

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut WHO (dalam Hartanto, 2003), Keluarga Berencana adalah program yang bertujuan membantu pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran (dalam hubungan dengan suami istri), dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Menurut UU RI Nomor 52 Tahun 2009, Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan, serta bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Program Keluarga Berencana Nasional diatur dalam Undang-undang Nomor 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, serta Peraturan Presiden Nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2004-2009. Dalam Peraturan presiden tersebut, pembangunan Keluarga Berencana diarahkan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk serta meningkatkan keluarga kecil

berkualitas. Untuk mencapai tujuan tersebut, pembangunan Keluarga Berencana diselenggarakan melalui 4 program pokok, yaitu: Program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Program Kesehatan, serta Program Penguatan Kelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas (BKKBN, 2008).

2. Tujuan Program Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana bertujuan untuk membangun manusia Indonesia sebagai obyek sekaligus subyek pembangunan melalui peningkatan kesejahteraan ibu, anak, dan keluarga. Pelaksanaan program KB juga diarahkan untuk menurunkan tingkat kelahiran atas dasar kesadaran dan tanggung jawab seluruh masyarakat dengan cara memilih metode kontrasepsi secara sukarela. Dengan demikian program KB merupakan cermin upaya menurunkan tingkat kelahiran, sekaligus membangun keluarga sejahtera (Bappenas, 1996). Menurut UU RI Nomor 52 Tahun 2009, kebijakan Keluarga Berencana diarahkan untuk:

- a. Mengatur kelahiran yang diinginkan
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak
- c. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, serta konseling Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi
- d. Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek Keluarga Berencana
- e. Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya menjarangkan jarak kehamilan.

Tujuan umum Keluarga Berencana adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kemampuan sosial ekonomi keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak agar diperoleh keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Mochtar, 1998).

3. Sasaran dan Target Program Keluarga Berencana

Sasaran dan target yang ingin dicapai dengan program Keluarga Berencana adalah segera tercapai dan melembaganya Norma Keluarga Kecil yang Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) pada masyarakat Indonesia. Menurut Depkes RI (2002), sasaran yang mesti digarap untuk mencapai target tersebut adalah:

- a. Pasangan Usia Subur (PUS), yaitu pasangan suami istri yang hidup bersama dimana istrinya berusia 15-49 tahun harus dimotivasi terus-menerus sehingga menjadi peserta Keluarga Berencana lestari
- b. Non PUS, yaitu anak sekolah, orang yang belum kawin, pemuda-pemudi, pasangan suami istri di atas usia 45 tahun, dan tokoh masyarakat
- c. Institusional, yaitu berbagai organisasi, lembaga masyarakat, pemerintahan, dan swasta.

4. Manfaat Keluarga Berencana

Dalam penelitian Ekarini (2008), sekitar 500.000 perempuan setiap tahunnya meninggal akibat masalah kehamilan, persalinan, dan pengguguran kandungan (aborsi) yang tak aman. KB bisa mencegah sebagian besar kematian itu. Di masa kehamilan umpamanya, KB dapat mencegah munculnya bahaya-bahaya akibat:

a. Kehamilan terlalu dini

Perempuan yang sudah hamil dimana umurnya belum mencapai 17 tahun sangat terancam oleh kematian sewaktu persalinan, karena tubuhnya belum sepenuhnya tumbuh dan belum cukup matang atau siap untuk dilewati oleh bayi. Selain itu, bayinya pun dihadap oleh resiko kematian sebelum usianya mencapai 1 tahun

b. Kehamilan terlalu “telat”

Perempuan yang usianya sudah terlalu tua untuk mengandung dan melahirkan terancam berbagai bahaya, khususnya bila ia mempunyai problema-problema kesehatan lain, atau sudah terlalu sering hamil dan melahirkan

c. Kehamilan yang terlalu berdekatan jaraknya

Kehamilan dan persalinan menuntut banyak energi dan kekuatan tubuh perempuan. Kalau ia belum pulih dari satu persalinan tapi sudah hamil kembali, tubuhnya tak sempat memulihkan kebugaran, sehingga timbul berbagai masalah bahkan ancaman kematian yang mungkin terjadi

d. Terlalu sering hamil dan melahirkan

Perempuan yang sudah punya lebih dari 4 anak terancam bahaya kematian akibat pendarahan hebat, serta macam-macam kelainan, apabila ia terus hamil dan bersalin kembali.

5. KB Pria

Dalam usaha untuk meningkatkan gerakan Keluarga Berencana Nasional, peranan pria sangat penting dan menentukan. Pria sebagai Kepala Keluarga harus terlibat

dalam mengambil keputusan tentang kesejahteraan keluarga, termasuk untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan (Manuaba, 1998). Adapun cara KB modern pria/laki-laki yang dikenal saat ini adalah (1) pemakaian kondom, dan (2) MOP (Metode Operasi Pria).

a. Kondom

1) Pengertian

Menurut Syaifudin (2003), kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan, diantaranya *lateks* (karet), plastik (*vinil*) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom umumnya terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Kini berbagai bahan kondom telah dikembangkan untuk meningkatkan efektifitasnya.

2) Sejarah Penemuan dan Pengembangan Kondom

Menurut sejarah, kondom sudah diketahui sejak jaman Mesir Kuno dan dibuat dari kulit atau usus binatang. Atas perintah raja Inggris Charles II, dokter Condom membuat kondom dari kulit binatang dengan panjang 190 mm, berdiameter 6mm, dan tebal 0,038 mm. Teknik serta biaya pembuatannya cukup mahal dan keberhasilannya masih rendah sebagai alat kontrasepsi. Pada tahun 1564, dokter Fallopio dari Italia membuat kondom dari *linen* dengan tujuan utama untuk menghindari infeksi hubungan seks. Dokter Hercule Saxonie pada tahun 1597 membuat kondom dari kulit binatang yang apabila hendak dipakai direndam

terlebih dahulu. Kondom yang terbuat dari karet dikembangkan oleh dokter Hancock pada tahun 1944 dan Goodyer 1970 (Manuaba, 1998).

3) Cara Kerja

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan *sperma* dan sel telur dengan cara mengemas *sperma* diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga *sperma* tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Kondom juga dapat mencegah penularan *mikroorganisme* (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khususnya kondom yang terbuat dari *lateks* dan *vinil*).

4) Fungsi Kondom

Kondom mempunyai tiga fungsi, yaitu:

- a. Sebagai alat KB
- b. Mencegah penularan PMS termasuk HIV/AIDS
- c. Membantu pria atau suami yang mengalami ejakulasi dini.

5) Kelebihan Kondom

- a. Efektif sebagai alat kontrasepsi bila dipakai dengan baik dan benar
- b. Murah dan mudah didapat tanpa resep dokter
- c. Praktis dan dapat dipakai sendiri
- d. Tidak ada efek hormonal
- e. Dapat mencegah kemungkinan penularan penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS antara suami-isteri
- f. Mudah dibawa.

6) Keterbatasan Kondom

- a. Kadang-kadang pasangan ada yang alergi terhadap bahan karet kondom
- b. Kondom hanya dapat dipakai satu kali
- c. Secara *psychologis* kemungkinan mengganggu kenyamanan
- d. Kondom yang kedaluarsa mudah sobek dan bocor
- e. Tingkat kegagalannya cukup tinggi

b. MOP (Metode Operasi Pria)

Metode operasi pria yang dikenal dengan nama *vasektomi* merupakan operasi ringan, murah, aman, dan mempunyai arti demografis yang tinggi, artinya dengan operasi ini banyak kelahiran yang dapat dihindari (Manuaba, 1998). *Vasektomi* telah dikenal sejak lama. Pada abad 19, para ahli bedah telah melakukan *vasektomi* untuk tujuan pengobatan, antara lain mencegah infeksi dan *kelenjar prostat* atau *hipertrofi kelenjar prostat* (Mochtar, 1998).

1) Pengertian

Menurut Syaifudin (2003), MOP adalah suatu prosedur klinik yang dilakukan untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan *oklusi vasa deferensia* sehingga alur transportasi *sperma* terhambat dan proses *fertilisasi* (penyatuan dengan *ovum*) tidak terjadi.

MOP merupakan tindakan menutup, dimana saluran *sperma* (*vas deferens*) yang berfungsi membawa *sperma* dari *skrotum* ke *testis* dipotong, sehingga tidak ada *sperma* yang keluar bersama air mani ketika ejakulasi (Seksualitas.net).

2) Kelebihan

- a. Efektivitas tinggi untuk melindungi kehamilan
- b. Tidak ada kematian dan angka kesakitannya rendah
- c. Biaya lebih murah, karena membutuhkan satu kali tindakan saja
- d. Prosedur medis dilakukan hanya sekitar 15-45 menit
- e. Tidak mengganggu hubungan seksual
- f. Lebih aman, karena keluhan lebih sedikit jika dibandingkan dengan kontrasepsi lain.

3) Keterbatasan

- a. Tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS. Harus menggunakan kondom selama 12-15 kali sanggama agar sel mani menjadi negatif
- b. Masih memungkinkan terjadi komplikasi (misal nyeri dan infeksi)
- c. Pada orang yang mempunyai problem psikologis dalam hubungan seksual, dapat menyebabkan keadaan semakin terganggu.

4) MOP tidak dapat dilakukan apabila:

- a. Pasangan suami-isteri masih menginginkan anak lagi
- b. Suami menderita penyakit kelainan pembekuan darah
- c. Jika keadaan suami-isteri tidak stabil
- d. Jika ada tanda-tanda radang pada buah zakar, hernia, kelainan akibat cacing tertentu pada buah zakar, dan kencing manis yang tidak terkontrol.

B. Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Keterlibatan pria didefinisikan sebagai bentuk partisipasi dalam proses pengambilan keputusan KB, pengetahuan pria tentang KB, dan penggunaan kontrasepsi pria. Lebih lanjut, keterlibatan pria dalam KB diwujudkan melalui perannya berupa dukungan terhadap KB, penggunaan alat kontrasepsi, serta merencanakan jumlah keluarga untuk merealisasikan tujuan terciptanya Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (Ekarini, 2008).

Menurut BKKBN (2005), bentuk partisipasi pria dalam Keluarga Berencana dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung, antara lain:

a. Sebagai peserta KB

Partisipasi pria dalam program KB dapat bersifat langsung maupun tidak langsung. Partisipasi pria/suami secara langsung dalam program KB adalah menggunakan salah satu cara atau metoda pencegahan kehamilan, seperti metode senggama terputus, metode pantang berkala, kontrasepsi kondom, *vasektomi*, atau kontrasepsi lain yang telah dikembangkan.

b. Mendukung istri dalam ber-KB

Apabila disepakati bahwa istri yang akan ber KB, peranan suami adalah mendukung dan memberikan kebebasan kepada istri untuk menggunakan kontrasepsi atau metode KB yang akan dipilih. Dukungan tersebut antara lain meliputi (1) memilih kontrasepsi yang cocok, yaitu kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi istrinya, (2) membantu pasangannya dalam menggunakan kontrasepsi secara benar, seperti mengingatkan saat minum pil

KB, serta mengingatkan istri untuk kontrol, (3) membantu mencari pertolongan bila terjadi efek samping maupun komplikasi, (4) mengantar istri ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk kontrol atau rujukan, (5) mencari alternatif lain bila kontrasepsi yang digunakan terbukti tidak memuaskan, (6) menggantikan pemakaian kontrasepsi bila keadaan kesehatan istri tidak memungkinkan, dan (7) membantu menghitung waktu subur apabila menggunakan metode pantang berkala.

c. Sebagai motivator

Pria/suami dapat berperan sebagai motivator yang dapat memberikan motivasi kepada anggota keluarga/saudara yang sudah berkeluarga, dan masyarakat di sekitarnya untuk menjadi peserta KB dengan menggunakan salah satu alat kontrasepsi. Seorang calon motivator harus sudah menjadi peserta KB karena keteladanannya sangat dibutuhkan. Untuk itu, calon motivator harus mengetahui: (1) keuntungan dan kelemahan memakai salah satu alat kontrasepsi, (2) bersedia melakukan KIE KB kepada masyarakat di sekitarnya dengan idealisme 20 – 2 – 3 – 30, yaitu melahirkan yang aman setelah umur istri lebih dari 20 tahun, cukup 2 anak (laki-laki perempuan sama saja), jarak kelahiran yang aman adalah 3 tahun, dan stop melahirkan setelah umur istri lebih dari 30 tahun, (3) bersedia menjadi kader atau relawan penggerak massa di pedesaan

d. Merencanakan jumlah anak

Merencanakan jumlah anak dalam keluarga perlu dibicarakan antara suami dan istri dengan mempertimbangkan berbagai aspek, antara lain kesehatan dan kemampuan untuk memberikan pendidikan dan kehidupan yang layak. Perencanaan keluarga menuju keluarga berkualitas perlu memperhatikan usia reproduksi istri, yaitu masa menunda kehamilan anak pertama bagi pasangan yang istrinya berumur di bawah 20 tahun, masa mengatur jarak kelahiran untuk usia istri 20 – 30 tahun, dan masa mengakhiri kehamilan untuk usia istri di atas 30 tahun.

Wanita merasa dirugikan apabila mempertahankan hubungan yang baik dengan laki-laki hanya untuk memuaskan mereka dengan menanggung semua bentuk resiko sebagai individu (*personal cost*), misalnya wanita harus menggunakan jamu atau produk-produk serupa untuk *mengaborbsi sekresi vagina* karena laki-laki lebih suka vagina kering selama hubungan kelamin. Dalam hubungannya dengan suami, diperlukan keputusan wanita secara sukarela untuk mempunyai anak lagi atau tidak, ketakutan akan efek samping, hak mengambil keputusan secara independen, dan lepas dari pengaruh suami. Hal itu disebabkan karena pembentukan keluarga (*family formation*) merupakan tanggungjawab bersama (*joint responsibility*) antara laki-laki dan wanita. Praktik KB merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam kehidupan keluarga.

C. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

1. Hubungan faktor individu dan sosial (karakteristik individu) dengan pemakaian kontrasepsi

- a. Umur

Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam pemakaian alat kontrasepsi, mereka yang berumur tua mempunyai peluang lebih kecil untuk menggunakan alat kontrasepsi dibandingkan dengan yang berumur muda (Notoatmodjo, 2007).

Menurut BKKBN (dalam Ekarini, 2008), kesehatan pasangan usia subur sangat mempengaruhi kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga saat melahirkan, atau keinginan mempunyai anak yang akan dimiliki. Maka dari itu, umur merupakan salah satu faktor seseorang untuk menjadi akseptor *kontap* (kontrasepsi mantap), sebab umur berhubungan dengan potensi reproduksi dan juga menentukan perlu tidaknya seseorang melakukan *vasektomi* dan *tubektomi* sebagai cara kontrasepsi.

Menurut Hartanto (2003), penggunaan kontrasepsi yang rasional adalah pada umur antara 20-30 tahun, yaitu kontrasepsi yang mempunyai *reversibilitas* yang tinggi (karena pada umur tersebut PUS masih berkeinginan untuk mempunyai anak), sedangkan pada umur >30 tahun kontrasepsi yang dianjurkan adalah yang mempunyai efektifitas tinggi dan dapat dipakai untuk jangka panjang. Hasil penelitian Pranita (dalam Fienalia, 2011) mengatakan, terdapat hubungan yang bermakna antara umur responden dengan pemakaian kontrasepsi mantap. Responden yang berumur kurang dari 30 tahun mempunyai peluang lebih tinggi

untuk memilih non kontrasepsi mantap dibandingkan dengan responden yang berumur lebih dari 30 tahun.

b. Tahun Pendidikan

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab, serta solusi dalam hidupnya. Oleh karena itu, orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru. Demikian pula halnya dengan menentukan pola perencanaan keluarga dan pola dasar penggunaan kontrasepsi serta peningkatan kesejahteraan keluarga (Manuaba, 1998).

Menurut Purwoko (dalam Ekarini, 2008), tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap tentang metode kontrasepsi. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional daripada mereka yang berpendidikan rendah, lebih kreatif, dan lebih terbuka terhadap usaha-usaha pembaharuan. Disamping itu, ia juga lebih dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan sosial. Secara umum pengetahuan KB diajarkan pada pendidikan formal di sekolah dalam mata pelajaran kesehatan, pendidikan kesejahteraan keluarga, dan kependudukan. Semakin tinggi tingkat pendidikan pasangan yang ikut KB, maka semakin banyak pengetahuan yang mereka dapatkan sehingga kesadaran untuk mewujudkan keluarga kecil dan sejahtera semakin tinggi. Salah satu upaya tersebut diwujudkan dengan menggunakan alat kontrasepsi untuk membatasi jumlah anak.

Hasil penelitian Ananta (dalam Fienalia, 2011) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi mempunyai hubungan positif dengan lama masa menggunakan kontrasepsi.

c. Jumlah Anak yang Dimiliki

Jumlah anak yang dimiliki, misalnya 2 dan 3 merupakan *paritas* paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. *Paritas* 1 dan *paritas* lebih dari 3 mempunyai resiko pada kematian maternal. Resiko pada *paritas* 1 dapat ditangani dengan asuhan *obstetri* lebih baik, sedangkan resiko pada *paritas* tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan Keluarga Berencana yang salah satunya menggunakan kontrasepsi mantap, yaitu *vasektomi* dan atau *tubektomi* (Wiknjosatro, 1999).

Hasil penelitian Purwoko (dalam Ekarini, 2008) menyebutkan bahwa jumlah anak yang masih hidup mempengaruhi pasangan usia subur dalam menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan. Pada pasangan dengan jumlah anak hidup masih sedikit, terdapat kecenderungan untuk menggunakan metode kontrasepsi dengan efektivitas rendah, sedangkan pada pasangan dengan jumlah anak hidup banyak terdapat kecenderungan menggunakan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.

d. Tingkat pendapatan keluarga

Tingkat pendapatan rumah tangga merupakan indikator yang penting untuk mengetahui tingkat hidup rumah tangga. Umumnya pendapatan rumah tangga di

pedesaan tidak berasal dari satu sumber, melainkan berasal dari dua atau lebih sumber pendapatan. Tingkat pendapatan suatu keluarga ternyata sangat berpengaruh terhadap kesertaan suami dalam berKB. Pada pasangan suami istri yang keduanya sama-sama bekerja, mereka akan semakin mudah dalam memenuhi kebutuhan keluarganya karena memiliki pendapatan masing-masing, hal ini juga berlaku pada proses pemilihan metode kontrasepsi yang akan ia gunakan.

Bertrand (dalam Purba, 2008) menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi adalah status sosio ekonomi. Semakin tinggi status ekonomi seseorang maka semakin mudah menggunakan kontrasepsi.

2. Pengetahuan tentang KB

Menurut WHO (dalam Kusumawati, 2006), pengetahuan seseorang berasal dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya pendidikan, media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, kerabat dekat, dan sebagainya. Pengetahuan dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan tersebut. Pengetahuan atau kognitif merupakan *domain* yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Dalam memperkenalkan cara-cara kontrasepsi kepada masyarakat tidak mudah untuk segera diterima, karena kebanyakan masyarakat kita terutama masyarakat yang berada di wilayah pedesaan sangat sulit menerima pembaharuan.

Masyarakat pedesaan cenderung takut terjadi goncangan apabila timbul adanya hal-hal yang baru akibat pola pikir mereka yang masih *primitif*.

Menurut Rogers (dalam Fienalia, 2011), ada empat tahap proses pengambilan keputusan untuk menerima suatu inovasi, yaitu tahap pengetahuan (*knowledge*), tahap persuasi (*persuasion*), tahap pengambilan keputusan (*decision*), dan tahap konfirmasi (*confirmation*). Melalui tahap-tahap tersebut, inovasi dapat diterima maupun ditolak.

3. Sikap terhadap KB

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2007). Mar'at (dalam Budisantoso, 2008) mengatakan, manusia tidak dilahirkan dengan pandangan ataupun perasaan tertentu, tetapi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap objek-objeknya; dengan kata lain, sikap merupakan produk dari proses sosialisasi.

Menurut Endang (dalam Ekarini, 2008), tidak semua tokoh masyarakat dan suami yang ada di wilayah penelitiannya bisa menerima KB pria, terutama *vasektomi*. Alasannya, agama tidak memperbolehkan, kecuali bila cara KB lainnya mengancam jiwa istri. Hal yang serupa disampaikan oleh PLKB, dimana pria berpendapat bahwa bila pria *dikontap* (menggunakan alat kontrasepsi mantap), maka ia menjadi tidak perkasa lagi (dalam hubungan seksual tidak kuat), bapak jika nyeleweng tidak ketahuan, dan KB itu urusan ibu-ibu. Selain itu, seperti yang

dituturkan oleh sebagian ulama, bahwa *kontap* belum diprogramkan dan dianggap haram, kecuali bila terdesak, missalkan anak sudah banyak dan tidak satu pun metode KB yang cocok.

4. Motivasi Suami Ikut KB

Motivasi merupakan suatu penggerak dari dalam hati seseorang untuk melakukan atau mencapai sesuatu tujuan. Motivasi juga bisa dikatakan sebagai rencana atau keinginan untuk menuju kesuksesan dan menghindari kegagalan hidup. Dengan kata lain, motivasi adalah sebuah proses untuk tercapainya suatu tujuan. Seseorang yang mempunyai motivasi berarti ia telah mempunyai kekuatan untuk memperoleh kesuksesan dalam kehidupan (Supiani, 2011).

Motivasi dapat berupa motivasi *intrinsik* dan *ekstrinsik*. Motivasi yang bersifat *intrinsik* adalah manakala sifat dari obyek itu sendiri yang membuat seorang termotivasi. Dalam konteks ini berarti seseorang termotivasi ikut andil dalam program KB karena ia sadar akan pentingnya memiliki keluarga kecil namun berkualitas. Motivasi *ekstrinsik* adalah manakala elemen-elemen di luar obyek sasaran yang menjadi faktor utama yang membuat seorang termotivasi, misalnya suami ikut program KB karena tidak satupun alat kontrasepsi ada yang cocok untuk istri, sedangkan mereka sudah memiliki banyak anak (Supiani, 2011).

Hasil penelitian Nurhulaifah (2013) menunjukkan bahwa motivasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keikutsertaan suami menggunakan (KB)

kondom. Dengan kata lain ada pengaruh motivasi suami untuk menjadi akseptor Keluarga Berencana dengan metode kondom.

5. Akses Pelayanan KB

Menurut Wijono (dalam Ekarini, 2008), akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, budaya, serta hambatan bahasa. Menurut Depkes (dalam Fienalia, 2011), pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan dengan akses geografi, berarti jarak antara pelayanan kesehatan dengan lokasi *klien* mempengaruhi *klien* dalam memanfaatkan fasilitas-fasilitas yang ada. Peningkatan akses dipengaruhi oleh berkurangnya jarak, waktu tempuh, ataupun biaya tempuh. Fasilitas-fasilitas yang ada belum digunakan dengan efisien oleh masyarakat karena lokasi pusat-pusat pelayanan tidak berada pada radius masyarakat banyak, tetapi lebih berpusat di kota-kota dan lokasi sarana yang tidak terjangkau dari segi perhubungan.

Dengan adanya akses yang mudah dijangkau oleh masyarakat, calon peserta KB khususnya pria dapat memperoleh informasi yang memadai, serta mendapatkan pelayanan KB yang memuaskan. Menurut BKKBN (2005), keterjangkauan tersebut meliputi:

a. Keterjangkauan fisik

Yaitu tempat pelayanan lebih mudah dijangkau oleh masyarakat sasaran, khususnya pria

b. Keterjangkauan ekonomi

Yaitu biaya pelayanan dapat dijangkau oleh *klien*. Biaya *klien* meliputi uang, waktu, kegiatan kognitif, upaya perilaku, dan nilai yang akan diperoleh *klien*. Untuk itu dalam mengembangkan pelayanan gratis atau subsidi, perlu dipertimbangkan biaya pelayanan dan biaya *klien*

c. Keterjangkauan psikososial

Yaitu meningkatkan penerimaan partisipasi pria dalam KB secara sosial dan budaya oleh masyarakat, *provider*, pengambil kebijakan, tokoh agama, serta tokoh masyarakat

d. Keterjangkauan pengetahuan

Yaitu pria mengetahui tentang pelayanan KB serta dimana mereka dapat memperoleh pelayanan tersebut dan besarnya biaya untuk memperolehnya.

e. Keterjangkauan administrasi

Yaitu ketetapan administrasi medis dan peraturan yang berlaku pada semua aspek pelayanan (berlaku untuk pria dan wanita).

Selama ini dirasakan faktor *aksesabilitas* atau keterjangkauan pelayanan KB dan KR bagi pria masih sangat terbatas. Dimana (1) Puskesmas masih merupakan pilihan utama untuk mendapatkan kondom karena gratis dan jaraknya dekat, (2) PLKB, (karena faktor kedekatan dengan petugas dan mendapatkan informasi yang lebih lengkap), (3) toko, warung, dan apotik merupakan tempat pilihan terakhir untuk memperoleh kondom karena bebas memilih dan tidak ingin diketahui orang lain (BKKBN, 1998).

6. Kualitas Pelayanan KB

Kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaian dalam mengimbangi harapan konsumen (Tjiptono, 2007).

Kualitas pelayanan Keluarga Berencana merupakan salah satu elemen yang penting dalam mencapai pemakaian alat kontrasepsi yang berlangsung lama. Bruce (dalam Ekarini, 2008) menjelaskan bahwa terdapat enam komponen dalam kualitas pelayanan, yaitu pilihan kontrasepsi, informasi yang diberikan, kemampuan tehnikal, hubungan interpersonal, tindak lanjut atau kesinambungan, serta kemudahan pelayanan. Dalam kerangka teorinya disebutkan bahwa dampak dari kualitas pelayanan adalah pengetahuan *klien*, kepuasan *klien*, kesehatan *klien*, serta penggunaan kontrasepsi.

Enam elemen kualitas pelayanan di atas saling berkaitan antara satu dengan unsur yang lainnya (Ekarini, 2008). Enam elemen kualitas pelayanan kontrasepsi dalam konsep Bruce dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Pilihan kontrasepsi

Tempat pelayanan sebaiknya menyediakan pelayanan kontrasepsi yang beragam, baik untuk pria maupun wanita. Hal ini dimaksudkan agar *klien* mempunyai pilihan metode kontrasepsi yang akan dipakai. Keanekaragaman metode yang tersedia merupakan jaminan bahwa program tidak hanya mempromosikan suatu metode tertentu bagi klien. Pilihan kontrasepsi meliputi tersedianya berbagai metode kontrasepsi yang sesuai untuk berbagai

golongan klien menurut umur, paritas, keadaan kesehatan, keadaan ekonomi, kebutuhan, serta jumlah anak yang diinginkan, dan lain-lain.

Menurut Endang (dalam Ekarini, 2008), masalah keterbatasan pilihan kontarsepsi bagi pria seringkali menjadi alasan mengapa kesertaan pria dalam KB masih rendah. Dari temuan berbagai penelitian di lapangan, tidak sedikit dari mereka mengharapkan adanya alternatif kontrasepsi lain bagi pria, seperti bentuk pil dan suntikan. Karena itu, dalam mewujudkan pelayanan KB yang berkualitas, pemerintah harus memperhatikan segala hal yang menyangkut penyiapan berbagai ragam kontrasepsi sehingga calon peserta dapat memilih cara atau alat yang sesuai dengan keinginan dan kemampuannya.

b. Informasi yang diberikan

Pelayanan dapat dikatakan berkualitas apabila *klien* mendapatkan informasi yang lengkap, jelas, rasional, dan dapat dipahami (*inform choice*) dari *provider* tentang metode kontrasepsi pria maupun wanita untuk membantu *klien* dalam menentukan kontrasepsi yang hendak dipakai.

Informasi yang diberikan merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (Sulistyawati dalam Sari, 2012). Dengan adanya informasi yang diberikan, peserta KB dapat mengetahui secara jelas dan benar tentang maksud serta tujuan pemakaian alat kontrasepsi, cara-cara KB yang tersedia, kemungkinan efek samping, dan dapat mencegah timbulnya kecemasan dan rasa takut terhadap pemakaian.

c. Kemampuan tehnikal

Provider yang ada harus memiliki kemampuan teknis yang memadai dalam memberikan pelayanan KB (termasuk pelayanan KB pria), serta mendapatkan pelatihan terlebih dahulu. Karena itu, teknis pelayanan perlu diperbaharui setiap waktu selaras dengan perkembangan teknologi.

d. Hubungan interpersonal

Hubungan interpersonal merupakan elemen yang tidak kalah penting dari elemen keterampilan klinik. Hubungan antara *klien* dan pelaksana memang sangat dipengaruhi oleh pola pengelolaan, alokasi sumber-sumber, waktu yang tersedia, dan lain-lain.

e. Tindak lanjut atau kesinambungan

Mekanisme tindak lanjut mempengaruhi kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Tindak lanjut dilakukan baik melalui pemeriksaan berkala pasca tindakan, kunjungan rumah, dan sebagainya. *Klien* harus tetap dijamin untuk mendapatkan kontrasepsi dan pelayanan KB lanjutan. Mereka harus mengetahui kapan harus kontrol dan mendapatkan pelayanan ulangan.

f. Kemudahan pelayanan

Kemudahan pelayanan ini meliputi pelayanan kontrasepsi yang dapat diterima dan memudahkan *klien* ditinjau dari sudut lokasi, jarak dari rumah *klien* ke klinik, waktu pelayanan, prosedur yang tidak berbelit-belit, dan lain-lain.

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2002).

Berdasarkan kerangka teori yang telah dikemukakan, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:



Gambar 1 Kerangka Konsep Penelitian

Dari kerangka konsep di atas, peneliti akan melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi pria dalam program Keluarga Berencana di Kecamatan Punggur, Kabupaten Lampung Tengah dilihat dari karakteristik individu, pengetahuan tentang KB, sikap terhadap KB, motivasi suami ikut KB, akses pelayanan KB, dan kualitas pelayanan KB.

E. Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konsep di atas, maka hipotesa dalam penelitian ini adalah ada hubungan pengetahuan tentang KB, sikap terhadap KB, motivasi suami ikut KB, akses pelayanan KB, dan kualitas pelayanan KB dengan partisipasi pria dalam program Keluarga Berencana.