

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Laju pertumbuhan penduduk di Indonesia meningkat dengan cukup cepat, hal ini dapat dilihat dari jumlah penduduk pada tahun 1971 yang berjumlah 118.0 juta jiwa meningkat dengan pesat menjadi 237.6 juta jiwa pada tahun 2010. Walaupun memiliki jumlah penduduk yang besar akan tetapi kualitas penduduk Indonesia masih rendah. Hal ini dapat dilihat dari *Human Development Indeks (HDI)* ukuran komperatif dari harapan hidup, derajat pendidikan, dan standar hidup seluruh negara didunia, di mana Indonesia hanya berada pada rangking 108 dari 187 negara (WHO, 2013).

Pemerintah sudah berupaya untuk mengatasi laju pertumbuhan penduduk yang cepat ini dengan berbagai cara, salah satunya adalah dengan mengadakan program Keluarga Berencana (KB) yang dimulai sejak tahun 1970. KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami-istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (WHO, 2012).

Peranan KB dalam kesehatan reproduksi adalah untuk menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi, sehingga kehamilan yang diinginkan

berlangsung dalam keadaan sangat tepat, serta menjamin keselamatan ibu dan bayi yang dikandungnya. KB memiliki peran dalam menurunkan risiko kematian ibu melalui pencegahan kehamilan, menunda kehamilan melalui pendewasaan usia hamil dan menjarangkan kehamilan. Kesehatan reproduksi bukan hanya menyangkut kesehatan fisik, bebas dari penyakit dan kecacatan, tetapi juga mengenai kesehatan mental dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua aspek yang berkaitan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi. Dengan demikian pelayanan KB merupakan upaya pelayanan kesehatan preventif yang paling dasar dan utama (Pinem, 2015).

Program KB ini mempunyai visi Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS), dan telah dirubah menjadi Keluarga Berkualitas tahun 2015, Sehingga melalui program KB ini dapat dilakukan penilaian pelayanan KB yang berkualitas dengan mengikutserta menitik beratkan pada strategi agar pelayanan lebih mudah diperoleh dan peserta diterima oleh berbagai pasangan usia subur sehingga pasangan usia subur tertarik menjadi akseptor KB (Sarwono, 2018).

Meskipun program KB dinyatakan cukup berhasil di Indonesia, namun dalam pelaksanaan hingga saat ini juga masih mengalami hambatan- hambatan antara lain adalah masih banyak pasangan usia subur yang masih belum menjadi peserta KB. Di Indonesia pada tahun 2013 tercatat pasangan usia subur sebanyak 45.972,185 pasangan, yang ikut menjadi peserta KB aktif sebanyak 32.908,319 (71,58%) pasangan, dengan

Cakupan KB Nasional menurut metode kontrasepsi, dari 4.856,618 peserta, apabila dilihat dari mix kontrasepsi maka persentasenya adalah : 348.134 peserta IUD (8.00%), 77.092 peserta MOW (1.59%), 430.897 peserta

Implant (8.87%), 2.396.818 peserta suntik (49.35%), 1.264.386 peserta Pil (26.03%), 9.375 peserta MOP (0.26%) dan 286.359 peserta kondom (5.90%). Sedangkan yang tidak ikut menjadi peserta KB sebanyak 13.063,886 (28,42%) pasangan, dengan target pencapaian KB di Indonesia 75,83% peserta (BKKBN, 2013).

Dari hasil penelitian yang tidak menggunakan kontrasepsi, antara lain karena tidak menginginkan anak. Alasan yang cukup menonjol adalah karena efek samping 11,5% dan masalah kesehatan 7,8% dengan pasangan yang menolak 10%, alasan karena masalah agama 0,5% dan alasan yang berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi yaitu biaya yang mahal 0,8% (BKKBN 2013)

Berdasarkan hasil survey badan kependudukan dan keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada tahun 2013 di Provinsi Riau, jumlah Pasangan Usia Subur sebanyak 881,168 (65,95%) peserta, pasangan yang menjadi peserta KB aktif pada tahun 2013 sebanyak 67,83% peserta, Sementara pasangan usia subur yang bukan peserta KB sebanyak 18,75% peserta, dengan target pencapaian KB di Provinsi Riau yaitu 76,58% peserta, ternyata target pencapaian KB di Provinsi Riau masih belum tercapai, dengan jumlah penduduk meningkat menjadi 5,54 juta jiwa pada tahun 2010. Kenaikan secara signifikan ini tercermin dalam persentase laju pertumbuhan penduduk Provinsi Riau sebesar 3,59% jauh melampaui nasional sebesar 1,49% (BKKBN, 2013). Berhubungan dengan hal di atas, Hartanto (2009), mengemukakan semua jajaran pembangunan diajak untuk ikut menangani program KB dengan sebaik-baiknya. Juga sekaligus mengajak semua pasangan usia subur yang potensial untuk menjadi akseptor KB yang lestari.

Berdasarkan Data Laporan Keluarga Berencana Dinkes Kesehatan Kabupaten Kampar Tahun 2019 dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 1.1 Cakupan Peserta Keluarga Berencana Aktif di Kampar Tahun 2019

| No | Puskesmas | Jumlah PUS | Peserta KB Aktif | | Pus yang tidak ikut KB | |
|----|---------------------|---------------|------------------|--------|------------------------|-------|
| | | | Jumlah | % | Jumlah | % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Bangkinang Kota | 6,065 | 4,661 | 76.09 | 2.404 | 23.01 |
| 2 | Kampar | 7,927 | 4,723 | 59.06 | 3,204 | 40.04 |
| 3 | Tambang | 13,140 | 9,264 | 70.05 | 3,876 | 29.05 |
| 4 | XIII Kt. Kampar I | 1,263 | 677 | 53.06 | 586 | 46.04 |
| 5 | XIII Kt. Kampar II | 1,128 | 780 | 69.01 | 348 | 30.09 |
| 6 | XIII Kt. Kampar III | 1,352 | 1,429 | 121.41 | 252 | 21.41 |
| 7 | Kuok | 42,93 | 3,110 | 72.04 | 1182 | 27.06 |
| 8 | Siak Hulu I | 8,177 | 301 | 37.00 | 7,876 | 63.00 |
| 9 | Siak Hulu II | 7,485 | 6,278 | 83.09 | 1,207 | 16.01 |
| 10 | Siak Hulu III | 2,747 | 1.594 | 58,00 | 1,153 | 42.00 |
| 11 | Kampar Kiri | 4,915 | 443 | 09.02 | 480 | 90.08 |
| 12 | Kampar Kiri Hilir | 2,033 | 1,740 | 85.06 | 293 | 14.04 |
| 13 | Kampar Kiri Hulu I | 1,295 | 89 | 20.0 | 1.206 | 80,0 |
| 14 | Kampar Kiri Hulu2 | 530 | 407 | 76.9 | 129 | 26.1 |
| 15 | Tapung I | 3,085 | 2,672 | 86.61 | 413 | 13.39 |
| 16 | Tapung II | 3,341 | 3,097 | 92.07 | 244 | 7.03 |

| | | | | | | |
|------------------------|-------------------|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 17 | Tapung Prwt | 5,463 | 4,170 | 76.03 | 1,293 | 23.07 |
| 18 | Tapung Hilir I | 4,763 | 674 | 14.02 | 4.093 | 85.08 |
| 19 | Tapung Hilir II | 4,620 | 3,365 | 69.35 | 1,487 | 30.65 |
| 20 | Tapung Hulu I | 6,948 | 6,081 | 87.52 | 867 | 12.48 |
| 21 | Tapung Hulu II | 6,084 | 2,276 | 37.41 | 3,808 | 62.59 |
| 22 | Salo | 4,251 | 2,696 | 69.08 | 1,555 | 30.02 |
| 23 | Rumbio Jaya | 2,713 | 1,968 | 72.05 | 745 | 27.05 |
| 24 | Bangkinang | 5,417 | 4,275 | 79.00 | 1,140 | 21.00 |
| 25 | Perhentian Raja | 2,768 | 1,886 | 68.01 | 882 | 31.09 |
| 26 | Kampar Timur | 3,953 | 2,292 | 74.01 | 1.024 | 25.09 |
| 27 | Kampar Utara | 2,730 | 1,764 | 64.06 | a966 | 35.04 |
| 28 | Kpr. Kiri Tengah | 4,587 | 3,985 | 86.09 | 602 | 13.01 |
| 29 | Gunung Sahilan I | 1,719 | 65 | 38.00 | 16.54 | 62.00 |
| 30 | Gunung Sahilan II | 1,933 | 1,287 | 66.06 | 646 | 33,04 |
| 31 | Koto Kampar Hulu | 2,689 | 1,974 | 73.04 | 715 | 26.06 |
| Jumlah/Kab 2019 | | 133,683 | 90,637 | 73.33 | 32,046 | 26.12 |

Sumber data: Laporan PWS dan AMP Puskesmasdaribkkbn 2019

Daritabel 1.1 dapat dilihat bahwa jumlah Pasangan Usia Subur sebanyak 133,683 peserta, yang menjadi aseptor KB aktif sebanyak 90,637 (73,33%) peserta, dan pasangan usia subur yang tidak ikut KB sebanyak 32.046 (26,12%). Dari data tersebut persetase PUS yang tidak ikut KB tertinggi terdapat di Puskesmas Kampar kirihulu 1 yaitu 1.295 peserta, dengan peserta KB aktif0% peserta.

Berdasarkan Laporan Program KB Puskesmas Kampar karihulu Itahun 2019 dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 1.2 Laporan Keluarga Berencana di Puskesmas Kampar karihulu 1 Tahun 2019

| No | Desa/Kel | Jumlah | | % |
|------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| | | PUS | Akseptor KB | |
| 1 | Gema | 227 | 96 | 24.8 |
| 2 | Tjbelit | 148 | 129 | 63.3 |
| 3 | Bukit betung | 92 | 82 | 90.0 |
| 4 | Tnjgblitsltn | 207 | 200 | 90.0 |
| 5 | Muora bio | 14 | 9 | 74.0 |
| 6. | Bt.sanggan | 55 | 43 | 86.0 |
| 7 | Tj beringin | 88 | 88 | 100 |
| 8. | Aur kuning | 75 | 74 | 99.0 |
| 9 | Terusan | 53 | 53 | 100 |
| 10. | Sby jaya | 70 | 65 | 87.0 |
| 11 | Pkln serai | 61 | 50 | 90.0 |
| 12. | Kota lama | 113 | 68 | 67.0 |
| 13. | Selsanti | 46 | 45 | 98.0 |
| 14. | Dua sepakat | 16 | 31 | 51.6 |
| 15. | Ludai | 71 | 55 | 84.8 |
| 16. | Danau sentu | 65 | 53 | 74,4 |
| PUSKESMAS | | 1472 | 620 | 40.0 |

Sumber data : Puskesmas Kampar karihulu I, 2019

Daritabel 1.2 dapat dilihat bahwa jumlah seluruh PUS sebanyak 1472 pasangan, yang menjadi akseptor KB sebanyak 620 (40.0%) akseptor, darisemuadesa yang ada di Kampar kirihuluterdapat di desagemajumlah kb terendah memiliki jumlah akseptor KB terendah yaitu 96 (24.8%) akseptor. Apabila dilihat dari peserta pasangan usia subur yang menjadi akseptor KB di Puskesmas Kampar kirihulu 1masih tergolong rendah.

Hasil survei awal dengan metode wawancara yang dilakukan di Desa Kampar kirihulu 1 tanggal 26 Maret 2020 dengan 10 responden tentang alasan responden menggunakan dan tidak menggunakan KB, maka peneliti mendapatkan dari 10 responden ada 7 peserta mengatakan tidak menggunakan KB, 5 peserta mengatakan karena umumnya memiliki banyak anak dengan harapan anak-anak tersebut dapat zembantu orang tua nya bekerja, dan anak laki-laki lebih bernilai dari anak perempuan, sehingga PUSberusaha untuk menambah jumlah anak jika belum mendapatkan anak laki-laki. 2 peserta mengatakan karena setiap anak yang dimiliki oleh PUS dianggap memiliki nilai ekonomi, mereka menganggap banyak anak banyak rezeky , dan 3 peserta yang menjadi akseptor KB mengatakan karena jumlah anak berkaitan dengan program KB jumlah anak yang ideal yakni dua anak dalam satu keluarga, laki-laki maupun perempuan sama saja, dari pernyataan responden diatas terlihat bahwa motivasi PUS masih kurang menjadi akseptor KB.

Dari target pencapaian KB di Provinsi Riau (76,58%) dengan pemakaian KB (67,83%), memiliki selisih yang sedikit atau dapat dikatakan berhasil, tetapi jumlah anak yang dilahirkan tetap juga tidak terkendali, salah satunya dipengaruhi oleh motivasi pasangan usia subur menjadi akseptor KB yang masih

rendah. Motivasi ibu menggunakan kontrasepsi dipengaruhi oleh jumlah anak ideal yang diinginkan. Motivasi ibu ber KB yang dihubungkan dengan jumlah anak, lebih baik apabila didasarkan pada pemahaman yang baik mengenai kontrasepsi, sehingga akan menimbulkan suatu motivasi yang tinggi.

Motivasi menjadi akseptor dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, niat dan perilaku. Dimilikinya pengetahuan tentang Keluarga Berencana menyebabkan para akseptor lebih paham tentang arti Keluarga Berencana dan kontrasepsi, yang berakibat akseptor akan bersikap positif atau negatif, terhadap Keluarga Berencana. Sikap para akseptor ini akan mempengaruhi niat mengikuti kegiatan Keluarga Berencana. Niat akan diikuti atau tidak diikuti pemilihan jenis kontrasepsi, sekaligus perilaku menjadi akseptor Keluarga Berencana (Ancok, 2010). Dampak yang terjadi jika tidak adanya motivasi mengikuti KB yaitu menurunnya akseptor KB sehingga angka kelahiran semakin meningkat. Kita tahu bahwa dengan jumlah anak yang banyak akan terjadi ledakan penduduk, bukan saja secara Nasional akan menjadi beban tetapi secara mikro akan sulit misi Norma Keluarga Kecil Bahagia dan sejahtera.

Hasil penelitian Etik (2012), menunjukkan motivasi akseptor KB paling dominan adalah motivasi cukup, dengan rincian sebagai berikut; motivasi baik 12 responden (30,0%), cukup 20 responden (50,0%) dan kurang 8 responden (20,0%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat variasi dari motivasi responden, hal ini dapat terjadi karena motivasi adalah dorongan-dorongan yang muncul dari individu sehingga dorongan yang muncul dari masing-masing individu berbeda-beda.

Tingginya akseptor KB dalam pemilihan KB suntik 3 bulan tentunya tidak lepas dari faktor-faktor yang mempengaruhi akseptor KB memilih metode kontrasepsi. Data di atas menunjukkan bahwa KB suntik merupakan metode dengan minat tertinggi. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seorang ibu dalam memilih alat kontrasepsi dalam rahim, diantaranya: usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, ekonomi, tarif pelayanan, persetujuan pasangan, dan budaya (Handayani, 2010).

Kebanyakan dari akseptor KB memilih KB suntik karena mereka hanya perlu melakukannya 1-3 bulan sekali dan tidak perlu melalui proses trauma seperti pada saat pemasangan spiral. Kontrasepsi suntik dinilai efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relative murah dan aman (Uliyah, 2010).

KB suntik 3 bulan juga tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama, bisa digunakan oleh semua wanita yang usia reproduktif (Saifuddin, 2010). Saat ini pendidikan kesehatan mengenai alat kontrasepsi sering dilakukan oleh Puskesmas dan tenaga kesehatan, sehingga pengetahuan akseptor KB meningkat. Hasil penelitian Wahyuni (2015).

Menunjukkan semakin tinggi tingkat pengetahuannya akan lebih memilih kontrasepsi suntik, hal ini menunjukkan pengetahuan mempunyai pengaruh terhadap pemilihan kontrasepsi suntik. Abrar Jurisman (2016)

Keluarga berencana merupakan suatu upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Keluarga berencana memiliki peranan dalam menurunkan resiko kematian ibu melalui pencegahan kehamilan, menunda kehamilan atau membatasi kehamilan. Pelayanan keluarga berencana merupakan upaya pelayanan kesehatan

preventif yang dasar dan utama. (Muhammad Nur Hidayat,2018) Selain itu minimnya kesadaran masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraannya juga menjadi faktor penghambat dari implementasi program keluarga berencana. Seiring berjalannya waktu KB sudah lagi tidak dianggap sebagai sesuatu hal yang menakutkan bagi pasangan usia subur. Kebutuhan mengenai alat kontrasepsi pasca natalitas pertama telah menjadi gaya hidup pasangan usia subur di desa Bandung. Seseorang yang tidak menggunakan kontrasepsi pasca natalitas dianggap sebagai orang yang tertinggal zaman modern saat ini. Terdapat banyak faktor yang memengaruhi seseorang dalam pemilihan kontrasepsi yang akan digunakan. Faktor yang menjadi pertimbangan seseorang dalam memilih alat kontrasepsi antara lain faktor individu, faktor kesehatan, dan faktor metode kontrasepsi seperti biaya, dan efeksamping (Hartanto, 2015).

Selain pengetahuan dan pendidikan yang mempengaruhi PUS dalam pemilihan alat kontrasepsi, ternyata jumlah anak juga mempengaruhi mereka menjadi akseptor KB, dimana jumlah anak yang dimiliki PUS dengan kemauan mereka menjadi akseptor KB dipengaruhi oleh motivasi atau dorongan dari diri individu, dimana penggunaan alat kontrasepsi ini sudah menjadi program pemerintah dan telah adanya slogan dua anak lebih baik, tetapi motivasi PUS tetap kurang untuk menjadi akseptor KB.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Hubungan Motivasi Pasangan Usia Subur dengan keikutsertaan Menjadi Akseptor KB aktif di Desa gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar kiri hulu 1 Tahun 2019 ”.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang masalah diatas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan pertanyaan penelitian yaitu “ Hubungan Motivasi Pasangan Usia Subur dengan keikutsertaan Menjadi Akseptor KB di Desa Gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar kiri hulu 1 Tahun 2019 ? “

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan motivasi pasangan usia subur dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB di Desa gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar kiri hulu 1 Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi motivasi PUS dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB di Desa gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri Hulu I.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi keikutsertaan di Desa gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar kiri hulu 1.
- c. Mengetahui hubungan motivasi PUS dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB di Desa gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri Hulu 1

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Bermanfaat untuk menambah pengetahuan peneliti tentang keluarga berencana dan mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan serta untuk menambah pengetahuan, wawasan, dan pengalaman dalam melakukan penelitian dan sebagai masukan yang dapat dijadikan sebagai perbandingan bagi peneliti di masa yang akan datang serta untuk menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya hubungan motivasi pasangan usia subur dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB.

2. Aspek Praktis

Dapat dijadikan data dasar bagi petugas kesehatan di ruang pelayanan KB Puskesmas Kampar Kiri Hulu 1 kabupaten kampar tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pasangan usia subur dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB, sehingga diupayakan dapat memberikan pelayanan KB kepada masyarakat dengan mengetahui motivasi pasangan usia subur menjadi akseptor KB.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Tinjauan Pustaka

1. Motivasi

a. Pengertian Motivasi

Istilah motivasi berasal dari kata motif yang dapat diartikan sebagai kekuatan yang terdapat dalam diri individu, yang menyebabkan individu tersebut bertindak atau berbuat. Motif tidak dapat diamati secara langsung, tetapi dapat diinterpretasikan dalam tingkah lakunya, berupa rangsangan, dorongan, atau pembangkit, tenaga munculnya suatu tingkah laku tertentu (Uno, 2011).

Motivasi adalah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang bertingkah laku. Dorongan ini berada pada diri seseorang yang menggerakkan untuk melakukan sesuatu yang sesuai dengan dorongan dirinya. Dengan demikian motivasi merupakan dorongan yang terdapat dalam diri seseorang untuk berusaha mengadakan perubahan tingkah laku yang lebih baik (Uno, 2011).

Mcclelland antara lain mengemukakan bahwa yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu atau bekerja adalah berfokus pada tiga kebutuhan dasar yaitu : a) Kebutuhan akan prestasi (*achievement*), dorongan untuk mengguguli atau berprestasi, b) Kebutuhan akan afiliasi atau ikatan hasrat untuk menjaga hubungan yang baik dengan

orang lain, c) Kebutuhan akan kekuasaan (*power*), kebutuhan yang mendorong seseorang untuk mempengaruhi dan menguasai orang lain (Notoatmodjo, 2013).

b. Teori Tentang Motivasi

1) Hierarki kebutuhan Maslow

Hierarki kebutuhan Maslow merupakan salah satu teori motivasi paling terkenal. Secara singkat, Maslow berpendapat bahwa kebutuhan manusia sebagai pendorong (*motivator*) membentuk suatu hierarki atau jenjang peringkat. Motivasi manusia timbul karena adanya kebutuhan yaitu : a) Fisiologis : antara lain rasa lapar, haus, oksigen dan kebutuhan jasmani lainnya, b) Rasa aman : antara lain keselamatan, kebebasan takut dan kecemasan , c) Cinta dan memiliki/dimiliki : antara lain rasa saling menyayangi dan rasa diri terikat antara orang yang satu dan lainnya, d) Penghargaan : meliputi faktor penghormatan dari luar seperti status, pengakuan dan perhatian, e) Aktualisasi diri : dorongan/hasrat untuk menjadi seseorang sesuai ambisinya yang meliputi pencapaian potensi dan pemenuhan kebutuhan diri.

2) Teori Motivasi Dua Faktor (Herzberg)

Analisis menurut Herzberg, menimbulkan dua kumpulan faktor atau dua perangkat kegiatan yang memuaskan kebutuhan manusia, yaitu :

a) Kebutuhan yang berkaitan dengan kepuasan kerja (*motivator*), yang meliputi : prestasi, penghargaan, tanggung jawab, kemauan

keberhasilan dalam mencapai tujuan, peningkatan atau prestasi seseorang.

b) Kebutuhan yang berkaitan dengan ketidak puasan kerja (*hygiene*) yang meliputi : gaji dan insentif, pengawasan keamanan kerja, administrasi, kebijakan, organisasi, dan hubungan antar pribadi antar rekan kerja, atasan dan bawahan ditempat kerja.

3) Teori Harapan Vroom

Vroom (1964), mengembangkan sebuah teori motivasi berdasarkan jenis-jenis pilihan yang dibuat orang untuk mencapai suatu tujuan. Orang akan termotivasi bila ia percaya bahwa : perilaku tentu akan menghasilkan hasil tertentu, hasil tersebut mempunyai nilai positif baginya, hasil tersebut dapat dicapai dengan usaha yang dilakukan seseorang. Jadi seseorang akan memilih ketika ia melihat alternatif-alternatif, tingkat kinerja yang memiliki kekuatan motivasional tertinggi yang berkaitan dengannya.

4) Teori Desakan Kebutuhan Murray

Berbeda dengan Maslow, menurut Murray (1983), kebutuhan-kebutuhan manusia berdiri sendiri-sendiri, terpisah satu dari yang lain. Ini berarti jika mengetahui kekuatan atau tingkat kepuasan atau kebutuhan, tidak berarti kita akan tahu pula mengenai kekuatan kebutuhan-kebutuhan lain. Jadi, untuk mengetahui apa yang memotivasi kita harus mengukur kekuatan semua kebutuhannya yang penting, dan bukannya hanya sekedar menentukan tingkat, dan bukannya hanya

sekedar menentukan tingkat yang telah dicapainya dalam suatu hirarki atau jenjang kebutuhan (Sobur, 2010).

b. Jenis Motivasi

Frandsen yang dikutip oleh sandiman, mengemukakan jenis motivasi dilihat dari dasar pembentukannya, yaitu : motif bawaan (*motive phsyological drives*) dan motif yang dipelajari (*affiliative needs*). Selanjutnya Saediman membagi motif-motif itu menjadi dua golongan sebagai berikut :

- 1) *Phsyological Drives* adalah dorongan yang bersifat fisiologis atau jasmaniah seperti lapar, haus dan sebagainya.
- 2) *Sosial Motives* adalah dorongan-dorongan yang ada hubungannya dengan manusia lain dalam masyarakat seperti : dorongan selalu ingin berbuat baik (etika) dan sebagainya (Sardiman, 2011)

c. Bentuk Motivasi

- 1) Motivasi Intrinsik

Yang dimaksud dengan motivasi intrinsik adalah motif-motif yang menjadi aktif atau berfungsinya tidak perlu dirangsang dari luar, karena dalam diri setiap individu sudah ada dorongan untuk melakukan sesuatu. Dorongan yang menggerakkan itu bersumber pada suatu kebutuhan (Sardiman, 2011).

Kebutuhan tersebut mencakup :

- a) Kebutuhan diperhatikan

Ketika seseorang dipuaskan oleh kebutuhan psikologis dan kebutuhan rasa aman kepentingan berikutnya adalah hubungan antar

manusia. Cinta kasih disini mungkin didasari oleh hubungan-hubungan antar pribadi yang mendalam, tetapi juga dicerminkan dalam kebutuhan untuk menjadi bagian berbagai kelompok sosial (Hamzah, 2011)

b) Kebutuhan akan rasa aman

Ketika kebutuhan fisiologis seseorang sudah dipuaskan, diarahkan pada kebutuhan dan keselamatan, termasuk merasa aman dari setiap ancaman atau kehilangan, serta merasa terjamin (Hamzah, 2011)

c) Minat

Minat adalah keinginan yang timbul dalam diri seseorang bisa dikarenakan sudah sangat mengagumi maupun karisma dari orang tersebut (Hamzah, 2011).

d) Rasa Percaya

Ketika kebutuhan psikologi dan kebutuhan aman terpuaskan maka akan timbul rasa yakin dan percaya yang timbul dalam diri seseorang (Hamzah, 2011)

2) Motivasi Ekstrinsik

Motivasi Ekstrinsik adalah motif-motif yang aktif dan berfungsi karena adanya perangsang dari luar. Misalnya seseorang melakukan sesuatu karena ingin mendapatkan pujian atau penghargaan yang khusus ditawarkan oleh perilaku tersebut (Sobur, 2010). Motivasi ekstrinsik meliputi :

a) Lingkungan

Lingkungan merupakan pengaruh lingkungan tempat dimana orang tinggal bersama para tetangga dan masyarakat lain (Hamzah, 2011).

b) Kepercayaan

Kepercayaan merupakan adanya ketidakpercayaan terhadap para tenaga medis, dokter, bidan, perawat dan tenaga medis lainnya.

c) Budaya

Budaya adalah keseluruhan yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat serta kemampuan dan kebiasaan yang diperoleh dari manusia sebagai anggota masyarakat (Hamzah, 2011).

d) Anjuran Orang Tua

Anjuran orang tua adalah masukan atau permintaan dari orang tua maupun mertua karena pengalaman dan kebiasaan terdahulu (Hamzah, 2011).

d. Mengukur Aspek-aspek Dalam Motivasi

Motivasi merupakan dorongan internal dan eksternal untuk mengadakan perubahan tingkah laku pada umumnya dengan beberapa indikator yang meliputi : 1) Adanya hasrat dan keinginan, 2) Adanya dorongan dan kebutuhan, 3) Adanya harapan dan cita-cita masa depan, 4) Adanya penghargaan, 5) Adanya kegiatan yang menarik, 6) Adanya lingkungan yang kondusif (Uno, 2011).

2. Keluarga Berencana

a. Pengertian KB

Keluarga berencana adalah suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2011).

Keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Noviawati, 2010)

Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran (Setyaningrum, 2014).

Keluarga berencana adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan baik bersifat permanen ataupun sementara (Atikah prowerawati 2010)

b. Tujuan Keluarga Berencana

- 1) Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya
- 2) Pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga

- 3) Terciptanya keluarga yang berkualitas, sumber daya yang bermutu dan pengendalian pertumbuhan penduduk indonesia (Sulistyawati, 2011).

c. Sasaran Program Keluarga Berencana

Menurut Setiyaningrum (2014). Sasaran program KB meliputi :

- 1) Sasaran langsung

Pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

- 2) Sasaran tidak langsung

Pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

d. Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana

Menurut Setiyaningrum (2014) ruang lingkup program KB, meliputi:

- 1) Komunikasi informasi dan edukasi (KIE).
- 2) Konseling.
- 3) Pelayanan infertilitas.
- 4) Pendidikan seks.
- 5) Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan.
- 6) Konsultasi genetik.
- 7) Tes keganasan
- 8) Adopsi

e. Manfaat Usaha KB di Pandang Dari Segi Kesehatan

Peningkatan dan perluasan pelayanan KB merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan yang dialami wanita (BKKBN, 2013).

3. Akseptor Keluarga Berencana

a. Pengertian Akseptor KB

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahirannya (Barbara.R, 2018).

Pembinaan terhadap akseptor kb bisa di lakukan melalui konseling mengenai berbagai metode kontrasepsi yang meliputi cara pemakaian,keuntungan dan kerugian(Lucky 2013)

b. Jenis - Jenis Akseptor KB

- 1) Akseptor aktif adalah akseptor yang ada 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 adalah para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
- 5) Akseptor langsung adalah para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.
- 6) Akseptor dropout adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (BKKBN, 2010).

4. Pengertian Pasangan Usia Subur

Pasangan Usia Subur adalah pasangan suami-istri yang istrinya berumur antara 15 – 49 tahun, dan secara operasional pula pasangan suami-istri yang istri berumur kurang dari 15 tahun dan telah kawin atau istri berumur lebih dari 49 tahun tapi belum menopause (BKKBN, 2013).

BKKBN (2010) menjelaskan bahwa pasangan usia subur (PUS) adalah pasangan suami istri yang istrinya berumur antara 18 tahun sampai 45 tahun atau pasangan suami istri yang istrinya berumur 18 tahun dan sudah menstruasi atau istri yang berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih menstruasi.

5. Kontrasepsi

a. Pengertian Kontrasepsi

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindari / mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua

- duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan (Depkes, 2015).

Kontrasepsi adalah usaha - usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen (Prawirohardjo, 2018).

Kontrasepsi atau antikonsepsi (*conception control*) adalah suatu cara untuk mencegah terjadinya konsepsi dengan menggunakan alat atau obat-obatan yang bertujuan untuk mengatur jumlah dan jarak waktu kelahiran (Mochtar, 2015).

b. Jenis-jenis kontrasepsi

Dalam melaksanakan upaya pencegahan kehamilan terdapat beberapa metode kontrasepsi yaitu :

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana dibagi menjadi dua, metode kontrasepsi tanpa alat atau obat dan metode sederhana dengan alat dan obat.

a) Metode Kontrasepsi Tanpa Alat dan Obat

(1) Senggama Terputus

Koitus Interruptus (senggama terputus) adalah suatu metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadinya ejakulasi intra-vaginal. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna wanita (Hartanto, 2018).

Senggama teputus adalah metode keluarga berencana tradisional dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasinya (Affandi biran 2012)

(2) Pantang Berkala

Pantang berkala adalah kontrasepsi dimana tidak mengadakan coitus pada masa subur (berpantang senggama pada masa/hari-hari subur. Umumnya ovulasi hanya satu kali dalam 1 siklus, ovum sanggup dibuahi selama 1 x 24 jam, spermatozoa sanggup membuahi selama kira-kira (2-3) x 24 jam pasca ejakulasi (Setiyaningrum, 2014)

b) Metode Kontrasepsi dengan Alat dan Obat

(1) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya *lateks* (karet), plastik (*vinil*), atau bahan alami (produksi hewan) yang di pasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektifitasnya (misalnya penambahan *spermisida*) maupun sebagai aksesoris aktifitas seksual (Dewi.k, 2013).

(2) Diafragma

Diafragma adalah alat kontrasepsi dari lateks berbentuk kubah dimasukkan kedalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan berfungsi untuk menutupi serviks, sehingga menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat spermatisida (Dewi.k, 2013).

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung terbuat dari lateks(karet)yang di insersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks(Eka rusdianto 2012)

Spermisida adalah bahan kimia (non oksinal -9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma ,dikemas dalam bentuk aerosol ,tablet vagina,krim(Harni koesno 2012)

2) Metode Kontrasepsi Efektif

a) Pil KB

Pil KB adalah suatu cara kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil atau tablet didalam strip yang berisi gabungan hormon estrogen dan progesteron atau yang hanya terdiri dari hormon progestin saja. Kebijakan pengguna pil diarahkan terhadap pemakaian pil dosis rendah, tetapi meskipun demikian pil dosis tinggi masih disediakan terutama untuk membina peserta KB lama yang menggunakan dosis tinggi (Suratum, 2014).

KB pil berisi zat yang berguna untuk mencegah lepasnya ovum dari tuba fallopi wanita(Titik lurniawati 2015)

b) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR/IUD merupakan alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim yang relatif lebih efektif bila dibandingkan dengan metode pil, suntik, dan kondom. Alat kontrasepsi tersebut terdiri dari plastik elastik, dililit tembaga atau campuran tembaga dan perak, lilitan program menyebabkan reaksi anti fertilitas dengan waktu penggunaan dapat mencapai 2-10 tahun, dengan metode kerja mencegah masuknya spermatozoa/sel mani kedalam saluran tuba (Setiyaningrum, 2014)

AKDR merupakan alat kontrasepsi yang ditempatkan di dalam uterus, yang terbuat dari plastik khusus yang diberi benang pada ujungnya, benang ini gunanya untuk pemeriksaan (control). (Titik kurniawati 2015)

c) Suntik KB

(1) Suntik Kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Spinoat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Clyclofem) dan 50 mg Estradiol valerat yang diberikan injeksi IM sekali sebulan. Mekanisme kerja menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. (Titik kurniawati 2015)

(2) Suntik Progestin

Depo Medroksi Progestin Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikan IM, sangat efektif, aman dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. Cara kerja menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir serviks sehingga tipis dan atrofi, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba (Dewi.k, 2013).

Depo medroksiprogesteron asetat (Depo provera) mengandung 150 mg DMPA yang di berikan setiap 3bulan sekali dengan cara di suntik intramuscular (di daerah bokong)

Depo norethisteron enantat (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg nore tindron diberi setiap 2bulan dengan cara di suntik intramuscular (titik purwati 2015)

(3) Implant

Implant adalah alat kontrasepsi yang digunakan oleh pasangan usia subur, dipasang dibawah kulit lengan atas bagian dalam kira-kira 6-10 cm dari lipatan siku. Mekanisme kerja KB *implant* yaitu: mengentalkan lendir serviks, mengganggu proses pembekuan endometrium sehingga sulit terjadi *implantasi*, mengurangi transportasi sperma, serta menekan ovulasi (Suratum, 2014).

Implant atau susuk kb adalah alat kontrasepsi yang terdiri dari enam kapsul kecil berisi hormone levonorgestrel yang di pasang di bawah kulit lengan atas bagian dalam .implan di pakai selama lima tahun(Titik kurniawai2015)

3) Metode Kontrasepsi Mantap

a) Medis Operatif Wanita (MOW)

Kontrasepsi mantap wanita atau Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seseorang perempuan, mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi, kontrasepsi ini hanya dipakai untuk jangka panjang, dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu ovum (Setiyaningrum, 2014).

b) Medis Operatif Pria (MOP)

Kontrasepsi mantap pria atau vasektomi merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang sangat singkat dan tidak memerlukan anastesi umum, efektifitas setelah 20 ejakulasi atau 3 bulan (Mulyani, 2013).

6. Akseptor KB menurut sasarannya

a. Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

b. Fase mengatur / menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 - 4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3 - 4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

c. Fase mengakhiri kesuburan / tidak hamil lagi

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan

untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontak, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB (Pinem, 2015).

7. Syarat - Syarat Kontrasepsi

Menurut Prawirohardjo (2018). Sebagai usaha untuk mencegah kehamilan hendaknya kontrasepsi memiliki syarat - syarat sebagai berikut:

- a. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
- b. Efek samping yang merugikan tidak ada.
- c. Lima kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
- d. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan.
- e. Tidak memerlukan bantuan medik atau control yang ketat selama pemakaiannya.
- f. Cara penggunaannya sederhana.
- g. Harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
- h. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

8. Berpartisipasi

a. Pengertian berpartisipasi

Berpartisipasi adalah suatu keterlibatan mental dan emosi seseorang kepada pencapaian tujuan dan ikut bertanggung jawab di dalamnya (Keith Davis) dalam defenisi tersebut kunci pemikirannya adalah keterlibata mental dan emosi.sebenarnya partlisifasi adalah suatu gejala demokrasi dimana orang diikut sertakan dalam suatu perencanaan serta dalam pelaksanaan dan juga ikut memikul tanggung jawab sesuai dengan tingkat kematangan dan tingkat kewajibannya. Partisipasi ini menjadi baik di bidang-bidang fisik

maupun bidang mental serta penentuan kebijaksanaan. Jadi kesimpulannya berpartisipasi adalah suatu keterlibatan mental dan emosi serta fisik peserta dalam member respon terhadap kegiatan yang dilaksanakan dalam kegiatan yang mendukung pencapaian tujuan dan bertanggung jawab atas keterlibatannya.

Bentuk partisipasi yang nyata yaitu:

1. Partisipasi uang adalah bentuk partisipasi melancarkan ibu untuk ber KB.
2. Partisipasi harta benda adalah juga merupakan dukungan keluarga kepada ibu agar ibu rutin untuk melakukan KB.
3. Partisipasi tenaga adalah partisipasi yang di berikan dalam bentuk tenaga untuk. Pelaksanaan usaha-usaha yang dapat menunjang suatu keberhasilan program
4. Partisipasi pengalaman yaitu member dorongan atas pengalaman yang telah dia dapat selama melakukan KB.

Faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi dalam (ross,1967:130) mengatakan partisipasi yang tumbuh dalam masyarakat di pengaruhi oleh banyak faktor. Diantaranya yaitu:

1. Usia, faktor ini mempengaruhi sikap seseorang terhadap kegiatan-kegiatan masyarakat yang ada
2. Jenis kelamin, karena sekarang lebih dominan yang ber kb adalah perempuan. jadi untuk berkomunikasi antar peserta itu sangat mudah
3. Pendidikan, ini dikatakan sebagai salah satu syarat mutlak untuk berpartisipasi. karena pendidikan di anggap dapat memengaruhi sikap

hidup seseorang terhadap lingkungan, suatu sikap yang diperlukan bagi peningkatan kesejahteraan seluruh masyarakat.

4. Pekerjaan dan penghasilan. karena banyak ibu-ibu menjadikan alasan untuk tidak ikut ber kb dengan alasan mahal, atau tidak mampu untuk membayarnya. apalagi harus dilakukan tiap bulan. jadi disini kita sebagai bidan harus memperkenalkan semua jenis kontrasepsi kepada masyarakat.
5. Lamanya tinggal. karena semakin lamanya keluarga tinggal di lingkungan itu maka akan berpengaruh pada keikutsertaan. dan keinginan ber kb semakin besar karena di lingkungan itu banyak keluarga yang ber kb.

9. Keikutsertaan

Indonesia merupakan negara yang menempati posisi keempat dunia dengan jumlah penduduk saat ini yaitu sebesar 244,2 juta jiwa dengan laju pertumbuhan yang masih relatif tinggi. Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) meningkat dari data sensus tahun 2000 yaitu sebesar 1,40% menjadi 1,49% pada tahun 2010 dan jumlah penduduk akan terus bertambah sesuai dengan LPP(1).

Dari peningkatan jumlah penduduk yang cukup pesat pemerintah melakukan berbagai program pembangunan Sumber Daya Manusia, salah satunya adalah dilaksanakan program Keluarga Berencana (KB). KB secara makro, berfungsi mengendalikan kelahiran, sedangkan dalam perspektif mikro bertujuan untuk membantu keluarga dan individu dalam mewujudkan hak-hak reproduksi, penyelenggaraan pelayanan, pengaturan, dan dukungan untuk membentuk keluarga kecil berkualitas(2).

Laju pertumbuhan penduduk yang masih tinggi merupakan suatu fenomena yang memerlukan penanganan yang serius dari masyarakat dan pemerintah. Pada tahun 2012 jumlah penduduk Indonesia sebesar 230 juta jiwa dan meningkat pada tahun 2013 menjadi 250 juta jiwa. Salah satu penyebab masih tingginya laju pertumbuhan tersebut dikarenakan masih ada Pasangan Usia Subur (PUS) yang tidak menggunakan alat kontrasepsi. Jenis penelitian ini menggunakan analitik dengan desain cross sectional yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keikutsertaan PUS menjadi akseptor KB di Desa Ujung Payung Kecamatan Payung Kabupaten Karo Tahun 2015. Populasi dalam penelitian ini seluruh PUS yang ada di Desa Ujung Payung pada Tahun 2015 sebanyak 140 orang dan keseluruhannya dijadikan sebagai sampel. Analisa data digunakan dengan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Hasil penelitian yang diperoleh univariat: mayoritas responden berumur 20-35 tahun (74 orang), pendidikan menengah (77 orang), paritas ≤ 3 (73 orang) dan jenis kelamin anak perempuan (93 orang), bivariat: semua variabel berpengaruh terhadap keikutsertaan PUS menjadi akseptor KB, umur (p value 0,002), pendidikan (p value 0,000), paritas (p value 0,000), pengetahuan (p value 0,000), sikap (p value 0,001), dukungan tenaga kesehatan (p value 0,001) dan multivariat: yang paling dominan berpengaruh adalah pengetahuan. Diharapkan kepada petugas lapangan keluarga berencana agar lebih memperhatikan pasangan usia subur untuk meningkatkan pengetahuan tentang keluarga berencana

10. Hubungan Motivasi Pasangan Usia Subur Dengan Keikutsertaan Menjadi Akseptor KB

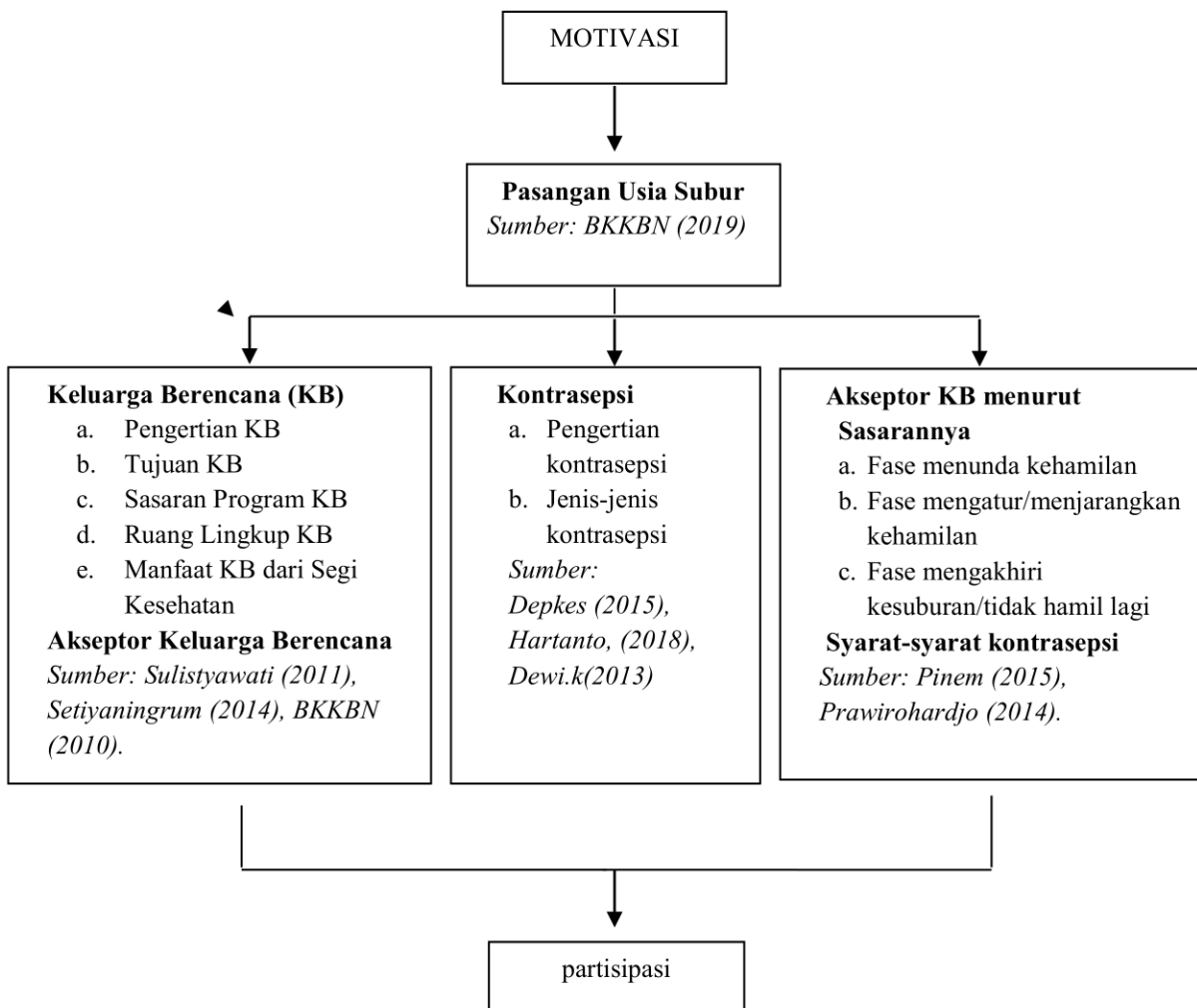
11. Penelitian Terkait

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Yuda Yulia Kristiarini (2014) dengan judul “Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Motivasi Ibu Peserta Keluarga Berencana dengan Persepsi Kesuburan Setelah Melahirkan Dipuskesmas Klaten Utara Tahun 2014”. Desain penelitian yang digunakan adalah observasi dengan rancangan penelitian *cross sectional* dan menggunakan pendekatan *kuantitatif*. Populasinya adalah 617 orang dengan sasaran 100 orang sample 80 orang diambil secara *simple random sampling*/acak sederhana. Data dikumpulkan dengan lembar kuesioner, serta hasil penelitian dinyatakan dengan skala interval dan rasio dengan korelasi ganda dapat dilanjut regresi ganda. Hasil penilitia didapatkan tingkat pengetahuan dan Motivasi ibu peserta Keluarga Berencana berpengaruh secara signifikan terhadap persepsi kesuburan ibu setelah melahirkan (Regresi Ganda) didapatkan nilai Sig = 0,000 < alpha 0,05, maka Ho ditolak. Hal ini disebabkan motivasi akan timbul apabila didasari dengan tingkat pengetahuan tentang persepsi kesuburan setelah melahirkan lebih paham sehingga akan memantapkan ibu untuk menjadi peserta KB baru. Kesimpulan : Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan motivasi ibu peserta keluarga berenana dengan persepsi kesuburan setelah melahirkan.
- b. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Etik Sulistyorini (2013), dengan judul penelitian “ Hubungan Pengetahuan Akseptor KB Suntik 3 Bulan Dengan Motivasi Kunjungan Ulang Di Pos Kesehatan Desa Karangkepoh Boyolali Tahun 2013 “. Desain penelitian ini adalah analitik, dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh

akseptor kontrasepsi suntik tiga bulan di Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) Karangkepoh Karanggede Boyolali pada bulan Juni tahun 2013 sejumlah 40 orang, tehnik sampling *total sampling*. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner dan analisa data menggunakan *Spearman Rank*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai r hitung adalah 0,379 dengan ρ value 0,016, hasil tersebut menunjukkan bahwa ρ value $< 0,05$ sehingga terdapat hubungan pengetahuan akseptor KB suntik 3 bulan dengan motivasi kunjungan ulang di Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) Karangkepoh Karanggede Boyolali Tahun 2013 dengan tingkat kepercayaan 95%. Kesimpulan penelitian ini adalah terdapat hubungan pengetahuan akseptor KB suntik 3 bulan dengan motivasi kunjungan ulang.

B. Kerangka Teori

Atas dasar kajian kepustakaan tentang hubungan motivasi pasangan usia subur dengan berpartisipasi menjadi akseptor KB, maka ditunjukkan kerangka teori pada skema 2.1 sebagai berikut.



Skema 2.1

Kerangka teori

Hubungan Motivasi Pasangan Usia Subur dengan berpartisipasi Menjadi Akseptor KB

C. Kerangka Konsep

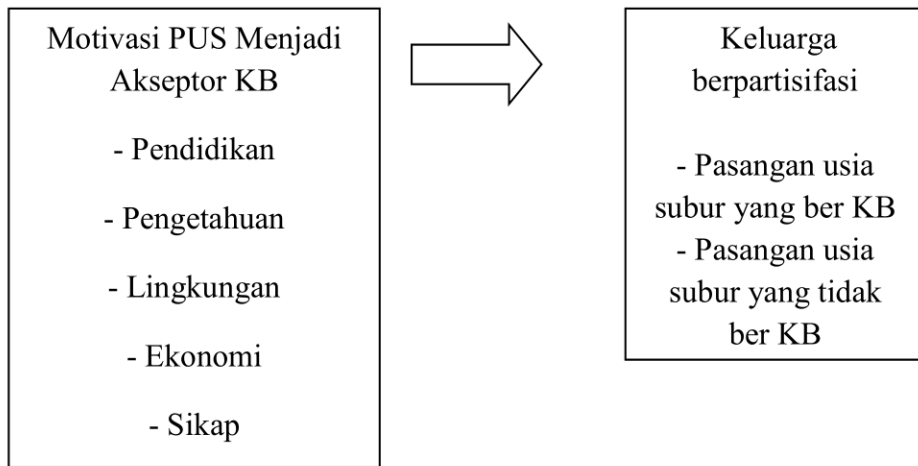
Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah (Hidayat, 2014).

Kerangka konsep pada penelitian Hubungan Motivasi Pasangan Usia Subur dengan berpartisipasi Menjadi Akseptor KB di Desa gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri Hulu I dapat di lihat pada skema berikut ini.

Skema 2.2 Kerangka Konsep

Variabel Independent

Variabel Dependent



D. Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha : Ada Hubungan Motivasi PUS dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB di Desa Gema wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri Hulu 1 .

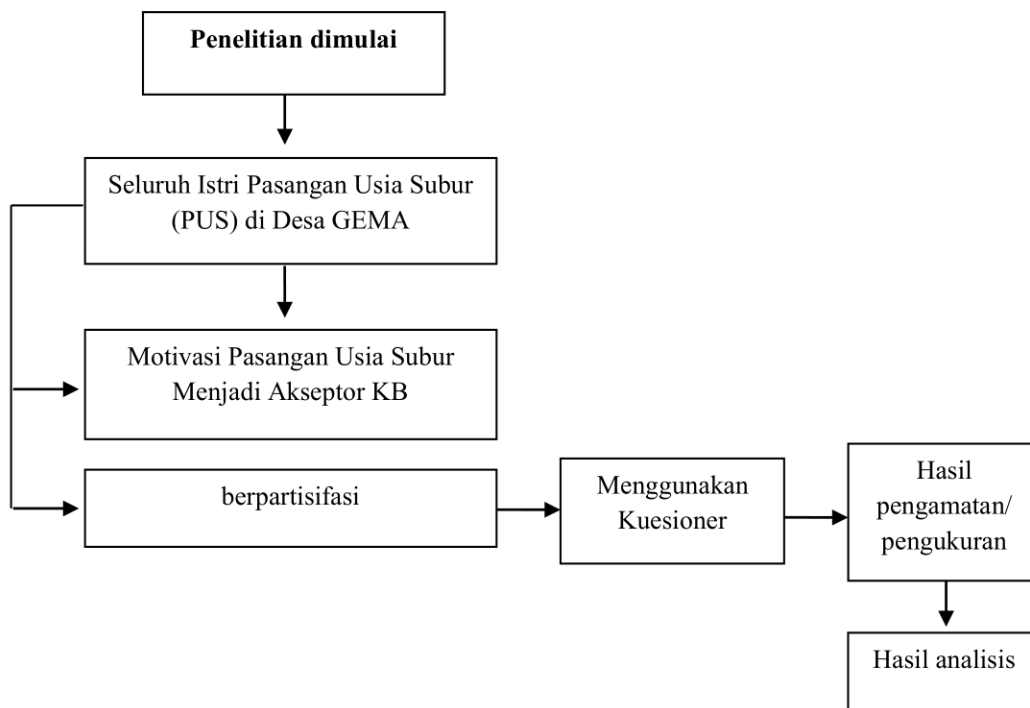
BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian *analitik kuantitatif* dengan menggunakan desain penelitian *Cross Sectional* dimana rancangan penelitian melakukan pengukuran secara bersamaan (sekali waktu) antara faktor resiko (*independen*) dengan faktor resiko efek (*dependen*) (Hidayat, 2014).

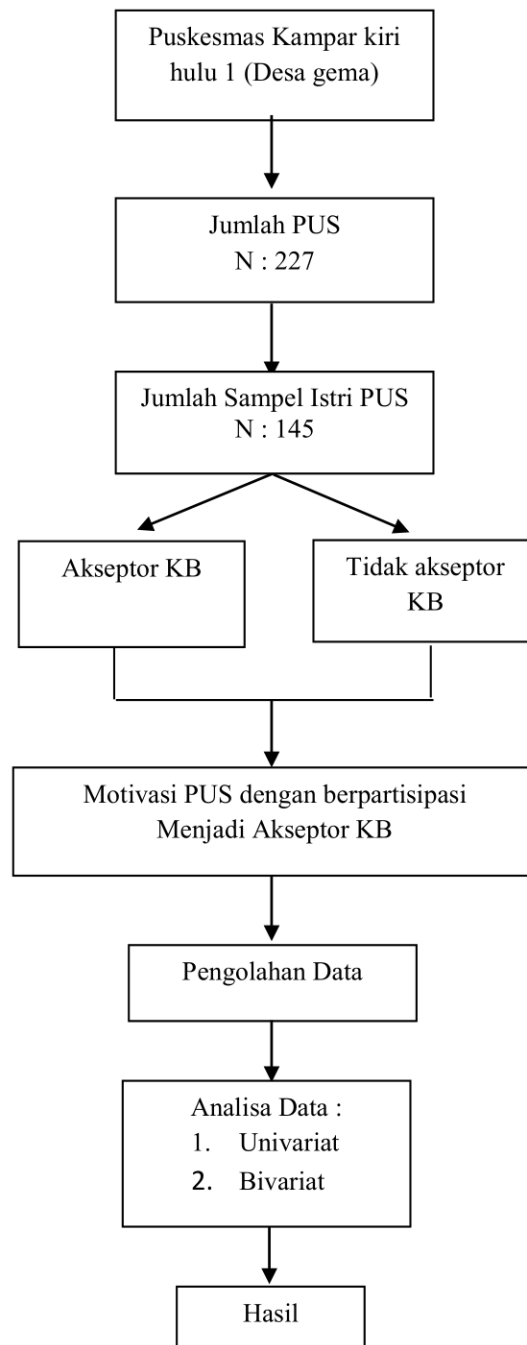
1. Rancangan Penelitian



sumber: Hidayat A. Aziz Alimun (2014)

Skema 3.1 Rancangan Penelitian

2. Alur Penelitian



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

Prosedur pengumpulan data yang di pakai dalam penelitian ini adalah untuk memperoleh data primer peneliti menyebarkan pertanyaan kepada responden berupa *kuesioner* mengenai motivasi PUS menjadi akseptor KB dengan jumlah anak. Data skunder melalui dari :

- a. Mengajukan surat permohonan pembuatan izin penelitian kepada bagian program DIV Kebidanan.
- b. Setelah mendapatkan izin penelitian dari bagian program studi DIV Kebidanan tersebut diberikan kepada Dinas BKKBN Kabupaten Kampar.
- c. Tembusan surat disampaikan kepada kepala Dinas BKKBN Kesehatan Kabupaten Kampar.
- d. Setelah mendapatkan izin, peneliti memohon izin kepada kepala Dinas Kesehatan untuk pengambilan data
- e. Survei ke Puskesmas Kampar kiri hulu 1, yang memiliki jumlah persentase PUS yang tidak ber-KB paling tinggi dan membuat izin pengambilan data.
- f. Membuat proposal penelitian
- g. Melakukan seminar proposal penelitian

4. Variabel Penelitian

Variabel-variabel yang akan diteliti pada penelitian ini adalah

- a. Variabel independen (variabel bebas) adalah Motivasi PUS menjadi akseptor KB
- b. Variabel Dependen (Variabel terikat) adalah Jumlah anak dan yang ikut berpartisipasi

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di Desa Gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri Hulu 1.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada tanggal 29 Juni -03 Julitahun 2020.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek peneliti atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh istri pasangan usia subur (PUS) di Desa Gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri hulu 1 yang berjumlah 227orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh penelitian (Notoatmodjo, 2010). Sampel pada penelitian ini adalah istri pasangan usia subur (PUS) di Desa Gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri Hulu I yang berjumlah 145 orang.

a. Kriteria Sampel

1) Kriteria inklusi

a) Pasangan usia subur yang berada di Desa Gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri Hulu 1 tahun 2019.

b) Bersedia menjadi responden.

2) Kriteria Eksklusi

a) Pasangan usia subur pindah daerah saat penelitian.

b. Teknik Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik simple random sampling, yaitu mengambil sampel secara acak sederhana dengan menulis nama-nama anggota populasi dikertas, diletakkan pada kotak, diaduk, dengan demikian jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 227 PUS yang ada di Desa Gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar kiri hulu I.

c. Besar Sampel

Jumlah sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus dibawah ini : Notoatmodjo (2010)

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Derajat ketepatan (tingkat signifikan) yang digunakan 0,05

$$n = \frac{227}{1 + 227 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{227}{1 + 227 (0,0025) = 0,5675}$$

$$n = \frac{227}{1 + 0,5675}$$

$$n = \frac{227}{1,5675}$$

$$n = \frac{227}{1,5675}$$

$$n = 144,80 \longrightarrow n = 145$$

D. Etika Penelitian

1. Lembaran Persetujuan (*Informed consent*)

Lembar persetujuan merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembaran persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuannya adalah agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampaknya. Jika calon responden bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut. Jika menolak untuk diteliti maka peneliti akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. Tanpa Nama (*Anomity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak akan menantumkan nama pada lembaran pengumpulan data, cukup dengan memberikan nomor kode pada masing-masing lembaran teks.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan Informasi responden dijamin oleh peneliti, dan data yang didapat tidak akan disebar luaskan dan akan digunakan sebaik mungkin, dan setelah itu data yang didapat akan dimusnakan.

E. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data pada penelitian ini berupa kuesioner yang berisikan pertanyaan tentang motivasi PUS yang berpartisipasi menjadi akseptor KB di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar kiri hulu I :

1. Motivasi Pasangan usia subur menjadi akseptor KB dengan keikutsertaan diukur dengan kriteria (Skala Likert (Hidayat, 2014)

Pernyataan Positif

4 : bila sangat setuju

3 : bila setuju

2 : bila tidak setuju

1 : bila sangat tidak setuju

Pernyataan Negatif

1 : bila sangat setuju

2 : bila setuju

3 : bila tidak setuju

4 : bila sangat tidak setuju

2. Untuk mengukur keikutsertaan dengan menggunakan kuesioner dengan melihat partisipasi keluarga terhadap wanita.

1 Peserta yang ikut ber KB

0 Peserta yang tidak ikut ber KB

F. Prosedur Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumbernya dan dicatat oleh peneliti. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui hasil kuesioner 145 orang PUS di Desa gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar kiri

hulu I, dengan tujuan mendapat data kuantitatif tentang motivasi PUS menjadi akseptor KB.

2. Data Skunder

Data sekunder adalah data yang secara tidak langsung diperoleh dari sumbernya, tetapi melalui pihak kedua. Dalam hal ini peneliti mempergunakan data yang diambil dengan melihat data laporan keluarga berencana Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar dan Puskesmas Kampar kiri hulu 1 yang berkaitan dengan data PUS.

G. Teknik Pengolahan Data

1. Pengolahan Data (*Editing*)

Setelah semua kuesioner diisi kemudian diperiksa untuk mengurangi kesalahan.

2. Pengkodean (*Coding*)

Memberikan kode pada setiap informasi yang telah terkumpul untuk setiap pertanyaan dalam kuesioner guna pengolahan data.

3. Memasukkan Data (*Entry*)

Setelah semua kuesioner diisi dengan benar maka data kemudian dimasukkan ke dalam master tabel

4. Tabulasi Data (*Tabulating*)

Tabulasi dilakukan dengan memindahkan data kode kedalam tabel-tabel, diagram yang tersedia dengan menggunakan tabel distribusi.

5. Membersihkan (*Cleaning*)

Merupakan pengecekan kembali data yang terkumpul.

H. Defenisi Operasional

| No | Variabel | Defenisi Operasional | Alat Ukur | Cara Ukur | Skala ukur | Hasil ukur |
|-------------------|----------------------------------|---|-----------|--------------------------------|------------|---|
| Penelitian | | | | | | |
| Variabel | | | | | | |
| Independen | | | | | | |
| 1. | Motivasi PUS menjadi akseptor KB | Motivasi adalah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang bertingkah laku. Dorongan ini berada pada diri seseorang yang menggerakkan untuk melakukan sesuatu yang sesuai dengan dorongan dalam dirinya. | Kuesioner | Kuesioner dengan 20 pertanyaan | Ordinal | 1 .Positif, jika $\geq \text{mean } (55,5)$ 2. Negatif, jika $< \text{mean } (55,5)$ |
| 2. | Keikutsertaan | keikutsertaan adalah suatu keterlibatan mental dan emosi seseorang kepada pencapaian tujuan dan ikut bertanggung jawab di dalamnya(Keith Davis)dalam defenisi tersebut kunci pemikirannya adalah keterlibatan mental dan emosi.sebenarnya sesuai dengan tingkat kematangan dan tingkat kewajibannya.parti sipasi ini menjadi baik di bidang–bidang fisik maupun bidang mental | Kuesioner | Kuesioner | ordinal | <u>1.peserta yang ikut ber KB</u> <u>0 peserta yang tidak ikut ber KB</u> |

I. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat. dengan rumus :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

p : Persentase

F : Frekuensi

N : Jumlah Sampel

Menurut Iskandar (2010) Rumus mencari Rata-rata (Mean).

$$\text{Rata-rata} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Sampel}}$$

2. Analisis Bivariat

Analisis Bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen menggunakan unistatistik Chi Square (X^2) dengan menggunakan derajat ketepatan (tingkat signifikan) 5% ($\alpha = 0,05$).

Adapun syarat-syarat *uji-square*:

1. Jumlah sampel harus cukup banyak untuk meyakinkan kita bahwa terdapat kesamaan antara distribusi teoritis dengan distribusi sampling.
2. Pengamatan harus bersifat independen (*unpaired*). Ini berarti bahwa jawaban satu subjek tidak berpengaruh terhadap jawaban subjek lain atau satu subjek hanya satu kali digunakan dalam analisis.
3. Skala nominal.
4. Jumlah frekuensi yang diharapkan harus sama dengan jumlah frekuensi yang diamati.
5. Pada derajat kebebasan sama dengan 1 (tabel 2 x 2) tidak boleh ada nilai ekspektasi yang sangat kecil (<5).
6. Tidak boleh ada sel yang nilai ekspektasi kurang dari 1 tidak boleh lebih dari 20% sel mempunyai nilai harapan kurang dari 5. Pada pengujian dengan chi square ini akan menghasilkan dua kemungkinan keputusan, yaitu dengan ketentuan:
 - a. Bila nilai $P_{\text{value}} \leq \alpha$ maka H_a diterima, artinya ada hubungan motivasi Pasangan Usia Subur dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB
 - b. Bila nilai $P_{\text{value}} > \alpha$ maka H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan motivasi Pasangan Usia Subur dengan keikutsertaan menjadi akseptor KB aktif .

Rumus Chi Square :

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

fo : frekuensi observasi

fe : frekuensi harapan

Hasil berdasarkan uji *Chi-Square* :

Analisa yang dinyatakan ada hubungan secara bermakna dengan cara membandingkan nilai *P value* dengan nilai *alpha* ($\alpha = 0,05$) dengan kriteria menggunakan komputerisasi