkaian jaringan fasilitas pelayanan kesehatan dalam setiap rujukan adalah berjenjang dari yang paling sederhana di tingkat keluarga sampai satuan fasilitas pelayanan kesehatan nasional dengan dasar pemikiran rujukan ditujukan secara timbal balik ke satuan fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, dan rasional, serta tanpa dibatasi oleh wilayah administrasi. Rujukan bukan berarti melepas tanggung jawab dengan menyerahkan klien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain, akan tetapi karena kondisi klien yang mengharuskan pemberian pelayanan yang lebih kompeten dan bermutu melalui upaya rujukan.

Pelaksanaan sistem rujukan pelayanan reproduksi dan KB harus memenuhi syarat sebagai berikut:

1. Konseling tentang kondisi pasien yang menyebabkan perlu dirujuk.
2. Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan.
3. Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju.
4. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi pasien saat ini dan riwayat sebelumnya serta upaya/ tindakan yang telah diberikan.
5. Bila perlu, berikan upaya mempertahankan keadaan umum klien.
6. Bila perlu, karena kondisi pasien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi perawat/ bidan.
7. Menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar memungkinkan segera menerima rujukan pasien. Kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan, setelah memberikan upaya penanggulangan dan kondisi klien telah memungkinkan, harus segera mengembalikan klien ke tempat fasilitas pelayanan asalnya terlebih dahulu memberikan.

Pelaksanaan program dan pelayanan kesehatan reproduksi dan KB perlu dipantau dan dievaluasi secara berkala. Banyak indikator yang dapat digunakan dalam memantau kemajuan program kesehatan reproduksi, namun

perlu dipilih beberapa indikator yang dipandang strategis dalam menggambarkan keadaan. Masalah kesehatan reproduksi merupakan masalah yang kompleks dan memerlukan penanganan yang kompleks serta memerlukan penanganan secara lintas program, lintas sektor dan lintas disiplin ilmu dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender. Berbagai masalah kesehatan reproduksi berkaitan erat dengan isu tersebut dan hak reproduksi bagi perempuan. Keterkaitan yang erat antara masalah kesehatan reproduksi dengan masalah di luar ruang lingkup bidang kesehatan ini menuntut adanya upaya koordinasi yang intensif (Kemenkes RI, 2015).

# Daftar Pustaka

- Anjaswarni, T. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan. Pusdiknakes, Badan PPSDM, KEMENKES. Jakarta.
- Antara, I. G. M. Y., & Suryana, I. G. P. E. (2020). Pengaruh Tingkat Kepadatan Penduduk Terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Bali. *Media Komunikasi Geografi*, 21(1), 63-73.
- Ari Sulistyawati, (2011) *Pelayanan Keluarga Berencana*, Jakarta: Salemba Medik.
- Asan, A., (2007)., Hak reproduksi sebagai etika global dan implementasinya dalam pelayanan KB di NTT. BKKBN. Jakarta.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN], Badan Pusat Statistik [BPS], Kementerian Kesehatan, MEASURE DHS, & ICF International. (2013). *Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta:
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN]. (2007). BKKBN dengan Visi, Misi, dan Grand Strategi Baru. Diakses dari <http://sumbar.bkkbn.go.id/Lists/Berita/DispFor>
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN]. (2009). *KB dari Masa ke Masa*. Diakses dari [www.kalbar.bkkbn.go.id](http://www.kalbar.bkkbn.go.id)
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN]. (2011a). *Buku Panduan. Pembinaan Kesertaan KB Pria Melalui Penggarapan Kelompok KB Pria*. Jakarta: BKKBN
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN]. (2017a). *BKKBN dan Mitra Sepakat Membangun Indonesia Mulai Dari Keluarga*. *Jurnal Keluarga*. Edisi Kesatu Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN]. (2017b). *Kemitraan Kerja, Jaminan Keberhasilan Program KKBPk*. Diakses dari

- [www.bkkbn.go.id/detailpost/kemitraan-kerjajaminan-keberhasilan-program-kkbpk](http://www.bkkbn.go.id/detailpost/kemitraan-kerjajaminan-keberhasilan-program-kkbpk).
- Badan Pusat Statistik. (2013). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. (2018). *Proyeksi Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015*. Jakarta.
- Bappenas. (2018). *Jumlah Penduduk Indonesia 2019 Mencapai 267 Juta Jiwa*. Terdapat pada : <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/01/04/jumlah-penduduk-indonesia-2019-mencapai-267-juta-jiwa>. ( Diakses tanggal : 20 November 2020)
- Bazaid, Ali. (2008). *Kontrasepsi Hormonal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- BKKBN (2013) 'Strategi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana Berbasis Hak untuk Percepatan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang Terintegrasi dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Indonesia', pp. 1–110.
- BKKBN (2020) *Rencana Strategis 2020-2024 rencana strategis program pembangunan keluarga kependudukan dan keluarga berencana BKKBN provinsi maluku*. Maluku.
- BKKBN, BPS, Kemenkes, & ICF International Badan Pusat Statistik [BPS]. (2018). *Statistik Indonesia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik Bakti,
- BKKBN,. (2017). *Tentang Peraturan Kepala Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 3 Tahun 2017 Tentang Penyediaan Sarana Penunjang Pelayanan Kontrasepsi Dalam Program Kependudukan, Keluarga Berencana Dan Pembangunan Keluarga*. BKKBN. Jakarta.
- BKKBN. (2012). *Pedoman KIE Program KB Nasional*. Jakarta. BKKBN
- BKKBN.(2013). *KIE KKB Lini Lapangan Konsep, Rancangan Strategi, Media KIE Kreatif dan Evaluasi*. Jakarta. BKKBN
- BPS. 2020. *Statistik Indonesia dalam Infografis*. Badan Pusat Statistik Indonesia
- Bruijn, B.J. (1999). *Foundations of Demographic Theory: Choice, Process, Context*. Netherlands: Rijksuniversiteit Groningen.

- Budiono, H. (2017) Pendokumentasian Pelayanan KB. Jakarta Pusat: Ristekbrin
- Christiani, C., Tedjo, P., & Martono, B. (2014). Analisis Dampak Kepadatan Penduduk Terhadap Kualitas Hidup Masyarakat Provinsi Jawa Tengah. *Serat acitya*, 3(1), 102.
- Conway, Edmund. (2015). 50 Gagasan Ekonomi yang Perlu Anda Ketahui. Jakarta: Esensi Erlangga Group.
- Damanik, K. M. B. (2020). Pengaruh Efektivitas Program Keluarga Berencana Dan Pertumbuhan Jumlah Penduduk Terhadap Tingkat Pertumbuhan Ekonomi Masyarakat Di Kota Medan (Doctoral dissertation, UIN Sumatera Utara).
- Dewi, f. (2019). Pengaruh KIE Terhadap Tingkat Pengetahuan Pasangan Usia Subur Dalam Pemakaian Alat Kontrasepsi Jangka Panjang. *JIK (Jurnal Ilmu Kesehatan) Volume 3 No. 2* doi : 10.33757/jik.v3i2.208 hal 74 -79
- Dewi, V. K, & Kasuma, G. (2014). Perempuan Masa Orde Baru (studi kebijakan PKK dan KB tahun 1968-1983). *Verleden: Jurnal Kesejahteraan*, 4(2), 157-172. Diakses dari [http://www.journal.unair.ac.id/article\\_7813\\_me dia47\\_category.html](http://www.journal.unair.ac.id/article_7813_me dia47_category.html)
- Effendy.(1992). Ilmu Komunikasi: Teori dan Praktik. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Ernawati, S. (2016) 'Faktor yang Memengaruhi Keluarga Berencana (KB) Pria dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di Wilayah Kerja Puskesmas Sedayu II', *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 4(2), p. 109. doi: 10.21927/jnki.2016.4(2).109-116.
- Everett S., (2012). Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi. EGC. Jakarta.
- Glasier, A., dan Gebbie, A. (2012). Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Jakarta: EGC.
- Hadiyanto. (2014). Komunikasi Pembangunan Perspektif Modernisasi. Bogor: IPB Press.
- Handayani, R. (2017). Analisis Dampak Kependudukan terhadap Tingkat Kriminalitas di Provinsi Banten. *Jurnal Administrasi Publik*, 8(2).



- Handayani, Sri. (2010). Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hartanto, H. (2004). Keluarga Berencana dan Kontrasepsi (Edisi ke-5). Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Hartoyo, H., Latifah, M., & Mulyani, S. R. (2011). Studi nilai anak, jumlah anak yang diinginkan, dan keikutsertaan orang tua dalam Program KB.
- Harun, P. (2020). Perubahan Demografi dan Pertumbuhan Ekonomi: Bukti Empiris Kasus Indonesia. *Jurnal Ekonomi, Manajemen dan Perbankan (Journal of Economics, Management and Banking)*, 5(3), 161-169.
- Hauser, P.M., and Duncan, D. (1959). *The Study of Population: An Inventory and Appraisal*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Heni. (2015). KIE dalam Pelayanan KB. Terdapat pada : <https://www.informasibidan.com/2015/10/kie-dalam-pelayanan-kb.html> (diakses tanggal 18 November 2020).
- Ida. (2016). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. BPPSDM : Kemenkes RI.
- Ihsan, Z., (2019). Implementasi Permenkes No 21 Tahun 2013 Tentang Upaya Penanggulangan Hiv/Aids Oleh Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru. Doctoral Dissertation, Universitas Islam Negri Sultan Syarif Kasim Riau.
- International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). (1982). *Multilingual Demographic Dictionary, English Section*. 2nd ed. Belgium: Ordina Editions.
- Jaya, P. J. C., & Darwanto, D. (2020). Kebijakan Kependudukan dalam Usaha Memecahkan Masalah Kependudukan Dalam Rangka Memperbaiki Tingkat Kehidupan Masyarakat. *CENDEKIA Jaya*, 2(2), 68-76.
- Julyanthry, J. et al. (2020) *Manajemen Produksi dan Operasi*. Yayasan Kita Menulis.
- Kemenkes RI. (2014) *Pedoman Manajemen Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Kementrian Kesehatan
- Kemenkes, R. I., (2015). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Direktorat Jendral Bina Gizi dan Kesehatan Anak. Jakarta.

- Khumayah, S. and Siswoyo, M. (2019) 'Male Family Planning Program As an Effort To', *Asian Journal of Social Sciences & Humanities*, 8(August), pp. 91–97.
- Krisnadi, S. R. (2002). *Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Intra Uterine Device (IUD)*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Kurniawan, U. K., Pratomo, H. and Bachtiar, A. (2010) 'Kinerja Penyuluhan Keluarga Berencana di Indonesia: Pedoman Pengujian Efektivitas Kinerja pada Era Desentralisasi', *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 5(1), pp. 3–8. Available at: <http://jurnalkesmas.ui.ac.id/index.php/kesmas/article/view/155>.
- Mantra, Ida Bagoes. (2013). *Demografi Umum edisi 2 cetakan ke-15*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maryani, H. (2005). *Cara Tepat Memilih Alat Kontrasepsi Keluarga Berencana*. Jakarta: Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan.
- Maryati, Sri. "Dinamika Pengangguran Terdidik: Tantangan Menuju Bonus Demografi di Indonesia." *Economica: Jurnal Program Studi Pendidikan Ekonomi STKIP PGRI Sumatera Barat*, vol. 3, no. 2, 2015, pp. 124-136, doi:10.22202/economica.2015.v3.i2.249.
- Masri Singarimbun, (1970) *Kontrasepsi (Pentjegah Kehamilan) dalam Rangka Keluarga Berentjana*, Djakarta: Bhatara,.
- Mawati, A. T. et al. (2020) *Inovasi Pendidikan: Konsep, Proses dan Strategi. Yayasan Kita Menulis*.
- Mochtar, Rustam. (2005). *Sinopsis Obstetri (Edisi ke-6 Jilid 1)*. Jakarta: EGC.
- Muharam, I. A. (2019). *Perencanaan Aplikasi Sistem Informasi Kependudukan "ASIK"*. *Jurnal Valtech*, 2(2), 75-79.
- Nugroho, T., dan I. B. Utama. (2014). *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurul, A. (2015). *Efektifitas Media Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) Penyuluhan Keluarga Berencana dalam Meningkatkan Pemahaman Program Keluarga Berencana. Terdapat pada : <https://nurulauliamediabki.wordpress.com/2017/06/01/efektifitas-media-komunikasi-informasi-dan-edukasi-kie-penyuluhan-keluarga-berencana>*

dalam-meningkatkan-pemahaman-program-keluarga-berencana/. (Diakses tanggal : 24 November 2020)

- Parinduri, L. et al. (2020) *Manajemen Operasional: Teori dan Strategi*. Yayasan Kita Menulis.
- Pattola et al. (2020) *Gizi Kesehatan dan Penyakit*. 1st edn. Edited by A. Rikki. Yayasan Kita Menulis.
- Prijatni, I dan Rahayu S. .2016. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Pusdik Badan PPSDM Kesehatan.
- Prijatni, I. , Rahayu,S., (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. KEMENKES. Jakarta.
- Proverawati, A., A. D. Islaely, dan S. Aspuah. (2010). *Panduan Memilih Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pulungan, P. W., Rusmini, R., Zuheriyatun, F., Faizah, S. N., Kurniasih, H., Winarso, S. P., ... & Utami, V. N. (2020). *Teori Kesehatan Reproduksi*. Yayasan Kita Menulis. Medan.
- Purba, B. (2019) ‘ANALYSIS OF HUMAN DEVELOPMENT INDEX IN THE HIGHLANDS REGION OF NORTH SUMATERA PROVINCE INDONESIA’, in *Multi-Disciplinary International Conference University of Asahan*.
- Purba, B., Gaspersz, S., et al. (2020) *Ilmu Komunikasi: Sebuah Pengantar*. Yayasan Kita Menulis.
- Purba, B., Nainggolan, L. E., et al. (2020) *Ekonomi Sumber Daya Alam: Sebuah Konsep, Fakta dan Gagasan*. Yayasan Kita Menulis.
- Purwaningsih, S. S. (2012) ‘The Decentralization of the Family Planning Program: Challenges and Issues, the West Kalimantan Province Case (Bahasa Indonesia)’, *Jurnal Kependudukan Indonesia*, VII(2), pp. 109–125.
- Rani Latifah Filmira and Mohammad Zainal Fatah (2020) ‘Determinan Keinginan Penerapan Program KB (Keluarga Berencana) pada Remaja Pria Indonesia di Masa Mendatang’, *Journal of Health Science and Prevention*, 4(2), pp. 58–67. doi: 10.29080/jhsp.v4i2.384.
- Revida, E. et al. (2020) *Teori Administrasi Publik*. Yayasan Kita Menulis.

- Ritongan, A. (2018) 'Kebijakan Pemerintah Terhadap Program Keluarga Berencana (Kb) Di Kelurahan Penyengat Rendah Kota Jambi', pp. 1–81.
- Romindo, R. et al. (2020) Sistem Informasi Bisnis. Yayasan Kita Menulis.
- Sadli, S. (2016) 'Mutu Pelayanan Keluarga Berencana Di Indonesia', *Populasi*, 8(1). doi: 10.22146/jp.11580.
- Saifuddin, Abdul Bari. (2006). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Saifudin, AB., (2010). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. YBSP. Jakarta.
- Sari, Y. (2015) Pendokumentasian Asuhan Keluarga Berencana. Kalimantan Timur: Poltekkes Kemenkes Kaltim
- Sintong, M. (2014). Kebijakan Berwawasan Kependudukan dan Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia. *JURNAL GEOGRAFI*, 5(1), 17-30.
- Sistri, S. (2009) 'Kelangsungan Penggunaan Kontrasepsi di Indonesia', *Kesmas: National Public Health Journal*, 3(5), p. 206. doi: 10.21109/kesmas.v3i5.211.
- Skousen, Mark. (2005). Sang Maestro Teori-Teori Ekonomi Modern. Jakarta: Prenada Media.
- Smith, S., Tayman, J., & Swanson, D. (2013). A practitioner's guide to state and local population projections. Dordrecht: Springer.
- Soleha, S. (2016). Studi tentang dampak program keluarga berencana di Desa Bangun Mulya Kabupaten Penajam Paser Utara. *Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 4(1), 39-52.
- Subandowo, M. (2017). Peradaban dan Produktivitas dalam Perspektif Bonus Demografi serta Generasi Y dan Z. *SOSIOHUMANIKA*, 10(2), 191-208.
- Sukardi. (2018). Audit Komunikasi Program Komunikasi, Informasi Dan Edukasi (Kie) Keluarga Berencana Pada Perwakilan Bkkbn Provinsi Sulawesi Barat. *Jurnal Komunikasi KAREBA Vol.7 No.2 Juli – Desember 2018* hal 264-274.
- Sukirno, Sadono. (2013). Makro Ekonomi Teori Pengantar. Jakarta: PT Raja Grafindo.

- Sulfianti et al. (2020) asuhan kebidanan pada persalinan. 1st edn. Edited by J. Simarmata. Yayasan Kita Menulis.
- Sulistiyawati. (2011). Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan. Jakarta: Salemba Medika.
- Supriyoko (1990) 'Kb Mandiri Di Indonesia konsepsi dan operasionalisasinya', *Populasi*, 1.
- Susanti, H. A. (2015). Strategi komunikasi badan kependudukan dan keluarga berencana nasional (bkkbn). *Jurnal ASPIKOM*, 2(4), 243-254.
- Susanti, H. A. (2015). Strategi komunikasi badan kependudukan dan keluarga berencana nasional (bkkbn). *Jurnal ASPIKOM*, 2(4), 243-254.
- Swanson, D., & Stephan, G. (2004). *Methods and materials of demography* 2nd ed. New York: Elsevier Academic Press.
- Udasmoro, W. (2004) 'Konsep Nasionalisme Dan Hak Reproduksi Perempuan: Analisis Gender Terhadap Program Keluarga Berencana Di Indonesia', *Humaniora*, 16(2), pp. 147-154.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 1992 Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera. 16 April 1992.
- Wardhana, A., Kharisma, B., & Noven, S. A. (2020). *Dinamika Penduduk dan Pertumbuhan Ekonomi Di Indonesia*. *Buletin Studi Ekonomi*, 22-40.
- WHO. (2016). *Rekomendasi Praktik Terpilih pada Penggunaan Kontrasepsi*, Edisi Ketiga 2016. Jenewa, Swiss: Layanan Dokumen Produksi WHO.
- Wiknjastro. (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Zaeni, A. (2006) 'Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana di Kabupaten Batang Studi Kasus Peningkatan Kesertaan KB Pria di Kecamatan Gringsing', *Tesis Magister Administrasi Publik, Universitas Diponegoro, Semarang*, pp. 1-140.

# Biodata Penulis



**dr. Deasy Handayani Purba** dilahirkan di Medan, Sumatera Utara pada tanggal 9 Desember 1992, ialah anak ke enam dari sembilan bersaudara, buah hati dari Bapak Dr. Bonaraja Purba, M.Si dan Ibu Romlah Sinaga, S.Pd.

Riwayat pendidikan penulis dimulai dari SD Sutomo 1 Medan (1999), SMP Sutomo 1 Medan (2005), SMA Sutomo 1 Medan (2008), dan Fakultas Kedokteran USU (2011).

Semasa kuliah, penulis aktif mengikuti kegiatan ilmiah dan perlombaan ilmiah Fakultas Kedokteran se-Indonesia di Universitas Hasanuddin, Makassar; Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta; Universitas Padjadjaran, Bandung; Universitas Udayana, Bali; dan Universitas Lambung Mangkurat, Banjarmasin.

Penulis pernah mengikuti Program Pertukaran Mahasiswa di Negara Filipina pada tahun 2014, dan terpilih menjadi Wakil 1 Duta Bahasa Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2015. Di sisi lain, penulis juga pernah menjadi bagian dalam Program Ekspedisi Nusantara Jaya oleh Kemenko Kemaritiman di Pulau Pari, Kepulauan Seribu, pada tahun 2017.

Sejak tahun 2019 hingga saat ini, penulis aktif mengabdikan diri di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) melalui Program Nusantara Sehat Kementerian Kesehatan.

Beberapa buku yang ditulis oleh penulis dan telah diterbitkan adalah Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan (2020), Konsep Kebidanan (2020), dan Asuhan Kebidanan pada Persalinan (2020).



**Marlynda Happy Nurmalita Sari, S.ST, MKM**, lahir di Sragen pada tanggal 29 Maret 1989. Saya menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar sarjana Kebidanan di Universitas Sebelas Maret tahun 2011 dan magister Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia tahun 2015. Pada tahun 2011 diangkat menjadi Dosen di Perguruan Tinggi Swasta Akademi Kebidanan Pelita Ilmu Depok. Kemudian pada tahun 2019 diangkat menjadi Dosen Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes

Kemenkes Semarang sampai sekarang.



**Syamdarniati, SKM., M.Kes** lahir di Donggo, 11 September 1987 anak ke-3 dari tujuh bersaudara, putri dari Bapak H. Syamsuddin, A.Md dan Ibu Sitti Hawa (Alm), lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Respati Yogyakarta (UNRIYO) dengan Jurusan Epidemiologi Tahun 2010, kemudian lanjut studi ke jenjang Magister Kesehatan Masyarakat dengan Jurusan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP) di Universitas Respati Indonesia (URINDO) lulus Tahun 2013, dari Tahun 2014 sampai sekarang aktif mengajar sebagai dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners di

STIKES Yarsi Mataram Nusa Tenggara Barat (NTB)



**Agung Mahardika Venansius Purba** lahir di Medan, 2 April 1986. Lulus dari Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara tahun 2012. Saat ini penulis bekerja dalam pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan Deli Serdang, Sumatera Utara. Penulis aktif mengikut perkembangan ilmu kedokteran terutama di bidang Gizi dan kesehatan Olahraga. Beberapa buku yang telah ditulis dan diterbitkan adalah Gizi Kesehatan dan Penyakit, dan Asuhan Kebidanan pada Persalinan.



**Meda Yuliani, SST.,M.Kes** Lahir di Bogor, pada tanggal 27 Juli 1987. Ia menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Sains Terapan Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Jend. Ahmad Yani Cimahi pada tahun 2010, Magister Kesehatan pada jurusan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia (URINDO) pada tahun 2015. Sejak tahun 2008 sampai sekarang ini masih aktif menjadi Dosen Tetap Program Studi D3 Kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.



**Dina Dewi Anggraini, S.S.T.Keb., M.Kes.**, lahir di Kediri pada tanggal 12 Agustus 1990. Menyelesaikan kuliah di Universitas Kediri dan mendapat gelar Ahli Madya Kebidanan pada tahun 2012, Sarjana Sains Terapan Kebidanan pada tahun 2013 dan Magister Kesehatan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Airlangga pada tahun 2016. Pada tahun 2017 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Swasta yaitu Universitas Kediri. Kemudian pada tahun 2019 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.



**Aulia Fatmayanti, SST, MKes.** Lahir di Rembang, 11 Januari 1990, Alamat sesuai KTP Dk. Garung Lor, Kaliwungu, Kudus. Pernah menempuh pendidikan di SD N 1 Sambong Payak, SMP N 1 Sulang, SMA N 1 Rembang, Prodi DIII Kebidanan Semarang Poltekkes Kemenkes Semarang, DIV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Semarang, S2 Ilmu Kesehatan Universitas Diponegoro. Pernah Bekerja sebagai partner Bidan di BPM Sholichah Semarang Utara, pernah menjadi Tutor di UNISULLA dan Assisten dokter Keluarga di Klinik



Semarang Utara. Mulai tahun 2016 – sekarang sebagai Dosen aktif di Prodi DIII Kebidanan Blora Poltekkes Kemenkes Semarang.

Penulis pernah menulis karya ilmiah yang dipublikasikan di jurnal ilmiah nasional ISSN dan terakreditasi dengan judul "The effect of Family and Peer Support on the Occurrence of People with Psychiatric Problems in Adolescents" pada Jurnal Caring Vol 9, No.1 Maret 2020 pp. 16-21 - ISSN : 1978-5755. "The Effect Of Breast Feeding With The Return Of The Mensruationn on Breast Feeding Mother" Jurnal Darul Azhar Vol 8, No.1 Agustus 2019 – Februari 2020 : 1 – 6. Menulis jurnal Pengabdian Masyarakat ” Pembentukan Dan Pelatihan Kader Remaja Peduli Asi (REMDULSI) JAIM UNIK | Vol. 3, No. 1, November 2019 : 11-17 Doi : <http://dx.doi.org/10.30737/jaim.v3i1.523> ISSN : 2579-4493. Pernah menulis buku dengan judul ”Komunikasi dalam Praktik Kebidanan”.



**Julietta Hutabarat, SST., M.Keb.** Lahir di Medan tanggal 20 Juli 1967. Telah menyelesaikan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2013. Pernah bekerja di Rumah Sakit Umum dr. Pirngadi Medan tetapi saat ini adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan.



**dr. Pebri Warita Pulungan, Sp.OG,** lahir di kota Padangsidimpuan, 12 Februari 1987. Sarjana Kedokteran S-1 dari Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, lulus tahun 2011. Beliau menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, menyelesaikan pendidikan dokter spesialis pada tahun 2020. Penulis merupakan salah satu awardee penerima beasiswa Dokter Spesialis dari Lembaga Pengelola Dana Pendidikan

Republik Indonesia (LPDP-RI). Penulis saat ini bekerja di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Sumatera Utara. Saat menjadi mahasiswa, penulis aktif mengikuti karya tulis ilmiah LKTI di tingkat nasional. Penulis juga telah menerbitkan beberapa buku kolaborasi yang berjudul: Ilmu Obstetri dan

Ginekologi untuk Kebidanan, Kesehatan Reproduksi, dan buku Asuhan Kebidanan dan Persalinan". Penulis juga merupakan pegiat blog kesehatan [www.dokterpebri.com](http://www.dokterpebri.com) dan [amazingmoms.id](http://amazingmoms.id)



# PELAYANAN KELUARGA BERENCANA (KB)

Masalah kependudukan adalah permasalahan global yang terjadi hingga di Indonesia. Tidak hanya menimpa kota-kota besar, namun juga sampai ke pelosok Indonesia. Salah satu cara untuk memecahkan permasalahan tentang kependudukan adalah dengan membatasi kelahiran melalui Pelayanan Keluarga Berencana yang bisa didapatkan difasilitas kesehatan terdekat.

Untuk memahami lebih mendalam mengenai Pelayanan Keluarga Berencana, buku ini sangat direkomendasikan untuk dibaca khususnya bagi dosen, mahasiswa/i, dan praktisi kesehatan baik dokter, bidan, maupun masyarakat awam, karena di dalamnya dikupas tuntas tentang seluk beluk Pelayanan Keluarga Berencana, yang kemudian terbagi menjadi beberapa bagian sebagai berikut:

Bab 1 Konsep Kependudukan di Indonesia

Bab 2 Masalah Kependudukan di Indonesia

Bab 3 Perkembangan KB di Indonesia

Bab 4 Program KB di Indonesia

Bab 5 Program KIE dalam Pelayanan KB

Bab 6 Pelayanan Kontrasepsi dengan berbagai Metode

Bab 7 Cara Pembinaan Akseptor

Bab 8 Dokumentasi dan Pelaporan Pelayanan KB

Bab 9 Layanan Kesehatan Reproduksi dan KB.



YAYASAN KITA MENULIS  
press@kitamenulis.id  
www.kitamenulis.id

