



ASUHAN KEBIDANAN

KELUARGA

BERENCANA

Yulizawati, SST., M.Keb
dr. Detty Iryani, M.Kes., M.Pd.Ked., AIF (Alm.)
Lusiana El Sinta B, SST.,M.Keb
Aldina Ayunda Insani ,Bd.,M.Keb



**Indomedia**
Pustaka

ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

Yulizawati, SST., M.Keb
dr. Detty Iryani, M.Kes., M.Pd.Ked., AIF (Alm.)
Lusiana El Sinta B, SST.,M.Keb
Aldina Ayunda Insani ,Bd.,M.Keb



Edisi Asli
Hak Cipta © 2019 pada penulis
Griya Kebonagung 2, Blok I2, No.14
Kebonagung, Sukodono, Sidoarjo
Telp.: 0812-3250-3457
Website: www.indomediapustaka.com
E-mail: indomediapustaka.sby@gmail.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

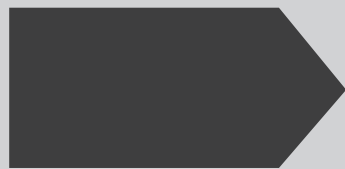
1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (**tujuh**) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (**lima**) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

Yulizawati,
Iryani, Detty
El Sinta B, Lusiana
Insani, Aldina Ayunda

Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana/Yulizawati, Detty Iryani,
Lusiana El Sinta B, Aldina Ayunda Insani
Edisi Pertama
—Sidoarjo: Indomedia Pustaka, 2019
Anggota IKAPI No. 195/JTI/2018
1 jil., 17 × 24 cm, 162 hal.

ISBN: 978-623-7137-74-0

1. Kebidanan
I. Judul
2. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana
II. Yulizawati, Detty Iryani (Alm.), Lusiana El Sinta B,
Aldina Ayunda Insani



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar dengan Judul “Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana”. Penulisan Buku ajar ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran baik bagi dosen maupun mahasiswa. Adanya Buku Ajar ini diharapkan dapat menjadi referensi, meningkatkan motivasi dan suasana akademik yang menyenangkan bagi mahasiswa karena sistematika yang terstruktur sesuai dengan tujuan pembelajaran.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tiada hingga kepada:

1. Rektor Universitas Andalas, Bapak Prof. Dr. Tafdil Husni, SE. MBA yang selalu memberikan kesempatan pengembangan bagi dosen dalam pelaksanaan tri dharma perguruan tinggi.
2. Ketua LPPM Universitas Andalas, Bapak Dr.-Ing Uyung Gatot S. Dinata yang selalu memberikan motivasi dan memfasilitasi pengembangan dosen.

3. Dekan Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Bapak Dr. dr.Wirsma Arif Harahap, Sp.B (K) Onk, yang selalu memberikan motivasi dan arahan bagi penulis.
4. Ketua Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Yulizawati, SST.,M.Keb.
5. Bapak Heru Dibyo Laksono,ST.,MT yang telah banyak membantu dalam proses penerbitan buku ini.
6. Bapak/ Ibu Dosen dan tenaga kependidikan di Prodi S1 Kebidanan dan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang telah banyak memberikan inspirasi kepada penulis.

Penulis berharap semoga buku ajar ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Masukan dan saran yang konstruktif selalu diharapkan untuk kesempurnaan dimasa yang akan datang.

Padang, Agustus 2019

Penulis

DESKRIPSI SINGKAT MATA KULIAH KEGUNAAN MATA KULIAH

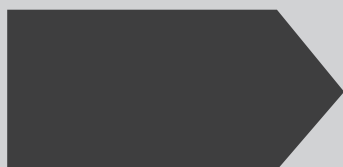
Blok 5.C yang berjudul Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana, adalah blok yang harus dipelajari oleh mahasiswa semester V di Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Mahasiswa yang mengikuti pembelajaran pada Blok Mata kuliah ini memberi kesempatan mahasiswa untuk Mata kuliah ini memberi kesempatan mahasiswa untuk memahami tentang Konsep kependudukan di Indonesia, Perkembangan KB, Metoda KB, KIE pelayanan KB, Dokumentasi, pelaporan, dan rujukan KB

Harapan kepada mahasiswa tentang pemahamannya terhadap konsep Mata kuliah ini memberi kesempatan mahasiswa untuk memahami tentang Konsep kependudukan di Indonesia, Perkembangan KB, Metoda KB, KIE pelayanan KB, Dokumentasi, pelaporan, dan rujukan KB. Oleh karena itu, penguasaan materi pada Blok 5.C adalah penting, akan menjadi memberikan bekal bagi peserta didik untuk memberikan asuhan kebidanan pada keluarga berencana nantinya.

Pembelajaran dipersiapkan berupa perkuliahan oleh pakar pada bidang yang sesuai, diskusi tutorial, latihan keterampilan klinik di laboratorium, diskusi pleno dan diskusi topik. Blok ini berjalan selama 6 minggu, setiap minggu akan ada 2 kali pertemuan tutorial yang setiap minggu tersebut membahas 1 modul yang berbeda, artinya, 6 minggu perblok akan membahas 6 modul. Selain kuliah pakar, mahasiswa juga melaksanakan latihan keterampilan klinik yang dibimbing oleh seorang instruktur dan tiap topiknya akan diadakan ujian keterampilan. Kemudian peserta didik juga dibekali kegiatan diskusi pleno dengan topik yang disesuaikan antara perkuliahan dan bahan tutorial. Pada akhir blok, peserta didik akan mengikuti evaluasi pembelajaran teori blok 5.C berupa ujian tulis.

TUJUAN UMUM PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa mampu menjelaskan Konsep kependudukan di Indonesia
2. Mahasiswa mampu menjelaskan Perkembangan Keluarga Berencana (KB)
3. Mahasiswa mampu menjelaskan Metoda KB 1
4. Mahasiswa mampu menjelaskan Metoda KB 2
5. Mahasiswa mampu menjelaskan KIE pelayanan KB,
6. Mahasiswa mampu menjelaskan Dokumentasi, pelaporan, dan rujukan KB



DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	vii
Bab 1 Konsep Dasar Kependudukan	1
A. Pendahuluan	1
B. Penyajian	2
Uraian Materi.....	2
1.1 Konsep Dasar Kependudukan	2
1.2 Kualitas dan Kuantitas Penduduk.....	4
1.3 Populasi Penduduk Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin	6
1.4 Sumber Data Kependudukan dan Dinamika Penduduk.....	8
1.5 Masalah Kependudukan di Indonesia.....	10
1.6 Ukuran Dasar Demografi.....	13





1.7	<i>Pengertian dan Faktor yang Mempengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk</i>	14
	Latihan.....	18
	Ringkasan atau Poin-Poin Penting	19
	Penutup.....	19
	Pertanyaan Diskusi.....	20
	Soal Latihan.....	21
	Umpan Balik dan Tindak Lanjut.....	22
	Daftar Pustaka.....	22
Bab 2	Konsep Dasar Keluarga Berencana	23
A.	Pendahuluan	23
B.	Penyajian—Uraian Materi.....	24
2.1	<i>Sejarah dan Perkembangan KB</i>	24
2.2	<i>Konsep Keluarga Berencana</i>	29
2.3	<i>Organisasi dan Program Keluarga Berencana</i>	30
2.4	<i>Manajemen Program Keluarga Berencana yang Berkualitas</i>	33
2.5	<i>Masalah dalam Pelayanan Keluarga Berencana</i>	34
2.6	<i>Keikutsertaan Pria dalam Ber-KB</i>	34
2.7	<i>Peran Bidan dalam Pelayanan Keluarga Berencana</i>	36
2.8	<i>Dampak Program Keluarga Berencana</i>	37
	Latihan.....	37
	Ringkasan atau Poin-Poin Penting	38
	Penutup.....	38
	Pertanyaan Diskusi.....	39
	Soal Latihan.....	40
	Umpan Balik dan Tindak Lanjut.....	42
	Daftar Pustaka.....	42
Bab 3	Kontrasepsi Sederhana, Alamiyah dan Masa Postpartum	43
A.	Pendahuluan	43
B.	Penyajian	44
	Uraian Materi.....	44
3.1	<i>Kontrasepsi Sederhana</i>	44
3.2	<i>Kontrasepsi Darurat</i>	57
3.3	<i>Kontrasepsi Masa Postpartum</i>	60
3.4	<i>Peran Bidan dalam Pelayanan Kontrasepsi</i>	66
	Latihan.....	67
	Ringkasan atau Poin-Poin Penting	68

Penutup	68
Pertanyaan Diskusi.....	69
Soal Latihan	69
Umpan Balik dan Tindak Lanjut.....	71
Istilah atau Kata Penting.....	72
Daftar Pustaka.....	72
Bab 4 Kontrasepsi Hormonal, Non Hormonal dan Operatif	73
A. Pendahuluan	73
B. Penyajian	74
Uraian Materi.....	74
4.1 Kontrasepsi Hormonal.....	74
4.2 Kontrasepsi Non Hormonal.....	79
4.3 Kontrasepsi Operatif.....	81
4.4 Penapisan KB.....	87
4.5 Mitos-Mitos Penggunaan KB.....	88
4.6 Manajemen Asuhan Kebidanan dalam <i>Pelayanan KB Hormonal, Non Hormonal dan Operatif.....</i>	90
Latihan.....	92
Ringkasan atau Poin-Poin Penting	93
Penutup	93
Pertanyaan Diskusi.....	94
Soal Latihan	94
Umpan Balik dan Tindak Lanjut.....	95
Daftar Pustaka.....	96
Bab 5 Konseling Keluarga Berencana.....	97
A. Pendahuluan	97
B. Penyajian	98
Uraian Materi.....	98
5.1 Pengertian, Tujuan dan Prinsip Konseling KB.....	98
5.2 Faktor yang Mempengaruhi Konseling KB.....	102
5.3 Pendidikan Kesehatan tentang KB	103
5.4 Informed Choice dan Informed Consent dalam Konseling KB.....	104
5.6 Pendidikan Kesehatan yang Terkait dengan <i>Kesehatan Seksual dan Reproduksi.....</i>	108
Latihan.....	110
Ringkasan atau Poin-Poin Penting	110
Penutup.....	110

Pertanyaan Diskusi.....	112
Soal Latihan.....	112
Umpan Balik dan Tindak Lanjut.....	115
Daftar Pustaka.....	115
Bab 6 Pencatatan dan Pelaporan Keluarga Berencana.....	117
A. Pendahuluan	117
B. Penyajian	118
Uraian Materi.....	118
6.1. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan KB.....	118
6.2. System Monitoring dan Evaluasi Pelayanan KB.....	127
6.3. Audit Medik Pelayanan KB.....	131
6.5. System Rujukan dalam Pelayanan KB.....	133
Latihan.....	136
Ringkasan atau Poin-Poin Penting	136
Penutup.....	137
Pertanyaan Diskusi.....	138
Soal Latihan.....	138
Umpan Balik dan Tindak Lanjut.....	141
Istilah atau Kata Penting.....	141
Daftar Pustaka.....	141
Petunjuk Bagi Mahasiswa untuk Mempelajari Buku Ajar.....	143
Petunjuk Bagi Dosen.....	145
Kunci Soal Latihan.....	146



Bab 1

KONSEP DASAR KEPENDUDUKAN

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai tentang konsep dasar kependudukan. Mahasiswa memiliki kompetensi untuk memberikan asuhan kebidanan pada keluarga berencana sehingga mahasiswa harus memahami konsep tentang kependudukan, laju pertumbuhan penduduk. Adanya sasaran dan program yang akan dilakukan sebagai salah satu bentuk keterkaitan antara penduduk dengan program keluarga berencana. Dengan menguasai Bab ini mahasiswa dapat mengetahui konsep dasar kependudukan dan keluarga berencana.

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian kependudukan
2. Menjelaskan kuantitas dan kualitas penduduk
3. Menjelaskan populasi penduduk berdasarkan umur dan jenis kelamin
4. Menjelaskan masalah-masalah kependudukan
5. Menjelaskan sumber data kependudukan dan dinamika penduduk
6. Menjelaskan laju pertumbuhan penduduk dan faktor/variabel demografi
7. Menjelaskan ukuran-ukuran dasar demografi

Kaitan Konsep Dasar Kebidanan Komunitas dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang keluarga berencana harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara) dan 5.B (Kebidanan Komunitas)

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memiliki sikap, keterampilan umum, keterampilan khusus dan pengetahuan dalam capaian pembelajaran sebagai mitra perempuan, pemberi pelayanan keluarga berencana (*Care Provider*), *Communicator*, *Community Leader*, *Decision Maker* dan *Manager*. Memberikan pelayanan keluarga berencana yang tepat sasaran, berhasil guna dan efisien.

B. PENYAJIAN

Uraian Materi

1.1 Konsep Dasar Kependudukan

1.1.1 Pengertian Penduduk

Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga 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. Perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga adalah upaya terencana untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan mengembangkan kualitas penduduk pada seluruh dimensi penduduk.

Demikian pula ketidakseimbangan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan, bisa mengakibatkan rendahnya fertilitas dan rendahnya angka pertumbuhannya. Ketidakseimbangan itu akan mempengaruhi pola keadaan sosial, ekonomi, dan keluarga.

Pengelompokan penduduk berdasarkan ciri – ciri tertentu dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Biologi: umur dan jenis kelamin,
- b. Sosial: pendidikan dan status,
- c. Ekonomi: jenis pekerjaan, lapangan pekerjaan, dan tingkat pendapatan,
- d. Geografi: tempat tinggal
- e. Budaya: agama dan adat istiadat

1.1.2 Ruang Lingkup Ilmu Kependudukan

Demografi menekankan pada kajian-kajian sebagai berikut:

1. Besar atau jumlah, komposisi dan distribusi penduduk dalam suatu wilayah
2. Perubahan-perubahan dari jumlah penduduk, komposisi dan distribusinya.
3. Komponen-komponen dari perubahan tersebut
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan komponen-komponen tersebut
5. Konsekuensi dari perubahan baik jumlah, komposisi ataupun distribusi dalam komponen-komponen tersebut

1.1.3 Tujuan Kajian Kependudukan

Dilihat dari variable dasar demografi dan karakteristik penduduk maka para pakar bersepakat menyatakan tujuan utama kajian ilmu kependudukan adalah:

1. Mengetahui kualitas dan distribusi penduduk dalam suatu daerah tertentu
2. Menjelaskan pertumbuhan masa yang lampau, penurunannya dan penyebarannya dengan data yang tersedia
3. mengembangkan sebab akibat anatara perkembangan laju pertumbuhan penduduk dengan berbagai aspek sosial lainnya
4. Mencoba meramalkan pertumbuhan penduduk di masa yang akan datang dengan kemungkinan-kemungkinan konsekuensinya.

1.2 Kualitas dan Kuantitas Penduduk

1.2.1 Kualitas Penduduk

Kualitas penduduk merupakan komponen terpenting, sebab dari penduduk yang berkualitas, upaya pembangunan dapat dilaksanakan dengan baik. Kualitas penduduk adalah keadaan penduduk baik individu maupun kelompok berdasarkan tingkat kemajuan yang telah dicapai. Untuk mengukur kualitas penduduk agak sulit karena manusia memiliki karakteristik dan latar belakang yang berbeda. Penampilan manusia itu merupakan campuran antara unsure fisik (pendidikan, kesehatan) dan non fisik (keimanan, kerjasama, solidaritas). Menurut PBB, kualitas penduduk dapat dilihat dari 3 aspek: pendidikan, kesehatan, pendapatan

- Pendidikan

Pendidikan mencerminkan kemampuan penduduk beradaptasi dengan kemajuan IPTEK. Untuk mengukur tingkat pendidikan penduduk dapat dilaksanakan dengan cara memperhatikan data penduduk yang buta huruf, tamat sd, smp atau sma. Semakin tinggi buta huruf, kualitas penduduk aspek pendidikan semakin rendah. Tingkat pendidikan di Indonesia masih sangat rendah yaitu sebagian besar tamat SD. Ada beberapa alasan yang menyebabkan kondisi tersebut:

- Biaya pendidikan yang relative mahal
- Minat sekolah sangat rendah terutama daerah terpencil
- Sarana dan prasarana pendidikan masih sangat terbatas

- Kesehatan

Semakin banyak penduduk yang sakit, semakin rendah kualitas penduduk. Ukuran dasar yang biasa digunakan adalah angka kematian bayi.

Faktor penentu

- Status gizi penduduk
- Pelayanan kesehatan
- Tingkat pendapatan dan pendidikan
- Sanitasi lingkungan

- Pendapatan

Tingkat pendapatan berkaitan dengan jenis mata pencarian. Sebagian besar penduduk Indonesia memiliki mata pencarian sebagai petani. Untuk mengetahui tingkat pendapatan penduduk suatu Negara, PBB telah membuat suatu patokan didasarkan pada rata-rata pendapatan perkapita. Pendapatan perkapita adalah pendapatan rata-rata setiap orang dalam suatu Negara dalam satu tahun

$$PI = GNP : P$$

Ket:

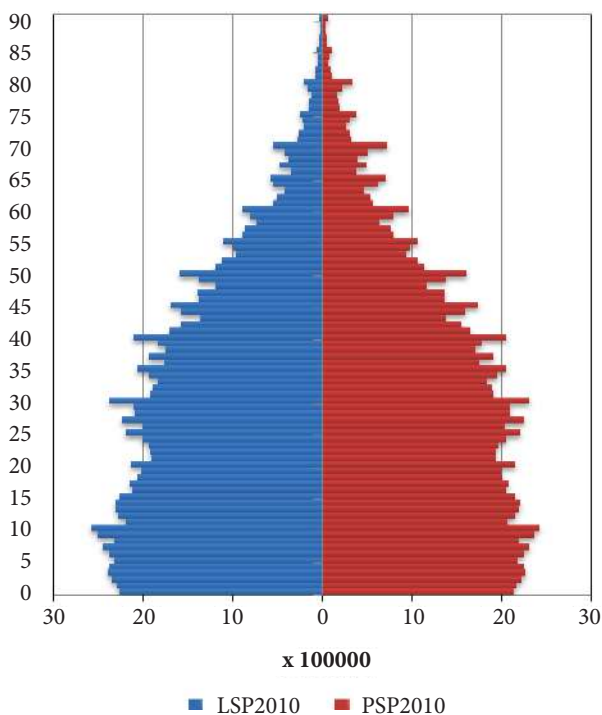
PI : pendapatan perkapita (income percapita)

GNP : pendapatan Negara dalam satu tahun (gross national product) P: jumlah penduduk (population)

Berdasarkan pendapatan perkapita, Indonesia masih tertinggal. PI Indonesia tahun 2000 yaitu 640 US\$ pertahun. Sebagai perbandingan, pendapatan perkapita jepang tahun 2000 yaitu 32.350 US\$ pertahun.

1.2.2 Kuantitas Penduduk

Piramida Penduduk Indonesia Tahun 2010



Gambar 1.1
Piramida Penduduk Tahun 2010

PROYEKSI PENDUDUK MENURUT KELOMPOK UMUR DAN JENIS KELAMIN
TAHUN 2010-2035
(X 1000)

INDONESIA		LAKI-LAKI + PEREMPUAN								
UMUR	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
0-4	23 454,4	23 680,9	23 852,7	23 994,2	24 086,8	24 065,5	23 960,1	23 848,4	23 729,6	23 604,9
5-9	22 518,0	22 632,4	22 767,3	22 931,9	23 109,5	23 330,4	23 559,5	23 733,9	23 878,5	23 974,0
10-14	22 165,6	22 230,1	22 280,9	22 309,8	22 360,2	22 461,5	22 577,1	22 713,1	22 878,7	23 057,1
15-19	21 558,1	21 678,3	21 812,1	21 931,2	22 024,7	22 095,4	22 161,0	22 212,9	22 242,9	22 294,2
20-24	20 939,4	21 039,0	21 148,7	21 250,7	21 352,4	21 447,9	21 569,0	21 703,6	21 823,3	21 917,6
25-29	20 589,9	20 636,6	20 646,6	20 663,8	20 716,3	20 810,4	20 911,4	21 022,2	21 125,3	21 228,0
30-34	19 987,2	20 105,9	20 240,5	20 348,1	20 430,9	20 448,3	20 497,0	20 509,1	20 528,2	20 582,2
35-39	18 514,1	18 829,0	19 104,3	19 365,9	19 587,1	19 816,1	19 936,5	20 072,5	20 181,5	20 265,8
40-44	16 564,3	16 958,4	17 332,8	17 683,2	18 004,7	18 295,1	18 609,3	18 884,2	19 145,4	19 366,7
45-49	14 165,3	14 585,1	15 015,2	15 447,0	15 867,4	16 266,5	16 657,0	17 028,0	17 375,4	17 694,3
50-54	11 479,5	11 980,0	12 440,6	12 877,2	13 313,7	13 766,5	14 179,0	14 601,5	15 025,4	15 438,1
55-59	8 546,3	9 015,2	9 515,7	10 026,0	10 518,1	10 972,7	11 457,1	11 903,3	12 326,6	12 749,8
60-64	6 156,7	6 432,5	6 753,4	7 116,8	7 518,8	7 955,3	8 397,8	8 870,5	9 352,8	9 818,2
65-69	4 651,2	4 775,6	4 908,5	5 062,8	5 253,4	5 489,6	5 742,8	6 035,4	6 365,9	6 731,8
70-74	3 375,5	3 469,4	3 565,3	3 661,7	3 757,0	3 852,0	3 963,5	4 082,2	4 218,6	4 384,9
75+	3 853,3	3 942,3	4 040,6	4 147,8	4 263,8	4 388,5	4 526,9	4 670,1	4 817,2	4 967,0
TOTAL	238 518,8	241 990,7	245 425,2	248 818,1	252 164,8	255 461,7	258 705,0	261 890,9	265 015,3	268 074,6

INDONESIA

LAKI-LAKI + PEREMPUAN

UMUR	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
(1)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)
0-4	23 475,8	23 339,5	23 193,8	23 039,8	22 878,3	22 711,0	22 543,6	22 381,0	22 223,7	22 071,9
5-9	23 955,6	23 853,0	23 743,7	23 627,7	23 505,5	23 378,5	23 244,2	23 100,4	22 948,3	22 788,6
10-14	23 278,6	23 508,2	23 683,3	23 828,4	23 924,4	23 907,0	23 805,5	23 697,1	23 581,6	23 460,1
15-19	22 396,2	22 512,4	22 649,0	22 814,8	22 993,4	23 214,9	23 444,6	23 619,8	23 765,1	23 861,1
20-24	21 989,0	22 055,4	22 108,1	22 138,9	22 190,9	22 293,2	22 409,6	22 546,2	22 711,9	22 890,3
25-29	21 324,4	21 446,2	21 581,2	21 701,4	21 796,1	21 868,2	21 935,0	21 988,3	22 019,7	22 072,1
30-34	20 677,5	20 779,5	20 891,1	20 994,9	21 098,3	21 195,2	21 317,3	21 452,5	21 572,8	21 667,7
35-39	20 285,0	20 335,1	20 348,8	20 369,3	20 424,3	20 520,2	20 622,5	20 734,4	20 838,5	20 942,0
40-44	19 595,4	19 716,7	19 853,2	19 963,0	20 048,0	20 068,5	20 119,4	20 134,2	20 155,8	20 211,3
45-49	17 982,6	18 294,2	18 567,1	18 826,3	19 046,0	19 273,0	19 394,1	19 530,2	19 639,9	19 724,9
50-54	15 830,3	16 213,7	16 578,1	16 919,4	17 232,8	17 516,2	17 822,5	18 090,7	18 345,6	18 561,7
55-59	13 188,3	13 588,3	13 997,6	14 408,0	14 807,6	15 187,3	15 558,3	15 911,0	16 241,4	16 545,0
60-64	10 248,6	10 707,3	11 130,1	11 531,5	11 932,6	12 347,7	12 726,8	13 114,1	13 502,2	13 880,0
65-69	7 130,0	7 532,5	7 963,0	8 402,6	8 826,9	9 219,5	9 638,1	10 024,2	10 391,0	10 757,2
70-74	4 588,5	4 807,5	5 058,5	5 340,9	5 653,9	5 995,4	6 339,1	6 707,3	7 083,3	7 446,4
75+	5 120,6	5 294,9	5 475,7	5 670,5	5 887,6	6 133,2	6 403,9	6 700,7	7 028,7	7 393,7
TOTAL	271 066,4	273 984,4	276 822,3	279 577,4	282 246,6	284 829,0	287 324,5	289 732,1	292 049,5	294 274,0

INDONESIA		LAKI-LAKI + PEREMPUAN				
UMUR	2030	2031	2032	2033	2034	2035
(1)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)
0-4	21 926,1	21 786,6	21 652,8	21 524,1	21 400,4	21 279,8
5-9	22 622,9	22 457,0	22 295,8	22 139,7	21 989,3	21 844,5
10-14	23 333,8	23 200,2	23 057,0	22 905,5	22 746,4	22 581,3
15-19	23 844,1	23 743,2	23 635,3	23 520,6	23 399,7	23 274,0
20-24	23 111,3	23 340,5	23 515,4	23 660,5	23 756,5	23 739,8
25-29	22 174,5	22 290,8	22 427,3	22 592,6	22 770,5	22 990,8
30-34	21 740,0	21 807,1	21 860,7	21 892,5	21 945,2	22 047,4
35-39	21 039,0	21 161,0	21 295,8	21 415,9	21 510,6	21 582,9
40-44	20 307,2	20 409,4	20 521,0	20 624,7	20 727,8	20 824,6
45-49	19 746,3	19 797,4	19 813,0	19 835,3	19 890,9	19 986,2
50-54	18 784,7	18 904,5	19 038,9	19 147,6	19 231,6	19 253,6
55-59	16 819,5	17 116,1	17 376,1	17 623,1	17 832,7	18 048,8
60-64	14 239,2	14 589,7	14 923,1	15 235,5	15 522,6	15 782,4
65-69	11 135,6	11 481,5	11 834,6	12 188,1	12 532,0	12 859,3
70-74	7 782,5	8 140,9	8 471,9	8 786,5	9 100,5	9 424,3
75+	7 798,4	8 218,1	8 671,9	9 150,0	9 640,0	10 132,7
TOTAL	296 405,1	298 444,0	300 390,6	302 242,2	303 996,7	305 652,4

Gambar 1.2
Proyeksi Jumlah Penduduk 2010-2035

Sumber: Supriatna dkk, 2010, *Buku Ips Kelas 8*, Jakarta: Grafindo Media Pratama Badan Pusat Statistik. 2013. *Proyeksi penduduk Indonesia 2010-2035*. BPS: Jakarta

1.3 Populasi Penduduk Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin

1.3.1 Komposisi Penduduk Menurut Umur

Komposisi penduduk menurut umur dalam arti demografi adalah komposisi penduduk menurut kelompok umur tertentu. Komposisi menurut umur dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

- usia belum produktif (kelompok umur < 14 tahun),
- usia produktif (kelompok umur antara 15 - 64 tahun), dan
- usia tidak produktif (kelompok umur > 64 tahun).

Berdasarkan pengelompokan umur tersebut dapat diketahui rasio beban tanggungan (dependency ratio) yang dapat digunakan untuk melihat angka ketergantungan suatu negara. Rasio beban tanggungan adalah angka yang menunjukkan perbandingan antara penduduk usia nonproduktif dengan penduduk usia produktif.

Tabel 1.1
Rasio Jenis Kelamin Menurut Kelompok Umur 1971-2010

Kelompok Umur	Tahun				
	1971	1980	1990	2000	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
0-4	101,2	104,3	105,2	103,6	105,6
5-9	103,1	104,2	105,6	103,4	105,2
10-14	107,7	107,6	105,8	104,0	104,6
15-19	97,4	96,7	101,2	100,4	102,3
20-24	81,3	85,1	88,7	94,4	101,3
25-29	80,4	97,9	91,3	95,2	99,1
30-34	87,6	97,1	98,8	99,4	99,9
35-39	97,6	96,1	107,3	101,1	101,3
40-44	100,9	96,5	98,5	105,7	101,0
45-49	109,2	96,0	96,9	110,2	100,4
50-54	97,0	101,0	96,8	107,0	103,3
55-59	102,4	103,0	92,5	101,8	105,1
60-64	86,2	93,4	96,2	95,7	96,9
65-69	92,5	89,8	93,6	90,0	88,9
70-74	96,6	81,9	87,3	91,0	81,9
75+	93,6	82,3	78,5	79,2	68,6
Jumlah	97,2	98,8	99,4	100,5	101,0

1.3.2 Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin

Komposisi penduduk menurut jenis kelamin adalah pengelompokan penduduk berdasarkan jenis kelaminnya. Komposisi ini untuk mengetahui perbandingan antara jumlah penduduk laki-laki dan perempuan dalam satu wilayah tertentu. Adanya ketidakseimbangan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan (rasio jenis kelamin) dapat mengakibatkan rendahnya fertilitas dan rendahnya angka pertumbuhan penduduk. Perbandingan (rasio) jenis kelamin dapat diketahui dengan rumus berikut ini.

Kelompok Umur <i>Age Group</i>	Laki-laki <i>Male</i>	Perempuan <i>Female</i>	Laki-laki + Perempuan <i>Male + Female</i>
0-4	11 658 856	11 013 204	22 672 060
5-9	11 970 804	11 276 366	23 247 170
10-14	11 659 310	11 018 180	22 677 490
15-19	10 610 119	10 260 967	20 871 086
20-24	9 881 969	9 996 448	19 878 417
25-29	10 626 458	10 673 629	21 300 087
30-34	9 945 211	9 876 989	19 822 200
35-39	9 333 720	9 163 782	18 497 502
40-44	8 319 453	8 199 015	16 518 468
45-49	7 030 168	7 005 784	14 035 952
50-54	5 863 756	5 693 103	11 556 859
55-59	4 398 805	4 046 531	8 445 336
60-64	2 926 073	3 130 238	6 056 311
65-69	2 224 273	2 467 877	4 692 150
70-74	1 530 938	1 924 247	3 455 185
75+	1 605 817	2 227 546	3 833 363
TT/Not Stated	45 183	36 507	81 690
Jumlah/Total	119 630 913	118 010 413	237 641 326

1.4 Sumber Data Kependudukan dan Dinamika Penduduk

1.4.1 Sumber-Sumber Data Kependudukan

Sumber-sumber data kependudukan yang pokok adalah sensus penduduk, registrasi penduduk dan penelitian (survei). Secara teoritis data registrasi penduduk lebih lengkap

dari pada sumber-sumber data yang lain karena kemungkinan tercecernya pencatatan peristiwa-peristiwa kelahiran, kematian, dan mobilitas penduduk sangat kecil. Namun demikian di negara-negara yang sedang berkembang, misalnya Indonesia, data-data kependudukan dari hasil registrasi masih jauh dari memuaskan. Hal ini disebabkan karena banyaknya kejadian-kejadian vital (kelahiran dan kematian) yang tidak tercatat sebagaimana mestinya. Sumber data kependudukan:

1. Sensus Penduduk.

Sensus penduduk merupakan suatu proses keseluruhan dari pada pengumpulan, pengolahan, penilaian, penganalisaan dan penyajian data kependudukan yang menyangkut antara lain: ciri-ciri demografi, sosial ekonomi, dan lingkungan hidup. Kedudukan sensus penduduk menjadi amat penting terutama bagi negara-negara yang tidak atau belum tersedia sumber data lain seperti registrasi atau survei. Agar hasil sensus penduduk dapat diperbandingkan antara beberapa negara, maka dapat disepakati untuk melaksanakan melaksanakan sensus penduduk tiap 10 tahun sekali yaitu pada tahun-tahun yang berakhir dengan angka nol.

Adapun ruang lingkup sensus penduduk mencakup seluruh wilayah geografis suatu negara dan seluruh penduduknya. Pelaksanaan sensus penduduk pada tahun 1980 di Indonesia misalnya, mencakup seluruh wilayah geografis Indonesia dan mencakup seluruh golongan umur penduduk baik yang bertempat tinggal tetap maupun yang tidak mempunyai tempat tinggal. Dan luasnya data yang ingin dicakup dalam suatu sensus tergantung pada tujuan yang ingin dicapai.

2. Regristasi Penduduk

Registrasi penduduk merupakan suatu sistem registrasi yang dilaksanakan oleh petugas pemerintahan setempat yang meliputi pencatatan kelahiran, kematian, perkawinan, perceraian, perubahan tempat tinggal dan perubahan pekerjaan. Sistem registrasi penduduk telah dimulai sejak abad ke- 16, terutama dilaksanakan oleh gereja-gereja Kristen di Inggris dan negara- negara lain di Eropa. Disamping di Inggris, registrasi juga telah dilaksanakan di Finlandia (1628), Denmark (1646), Norwegia (1685), dan Swedia (1686). Di luar Eropa registrasi penduduk dilaksanakan di Cina kemudian menjalar ke Jepang pada abad ke-17. Sistem registrasi penduduk ini akhirnya menjalar juga ke negara-negara Asia dan Afrika dan diperkenalkan oleh negara-negara yang menjajahnya.

3. Survei Penduduk

Survey adalah cara pengumpulan data yang dilaksanakan melalui pencacahan sampel dari suatu populasi untuk memperkirakan karakteristik objek pada saat tertentu. Hasil sensus penduduk dan registrasi penduduk mempunyai keterbatasan. Mereka hanya menyediakan data statistik kependudukan dan kurang memberikan informasi tentang sifat dan prilaku penduduk tersebut. Untuk mengatasi keterbatasan

ini, perlu dilaksanakan survei penduduk yang sifatnya lebih terbatas dan informasi yang dikumpulkan lebih luas dan mendalam. Biasanya survei kependudukan ini dilaksanakan dengan sistem sampel atau dalam bentuk studi kasus. Badan Pusat Statistik (BPS) telah mengadakan survei-survei kependudukan, misalnya Survei Ekonomi Nasional yang dimulai sejak tahun 1963, Survei Angkatan Kerja Nasional (SAKERNAS) dan Survei Antar Sensus (SUPAS). Hasil-hasil survei ini melengkapi informasi yang didapat dari Sensus Penduduk dan Registrasi Penduduk.

1.4.2 Dinamika Penduduk

Dinamika penduduk(perubahan penduduk) merupakan hasil proses yang menambah & mengurangi penduduk (pertumbuhan alamiah) di suatu wilayah tertentu pd waktu tertentu dibandingkan dengan waktu sebelumnya. Pertambahan penduduk secara alami di suatu wilayah tertentu dipengaruhi oleh jumlah kelahiran dan jumlah kematian. Dinamika penduduk menyebabkan transisi demografi. Dalam transisi demografi terjadi perubahan struktur penduduk (penduduk usia produktif dan non produktif). Ada beberapa faktor yang menyebabkan dinamika penduduk: kelahiran, kematian dan perpindahan. Rumus pertumbuhan penduduk

$$P = (L - M) + (I - E)$$

Keterangan:

P = pertumbuhan penduduk

L = jumlah kelahiran

M = jumlah kematian

I = jumlah imigrasi

E = jumlah emigrasi

Disini misalnya selama tahun 2016 di desa A terdapat data jumlah kelahiran 120 sebanyak jiwa, sedangkan jumlah kematian sebanyak 13 jiwa, pendatang 23 jiwa, dan yang mengajukan perpindahan penduduk berjumlah 15 jiwa. Maka pertumbuhan penduduk desa Z selama tahun 2008 dapat dihitung sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Pertumbuhan penduduk} &= (L - M) + (I - E) \\ &= (120 - 13) + (23 - 15) = 115 \end{aligned}$$

Dari perhitungan diatas, dapatlah kita simpulkan bahwa pertumbuhan penduduk desa A pada tahun 2016 adalah 115 jiwa.

1.5 Masalah Kependudukan di Indonesia

1.5.1 Masalah Penduduk yang Bersifat Kuantitatif

1. Jumlah Penduduk Besar

Penduduk dalam suatu negara menjadi faktor terpenting dalam pelaksanaan pembangunan karena menjadi subjek dan objek pembangunan. Manfaat jumlah penduduk yang besar:

- Penyediaan tenaga kerja dalam masalah sumber daya alam.
 - Mempertahankan keutuhan negara dari ancaman yang berasal dari bangsa lain.
- Selain manfaat yang diperoleh, ternyata negara Indonesia yang berpenduduk besar, yaitu nomor 4 di dunia menghadapi masalah yang cukup rumit yaitu:
- Pemerintah harus dapat menjamin terpenuhinya kebutuhan hidupnya. Dengan kemampuan pemerintah yang masih terbatas masalah ini sulit diatasi sehingga berakibat seperti masih banyaknya penduduk kekurangan gizi makanan, timbulnya pemukiman kumuh.
 - Penyediaan lapangan kerja, sarana dan prasarana kesehatan dan pendidikan serta fasilitas sosial lainnya. Dengan kemampuan dana yang terbatas masalah ini cukup sulit diatasi, oleh karena itu pemerintah menggalakkan peran serta sektor swasta untuk mengatasi masalah ini.

2. Pertumbuhan Penduduk Cepat

Secara nasional pertumbuhan penduduk Indonesia masih relatif cepat, walaupun ada kecenderungan menurun. Antara tahun 1961 – 1971 pertumbuhan penduduk sebesar 2,1 % pertahun, tahun 1971 – 1980 sebesar 2,32% pertahun, tahun 1980 – 1990 sebesar 1,98% pertahun, dan periode 1990 – 2000 sebesar 1,6% pertahun dan periode 2000-2010 sebesar 1,49%.

3. Persebaran Penduduk Tidak Merata

Persebaran penduduk di Indonesia tidak merata baik persebaran antarpulau, provinsi, kabupaten maupun antara perkotaan dan pedesaan. Pulau Jawa dan Madura yang luasnya hanya $\pm 7\%$ dari seluruh wilayah daratan Indonesia, dihuni lebih kurang 60% penduduk Indonesia. Perkembangan kepadatan penduduk di Pulau Jawa dan Madura tergolong tinggi, yaitu tahun 1980 sebesar 690 jiwa tiap-tiap kilometer persegi, tahun 1990 menjadi 814 jiwa dan tahun 1998 menjadi 938 jiwa per km².

Selain di Jawa ketimpangan persebaran penduduk terjadi di Irian Jaya dan Kalimantan. Luas wilayah Irian Jaya 21,99% dari luas Indonesia, tetapi jumlah penduduknya hanya 0,92% dari seluruh penduduk Indonesia. Pulau Kalimantan luasnya 28,11% dari luas Indonesia, tetapi jumlah penduduknya hanya 5% dari jumlah penduduk Indonesia.

Akibat dari tidak meratanya penduduk, yaitu luas lahan pertanian di Jawa semakin sempit. Lahan bagi petani sebagian dijadikan permukiman dan industri. Sebaliknya banyak lahan di luar Jawa belum dimanfaatkan secara optimal karena kurangnya sumber daya manusia. Sebagian besar tanah di luar Jawa dibiarkan begitu saja tanpa ada kegiatan pertanian. Keadaan demikian tentunya sangat tidak menguntungkan dalam melaksanakan pembangunan wilayah dan bagi peningkatan pertahanan keamanan negara.

Persebaran penduduk antara kota dan desa juga mengalami ketidakseimbangan. Perpindahan penduduk dari desa ke kota di Indonesia terus mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Urbanisasi yang terus terjadi menyebabkan terjadinya pemusatan penduduk di kota yang luas wilayahnya terbatas. Pemusatan penduduk di kota-kota besar seperti Jakarta, Surabaya, Medan dan kota-kota besar lainnya dapat menimbulkan dampak buruk terhadap lingkungan hidup seperti Munculnya permukiman liar, ungai-sungai tercemar karena dijadikan tempat pembuangan sampah baik oleh masyarakat maupun dari pabrik-pabrik industry, terjadinya pencemaran udara dari asap kendaraan dan industry, timbulnya berbagai masalah sosial seperti perampokan, pelacuran dan lain-lain.

1.5.2 Masalah Penduduk yang Bersifat Kualitatif

1. Tingkat Pendidikan yang Rendah

Meskipun telah mengalami perbaikan, tetapi kualitas kesehatan penduduk Indonesia masih tergolong rendah. Indikator untuk melihat kualitas kesehatan penduduk adalah dengan melihat angka Kematian dan angka Harapan Hidup. Angka kematian yang tinggi menunjukkan tingkat kesehatan penduduk yang rendah. Angka harapan hidup yang tinggi menunjukkan tingkat kesehatan penduduk yang baik. Kualitas kesehatan penduduk tidak dapat dilepaskan dari pendapatan penduduk. Semakin tinggi pendapatan penduduk maka pengeluaran untuk membeli pelayanan kesehatan semakin tinggi. Penduduk yang pendapatannya tinggi dapat menikmati kualitas makanan yang memenuhi standar kesehatan.

2. Tingkat Pendidikan yang Rendah

Keadaan penduduk di negara-negara yang sedang berkembang tingkat pendidikannya relatif lebih rendah dibandingkan penduduk di negara-negara maju, demikian juga dengan tingkat pendidikan penduduk Indonesia. Tingkat pendidikan bukanlah satu-satunya indikator untuk mengukur kualitas SDM penduduk suatu negara. Kualitas SDM berhubungan dengan produktivitas kerja. Orang yang tingkat pendidikannya tinggi diharapkan punya produktivitas yang tinggi. Kenyataan yang terjadi di Indonesia adalah banyak orang berpendidikan tinggi (sarjana)

tetapi mengganggu. Keadaan demikian tentu sangat memprihatinkan. Orang yang mengganggu menjadi beban bagi orang lain (keluarganya). Tingkat pendidikan diharapkan berbanding lurus dengan tingkat kesejahteraan. Sehingga pembangunan dalam bidang pendidikan yang dilakukan oleh pemerintah membawa dampak positif yang signifikan terhadap kesejahteraan penduduk.

Rendahnya tingkat pendidikan penduduk Indonesia disebabkan oleh:

- Pendapatan perkapita penduduk rendah, sehingga orang tua/penduduk tidak mampu sekolah atau berhenti sekolah sebelum tamat.
- Ketidakseimbangan antara jumlah murid dengan sarana pendidikan yang ada seperti jumlah kelas, guru dan buku-buku pelajaran. Ini berakibat tidak semua anak usia sekolah tertampung belajar di sekolah.
- Masih rendahnya kesadaran penduduk terhadap pentingnya pendidikan, sehingga banyak orang tua yang tidak menyekolahkan anaknya.

Dampak yang ditimbulkan akibat dari rendahnya tingkat pendidikan terhadap pembangunan adalah rendahnya penguasaan teknologi maju, sehingga harus mendatangkan tenaga ahli dari negara maju. Keadaan ini sungguh ironis, di mana keadaan jumlah penduduk Indonesia besar, tetapi tidak mampu mencukupi kebutuhan tenaga ahli yang sangat diperlukan dalam pembangunan.

3. Tingkat Pendapatan (Kemakmuran) yang Rendah

Meskipun tidak termasuk negara miskin, jumlah penduduk Indonesia yang hidup di bawah garis kemiskinan cukup besar. Sebanyak 37,5 juta penduduk Indonesia hidup di bawah garis kemiskinan menurut standard yang ditetapkan PBB. Kemakmuran berbanding lurus dengan kualitas SDM. Semakin tinggi kualitas SDM penduduk, semakin tinggi pula tingkat kemakmurannya. Banyak negara yang miskin sumber daya alam tetapi tingkat kemakmuran penduduknya tinggi. Indonesia dikenal sebagai negara yang kaya sumber daya alam.

Dengan pendapatan perkapita yang masih rendah berakibat penduduk tidak mampu memenuhi berbagai kebutuhan hidupnya, sehingga sulit mencapai manusia yang sejahtera. Pendapatan per kapita rendah juga berakibat kemampuan membeli (daya beli) masyarakat rendah, sehingga hasil-hasil industri harus disesuaikan jenis dan harganya. Bila hasil industri terlalu mahal tidak akan terbeli oleh masyarakat. Hal ini akan mengakibatkan industri sulit berkembang dan mutu hasil industri sulit ditingkatkan. Penduduk yang mempunyai pendapatan perkapita rendah juga mengakibatkan kemampuan menabung menjadi rendah. Bila kemampuan menabung rendah, pembentukan modal menjadi lambat, sehingga jalannya pembangunan menjadi tidak lancar.

1.6 Ukuran Dasar Demografi

1.6.1 Rate

Angka yang menunjukkan kemungkinan terjadinya suatu kejadian/penyakit tertentu dalam populasi dan waktu tertentu atau perbandingan antara kejadian dengan jumlah penduduk yang memiliki resiko kejadian tersebut. Digunakan untuk menyatakan dinamika dan kecepatan kejadian tertentu dalam masyarakat.

Contoh: Morbidity rate, Mortality rate, Natality rate)

1.6.2 Rasio/Ratio

Perbandingan antara nomerator dan denominator pada suatu waktu, atau perbandingan 2 bilangan yang tidak saling tergantung dan digunakan untuk menyatakan besarnya kejadian.

1.6.3 Proporsi

Perbandingan antara pembilang (Numerator) dengan penyebut (denominator) dimana Numerator termasuk/bagian dari denominator, dengan satuan %.

1.6.4 Rata-rata

Yaitu ukuran nilai tengah yang diperoleh dengan cara menjumlahkan semua nilai pengamatan yang didapat kemudian dibagi banyaknya pengamatan yang ada.

1.6.5 Frekuensi

Yaitu ukuran yang menyatakan berapa kali aktivitas/suatu kegiatan dilaksanakan pada periode waktu tertentu.

1.6.6 Cakupan

Ukuran untuk menilai pencapaian hasil pelaksanaan dari suatu target kegiatan yang ditentukan pada periode tertentu.

1.7 Pengertian dan Faktor yang Mempengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk

1.7.1 Pengertian Pertumbuhan Penduduk

Pertumbuhan penduduk adalah perubahan populasi sewaktu-waktu, dan dapat dihitung sebagai perubahan dalam jumlah individu dalam sebuah populasi menggunakan “per

waktu unit” untuk pengukuran. Sebutan pertumbuhan penduduk merujuk pada semua spesies, tapi selalu mengarah pada manusia, dan sering digunakan secara informal untuk sebutan demografi nilai pertumbuhan penduduk, dan digunakan untuk merujuk pada pertumbuhan penduduk dunia.

Pertumbuhan penduduk merupakan salah satu faktor yang penting dalam masalah sosial ekonomi umumnya dan masalah penduduk pada khususnya. Karena di samping berpengaruh terhadap jumlah dan komposisi penduduk juga akan berpengaruh terhadap kondisi sosial ekonomi suatu daerah atau negara maupun dunia.

1.7.2 Faktor-Faktor Pertambahan Penduduk

Pertambahan penduduk pada dasarnya dipengaruhi oleh faktor – faktor demografi sebagai berikut:

- I. Kematian (Mortalitas)
- II. Kelahiran (Natalitas)
- III. Migrasi (Mobilitas)

I. Kematian

Kematian adalah hilangnya tanda-tanda kehidupan manusia secara permanen. Kematian bersifat mengurangi jumlah penduduk dan untuk menghitung besarnya angka kematian caranya hampir sama dengan perhitungan angka kelahiran. Banyaknya kematian sangat dipengaruhi oleh faktor pendukung kematian (pro mortalitas) dan faktor penghambat kematian (anti mortalitas).

a.) Faktor pendukung kematian (pro mortalitas)

Faktor ini mengakibatkan jumlah kematian semakin besar. Yang termasuk faktor ini adalah sarana kesehatan yang kurang memadai, rendahnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan, terjadinya berbagai bencana alam, terjadinya peperangan, terjadinya kecelakaan lalu lintas dan industry, tindakan bunuh diri dan pembunuhan.

b.) Faktor penghambat kematian (anti mortalitas)

Faktor ini dapat mengakibatkan tingkat kematian rendah. Yang termasuk faktor ini adalah lingkungan hidup sehat, fasilitas kesehatan tersedia dengan lengkap, ajaran agama melarang bunuh diri dan membunuh orang lain, tingkat kesehatan masyarakat tinggi, semakin tinggi tingkat pendidikan penduduk.

Ada beberapa jenis perhitungan angka kelahiran yaitu:

➤ Angka Kematian Kasar (*Crude Death Rate/CDR*)

Angka kematian kasar adalah yaitu angka yang menunjukkan jumlah kematian tiap 1000 penduduk tiap tahun tanpa membedakan usia dan jenis kelamin tertentu.

- Angka Kematian Khusus Menurut Umur Tertentu (*Age Specific Death Rate = ASDR*)
Angka kematian khusus menurut umur tertentu dapat digunakan untuk mengetahui kelompok-kelompok usia manakah yang paling banyak terdapat kematian. Umumnya pada kelompok usia tua atau usia lanjut angka ini tinggi, sedangkan pada kelompok usia muda jauh lebih rendah.
- Angka Kematian Bayi (*Infant Mortality Rate = IMR*)
Angka kematian bayi adalah angka yang menunjukkan jumlah kematian bayi tiap seribu bayi yang lahir.

Bayi adalah kelompok orang yang berusia 0-1 tahun.

Besarnya angka kematian bayi dapat dijadikan petunjuk atau indikator tingkat kesehatan dan kesejahteraan penduduk.

Pada umumnya bila masyarakat memiliki tingkat kesehatan yang rendah maka tingkat kematian bayi tinggi. Selain perhitungan di atas sering dihitung pula angka kematian ibu waktu melahirkan dan angka kematian bayi baru lahir. Untuk angka kematian bayi ukurannya:

- Rendah, jika IMR antara 15-35.
- Sedang, jika IMR antara 36-75.
- Tinggi, jika IMR antara 76-125.

II. Kelahiran (Natalitas)

Kelahiran bersifat menambah jumlah penduduk. Ada beberapa faktor yang menghambat kelahiran (anti natalitas) dan yang mendukung kelahiran (pro natalitas) Faktor-faktor penunjang kelahiran (pro natalitas) antara lain:

- Kawin pada usia muda, karena ada anggapan bila terlambat kawin keluarga akan malu.
- Anak dianggap sebagai sumber tenaga keluarga untuk membantu orang tua.
- Anggapan bahwa banyak anak banyak rejeki.
- Anak menjadi kebanggaan bagi orang tua.
- Anggapan bahwa penerus keturunan adalah anak laki-laki, sehingga bila belum ada anak laki-laki, orang akan ingin mempunyai anak lagi.

Faktor pro natalitas mengakibatkan penambahan jumlah penduduk menjadi besar. Faktor-faktor penghambat kelahiran (anti natalitas), antara lain:

- Adanya program KB mengupayakan pembatasan jumlah anak.
- Adanya ketentuan batas usia menikah, untuk wanita minimal berusia 16 tahun dan bagi laki-laki minimal berusia 19 tahun.
- Anggapan anak menjadi beban keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidup.

- Adanya pembatasan tunjangan anak untuk pegawai negeri yaitu tunjangan anak diberikan hanya sampai anak ke – 2.
- Penundaaan kawin sampai selesai pendidikan akan memperoleh pekerjaan.

Faktor-faktor penunjang tingginya angka natalitas dalam suatu negara:

1. Kepercayaan dan agama
Faktor kepercayaan mempengaruhi orang dalam penerimaan KB. Ada agama atau kepercayaan tertentu yang tidak membolehkan penganutnya mengikuti KB. Dengan sedikitnya peserta KB berarti kelahiran lebih banyak dibanding bila peserta KB banyak
2. Tingkat pendidikan
Semakin tinggi orang sekolah berarti terjadi penundaan pernikahan yang berarti pula penundaan kelahiran. Selain itu pendidikan mengakibatkan orang merencanakan jumlah anak secara rasional.
3. Kondisi perekonomian
Penduduk yang perekonomiannya baik tidak memikirkan perencanaan jumlah anak karena merasa mampu mencukupi kebutuhannya. Jika suatu negara berlaku seperti itu maka penduduknya menjadi banyak.
4. Kebijakan pemerintah
Kebijakan pemerintah mempengaruhi apakah ada pembatasan kelahiran atau penambahan jumlah kelahiran. Selain itu kondisi pemerintah yang tidak stabil misalnya kondisi perang akan mengurangi angka kelahiran
5. Adat istiadat di masyarakat
Kebiasaan dan cara pandang masyarakat mempengaruhi jumlah penduduk. Misalnya nilai anak, ada yang menginginkan anak sebanyak-banyaknya, ada yang menilai anak laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan atau sebaliknya, sehingga mengejar untuk mendapatkan anak laki-laki atau sebaliknya.
6. Kematian dan kesehatan
Kematian dan kesehatan berkaitan dengan jumlah kelahiran bayi. Kesehatan yang baik memungkinkan bayi lebih banyak yang hidup dan kematian bayi yang rendah akan menambah pula jumlah kelahiran.
7. Struktur Penduduk
Penduduk yang sebagian besar terdiri dari usia subur, jumlah kelahiran lebih tinggi dibandingkan yang mayoritas usia non produktif (misalnya lebih banyak anak-anak dan orang-orang tua usia).

Untuk menentukan jumlah kelahiran dalam satu wilayah digunakan angka kelahiran (Fertilitas). Angka kelahiran yaitu angka yang menunjukkan rata-rata jumlah bayi yang lahir setiap 1000 penduduk dalam waktu satu tahun.

Pengukuran Fertilitas tidak sesederhana dalam pengukuran mortalitas, hal ini disebabkan adanya alasan sebagai berikut:

- a) Sulit memperoleh angka statistik lahir hidup karena banyak bayi – bayi yang meninggal beberapa saat setelah kelahiran, tidak dicatatkan dalam peristiwa kelahiran atau kematian dan sering dicatatkan sebagai lahir mati.
- b) Wanita mempunyai kemungkinan melahirkan dari seorang anak (tetapi meninggal hanya sekali)
- c) Makin tua umur wanita tidaklah berarti, bahwa kemungkinan mempunyai anak makin menurun.
- d) Di dalam pengukuran fertilitas akan melibatkan satu orang saja. Tidak semua wanita mempunyai kemungkinan untuk melakukan.

III. Migrasi

Migrasi penduduk adalah perpindahan penduduk dari tempat yang satu ke tempat lain. Dalam mobilitas penduduk terdapat migrasi internasional yang merupakan perpindahan penduduk yang melewati batas suatu negara ke negara lain dan juga migrasi internal yang merupakan perpindahan penduduk yang berkebutuhan pada sekitar wilayah satu negara saja. Faktor-faktor terjadinya migrasi:

1. Persediaan sumber daya alam
Pengertian mengenai perubahan ini sangat penting dalam kaitannya dengan sumberdaya alam yang tidak dapat diperbaharui, dan memang jenis sumberdaya inilah yang seringkali dikhawatirkan akan segera punah.
2. Lingkungan social budaya
Subyek utama dalam mengungkap permasalahan lingkungan hidup adalah manusia. Manusia dan lingkungan hidup (alam) memiliki hubungan yang sangat erat. Keduanya saling memberi dan menerima pengaruh satu sama lain. Pengaruh alam terhadap manusia lebih bersifat pasif, sedangkan pengaruh manusia terhadap alam lebih bersifat aktif.
3. Potensi ekonomi
Pertumbuhan ekonomi yang diikuti oleh perubahan dalam struktur dan corak kegiatan ekonomi atau usaha meningkatkan pendapatan per kapita dengan jalan mengolah kekuatan ekonomi potensial menjadi ekonomi riil melalui penanaman modal, penggunaan teknologi, penambahan pengetahuan, peningkatan keterampilan, penambahan kemampuan berorganisasi, dan manajemen.
4. Alat masa depan
Perlu diketahui bahwa usia 15 – 49 tahun adalah usia subur bagi wanita. Pada usia itulah wanita mempunyai kemungkinan untuk dapat melahirkan anak.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab I secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang konsep dasar kebidanan komunitas ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan yang dimaksud dengan penduduk
2. Jelaskan tentang kualitas kependudukan
3. Jelaskan dari mana saja sumber data kependudukan bisa diketahui
4. Jelaskan tentang masalah kependudukan di Indonesia
5. Sebutkan ukuran dasar demografi
6. Jelaskan faktor yang mempengaruhi laju pertumbuhan penduduk

Ringkasan atau Poin-Poin Penting

- Konsep dasar kependudukan Kualitas dan kuantitas penduduk
- Pupulasi berdasarkan usia dan jenis kelamin Sumber data dan dinamika kependudukan Masalah kependudukan
- Ukuran dasar dan faktor yang mempengaruhi laju pertumbuhan penduduk

Penutup

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus Evaluasi

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonalskill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis dan Mandiri▪ Dapat mengatasi stress▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan	20%

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
	Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanggung jawab ▪ Kemitraan dengan perempuan ▪ Menghargai otonomi perempuan ▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri ▪ Memiliki sensitivitas budaya. Values: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bertanggung jawab ▪ Motivasi ▪ Dapat mengatasi stress. 	
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan:

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut:
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan cara membagi kelompok kecil. 1 kelompok terdiri dari 10 mahasiswa sehingga terbentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih. Mahasiswa menyampaikan/ mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

1. Sekelompok organisme yang terdiri dari individu sejenis dan mendiami suatu daerah dalam jangka waktu tertentu disebut.....
 - a. Penduduk
 - b. Kependudukan
 - c. Demografi
 - d. Fertilitas
2. Tingkat kematian merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi
 - a. Dinamika penduduk
 - b. Pertumbuhan penduduk
 - c. Angka harapan hidup penduduk
 - d. Jumlah penduduk
3. Perpindahan penduduk dari satu daerah yang padat penduduknya ke daerah lain yang penduduknya lebih jarang dalam satu negara disebut...
 - a. Migrasi
 - b. Imigrasi
 - c. Transmigrasi
 - d. Urbanisasi
4. Rentang usia dibawah ini yang termasuk usia reproduksi sehat adalah...
 - a. 20 sampai 35 tahun
 - b. 20 sampai 30 tahun
 - c. 15 sampai 49 tahun
 - d. 15 sampai 30 tahun
5. Bonus demografi akan dapat dicapai oleh suatu bangsa atau regional, bila keadaan penduduk
 - a. Bekerja
 - b. Berumur panjang

- c. Bebas penyakit menular
 - d. Dinamis dan bebas bepergian
6. Issue penting kependudukan yang memerlukan pengarahan adalah:
- a. Pertumbuhan
 - b. Mobilitas
 - c. Kualitas
 - d. Pemerataan
7. Issue kependudukan yang memerlukan pengendalian adalah:
- a. Mobilitas
 - b. Kualitas
 - c. Pertumbuhan
 - d. Pemerataan
8. Untuk mendapatkan angka jumlah penduduk yang akurat dilakukan Sensus Penduduk yang dilaksanakan setiap:
- a. Satu tahun
 - b. Sepuluh Tahun
 - c. Lima Tahun
 - d. Delapan Tahun
9. Program persiapan berkeluarga bagi remaja disebut dengan GENRE, masalah utama remaja yang berusia 10-24 tahun adalah, kecuali:
- a. Putus sekolah
 - b. Pernikahan Dini
 - c. Penyakit kelamin
 - d. Komunikasi dengan orang tua
10. Penduduk negara terpadat di dunia adalah:
- a. Indonesia
 - b. India
 - c. China
 - d. Amerika Serikat

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil latihan dan diskusi dan menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Daftar Pustaka

- Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care" www.internationalmidwives.org KEPMEKES RI No. 1529 tahun 2010 "Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif".
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan..* Jayapura: Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga



Bab 2

KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi konsep dasar keluarga berencana dan peran bidan dalam kebijakan maupun program keluarga berencana.

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Sejarah dan Perkembangan KB
2. Menjelaskan konsep, pengertian, tujuan, sasaran, dan ruang lingkup KB

3. Menjelaskan Organisasi dan program KB
4. Menjelaskan manajemen kualitas dalam pelayanan KB
5. Menjelaskan dampak program KB
6. Menjelaskan strategi-strategi KB Nasional
7. Menjelaskan peran bidan dalam pelayanan KB

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara) dan 5.B (Kebidanan Komunitas)

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang konsep dasar keluarga berencana dan peran bidan dalam program maupun kebijakan keluarga berencana

B. PENYAJIAN

Uraian Materi

2.1 Sejarah dan Perkembangan KB

Sejarah KB di Luar Negeri yaitu: upaya keluarga berencana mula-mula timbul atas prakarsa kelompok orang-orang yang menaruh perhatian pada masalah kesehatan ibu, yaitu pada awal abad XIX di Inggris yaitu Marie Stopes (1880-1950) yang menganjurkan pengaturan kehamilan di kalangan buruh. Di amerika serikat dikenal dengan Margareth Sanger (1883-1966) dengan program “*birth control*” nya merupakan pelopor KB modern.

Pada tahun 1917 didirikan *National Birth Control League* dan pada November 1921 diadakan *American National Birth Control Conference* yang pertama. Pada tahun 1925 ia mengorganisir Konferensi Internasional di New York yang menghasilkan pembentukan *International Federation of Birth Control League*. Pada tahun 1948 Margareth Sanger turut aktif di dalam pembentukan *International Committee on Planned Parenthood* yang dalam konferensi di New Delhi pada tahun 1952 meresmikan berdirinya *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*. Federasi ini memilih Margareth Sanger dan Lady Rama

Ran dari India sebagai pimpinannya. Sejak saat itu berdirilah perkumpulan-perkumpulan keluarga berencana di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, yang merupakan cabang-cabang IPPF tersebut.

Sejarah KB dalam negeri dibagi menjadi 9 Periode:

2.1.1 Periode Perintisan (1950 – 1966)

Sejalan dengan perkembangan KB di luar negeri, di Indonesia telah banyak dilakukan usaha membatasi kelahiran secara tradisional dan bersifat individual. Dalam kondisi angka kematian bayi dan ibu yang melahirkan di Indonesia cukup tinggi, upaya mengatur kelahiran tersebut makin meluas terutama di kalangan dokter. Sejak tahun 1950-an para ahli kandungan berusaha mencegah angka kematian yang terlalu tinggi dengan merintis Bagian Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA). Diantara pelopor keluarga berencana tersebut Dr. Sulianti Saroso.

Pada tahun 1953, sekelompok kecil masyarakat yang terdiri dari berbagai golongan, khususnya dari kalangan kesehatan, memulai prakarsa kegiatan keluarga berencana. Kegiatan ini berkembang hingga berdirilah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dalam tahun 1957. Mula-mula Departemen Kesehatan merupakan penunjang bagi Kegiatan-kegiatan PKBI, dengan menyediakan BKIA- BKIA serta tenaga kesehatan sebagai sarana pelayanan keluarga berencana (Depkes RI, 1985)

Namun dalam kegiatan penerangan dan pelayanan masih dilakukan terbatas mengingat PKBI, sebagai salah satu kegiatan penerangan dan pelayanan masih dilakukan terbatas mengingat PKBI, sebagai salah satunya organisasi sosial yang bergerak dalam bidang KB masih mendapat kesulitan dan hambatan, terutama KUHP nomor 283 yang melarang penyebarluasan gagasan keluarga berencana. Pada tahun 1967 PKBI diakui sebagai badan hukum oleh Departemen Kehakiman.

2.1.2 Periode Keterlibatan Pemerintah dalam program KB

Di dalam Kongres Nasional I PKBI di Jakarta diambil keputusan diantaranya bahwa PKBI dalam usahanya mengembangkan dan memperluas usaha keluarga berencana (KB) akan bekerjasama dengan instansi pemerintah. Pada tahun 1967 Presiden Soeharto menandatangani Deklarasi Kependudukan Dunia yang berisikan kesadaran betapa pentingnya menentukan atau merencanakan jumlah anak, dan menjarangkan kelahiran dalam keluarga sebagai hak asasi manusia.

Pada tanggal 16 Agustus 1967 di depan Sidang DPRGR, Presiden Soeharto pada pidatonya “*Oleh karena itu kita harus menaruh perhatian secara serius mengenai usaha- usaha pembatasan kelahiran, dengan konsepsi keluarga berencana yang dapat dibenarkan oleh moral agama dan moral Pancasila*”. Sebagai tindak lanjut dari Pidato Presiden tersebut, Menkesra

membentuk Panitia Ad Hoc yang bertugas mempelajari kemungkinan program KB dijadikan Program Nasional. Selanjutnya pada tanggal 7 September 1968 Presiden mengeluarkan Instruksi Presiden No. 26 tahun 1968 kepada Menteri Kesejahteraan Rakyat, yang isinya antara lain:

- a. Membimbing, mengkoordinir serta mengawasi segala aspirasi yang ada di dalam masyarakat di bidang Keluarga Berencana.
- b. Mengusahakan segala terbentuknya suatu Badan atau Lembaga yang dapat menghimpun segala kegiatan di bidang Keluarga Berencana, serta terdiri atas unsur Pemerintah dan masyarakat.

Berdasarkan Instruksi Presiden tersebut Mankesra pada tanggal 11 Oktober 1968 mengeluarkan Surat Keputusan No. 35/KPTS/Kesra/X/1968 tentang Pembentukan Tim yang akan mengadakan persiapan bagi Pembentukan Lembaga Keluarga Berencana. Setelah melalui pertemuan-pertemuan Menkesra dengan beberapa menteri lainnya serta tokoh-tokoh masyarakat yang terlibat dalam usaha KB. Maka pada tanggal 17 Oktober 1968 dibentuk **Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN)** dengan Surat Keputusan No. 36/KPTS/Kesra/X/1968. Lembaga ini statusnya adalah sebagai Lembaga Semi Pemerintah.

2.1.3 Periode Pelita I (1969-1974)

Periode ini mulai dibentuk **Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)** berdasarkan Keppres No. 8 Tahun 1970 dan sebagai Kepala BKKBN adalah dr. Suwardjo Suryaningrat. Dua tahun kemudian, pada tahun 1972 keluar Keppres No. 33 Tahun 1972 sebagai penyempurnaan Organisasi dan tata kerja BKKBN yang ada. Status badan ini berubah menjadi Lembaga Pemerintah Non Departemen yang berkedudukan langsung dibawah Presiden.

Untuk melaksanakan program keluarga berencana di masyarakat dikembangkan berbagai pendekatan yang disesuaikan dengan kebutuhan program dan situasi serta kondisi masyarakat. Pada Periode Pelita I dikembangkan periode Klinik (Clinical Approach) karena pada awal program, tantangan terhadap ide keluarga berencana masih sangat kuat untuk itu pendekatan kesehatan paling tepat.

2.1.4 Periode Pelita II (1974-1979)

Kedudukan BKKBN dalam Keppres No. 38 Tahun 1978 adalah sebagai lembaga pemerintah non-departemen yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden. Tugas pokoknya adalah mempersiapkan kebijaksanaan umum dan mengkoordinasikan pelaksanaan program KB nasional dan kependudukan yang

mendukungnya, baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah serta mengkoordinasikan penyelenggaraan pelaksanaan di lapangan.

Periode ini pembinaan dan pendekatan program yang semula berorientasi pada kesehatan ini mulai dipadukan dengan sector-sektor pembangunan lainnya, yang dikenal dengan Pendekatan Integratif (Beyond Family Planning). Dalam kaitan ini pada tahun 1973-1975 sudah mulai dirintis Pendidikan Kependudukan sebagai pilot project.

2.1.5 Periode Pelita III (1979-1984)

Periode ini dilakukan pendekatan Kemasyarakatan (partisipatif) yang didorong peranan dan tanggung jawab masyarakat melalui organisasi/institusi masyarakat dan pemuka masyarakat, yang bertujuan untuk membina dan mempertahankan peserta KB yang sudah ada serta meningkatkan jumlah peserta KB baru. Pada masa periode ini juga dikembangkan strategi operasional yang baru yang disebut Panca Karya dan Catur Bhava Utama yang bertujuan mempertajam segmentasi sehingga diharapkan dapat mempercepat penurunan fertilitas. Pada periode ini muncul juga strategi baru yang memadukan KIE dan pelayanan kontrasepsi yang merupakan bentuk “Mass Campaign” yang dinamakan “Safari KB Senyum Terpadu”.

2.1.6 Periode Pelita I (1983-1988)

Pada masa Kabinet Pembangunan IV ini dilantik Prof. Dr. Haryono Suyono sebagai Kepala BKKBN menggantikan dr. Suwardjono Suryaningrat yang dilantik sebagai Menteri Kesehatan. Pada masa ini juga muncul pendekatan baru antara lain melalui Pendekatan koordinasi aktif, penyelenggaraan KB oleh pemerintah dan masyarakat lebih disinkronkan pelaksanaannya melalui koordinasi aktif tersebut ditingkatkan menjadi koordinasi aktif dengan peran ganda, yaitu selain sebagai dinamisator juga sebagai fasilitator. Disamping itu, dikembangkan pula strategi pembagian wilayah guna mengimbangi laju kecepatan program.

Pada periode ini secara resmi KB Mandiri mulai dicanangkan pada tanggal 28 Januari 1987 oleh Presiden Soeharto dalam acara penerimaan peserta KB Lestari di Taman Mini Indonesia Indah. Program KB Mandiri dipopulerkan dengan kampanye LIngkaran Biru (LIBI) yang bertujuan memperkenalkan tempat-tempat pelayanan dengan logo Lingkaran Biru KB.

2.1.7 Periode Pelita V (1988-1993)

Pada masa Pelita V, Kepala BKKBN masih dijabat oleh Prof. Dr. Haryono Suyono. Pada periode ini gerakan KB terus berupaya meningkatkan kualitas petugas dan sumberdaya

manusia dan pelayanan KB. Oleh karena itu, kemudian diluncurkan strategi baru yaitu Kampanye Lingkaran Emas (LIMAS). Jenis kontrasepsi yang ditawarkan pada LIBI masih sangat terbatas, maka untuk pelayanan KB LIMAS ini ditawarkan lebih banyak lagi jenis kontrasepsi, yaitu ada 16 jenis kontrasepsi.

Pada periode ini juga ditetapkan UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, dan Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1993 khususnya sub sektor keluarga sejahtera dan Kependudukan, maka kebijaksanaan dan strategi gerakan KB nasional diadakan untuk mewujudkan keluarga Kecil yang sejahtera melalui penundaan usia perkawinan, penjarangan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga.

2.1.8 Periode Pelita VI (1993-1998)

Dalam Kabinet Pembangunan VI sejak tanggal 19 Maret 1993 sampai dengan 19 Maret 1998, Prof. Dr. Haryono Suyono ditetapkan sebagai Menteri Negara Kependudukan/Kepala BKKBN, sebagai awal dibentuknya BKKBN setingkat Kementerian.

Pada tanggal 16 Maret 1998, Prof. Dr. Haryono Suyono diangkat menjadi Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat dan Pengentasan Kemiskinan merangkap sebagai Kepala BKKBN. Dua bulan berselang dengan terjadinya gerakan reformasi, maka Kabinet Pembangunan VI mengalami perubahan menjadi Kabinet Reformasi Pembangunan Pada tanggal 21 Mei 1998, Prof. Haryono Suyono menjadi Menteri Koordinator Bidang Kesra dan Pengentasan Kemiskinan, sedangkan Kepala BKKBN dijabat oleh Prof. Dr. Ida Bagus Oka sekaligus menjadi Menteri Kependudukan.

Pada pelita VI, fokus kegiatan diarahkan pada pelayanan keluarga berencana dan pembangunan keluarga sejahtera, yang dilaksanakan oleh pemerintah, masyarakat dan keluarga untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Kegiatan yang dikembangkan dalam pelaksanaan pembangunan keluarga sejahtera diarahkan pada tiga gerakan, yaitu Gerakan Reproduksi Sejahtera (GRKS), Gerakan Ketahanan Keluarga Sejahtera (GKSS), dan Gerakan Ekonomi Keluarga

Sejahtera dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Kegiatan yang dikembangkan dalam pelaksanaan pembangunan keluarga sejahtera diarahkan pada tiga gerakan, yaitu Gerakan Reproduksi Sejahtera (GRKS), Gerakan Ketahanan Keluarga Sejahtera (GKSS), dan Gerakan Ekonomi Keluarga Sejahtera (GEKS).

2.1.9 Periode Reformasi

Pada Periode Kabinet Persatuan Indonesia, Kepala BKKBN dirangkap oleh Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan yang dijabat oleh Khofifah Indar Parawansa. Setelah

itu digantikan oleh Prof. Dr. Yaumil C. Agoes Achir pada tahun 2001 dan meninggal dunia pada akhir 2003 akibat penyakit kanker dan yang kemudian terjadi kekosongan.

Pada tanggal 10 November 2003, Kepala Litbangkes Departemen Kesehatan dr. Sumarjati Arjoso, SKM dilantik menjadi Kepala BKKBN oleh Menteri Kesehatan Ahmad Sujudi sampai beliau memasuki masa pensiun pada tahun 2006.

Setelah itu digantikan oleh Dr. Sugiri Syarief, MPA yang dilantik sebagai Kepala BKKBN yang baru oleh Menteri Kesehatan DR.dr. Siti-Fadilah Supari, SPJP (K), Menteri Kesehatan pada tanggal 24 Nopember 2006. Pada tahun 2009, diterbitkan Undang Undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, BKKBN berubah dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menjadi **Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)**.

Sebagai tindak lanjut dari UU 52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, di mana BKKBN kemudian direstrukturisasi menjadi badan kependudukan, bukan lagi badan koordinasi, maka pada tanggal 27 September 2011 Kepala BKKBN, Dr. dr. Sugiri Syarief, MPA akhirnya dilantik sebagai Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) oleh Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih. Setelah dr. Sugir Syarief memasuki masa pensiun, terjadi kevakuman selama hampir sembilan bulan. Pada tanggal 13 Juni 2013 akhirnya Presiden Susilo Bambang Yudhoyono menetapkan mantan Wakil Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Prof. Fasli Jalal sebagai Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN).

2.2 Konsep Keluarga Berencana

KB adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran (Depkes RI, 1999; 1). KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran (Hartanto, 2004; 27).

2.2.1 Tujuan Keluarga Berencana

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

2.2.3 Sasaran Program KB

- a. Sasaran langsung
Pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
- b. 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 (Handayani,2010; 29).

2.3 Organisasi dan Program Keluarga Berencana

2.3.1 PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia)

Terbentuk tanggal 23 Desember 1957, di jalan Sam Ratulangi No. 29 Jakarta. Atas prakarsa dari dr. Soeharto yang didukung oleh Prof. Sarwono Prawirohardjo, dr.

H.M. Judono, dr. Hanifa Wiknjastro serta Dr. Hurustiati Subandrio. Pelayanan yang diberikan berupa nasehat perkawinan termasuk pemeriksaan kesehatan calon suami isteri, pemeriksaan dan pengobatan kemandulan dalam perkawinan dan pengaturan kehamilan.

Visi PKBI

Mewujudkan masyarakat yang sejahtera melalui keluarga.

Misi PKBI

Memperjuangkan penerimaan dan praktek keluarga bertanggung jawab dalam keluarga Indonesia melalui pengembangan program, pengembangan jaringan dan kemitraan dengan semua pihak pemberdayaan masyarakat di bidang kependudukan secara umum, dan secara khusus di bidang kesehatan reproduksi yang berkesetaraan dan berkeadilan gender.

2.3.2 BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional)

Keputusan Presiden Nomor 8 Tahun 1970 tentang pembentukan badan untuk mengelola program KB yang telah dicanangkan sebagai program nasional. Penanggung jawab umum penyelenggaraan program ada pada presiden dan dilakukan sehari-hari oleh Menteri Negara Kesejahteraan Rakyat yang dibantu Dewan Pembimbing Keluarga Berencana.



Dasar pertimbangan pembentukan BBKBN

1. Program keluarga berencana nasional perlu ditingkatkan dengan jalan lebih memanfaatkan dan memperluas kemampuan fasilitas dan sumber yang tersedia.
2. Program perlu digiatkan pula dengan pengikut sertaan baik masyarakat maupun pemerintah secara maksimal.
3. Program keluarga berencana ini perlu diselenggarakan secara teratur dan terencana kearah terwujudnya tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Tugas pokok BBKBN

1. Menjalankan koordinasi, integrasi dan sinkronisasi terhadap usaha-usaha pelaksanaan program keluarga berencana nasional yang dilakukan oleh unit-unit pelaksana.
2. Mengajukan saran-saran kepada pemerintah mengenai pokok kebijaksanaan dan masalah-masalah penyelenggaraan program Keluarga Berencana Nasional.
3. Menyusun Pedoman Pelaksanaan Keluarga Berencana atas dasar pokok-pokok kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Pemerintah.
4. Mengadakan kerja sama antara Indonesia dengan negara-negara asing maupun badan-badan internasional dalam bidang keluarga berencana selaras dengan kepentingan Indonesia dan sesuai dengan prosedur yang berlaku.
5. Mengatur penampungan dan mengawasi penggunaan segala jenis bantuan yang berasal dari dalam negeri maupun yang berasal dari luar negeri sesuai dengan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh pemerintah.

Pelita I yaitu tahun 1969-1974 daerah program Keluarga Berencana meliputi 6 propinsi yaitu Jawa Bali (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali). Merupakan daerah perintis dari BKKBN. Tahun 1974 muncul program-program integral (Beyond Family Planning) dan gagasan tentang fase program pencapaian akseptor aktif. Berdasarkan Keppres 38 tahun 1978 BKKBN bertambah besar jangkauan programnya tidak terbatas hanya KB tetapi juga program Kependudukan.

Misi

Membangun setiap keluarga Indonesia untuk memiliki anak ideal, sehat, berpendidikan, sejahtera, berketahanan dan terpenuhi hak-hak reproduksinya melalui pengembangan kebijakan, penyediaan layanan promosi, fasilitasi, perlindungan, informasi kependudukan dan keluarga, serta penguatan kelembagaan dan jejaring KB.



Tugas pokok

Melaksanakan tugas pemerintahan dibidang keluarga berencana dan keluarga sejahtera sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Landasan hukum

- UU No. 22/1999 tentang Otda; UU No. 10/1992 ttg PKPKS;
- UU No. 25/2000 tentang Propenas;
- UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah;

Filosofi BBKBN

Menggerakkan peran serta masyarakat dalam keluarga berencana.

Strategi

1. *Re-Establishment* adalah mmbangun kembali sendi-sendi pogram KB nasional sampai ke tingkat lini lapanning pasca penyerahan kewenangan.
2. *Sustainability* adalah memantapkan komitmen program dan kesinambungan dukungan oleh segenap stakeholders dari tingkat pusat sampai dengan tingkat daerah.

Tujuan

Tujuannya adalah:

1. Keluarga dengan anak ideal.
2. Keluarga sehat.
3. Keluarga berpendidikan.
4. Keluarga sejahtera.
5. Keluarga berketahanan.
6. Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya.
7. Penduduk tumbuh seimbang (PTS)

Program KB

1. Keluarga berencana
2. Kesehatan reproduksi remaja
3. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
4. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas

5. Keserasian kebijakan kependudukan
6. Pengelolaan SDM aparatur
7. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan
8. Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur negara

2.4 Manajemen Program Keluarga Berencana yang Berkualitas

Strategi Program KB

1. Strategi Dasar
 - Meneguhkan kembali program di daerah
 - Menjamin kesinambungan program
2. Strategi operasional
 - Peningkatan kapasitas sistem pelayanan Program KB Nasional
 - Peningkatan kualitas dan prioritas program
 - Penggalangan dan pemantapan komitmen
 - Dukungan regulasi dan kebijakan
 - Pemantauan, evaluasi, dan akuntabilitas pelayanan

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 yang meliputi:

- Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 persen per tahun.
- Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
- Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6%.
- Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5persen.
- Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.
- Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
- Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera-1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
- Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional.

2.5 Masalah dalam Pelayanan Keluarga Berencana

2.5.1 *Unmet Need*

Unmet need didefinisikan sebagai kelompok yang belum terpenuhi kebutuhan kontrasepsinya, mencakup semua pria atau wanita yang sudah menikah atau hidup bersama dan dianggap aktif secara seksual yang tidak menggunakan metode kontrasepsi. Unmet need KB merupakan masalah yang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti karakteristik demografi, sosial ekonomi, sikap dan akses pelayanan. Secara umum, unmet need terjadi pada wanita yang menghadapi hambatan keuangan, pendidikan, geografis dan sosial. Tingginya unmet need di Indonesia menjadi permasalahan bagi pemerintah, karena bukan hanya menyebabkan terjadinya ledakan penduduk, juga berpengaruh terhadap AKI di Indonesia. WUS yang tidak menggunakan KB berpeluang besar untuk hamil dan mengalami komplikasi dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas. Hal ini dapat disebabkan karena aborsi karena kehamilan yang tidak diinginkan, jarak kehamilan yang terlalu dekat, melahirkan terlalu banyak maupun komplikasi penyakit selama kehamilan, penyulit saat persalinan dan komplikasi masa nifas.

2.5.2 Masalah Moral yang Terkait Keluarga Berencana

Sebelum melakukan usaha-usaha pemasyarakatan program KB, perlu dipahami beberapa nilai lama dalam bidang kependudukan khususnya masyarakat yang tinggal dipedesaan. Mengajak seseorang untuk mengikuti program KB, berarti mengajak mereka untuk meninggalkan nilai dan norma lama. Nilai-nilai lama tersebut antara lain:

1. Adanya anggapan bahwa anak adalah jaminan hari tua.
2. Khususnya dalam masyarakat agraris, semakin banyak anak semakin menguntungkan bagi keluarga dalam penyediaan tenaga kerja dalam bidang pertanian.
3. Kedudukan anak laki-laki sebagai factor penerus keturunan masih amat dominant. Karena tidak memiliki keturunan laki-laki dikalangan kelompok masyarakat tertentu, berarti putusnya hubungan dengan silsilah kelompok.
4. Bagi masyarakat desa dan sebagian besar masyarakat kota pembicaraan terbuka mengenai seksualitas adalah sesuatu yang tabu. Adanya pola pikir masyarakat yang kurang sehat tentang makna keturunan.
5. Banyak anak banyak rezeki.

2.6 Keikutsertaan Pria dalam Ber-KB

Peningkatan partisipasi pria dalam ber KB dan Kesehatan Reproduksi adalah keterlibatan dan keikutsertaan ber KB dan kesehatan reproduksi serta perilaku seksual yang sehat dan aman bagi dirinya, pasangan dan keluarganya. Partisipasi pria dalam ber-KB merupakan

salah satu issue penting dalam kesehatan reproduksi. Sesuai dengan rekomendasi dari Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994 di Kairo. Disepakati perubahan paradigma KB Nasional. Perubahan tersebut dari konsep dan pelaksanaan program pengendalian kependudukan dan penurunan fertilitas/angka kelahiran menjadi kearah pendekatan kesehatan reproduksi yang lebih memperhatikan hak-hak reproduksi dan pembangunan yang berorientasi pada keadilan dan kesetaraan gender.

Sejalan dengan kondisi yang ditempuh, upaya peningkatan partisipasi pria dalam ber KB merupakan tantangan Program yang dihadapi bersama karena kondisi saat ini partisipasi pria dalam ber KB masih sangat rendah yaitu 4,4% (hasil SDKI,2002-2003) yang meliputi vasektomi 0,4 %, kondom 0,9 %, senggama terputus 1,5 % dan pantang berkala 1,6 %, angka ini masih rendah apabila dibandingkan dengan Negara-negara lain seperti Pakistan, Banglades dan Malaysia. Karena dengan meningkatnya partisipasi pria dalam KB dan KR diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap pengendalian pertumbuhan penduduk dan penanganan masalah kesehatan reproduksi , yang pada akhirnya akan berdampak kepada penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Salah satu bentuk partisipasi pria dalam ber KB dapat dilakukan secara langsung, yaitu dengan menggunakan salah satu cara atau metoda pencegahan kehamilan seperti, alat kontrasepsi kondom, Vasektomi/MOP, metode senggama terputus dan metode pantang berkala atau sistem kalender. Selain itu partisipasi pria juga bisa dilakukan secara tidak langsung, seperti mendukung dan memberi kebebasan kepada istri untuk menggunakan kontrasepsi atau metode KB yang cocok yaitu kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi istri, membantu istri dalam menggunakan kontrasepsi secara benar, seperti mengingatkan istri untuk control kembali, membantu istri mencari pertolongan apabila terjadi komplikasi, serta memberikan motivasi kepada anggota keluarga dan masyarakat untuk menjadi peserta KB dengan menggunakan salah satu alat kontrasepsi.

Banyak faktor yang menyebabkan rendahnya partisipasi pria dalam KB bila dilihat dari berbagai aspek seperti:

1. Dari pria/suami yang masih kurang Pengetahuan dan kesadaran dalam ber KB
2. Faktor lingkungan sosial, budaya, masyarakat dan keluarga yang masih mengaggap partisipasi pria tidak penting serta pandangan yang cenderung menyerahkan tanggung jawab pelaksanaan KB dan kesehatan reproduksi kepada wanita.
3. Keterbatasan informasi dan aksesibilitas terhadap pelayanan KB pria
4. Keterbatasan jenis/metode kontrasepsi pria
5. Dukungan dan politis dan operasional masih rendah disemua tingkatan.

Berkaitan dengan hal di atas, upaya awal yang bias dilakukan untuk meningkatkan partisipasi pria dalam KB adalah memberikan informasi kepada calon pengantin baik

pria maupun wanita, serta peningkatan dukungan baik dari para pengambilan keputusan, tokoh masyarakat, tokoh agama dan seluruh anggota keluarga, meningkatkan promosi dan konseling untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran para pria/suami. Selain itu dari BkkbN sendiri meningkatkan kualitas pelayanan seperti menyediakan tempat pelayanan kontrasepsi yang lebih mudah dijangkau oleh masyarakat, menyediakan berbagai ragam pilihan metode kontrasepsi bagi suami, serta meningkatkan kemampuan teknis provider melalui pelatihan dan penyegaran. Peningkatan partisipasi pria dalam ber KB dan kesehatan reproduksi dapat berhasil jika mendapat dukungan semua pihak terutama instansi terkait.

2.7 Peran Bidan dalam Pelayanan Keluarga Berencana

Peran bidan sebagai konselor Keluarga Berencana

Bidan merupakan satu profesi tertua didunia sejak adanya peradaban umat manusia. Peran dan posisi bidan dimasyarakat sangat dihargai dan dihormati karena tugasnya sangat mulia, memberi semangat, mendampingi serta menolong ibu yang akan melahirkan. Bidan sebagai konselor memiliki kemampuan teknik konseling, pengetahuan tentang alat kontrasepsi dan yang berkaitan dengan pemakaiannya.

Calon pemakai kontrasepsi untuk menggunakan salah satu alat KB adalah pilihan calon sendiri, setelah mereka memahami manfaat dari setiap alat kontrasepsi. Dan pemilihan alat kontrasepsi oleh bidan dan keluarganya merupakan hak calon dan keluarganya untuk dapat merencanakan dengan baik tentang pengaturan kelahiran mereka. Salah satu tugas mandiri bidan yaitu memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana dimana mencakup:

1. Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada PUS
2. Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan
3. Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien
4. Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat
5. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan
6. Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama
7. Membuat pencatan dan pelaporan

Bidan yang telah memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang kebidanan khususnya akan dapat berperan sebagai konselor, salah satunya konselor KB. Dalam tugasnya sebagai konselor KB, bidan memberikan penyuluhan pertama tentang pemanfaatan kontrasepsi kemudian menjelsakan macam – macam alkon serta keuntungan dan kerugian dari masing-masing KB.

Peran bidan sebagai konselor keluarga berencana ini tidak hanya diperuntukan untuk wanita saja tapi pria juga. Dikarenakan alat kontrasepsi tidak hanya digunakan

oleh wanita saja namun pria juga mempunyai alat kontrasepsi tersendiri. Konseling keluarga berencana pascapersalinan yang diberikan oleh bidan tidak hanya diberikan pada ibu sendiri tapi pada saat berlangsungnya konseling diikuti oleh suami istri.

2.8 Dampak Program Keluarga Berencana

1. Untuk Ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:
 - a. Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek
 - b. Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya
2. Untuk anak-anak yang dilahirkan, manfaatnya:
 - a. Anak tumbuh secara wajar karena ibu mengandungnya dalam keadaan sehat
 - b. Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan
3. Untuk anak-anak yang lain, manfaatnya:
 - a. Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga
 - b. Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk setiap anak
 - c. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata
4. Untuk ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat:
 - a. Memperbaiki kesehatan fisiknya
 - b. Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terluang untuk keluarganya
5. Untuk seluruh keluarga, manfaatnya:

Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab II secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang pembangunan kesehatan dan penyelenggaraan kebidanan komunitas ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan tentang sejarah dan perkembangan keluarga berencana
2. Jelaskan organisasi dan program keluarga berencana
3. Jelaskan peran bidan dalam pelayanan keluarga berencana
4. Jelaskan masalah yang ada dalam pelayanan keluarga berencana

Ringkasan atau Poin-Poin Penting

- Sejarah dan perkembangan keluarga berencana Konsep keluarga berencana
- Organisasi dan program keluarga berencana Manajemen program keluarga berencana Manajemen keluarga berencana
- Masalah dalam pelayanan keluarga berencana Peran bidan dalam pelayanan keluarga berencana Dampak program keluarga berencana

Penutup

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus Evaluasi

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonalskill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berpikir kreatif ▪ Berpikir kritis ▪ Berpikir analitis ▪ Berpikir inovatif ▪ Mampu mengatur waktu ▪ Berargumen logis dan Mandiri ▪ Memahami keterbatasan diri. ▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu ▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanggung jawab ▪ Kemitraan dengan perempuan ▪ Menghargai otonomi perempuan ▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri ▪ Memiliki sensitivitas budaya. Values: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bertanggung jawab ▪ Motivasi ▪ Dapat mengatasi stress. 	20%
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan:

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut:
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
3. Ketentuan penilaian: peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/ mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

1. Tahap-tahap program KB nasional pada tahun 1970-1980 berada pada level.....
 - a. Management for The People
 - b. Management with The People
 - c. Program KB Lingkaran Biru
 - d. Program KB Lingkaran Emas
2. Pada tahapan perkembangan program Kb Nasional management with people dimana terjadi perubahan diantaranya.....
 - a. Pemerintah lebih banyak berinisiatif
 - b. Berorientasi pada target
 - c. Masyarakat bebas memilih
 - d. Pemaksaan dikurangi
3. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) berdiri pada tanggal...
 - a. 23 desember 1957
 - b. 25 Desember 1957
 - c. 7 Juni 1967
 - d. 17 Oktober 1968
4. Tujuan umum dari gerakan KB Nasional adalah....
 - a. Pemberian dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan KB
 - b. Pengendalian pertumbuhan penduduk
 - c. Menjarangkan kehamilan
 - d. Mengatur jarak kelahiran agar tidak terlalu dekat
5. Sepasang calon suami istri yang berusia 28 tahun dan 24 tahun akan menikah dan telah mendaftarkan diri di KUA. Sebagai seorang bidan dalam menerapkan profilnya sebagai care provider yang dilakukan adalah:
 - a. Membantu pasangan tersebut kapan akan hamil
 - b. Mengajarkan tentang masa ovulasi
 - c. Memberikan injeksi kb
 - d. Merujuk
6. Berdasarkan kasus diatas, sebagai manager di masyarakat yang dilakukan bidan adalah:
 - a. Membantu pasangan tersebut kapan akan hamil
 - b. Mengajarkan tentang masa ovulasi
 - c. Memberikan injeksi kb
 - d. Merujuk
7. Pelopor program keluarga berencana Margaret Sanger di tahun 1940-an mendasarkan pelayanan keluarga berencana kepada:

- a. Penanggulangan kematian ibu hamil dan bersalin
 - b. Pengendalian pertumbuhan penduduk di USA
 - c. Mengurangi tekanan kemiskinan
 - d. Meningkatkan wibawa pelayanan kesehatan
8. Lembaga Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia yang lahir tahun 1959, merupakan bentuk dari:
- a. Kepedulian pemerintah dalam pelayanan KB di Indonesia
 - b. Dorongan lembaga internasional
 - c. Kepedulian Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)
 - d. Gagasan Presiden Soekarno untuk mengendalikan kelahiran
9. Mana hal-hal di bawah ini yang bukan perkembangan pendekatan program Keluarga Berencana di Indonesia
- a. Pendekatan KIA
 - b. Pendekatan pemberdayaan perempuan
 - c. Pendekatan kesejahteraan
 - d. Pendekatan hak-hak kesehatan reproduksi
10. Pada tahun 1992 dikeluarkan Undang-Undang tentang Pembangunan Kependudukan dan Pembangunan keluarga, yang merupakan penjelmaan dari pengendalian penduduk dengan
- a. Pembangunan kesejahteraan keluarga
 - b. Pembangunan berkelanjutan
 - c. Pembangunan SDM berkualitas
 - d. Pemberdayaan perempuan
11. Indikator Pembangunan Manusia (IPM) sangat dipengaruhi oleh program keluarga berencana, indikator IPM tersebut adalah kecuali:
- a. Pendidikan
 - b. Pemerataan
 - c. Kesehatan
 - d. Pendapatan
12. Pendekatan Program Keluarga Berencana Indonesia yang menjadi model negara-negara berkembang, didasarkan kepada kecuali:
- a. Persuasif
 - b. Partisipasi
 - c. Kemitraan
 - d. Insentif
13. BKKBN berdasarkan Undang-undang nomor 52 tahun 2009, telah melakukan perubahan terhadap nomen-klatur menjadi:
- a. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional

- b. Badan Kerjasama Keluarga Berencana Nasional
 - c. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
 - d. Badan Koalisi Keluarga Berencana Nasional
14. Pendekatan 1000 hari pertama kehidupan dalam program perencanaan keluarga, termasuk kecuali:
- a. Pemeriksaan kehamilan
 - b. Perencanaan pernikahan
 - c. Pemberian ASI
 - d. Bina Keluarga Balita Holistik-Integratif
15. Pembinaan tumbuh-kembang Balita dalam masa lima tahun pertama (golden period) dilakukan melalui, kecuali:
- a. Posyandu
 - b. BKB
 - c. PAUD
 - d. Taman Bermain Anak

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Daftar Pustaka

- Keluarga berencana kesehatan reproduksi, gender dan pembangunan kependudukan, Direktorat Advokasi dan KIE, BKKBN, UNFPA, Bank Dunia, ADB dan STARH, 2003
- Pemahaman bagi pasutri tentang Partisipasi pria/suami dalam KB dan Kesehatan Reproduksi, BKKBN bekerjasama dengan UNFPA, Jakarta, 2006.

Bab 3

KONTRASEPSI SEDERHANA, ALAMIAH DAN MASA POSTPARTUM

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi tentang kontrasepsi alamiah, kontrasepsi masa postpartum, kontrasepsi darurat (kondar) dan peran bidan dalam kontrasepsi

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian kontrasepsi sederhana dan kontrasepsi alamiah
2. Menjelaskan metoda kontrasepsi alamiah
3. Menjelaskan kontrasepsi post partum, post abortus dan kontrasepsi darurat.

4. Menjelaskan syarat, indikasi, kontra indikasi dan komplikasi penggunaan kontrasepsi alamiah, post partum, dan kontrasepsi darurat
5. Menjelaskan manajemen asuhan kebidanan dalam pelayanan kontrasepsi alamiah, post partum dan kontrasepsi darurat

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara) dan 5.B (Keluarga Berencana)

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang jenis, dan masalah-masalah kontrasepsi alamiah, sederhana dan masa postpartum serta kontrasepsi darurat.

B. PENYAJIAN

Uraian Materi

3.1 Kontrasepsi Sederhana

3.1.1 Definisi

Kontrasepsi sederhana merupakan cara kontrasepsi atau pencegahan kehamilan yang dilakukan atau digunakan secara sederhana atau sewaktu-waktu, bahkan untuk sekali pemakaian saat melakukan hubungan seksual. Kontrasepsi sederhana dibagi atas dua cara yaitu cara kontrasepsi tanpa menggunakan alat-alat atau obat dan cara kontrasepsi dengan menggunakan alat atau obat.

3.1.2 Jenis Kontrasepsi Sederhana Menggunakan Alat

1. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau 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.

Jenis Kondom

Ada beberapa jenis kondom, diantaranya:

1. Kondom biasa.
2. Kondom berkontur (bergerigi).
3. Kondom beraroma.
4. Kondom tidak beraroma.

Kondom untuk pria sudah lazim dikenal, meskipun kondom wanita sudah ada namun belum populer.

Cara Kerja Kondom

Alat kontrasepsi kondom mempunyai cara kerja sebagai berikut:

1. Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita.
2. Sebagai alat kontrasepsi.
3. Sebagai pelindung terhadap infeksi/tranmisi mikro organisme penyebab PMS.

Efektifitas Kondom

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

Manfaat Kondom

Manfaat kondom terbagi dua, yaitu manfaat secara kontrasepsi dan non kontrasepsi.

Kontrasepsi

1. Efektif bila pemakaian benar.
2. Tidak mengganggu produksi ASI.
3. Tidak mengganggu kesehatan klien.
4. Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
5. Murah dan tersedia di berbagai tempat.
6. Tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus.
7. Metode kontrasepsi sementara

Non kontrasepsi

1. Peran serta suami untuk ber-KB.
2. Mencegah penularan PMS.
3. Mencegah ejakulasi dini.
4. Mengurangi insidensi kanker serviks.
5. Adanya interaksi sesama pasangan.
6. Mencegah imuno infertilitas.

Keterbatasan Kondom

Alat kontrasepsi metode barrier kondom ini juga memiliki keterbatasan, antara lain:

1. Tingkat efektifitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar.
2. Adanya pengurangan sensitifitas pada penis.
3. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.
4. Perasaan malu membeli di tempat umum.
5. Masalah pembuangan kondom bekas pakai.

Indikasi dan Kontraindikasi

Indikasi Kondom	Kontraindikasi Kondom
<ul style="list-style-type: none">• Ingin berpartisipasi dalam program KB.• Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi.• Ingin kontrasepsi sementara.• Ingin kontrasepsi tambahan.• Hanya ingin menggunakan alat kontrasepsi jika akan berhubungan.• Berisiko tinggi tertular/ menularkan IMS.	<ul style="list-style-type: none">• Mempunyai pasangan yang berisiko tinggi apabila terjadi kehamilan.• Alergi terhadap bahan dasar kondom.• Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.• Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual.• Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi.

Cara Penggunaan

- a. Gunakan kondom setiap akan melakukan hubungan seksual.
- b. Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida ke dalam kondom.
- c. Jangan menggunakan gigi, benda tajam seperti pisau, silet, gunting atau benda tajam lainnya pada saat membuka kemasan.
- d. Pasangkan kondom saat penis sedang ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Lepaskan gulungan karetinya dengan jalan menggeser gulungan tersebut ke arah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukan sebelum penetrasi penis ke vagina.
- e. Bila kondom tidak mempunyai tempat penampungan sperma pada bagian ujungnya, maka saat memakai, longgarkan sedikit bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan pada saat ejakulasi.

- f. Kondom dilepas sebelum penis melembek.
- g. Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas pada saat penis dicabut dan lepaskan kondom di luar vagina agar tidak terjadi tumpahan cairan sperma di sekitar vagina.
- h. Gunakan kondom hanya untuk satu kali pakai.
- i. Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman.
- j. Sediakan kondom dalam jumlah cukup di rumah dan jangan disimpan di tempat yang panas karena hal ini dapat menyebabkan kondom menjadi rusak atau robek saat digunakan.
- k. Jangan gunakan kondom apabila kemasannya robek atau kondom tampak rapuh/kusut.
1. Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas dari bahan petrolatum karena akan segera merusak kondom.

Penanganan Efek Samping Dan Masalah Kesehatan Lainnya.

Efek Samping atau Masalah	Penanganan
<ul style="list-style-type: none"> • Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan). • Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan. • Dicurigai adanya reaksi alergi (spermisida). • Mengurangi kenikmatan hubungan seksual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buang dan pakai kondom baru • Jika dicurigai ada kebocoran, pertimbangkan pemberian Morning After Pill. • Reaksi alergi, meskipun jarang, dapat sangat mengganggu dan bisa berbahaya. Jika keluhan menetap sesudah berhubungan dan tidak ada gejala IMS, berikan kondom alami (produk hewani: lamb skin atau gut) / bantu klien memilih metode lain. • Jika penurunan kepekaan tidak bisa ditolelir biarpun dengan kondom yang lebih tipis, anjurkan pemakaian metode lain.

2. Spermisida

Spermisida adalah alat kontrasepsi yang mengandung bahan kimia yang digunakan untuk membunuh sperma. Jenis spermisida terbagi menjadi:

1. Aerosol (busa).
2. Tablet vagina
3. Krim.

Cara Kerja

Cara kerja dari spermisida adalah sebagai berikut:

1. Menyebabkan sel selaput sel sperma pecah.

2. Memperlambat motilitas sperma.
3. Menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

Manfaat

Alat kontrasepsi spermisida ini memberikan manfaat secara kontrasepsi maupun non kontrasepsi. Manfaat kontrasepsi

1. Efektif seketika (busa dan krim).
2. Tidak mengganggu produksi ASI.
3. Sebagai pendukung metode lain.
4. Tidak mengganggu kesehatan klien.
5. Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
6. Mudah digunakan.
7. Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual.
8. Tidak memerlukan resep ataupun pemeriksaan medik. Manfaat non kontrasepsi

Memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual termasuk HB dan HIV/AIDS

Keterbatasan

1. Efektifitas kurang (bila wanita selalu menggunakan sesuai dengan petunjuk, angka kegagalan 15 dari 100 perempuan akan hamil setiap tahun dan bila wanita tidak selalu menggunakan sesuai dengan petunjuk maka angka kegagalan 29 dari 100 perempuan akan hamil setiap tahun).
2. Spermisida akan jauh lebih efektif, bila menggunakan kontrasepsi lain (misal kondom).
3. Keefektifan tergantung pada kepatuhan cara penggunaannya.
4. Tergantung motivasi dari pengguna dan selalu dipakai setiap melakukan hubungan seksual.
5. Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah spermisida dimasukkan sebelum melakukan hubungan seksual.
6. Hanya efektif selama 1-2 jam dalam satu kali pemakaian.
7. Harus selalu tersedia sebelum senggama dilakukan.

Indikasi dan Kontraindikasi

Indikasi	Kontraindikasi
Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal (seperti perokok, wanita di atas 35 tahun)	Mempunyai resiko tinggi apabila hamil (berdasar umur, paritas, masalah kesehatan)
Lebih suka memasang sendiri alat kontrasepsinya	Terinfeksi saluran uretra

Indikasi	Kontraindikasi
Menyusui dan memerlukan kontrasepsi pendukung	Memerlukan metode kontrasepsi efektif
Tidak ingin hamil dan terlindung dari penyakit menular seksual, tetapi pasangannya tidak mau menggunakan kondom	Tidak mau repot untuk mengikuti petunjuk pemakaian kontrasepsi dan siap pakai sewaktu akan melakukan hubungan seksual
Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode lain	Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat reproduksinya (vulva dan vagina)
Jarang melakukan hubungan seksual	Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan

Penanganan Efek Samping

Pemakaian alat kontrasepsi spermisida juga mempunyai efek samping dan masalah lain. Di bawah ini merupakan penanganan efek samping dan masalah-masalah yang timbul akibat pemakaian spermisida.

Efek Samping Atau Masalah	Penanganan
Iritasi vagina atau iritasi penis dan tidak nyaman	Periksa adanya vaginitis dan penyakit menular seksual. Bila penyebabnya spermisida, sarankan memakai spermisida dengan bahan kimia lain atau bantu memilih metode kontrasepsi lain.
Gangguan rasa panas di vagina	Periksa reaksi alergi atau terbakar. Yakinkan bahwa rasa hangat adalah normal. Bila tidak ada perubahan, sarankan menggunakan spermisida jenis lain atau bantu memilih metode kontrasepsi lain.
Tablet busa vaginal tidak larut dengan baik	Pilih spermisida lain dengan komposisi bahan kimia berbeda atau bantu memilih metode kontrasepsi lain.

3. Diafragma

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

Jenis

- a) Flat spring (flat metal band).
- b) Coil spring (coil wire).
- c) Arching spring (kombinasi metal spring).

Cara Kerja

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida.

Manfaat Metode Diafragma Kontrasepsi

- Efektif bila digunakan dengan benar.
- Tidak mengganggu produksi ASI.
- Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang 6 jam sebelumnya.
- Tidak mengganggu kesehatan klien.
- Tidak mempunyai pengaruh sistemik.

Nonkontrasepsi

- Salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS,
- Bila digunakan pada saat haid, menampung darah menstruasi.

Keterbatasan

- Efektivitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama).
- Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan.
- Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual.
- Pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan.
- Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra.
- Pada 6 jam pascahubungan seksual, alat masih harus berada di posisinya.

Indikasi dan Kontraindikasi Diafragma

Indikasi Diafragma	Kontraindikasi Diafragma
Sesuai untuk klien yang: <ul style="list-style-type: none">Tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal, seperti perokok, atau di atas usia 35 tahun.Tidak menyukai pengguna AKDR.Menyusui dan perlu kontrasepsi.Memerlukan proteksi terhadap IMS.Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain.	<ul style="list-style-type: none">Tidak sesuai untuk klien yang:Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi berisiko tinggi.Terinfeksi saluran uretra.Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina).Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan. nging metode KB efektif.

Cara Penggunaan

- a. Gunakan diafragma setiap kali melakukan hubungan seksual.
- b. Pertama kosongkan kandung kemih dan cuci tangan.
- c. Pastikan diafragma tidak berlubang (tes dengan mengisi diafragma dengan air, atau melihat menembus cahaya).
- d. Oleskan sedikit spermisida krim atau jelli pada kap diafragma (untuk memudahkan pemasangan tambahkan krim atau jelli, remas bersamaan dengan pinggirannya).
- e. Posisi saat pemasangan diafragma:
 - (1) Satu kaki diangkat ke atas kursi atau dudukan toilet.
 - (2) Sambil berbaring.
 - (3) Sambil jongkok.
- f. Lebarkan kedua bibir vagina.
- g. Masukkan diafragma ke dalam vagina jauh ke belakang, dorong bagian depan pinggiran ke atas di balik tulang pubis.
- h. Masukkan jari ke dalam vagina sampai menyentuh serviks, sarungkan karetinya dan pastikan serviks telah terlindungi.
- i. Diafragma dipasang di vagina sampai 6 jam sebelum hubungan seksual. Jika hubungan seksual berlangsung di atas 6 jam setelah pemasangan, tambahkan spermisida ke dalam vagina. Diafragma berada di dalam vagina paling tidak 6 jam setelah terlaksananya hubungan seksual. Jangan tinggalkan diafragma di dalam vagina lebih dari 24 jam sebelum diangkat (tidak dianjurkan mencuci vagina setiap waktu, pencucian vagina bisa dilakukan setelah ditunda 6 jam sesudah hubungan seksual).
- j. Mengangkat dan mencabut diafragma dengan menggunakan jari telunjuk dan tengah.
- k. Cuci dengan sabun dan air, keringkan sebelum disimpan kembali di tempatnya.

Penanganan Efek Samping

Efek Samping Atau Masalah	Penanganan
<ul style="list-style-type: none">• Infeksi saluran uretra	<ul style="list-style-type: none">• Pengobatan dengan antibiotik yang sesuai, apabila diafragma menjadi pilihan utama dalam ber-KB. Sarankan untuk segera mengosongkan kandung kemih setelah melakukan hubungan seksual atau sarankan memakai metode lain.

Efek Samping Atau Masalah	Penanganan
<ul style="list-style-type: none"> • Dugaan adanya reaksi alergi diafragma atau dugaan adanya reaksi alergi spermisida. • Rasa nyeri pada tekanan terhadap kandung kemih/rektum. • Timbul cairan vagina dan berbau jika dibiarkan lebih dari 24 jam. 	<ul style="list-style-type: none"> • Walaupun jarang terjadi, terasa kurang nyaman dan mungkin berbahaya. Jika ada gejala iritasi vagina, khususnya pascasangama, dan tidak mengidap IMS, berikan spermisida yang lain atau bantu untuk memilih metode lain. • Pastikan ketepatan letak diafragma apabila alat terlalu besar. Cobalah dengan ukuran yang lebih kecil. Tindakanjuti untuk menyakinkan masalah telah ditangani. • Periksa adanya IMS atau benda asing dalam vagina (tampon dll), jika tidak ada, sarankan klien untuk melepas diafragma setelah melakukan hubungan seksual, tapitidak kurang dari 6 jam setelah aktivitas terakhir. Setelah diangkat (diafragma harus dicuci dengan hati- hati menggunakan sabun cair dan air; jangan menggunakan bedak atau talk jika akan disimpan).Jika mengidap IMS, lakukan pemrosesan alat sesuai dengan pencegahan infeksi.

3.1.3 Kontrasepsi Tanpa Menggunakan Alat/ Obat

1. Coitus interruptus

Coitus interruptus atau senggama terputus merupakan salah satu metode yang paling banyak digunakan sekarang. Cara ini dilakukan dengan mengeluarkan penis dan membuang sperma diluar vagina saat pria ejakulasi. Cara ini banyak digunakan dalam abad ke-18 dan 19 dan memegang peranan penting dalam pembatasan penduduk.

Keuntungannya, cara ini tidak membutuhkan biaya, alat-alat maupun persiapan. Kekurangannya, untuk mensukseskan cara ini dibutuhkan pengendalian diri yang besar dari pihak pria. Beberapa pria karena faktor jasmani dan emosional tidak dapat mempergunakan cara ini. Dulu dikatakan bahwa coitus interruptus dapat menyebabkan hipertrofi (pembesaran) prostat, impotensi dan bendungan panggul, namun bukti ilmiah tidak ada. Tapi jika salah satu anggota dari pasangan tidak menyetujuinya, dapat menimbulkan ketegangan dan dengan demikian mungkin merusak hubungan seks.

Kegagalan dengan cara ini dapat disebabkan karena adanya pengeluaran mani sebelum ejakulasi yang dapat mengandung sperma apalagi pada hubungan seksual yang berulang, dan terlambatnya pengeluaran penis dari vagina. Cara ini mudah

diterima karena merupakan cara yang dapat dirahasiakan dan tidak perlu minta nasihat pada orang lain.

1. **Pengertian**

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional/alamiah, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.

2. **Cara Kerja**

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina, maka tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah. Ejakulasi di luar vagina untuk mengurangi kemungkinan air mani mencapai rahim.

3. **Efektifitas**

Metode coitus interruptus akan efektif apabila dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Pasangan yang mempunyai pengendalian diri yang besar, pengalaman dan kepercayaan dapat menggunakan metode ini menjadi lebih efektif.

4. **Manfaat**

Manfaat kontrasepsi

- Alami.
- Efektif bila dilakukan dengan benar.
- Tidak mengganggu produksi ASI.
- Tidak ada efek samping.
- Tidak membutuhkan biaya.
- Tidak memerlukan persiapan khusus.
- Dapat dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.
- Dapat digunakan setiap waktu. Manfaat non kontrasepsi
- Adanya peran serta suami dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.
- Menanamkan sifat saling pengertian.
- Tanggung jawab bersama dalam ber-KB.

5. **Keterbatasan**

Metode coitus interruptus ini mempunyai keterbatasan, antara lain:

- Sangat tergantung dari pihak pria dalam mengontrol ejakulasi dan tumpahan sperma selama senggama.
- Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (orgasme).
- Sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat dan setelah interupsi coitus.
- Tidak melindungi dari penyakit menular seksual.
- Kurang efektif untuk mencegah kehamilan.

6. **Indikasi**

- Suami yang tidak mempunyai masalah dengan interupsi pra orgasmik.
- Pasangan yang tidak mau metode kontrasepsi lain.
- Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- Pasangan yang memerlukan kontrasepsi segera.
- Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode lain.
- Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.
- Menyukai senggama yang dapat dilakukan kapan saja/tanpa rencana.

7. **Kontraindikasi**

- Suami dengan ejakulasi dini.
- Suami yang tidak dapat mengontrol interupsi pra orgasmik.
- Suami dengan kelainan fisik/psikologis.
- Pasangan yang tidak dapat bekerjasama.
- Pasangan yang tidak komunikatif.
- Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus

2. **Metode Kalender**

1. **Definisi**

Metode Kalender adalah metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi. Knaus (ahli kebidanan Vienna) berpendapat bahwa ovulasi terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Sedangkan Ogino (ahli ginekologi Jepang) berpendapat bahwa ovulasi tidak terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi tetapi terjadi 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya.

2. **Efektifitas KB kalender**

Bagi wanita dengan siklus haid teratur, efektifitasnya lebih tinggi dibandingkan wanita yang siklus haidnya tidak teratur. Angka kegagalan berkisar 6-42 (Sofian Amru. 2011. Sinopsis Obstetri Jilid 2. Jakarta: Buku Kedokteran Halaman 199). Hal yang dapat menyebabkan metode kalender menjadi tidak efektif adalah:

- o Penentuan masa tidak subur didasarkan pada kemampuan hidup sel sperma dalam saluran reproduksi (sperma mampu bertahan selama 3 hari).
- o Anggapan bahwa perdarahan yang datang bersamaan dengan ovulasi, diinterpretasikan sebagai menstruasi. Hal ini menyebabkan perhitungan masa tidak subur sebelum dan setelah ovulasi menjadi tidak tepat.

- o Penentuan masa tidak subur tidak didasarkan pada siklus menstruasi sendiri.
- o Kurangnya pemahaman tentang hubungan masa subur/ovulasi dengan perubahan jenis mukus/lendir serviks yang menyertainya.

3. **Keuntungan KB Kalender**

Menurut teori Hartanto (2004) yaitu:

- a) Ditinjau dari segi ekonomi: KB kalender dilakukan secara alami dan tanpa biaya sehingga tidak perlu mengeluarkan biaya untuk membeli alat kontrasepsi.
- b) Dari segi kesehatan: sistem kalender ini jelas jauh lebih sehat karena bisa dihindari adanya efek sampingan yang merugikan seperti halnya memakai alat kontrasepsi lainnya (terutama yang berupa obat).
- c) Dari segi psikologis: yaitu sistem kalender ini tidak mengurangi kenikmatan hubungan itu sendiri seperti bila memakai kondom misalnya. Meski tentu saja dilain pihak dituntut kontrol diri dari pasangan untuk ketat berpantang selama masa subur.

4. **Kerugian KB kalender**

Teori lain dalam buku Wikhjosastro H (2005) mengemukakan Kerugian metode kalender:

1. Diperlukan banyak pelatihan untuk biasa menggunakannya dengan benar
2. Memerlukan pemberian asuhan (non – medis) yang sudah terlatih
3. Memerlukan penahanan nafsu selama fase kesuburan untuk menghindari kehamilan

5. **Manfaat**

Metode kalender atau pantang berkala dapat bermanfaat sebagai kontrasepsi maupun konsepsi. Sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan. Dapat digunakan oleh para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan hubungan seksual saat masa subur/ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bisa hamil.

6. **Efek Samping**

Terlalu lama berpantang kadang kala tidak tertahankan, terutama bila masa berpantang terlalu lebar (lama).

7. **Indikasi KB kalender**

Metode ini mudah dilaksanakan, tetapi dalam prakteknya sukar menentukan pada saat ovulasi dengan tetap. Hanya sedikit wanita yang mempunyai daur haid teratur, lagi pula dapat terjadi variasi, lebih-lebih setelah persalinan dan pada tahun-tahun menjelang menopause. Yang bisa menggunakan / Indikasi menurut Handayani (2010): Wanita/pasangan:

1. Dari Semua usia subur
2. Dari semua paritas, termasuk wanita nullipara
3. Yang oleh karena alasan religious atau filosofis tidak bisa menggunakan metode lain
4. Tidak bisa memakai metode lain
5. Bersedia menahan nafsu birah ilebih dari seminggu setiap siklus
6. Bersedia dan terdorong untuk mengamati, mencatat dan menginterpretasikan tanda- tanda kesuburan.

8. **Kontraindikasi KB kalender**

1. Yang seharusnya tidak menggunakan/kontak indikasi Perempuan yang dari segi umur, paritas atau masalah kesehatannya membuat kehamilan menjadi suatu kondisi resiko tinggi
2. Perempuan sebelum mendapat haid (menyusui, segera setelah (abortus), kecuali MOB
3. Perempuan dengan siklus haid yang tidak teratur
4. Perempuan yang pasangannya tidak mau bekerja sama (berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid.
5. Perempuan yang tidak suka menyentuh daerah genitalianya.

9. Cara Menghitung Masa Subur dengan Sistem **Kalender**

Masa berpantang dihitung dengan rumus sebagai berikut:

Hari pertama mulai subur = siklus haid terpendek - 18 Hari subur terakhir = siklus haid terpanjang - 11

Sebenarnya, cara tersebut hanya cocok bagi wanita yang siklus haidnya teratur mencatat pola siklus haidnya paling sedikit selama 6 bulan dan sebaiknya selama 12 bulan. Setelah itu barulah ditentukan kapan mulainya hari subu pertama dan hari subur terakhir dengan mempergunakan rumus diatas .

Contoh:

Seorang wanita mempunyai siklus haid yang amat teratur setiap bulan, yaitu selama 28 hari sesuai dengan bulan Arab. Dengan demikian, siklus haid terpendek wanita itu adalah 28 hari, dan siklus terpanjang juga 28 hari (haidnya sangat teratur).

Jika wanita tersebut ingin memakai sistem kalender, menurut rumus diatas: Hari pertama ia subur: $28 - 11 =$ hari ke 17

Jadi, masa berpantangan adalah mulai dari hari ke 10 sampai hari ke 17, dihitung mulai dari hari pertama haid. Hari tersebut harus ditandai dengan spidol merah pada kalender.

Seorang wanita memiliki siklus haid yang tidak teratur. Setelah dicatat selama 6 bulan -12 bulan, diperoleh siklus haid terpendek adalah 22 hari dan terpanjang 40 hari.

Jika wanita tadi ingin memakai sistem kalender untuk mencegah kehamilan, dengan memakai rumus di atas diperoleh:

Hari pertama subur = $22 - 18 =$ hari ke 4

Hari terakhir subur = $40 - 11$ hari = hari ke 29.

Masa berpantang koitus mulai dari hari ke-4 sampai hari ke-29, yaitu hari dalam satu bulan. (Sofian Amru. 2011. Sinopsis Obstetri Jilid 2. Jakarta: Buku Kedokteran Halaman 199).

Kalkulasi masa subur secara tradisional didasarkan pada 3 asumsi:

1. Ovulasi terjadi pada hari ke-14 tambah kurang 2 hari sebelum permulaan haid berikutnya.
2. Spermatozoa bertahan hidup 2-3 hari
3. Ovum hidup selama 24 jam. (Hanafi Hartanto, 2004: 48)

3.2 Kontrasepsi Darurat

3.2.1 Pengertian

Kontrasepsi Darurat adalah kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan bila digunakan setelah hubungan seksual. Atau sering juga disebut “Kontrasepsi Pasca senggama” atau “Morning after pills” atau “Morning after treatment”. Pada awalnya istilah “Kontrasepsi sekunder atau Kontrasepsi darurat” adalah untuk menepis anggapan bahwa obat tersebut harus segera dipakai/digunakan setelah melakukan hubungan seksual atau harus menunggu hingga keesokan harinya, dan bila tidak, berarti sudah terlambat sehingga pasangan tersebut tidak dapat berbuat apa apa lagi. Sebutan kontrasepsi darurat untuk menekankan bahwa jenis kontrasepsi ini digunakan pada keadaan dan masa yang tidak boleh ditunda, juga mengisyaratkan bahwa cara KB ini lebih baik daripada tidak memakai metode KB sama sekali. Tetapi sebenarnya cara ini tetap kurang efektif dibandingkan dengan cara KB lain yang sudah ada.

Jadi kontrasepsi darurat itu adalah Kontrasepsi darurat merupakan cara untuk mencegah kehamilan setelah pasangan suami istri berhubungan seks tanpa menggunakan kontrasepsi, lupa minum pil, atau mengalami kecelakaan kontrasepsi (seperti kondom rusak)

3.2.2 Manfaat Kontrasepsi Darurat

Manfaat dari penggunaan kontrasepsi darurat antara lain:

1. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
2. Mendukung hak perempuan untuk mengatur reproduksinya sendiri
3. Mendukung kesehatan reproduksi perempuan memberi waktu pemulihan yang sempurna bagi organ reproduksi, frekuensi kehamilan dapat diatur sesuai kondisi kesehatan fisik dan psikososial, risiko aborsi dapat dihindarkan
4. Bukan sebagai pil penggugur kandungan
5. Cara kerja Kondar adalah “fisiologis”, sehingga tidak mempengaruhi kesuburan dan siklus haid yang akan datang
6. Efek samping ringan dan berlangsung singkat
7. Tidak ada pengaruh buruk di kemudian hari pada organ sistem reproduksi dan organ tubuh lainnya.

3.2.3 Indikasi dan Kontraindikasi Kontrasepsi Darurat

Indikasi Kontrasepsi darurat adalah untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan

1. Kesalahan dalam pemakaian kontrasepsi, seperti:
 - Kondom bocor, lepas atau salah penggunaannya
 - Diaphragma pecah atau robek atau dilepas terlalu cepat
 - Kegagalan senggama terputus
 - Salah hitung masa subur
 - Alat kontrasepsi dalam rahim (Spiral/IUD) ekspulsi
 - Lupa minum pil KB lebih dari 2 hari berturut-turut
 - Terlambat lebih dari 1 minggu untuk suntik KB 1 bulan.
 - Terlambat lebih dari 2 minggu untuk suntik KB 3 bulan.
2. Wanita korban perkosaan kurang dari 72 jam
3. Tidak menggunakan kontrasepsi, baik karena alasan medis maupun belum bersedia, tetapi ingin mencegah kehamilan.
4. Wanita yang tidak sedang memakai kontrasepsi apapun, karena tugas suaminya yang sering bepergian dalam jangka waktu lama

Kontraindikasi Kontrasepsi darurat: Wanita Hamil atau disangka hamil

3.2.4 Jenis Kontrasepsi Darurat (Kondar)

Ada 2 macam Kontrasepsi darurat yaitu:

1. Mekanik
Satu-satunya Kondar mekanik adalah IUD yang mengandung tembaga (misalnya: CuT 380A). Jika dipasang dalam waktu “kurang dari 7 hari” setelah senggama,

cara ini mampu mencegah kehamilan dan selanjutnya dapat dipakai terus untuk mencegah kehamilan hingga 10 tahun lamanya, atau sesuai waktu yang dikehendakinya. Hanya saja harganya lebih mahal dan sebaiknya dipasang oleh ahlinya (dokter umum, atau dokter spesialis kebidanan atau bidan)

Cara kerja:

- Mencegah fertilisasi (pertemuan sel sperma dan sel telur)
- Mencegah tertanamnya hasil pembuahan pada endometrium (selaput dinding rahim). Kegagalan: < 0,1%

Kontra indikasi:

- Hamil atau diduga hamil
- Infeksi Menular Seksual (IMS)

Cara pemberian: 1 kali pemasangan dalam waktu <7 hari pasca senggama

2. Medik

Paling sedikit ada 5 cara pemberian Kondar yang telah diteliti secara luas. Masing-masing bersifat hormonal dan saat ini diterapkan secara oral. Sekalipun pemberian pervaginal dalam tahap penelitian, namun kepustakaan yang telah dipublikasikan masih terbatas pada pemberian per oral. Lima cara tersebut adalah: Pil KB Kombinasi (mis: Microgynon), Pil Progestin (mis: Postinor-2), Pil Estrogen (mis: Premarin), Mifepristone (mis: RU-486), Danazol (mis: Danocrine)

Cara kerja:

- Merubah endometrium sehingga tidak memungkinkan implantasi hasil pembuahan Mencegah ovulasi / menunda ovulasi
- Mengganggu pergerakan saluran telur (tuba fallopi)

Cara pemberian:

- Pil kombinasi: 2x4 tablet dalam waktu 3 hari pasca senggama, (dosis pertama 1x4 tablet diulang 1x4 tablet 12 jam kemudian setelah dosis Pertama).
- Pil Progestin: 2x1 tablet dalam waktu 3 hari pasca senggama, (dosis pertama 1 tablet, diulang 1 tablet kedua 12 jam sesudah tablet pertama)
- Pil Estrogen: 2x10 mg dalam waktu 3 hari pasca senggama selama 5 hari Mifepristone: 1x600 mg dalam waktu 3 hari pasca seenggama
- Pil Danazol: 2x4 tablet dalam waktu 3 hari pasca senggama, (dosis pertama 1x4 tablet diulang 1x4 tablet 12 jam kemudian setelah dosis Pertama).

3.2.5 Efek samping

Efek samping yang mungkin timbul adalah rasa mual, sakit kepala, pusing, muntah atau payudara tegang. Ini diakibatkan karena pil Kondar mengandung hormon dosis tinggi. Pada umumnya efek samping berlangsung tidak lebih dari 24 jam.

3.2.6 Tingkat Keamanan Penggunaan Kontrasepsi Darurat

Saat ini belum ada penelitian yang membuktikan terjadinya thrombosis seperti stroke atau emboli paru pada pemakaian kontrasepsi darurat. Tetapi sebaliknya, tidak juga ada penelitian yang membuktikan keamanannya 100%. Hanya saja, selama ini belum pernah ada kasus yang dilaporkan setelah pemakaian kontrasepsi darurat, jadi pilihan ini termasuk aman. Efek samping yang timbul pada pemakaian kontrasepsi darurat jenis pil hormonal adalah mual dan muntah. Hal ini dapat diatasi dengan pemberian anti mual dan anti muntah sebelum meminum pil atau memilih pil yang hanya mengandung progesterone saja. Efek samping lainnya adalah bercak-bercak darah (spotting atau haid yang datang seminggu lebih cepat atau seminggu lebih lambat ada bulan berikutnya).

3.2.7 Angka Keberhasilan Penggunaan Kontrasepsi Darurat

Bila tidak mendapatkan haid pada bulan berikutnya setelah pemakaian kontrasepsi darurat, sebaiknya anda curiga terjadi kehamilan dan segera ke dokter untuk memuktikannya. Walaupun angka keberhasilan kontrasepsi darurat dalam mencegah kehamilan tinggi, sangatlah tidak dianjurkan untuk memakai kontrasepsi ini jangka waktu yang lama. Bila anda menginginkan hubungan seksual yang aman, maka pilihan terbaik adalah penggunaan metode kontrasepsi lainnya yang sudah tersedia saat ini.

3.3 Kontrasepsi Masa Postpartum

3.3.1 Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1. Definisi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau *Lactational Amenorrhea Method (LAM)* adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau *Lactational Amenorrhea Method (LAM)* dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau *natural family planning*, apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

Meskipun penelitian telah membuktikan bahwa menyusui dapat menekan kesuburan, namun banyak wanita yang hamil lagi ketika menyusui. Oleh karena

itu, selain menggunakan Metode Amenorea Laktasi juga harus menggunakan metode kontrasepsi lain seperti metode barrier (diafragma, kondom, spermisida), kontrasepsi hormonal (suntik, pil menyusui, AKBK) maupun IUD.

Metode Amenorea Laktasi (MAL) dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi, apabila:

1. Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari.
2. Belum mendapat haid.
3. Umur bayi kurang dari 6 bulan.

2. Cara Kerja

Cara kerja dari Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi.

3. Efektifitas

Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98 persen apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut: digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui secara eksklusif (tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan). Efektifitas dari metode ini juga sangat tergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui.

4. Manfaat

Metode Amenorea Laktasi (MAL) memberikan manfaat kontrasepsi maupun non kontrasepsi. Manfaat kontrasepsi dari MAL antara lain:

1. Efektifitas tinggi (98 persen) apabila digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui eksklusif.
2. Dapat segera dimulai setelah melahirkan.
3. Tidak memerlukan prosedur khusus, alat maupun obat.
4. Tidak memerlukan pengawasan medis.
5. Tidak mengganggu senggama.
6. Mudah digunakan.
7. Tidak perlu biaya.
8. Tidak menimbulkan efek samping sistemik.
9. Tidak bertentangan dengan budaya maupun agama. Manfaat non kontrasepsi dari MAL antara lain:

Untuk bayi

1. Mendapatkan kekebalan pasif.
2. Peningkatan gizi.
3. Mengurangi resiko penyakit menular.
4. Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi air, susu formula atau alat minum yang dipakai.

Untuk ibu

1. Mengurangi perdarahan post partum/setelah melahirkan.
2. Membantu proses involusi uteri (uterus kembali normal).
3. Mengurangi resiko anemia.
4. Meningkatkan hubungan psikologi antara ibu dan bayi.

5. Keterbatasan

Metode Amenorea Laktasi (MAL) mempunyai keterbatasan antara lain:

1. Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan.
2. Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif.
3. Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Hepatitis B ataupun HIV/AIDS.
4. Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui.
5. Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif.

6. Yang Dapat Menggunakan MAL

Metode Amenorea Laktasi (MAL) dapat digunakan oleh wanita yang ingin menghindari kehamilan dan memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Wanita yang menyusui secara eksklusif.
2. Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan.
3. Wanita yang belum mendapatkan haid pasca melahirkan.

Wanita yang menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL), harus menyusui dan memperhatikan hal-hal di bawah ini:

1. Dilakukan segera setelah melahirkan.
2. Frekuensi menyusui sering dan tanpa jadwal.
3. Pemberian ASI tanpa botol atau dot.
4. Tidak mengkonsumsi suplemen.
5. Pemberian ASI tetap dilakukan baik ketika ibu dan atau bayi sedang sakit.
7. Yang Tidak Dapat Menggunakan MAL

Metode Amenorea Laktasi (MAL) tidak dapat digunakan oleh:

1. Wanita pasca melahirkan yang sudah mendapat haid.
2. Wanita yang tidak menyusui secara eksklusif.
3. Wanita yang bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam.
4. Wanita yang harus menggunakan metode kontrasepsi tambahan.
5. Wanita yang menggunakan obat yang mengubah suasana hati.
6. Wanita yang menggunakan obat-obatan jenis ergotamine, anti metabolisme, cyclosporine, bromocriptine, obat radioaktif, lithium atau anti koagulan.
7. Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan.
8. Bayi yang mempunyai gangguan metabolisme.

Metode Amenorea Laktasi (MAL) tidak direkomendasikan pada kondisi ibu yang mempunyai HIV/AIDS positif dan TBC aktif. Namun demikian, MAL boleh digunakan dengan pertimbangan penilaian klinis medis, tingkat keparahan kondisi ibu, ketersediaan dan penerimaan metode kontrasepsi lain.

8. Keadaan yang Memerlukan **Perhatian**

Di bawah ini merupakan keadaan yang memerlukan perhatian dalam penggunaan Metode Amenorea Laktasi (MAL).

Keadaan	Anjuran
Ketika mulai pemberian makanan pendamping secara teratur.	Membantu klien memilih metode kontrasepsi lain dan tetap mendukung pemberian ASI.
Ketika sudah mengalami haid.	Membantu klien memilih metode kontrasepsi lain dan tetap mendukung pemberian ASI.
Bayi menyusui kurang dari 8 kali sehari.	Membantu klien memilih metode kontrasepsi lain dan tetap mendukung pemberian ASI.
Bayi berumur 6 bulan atau lebih.	Membantu klien memilih metode kontrasepsi lain dan tetap mendukung pemberian ASI.

9. Hal yang Harus Disampaikan Kepada Klien

Sebelum menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL), klien terlebih dahulu diberikan konseling sebagai berikut:

1. Bayi menyusui harus sesering mungkin (*on demand*).
2. Waktu pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam.
3. Bayi menyusui sampai sepuasnya (bayi akan melepas sendiri hisapannya).
4. ASI juga diberikan pada malam hari untuk mempertahankan kecukupan ASI.
5. ASI dapat disimpan dalam lemari pendingin.
6. Waktu pemberian makanan padat sebagai pendamping ASI (diberikan pada bayi sudah berumur 6 bulan lebih).

7. Metode MAL tidak akan efektif, apabila ibu sudah memberikan makanan atau minuman tambahan lain.
8. Ibu yang sudah mendapatkan haid setelah melahirkan dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi lain.
9. Apabila ibu tidak menyusui secara eksklusif atau berhenti menyusui maka perlu disarankan menggunakan metode kontrasepsi lain yang sesuai.

3.3.2 IUD / AKDR Post Partum

Waktu Pemasangan AKDR	Definisi	Angka Ekspulsi	Keterangan
Pascaplasenta	Dalam 10 menit setelah melahirkan plasenta	9,5 - 12,5%	Ideal; angka ekspulsi rendah
Segera Pascasalin (<i>Immediate Postpartum</i>)	Setelah 10 menit hingga 48 jam pasca salin	25 - 37%	Masih aman
Pascasalin Tertunda (<i>Late Postpartum</i>)	Setelah 48 jam-4 minggu pasca salin	Tidak dianjurkan	Risiko perforasi dan ekspulsi meningkat
Internal-Pascasalin Lanjutan (<i>Estended Postpartum</i>)	Setelah 4 minggu pasca salin	3 - 13%	Aman

IUD/AKDR *post partum* adalah IUD yang dipasang pada 10 menit setelah plasenta lahir (*post plasenta*) sampai 48 jam *post partum* (Shukla, Qureshi, Chandrawati, 2012). AKDR merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. AKDR dapat dipasang segera setelah bersalin ataupun dalam jangka waktu tertentu. Angka ekspulsi AKDR berdasarkan waktu pemasangan adalah sebagai berikut.

Meskipun angka ekspulsi pada pemasangan AKDR segera pascasalin lebih tinggi dibandingkan teknik pemasangan masa interval (lebih dari 4 minggu setelah persalinan), angka ekspulsi dapat diminimalisasi bila:

- Pemasangan dilakukan dalam waktu 10 menit setelah melahirkan plasenta
- AKDR ditempatkan cukup tinggi pada fundus uteri
- Pemasangan dilakukan oleh tenaga terlatih khusus

Keuntungan pemasangan AKDR segera setelah lahir (pascaplasenta) antara lain:

- Biaya lebih efektif dan terjangkau.
- Lebih sedikit keluhan perdarahan dibandingkan dengan pemasangan setelah beberapa hari/minggu.

- Tidak perlu mengkhawatirkan kemungkinan untuk hamil selama menyusui dan AKDR pun tidak mengganggu produksi air susu dan ibu yang menyusui.
- Mengurangi angka ketidakpatuhan pasien.

Indikasi

- Usia reproduktif
- Keadaan multipara
- Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- Resiko rendah dari IMS
- Tidak menghendaki metode hormonal
- Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari

Kontra indikasi

- Ruptur membrane yang lama (lebih dari 24 jam)
- Demam atau ada gejala PID
- Perdarahan antepartum atau post partum yang berkelanjutan setelah bayi lahir
- Gangguan pembekuan darah
- Perdarahan pervagina yang belum diketahui sebabnya
- Penyakit tropoblas dalam kehamilan (jinak atau ganas)
- Abnormal uterus

Komplikasi atau efek samping

- Dapat terjadi robekan dinding rahim.
- Ada kemungkinan kegagalan pemasangan.
- Kemungkinan mengalami nyeri setelah melahirkan hingga beberapa hari kemudian.
- Kemungkinan terjadi infeksi setelah pemasangan AKDR (pasien harus kembali jika ada demam, bau amis/anyir dari cairan vagina dan sakit perut terus menerus).

Cara kerja

IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD post plasenta, umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur.

Efektifitas

Kejadian hamil yang tidak diinginkan pada pasca insersi IUD post plasenta sebanyak 2.0 - 2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan setelah pemasangan. Setelah 1 tahun, penelitian menemukan angka kegagalan IUD post plasenta 0.8 %, dibandingkan dengan pemasangan setelahnya.

3.4 Peran Bidan dalam Pelayanan Kontrasepsi

Peran Bidan dalam Pelayanan Kontrasepsi

Bidan sebagai pemberi pelayanan berperan sebagai konselor dan fasilitator, sesuai langkah-langkah di bawah ini.

1. Jalin komunikasi yang baik dengan ibu
Beri salam kepada ibu, tersenyum, perkenalkan diri Anda. Gunakan komunikasi verbal dan non-verbal sebagai awal interaksi dua arah. Tanya ibu tentang identitas dan keinginannya pada kunjungan ini.
2. Nilailah kebutuhan dan kondisi ibu
3. Tanyakan tujuan ibu berkontrasepsi dan jelaskan pilihan metode yang dapat digunakan untuk tujuan tersebut. Tanyakan juga apa ibu sudah memikirkan pilihan metode tertentu. Tanyakan status kesehatan ibu dan kondisi medis yang dimilikinya. Perhatikan persyaratan medis penggunaan metode kontrasepsi.
4. Berikan informasi mengenai pilihan metode kontrasepsi yang dapat digunakan ibu
5. Berikan informasi yang obyektif dan lengkap tentang berbagai metode kontrasepsi: efektivitas, cara kerja, efek samping, dan komplikasi yang dapat terjadi serta upaya-upaya untuk menghilangkan atau mengurangi berbagai efek yang merugikan tersebut (termasuk sistem rujukan)
6. Bantu ibu menentukan pilihan
7. Bantu ibu memilih metode kontrasepsi yang paling aman dan sesuai bagi dirinya. Beri kesempatan pada ibu untuk mempertimbangkan pilihannya.
8. Apabila ingin mendapat penjelasan lanjutan, anjurkan ibu untuk berkonsultasi kembali atau dirujuk pada konselor atau tenaga kesehatan yang lebih ahli.
9. Jelaskan secara lengkap mengenai metode kontrasepsi yang telah dipilih ibu Setelah ibu memilih metode yang sesuai baginya, jelaskanlah mengenai:
 - Waktu, tempat,
 - tenaga, dan cara pemasangan/pemakaian alat kontrasepsi
 - Rencana pengamatan lanjutan setelah pemasangan
 - Cara mengenali efek samping/komplikasi
 - Lokasi klinik keluarga berencana (KB)/tempat pelayanan untuk kunjungan ulang bila diperlukan
 - Waktu penggantian/pencabutan alat kontrasepsi

Bila ibu ingin memulai pemakaian kontrasepsi saat itu juga, lakukan penapisan kehamilan dengan menanyakan pertanyaan-pertanyaan di bawah ini:

- Apakah Anda mempunyai bayi yang berumur kurang dari 6 bulan DAN menyusui secara eksklusif DAN tidak mendapat haid selama 6 bulan tersebut?
- Apakah Anda pantang senggama sejak haid terakhir atau bersalin?
- Apakah Anda baru melahirkan bayi kurang dari 4 minggu?
- Apakah haid terakhir dimulai 7 hari terakhir (atau 12 hari terakhir bila klien ingin menggunakan AKDR)?
- Apakah Anda mengalami keguguran dalam 7 hari terakhir (atau 12 hari terakhir bila klien ingin menggunakan AKDR)?
- Apakah Anda menggunakan metode kontrasepsi secara tepat dan konsisten?
- Bila ada jawaban “YA” pada satu atau lebih pertanyaan di atas, metode kontrasepsi dapat mulai digunakan. Bila semua dijawab “TIDAK”, ibu harus melakukan tes kehamilan atau menunggu haid berikutnya.

10. Rujuk ibu bila diperlukan

Rujuk ke konselor yang lebih ahli apabila di klinik KB ini ibu belum mendapat informasi yang cukup memuaskan, atau rujuk ke fasilitas pelayanan kontrasepsi/kesehatan yang lebih lengkap apabila klinik KB setempat tidak mampu mengatasi efek samping/komplikasi atau memenuhi keinginan ibu. Berikan pelayanan lanjutan setelah ibu dikirim kembali oleh fasilitas rujukan (kunjungan ulang pasca pemasangan)

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab III secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang kontrasepsi sederhana, alami dan masa postpartum. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan definisi, jenis, indikasi, kontraindikasi, efek samping dari kontrasepsi sederhana
2. Jelaskan definisi, jenis, indikasi, kontraindikasi, efek samping dari kontrasepsi alami
3. Jelaskan definisi, jenis, indikasi, kontraindikasi, efek samping dari kontrasepsi masa postpartum
4. Jelaskan peran bidan dalam kontrasepsi jenis alami, sederhana dan masa postpartum

Ringkasan atau Poin-Poin Penting

- Pengertian kontrasepsi sederhana dan kontrasepsi alamiah
- Kontrasepsi post partum, post abortus dan kontrasepsi darurat (kondar)
- Syarat, indikasi, kontra indikasi dan komplikasi penggunaan kontrasepsi alamiah, post partum, dan kontrasepsi darurat
- Peran bidan dalam pelayanan kontrasepsi alamiah, post partum dan kontrasepsi darurat

Penutup

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus Evaluasi

No	Komponen Nilai Blok	Bobot
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonalskill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab▪ Kemitraan dengan perempuan▪ Menghargai otonomi perempuan▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri▪ Memiliki sensitivitas budaya. Values: <ul style="list-style-type: none">▪ Bertanggung jawab▪ Motivasi▪ Dapat mengatasi stress.	20%
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan:

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut:
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/ mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

1. Yang merupakan petunjuk metode ovulasi yaitu:
 - a. Pengamatan lendir serviks dilakukan setiap pagi bangun tidur
 - b. Lendir serviks normal dapat diidentifikasi pada masa tidak subur
 - c. Lendir dapat berubah beberapa kali dalam sehari sehingga diperlukan pengenalan sekresi lendir harian sebagai patokan
 - d. Lendir basah, jernih, licin, dan elastis menunjukkan hari pantang senggama
 - e. Pantang senggama dilanjutkan hingga hari kelima
2. Yang merupakan petunjuk pengguna simptotermal yaitu:
 - a. Setelah haid berhenti, coitus dapat dilakukan hingga 5 hari kering berikutnya
 - b. Setelah periode tidak subur, terjadi ovulasi ditandai dengan keluar lendir pada vagina dan lakukan pantang senggama
 - c. Pantang senggama dilakukan mulai ada kenaikan suhu basal 5 hari berurutan
 - d. Jika kombinasi 2 metode ini tidak dapat menentukan masa subur maka gunakan metode barrier
 - e. Metode simptotermal tidak terlalu memerlukan kecermatan penggunaanya
3. Diana, seorang Bidan PTT di desa Sukarejo. Dia menerangkan pada pasangan usia subur tentang metode kontrasepsi senggama terputus dan metode amenorea laktasi yang dapat digunakan oleh pasangan tersebut.
Prinsip senggama terputus adalah:
 - a. Menghindarkan deposit sperma ke forniks atau vagina
 - b. Mengentalkan lendir serviks
 - c. Menghambat implantasi
 - d. Mencegah ovulasi
 - e. Merubah struktur endometrium
4. Salah satu manfaat non kontrasepsi senggama terputus adalah
 - a. Tidak mengganggu produksi ASI
 - b. Tidak butuh biaya khusus
 - c. Tidak butuh persiapan khusus
 - d. Partisipasi pria dalam KB
 - e. Efektif jika dilakukan dengan benar
5. Yang bukan keterbatasan dari senggama terputus adalah
 - a. Memutuskan kelangsungan peristiwa orgasme
 - b. Tidak tergantung dari pihak pria dalam mengontrol ejakulasi
 - c. Tidak tergantung dari pihak pria mengontrol tumpahan sperma
 - d. Tidak sulit mengontrol ejakulasi dan penetrasi
 - e. Memerlukan ketekunan pasangan suami istri

6. Yang merupakan mekanisme kerja metode amenore laktasi adalah
- Tingginya kadar FSH dan LH
 - Penghisapan ASI meningkatkan sekresi hormone GnRH
 - Sekresi GnRH mengganggu pelepasan hormone FSH dan LH
 - Tingginya kadar FSH dan rendahnya LH
 - Dihambatnya fungsi hormone estrogen dan progesteron
7. Ny. Rina usia 32 tahun, datang ke PMB anda dengan keluhan ingin menggunakan alat kontrasepsi karena tadi malam melakukan hubungan suami istri tanpa pelindung (kontrasepsi).
Alat kontrasepsi yang dapat digunakan oleh Ny. Rina adalah:
- Implant
 - AKDR
 - Injeksi kombinasi
 - Injeksi progestin saja
 - Tubektomi
8. Jenis kontrasepsi pada kasus Ny. Rina adalah:
- Kontrasepsi jangka panjang
 - Kontrasepsi jangka pendek
 - Kontrasepsi hormonal
 - Kontrasepsi periode khusus
 - Kontrasepsi barrier
9. Jika Ny. Rina mempunyai riwayat perkosaan dengan risiko IMS yang tinggi maka kontrasepsi yang tidak direkomendasikan bagi Ny. Rina adalah:
- COC
 - LNG
 - UPA
 - IUD
 - Postinor
10. Jika Ny. Rina datang ke Bidan pada 8 hari pascasenggama tanpa perlindungan, maka kontrasepsi yang direkomendasikan adalah:
- COC
 - LNG
 - UPA
 - IUD
 - Tidak ada

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Istilah atau Kata Penting

1. Indikator Kesehatan: acuan penilaian kesehatan
2. Holistic: terpadu dan menyeluruh
3. Strategi: usaha dan cara untuk mengatasi atau pemecahan masalah

Daftar Pustaka

- Syafrudin dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan..* Jayapura: Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. *Breaking New Ground: Agricultural Anthropology*. Dalam: Green Ed. Suparlan, Pasurdi. 1995. *Antropologi dalam Pembangunan*. Jakarta: UI Press
- Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Pudiastuti. 2011. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Nuhamedika
- Kemendes RI. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS- KIA)*. Jakarta
- Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders Company



Bab 4

KONTRASEPSI HORMONAL, NON HORMONAL DAN OPERATIF

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

BAB ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi kontrasepsi hormonal, non hormonal dan kontrasepsi operatif

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian kontrasepsi efektif, jangka panjang, hormonal, non hormonal, dan operatif
2. Menjelaskan metoda-kontrasepsi hormonal, non hormonal, dan operatif

3. Menjelaskan syarat, indikasi, kontra indikasi dan komplikasi penggunaan kontrasepsi, hormonal, non hormonal, dan operatif
4. Menjelaskan metode kontrasepsi pada pria
5. Menjelaskan manajemen asuhan kebidanan dengan pelayanan kontrasepsi hormonal, non hormonal, dan operatif pada pria dan wanita
6. Menganalisis kriteria kelayakan penggunaan metode kontrasepsi, termasuk jangka waktu yang sesuai dalam penggunaan kontrasepsi.
7. Menganalisis rumor dan mitos yang mempengaruhi penggunaan alat kontrasepsi.

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara) dan 5.B (Kebidanan Komunitas)

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang kontrasepsi metode jangka panjang, hormonal, non hormonal dan operatif

B. PENYAJIAN

Uraian Materi

4.1 Kontrasepsi Hormonal

4.1.1 KB Suntik

Hormon progesteron yang disuntikkan ke bokong/ otot panggul lengan atas tiap 3 bulan atau 1 bulan (hormon estrogen).

Cara Kerjanya:

- Mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita
- Mengentalkan lendir mulut rahim, sehingga spermatozoa tidak masuk ke dalam rahim.

- Menipiskan endometrium/ selaput lendir Kerugiannya
 - Kembalinya kesuburan agak telat
 - Hrs kembali ke tempat pelayanan
 - Tidak dianjurkan bagi penderita kanker, darah tinggi, jantung, dan liver Tingkat keberhasilan (efektifitas) > 99% sangat efektif Keuntungannya
 - Praktis, efektif, dan aman
 - Tidak mempengaruhi ASI, cocok untuk ibu menyusui
 - Tidak terbatas umur Cara penggunaannya?
- Depo provera disuntikkan ke dlm otot (intra muscular) tiap 3 bulan sekali, dgn kelonggaran 1 minggu batas waktu suntik
- Cyclofem disuntikkan tiap 4 minggu (1 bulan) ke dalam otot (intra muscular) Kontra indikasi (yang tidak boleh menggunakan):
 - Ibu hamil
 - Pendarahan di vagina yang tidak tahu sebabnya
 - Tumor
 - Penyakit jantung, lever (hati), darah tinggi, dan kencing manis
 - Sedang menyusui bayi < 6 minggu Efek/akibat sampingnya?
 - Pusing, mual (jarang terjadi)
 - Kadang-kadang menstruasi tidak keluar selama 3 bulan pertama
 - Kadang-kadang terjadi pendarahan yang banyak pada saat menstruasi
 - Keputihan
 - Perubahan berat badan Tempat mendapatkannya
 - Rumah sakit, Klinik, dan Puskesmas
 - Dokter dan Bidan swasta Kunjungan ulang:
 - Jika ada keluhan/masalah, kembali ke klinik

4.1.2 KB Pil

Minipil

Minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Minipil atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet.

Jenis Mini Pil

Mini pil terbagi dalam 2 jenis yaitu:

- Mini pil dalam kemasan dengan isi 28 pil: mengandung 75 mikro gram desogestrel.
- Mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil: mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron.

Cara Kerja Minipil

Cara kerja dari kontrasepsi pil progestin atau minipil dalam mencegah kehamilan antara lain dengan cara:

- Menghambat ovulasi.
- Mencegah implantasi.
- Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu.

Efektifitas Minipil

Pil progestin atau minipil sangat efektif (98,5%). Penggunaan yang benar dan konsisten sangat mempengaruhi tingkat efektifitasnya. Efektifitas penggunaan minipil akan berkurang pada saat mengkonsumsi obat anti konvulsan (fenitoin), carbenzamide, barbiturat, dan obat anti tuberkulosis (rifampisin). Adapun cara untuk menjaga kehandalan minipil antara lain:

- Minum pil setiap hari pada saat yang sama
- Penggunaan minipil jangan sampai ada yang lupa.
- Senggama dilakukan 3-20 jam setelah minum minipil.
- Dari bukti penelitian kehandalan minipil lebih pada wanita yang berusia tua dibandingkan dengan yang berusia muda.

Indikasi Penggunaan Minipil

Kriteria yang boleh menggunakan pil progestin atau minipil antara lain:

- Wanita usia reproduksi.
- Wanita yang telah memiliki anak maupun yang belum mempunyai anak.
- Pasca persalinan dan tidak menyusui.
- Menginginkan metode kontrasepsi efektif selama masa menyusui.
- Pasca keguguran.
- Tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg atau dengan masalah pembekuan darah.
- Tidak boleh mengkonsumsi estrogen atau lebih senang menggunakan progestin.

Kontra Indikasi Minipil

- Wanita usia tua dengan perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya.
- Wanita yang diduga hamil atau hamil.
- Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- Riwayat kehamilan ektopik.

- Riwayat kanker payudara atau penderita kanker payudara.
- Wanita pelupa sehingga sering tidak minum pil.
- Gangguan tromboemboli aktif (bekuan di tungkai, paru atau mata).
- Ikterus, penyakit hati aktif atau tumor hati jinak maupun ganas.
- Wanita dengan miom uterus.
- Riwayat stroke.
- Perempuan yang sedang mengonsumsi obat-obat untuk tuberkulosis dan epilepsi

Keuntungan Minipil

Adapun keuntungan dari penggunaan kontrasepsi minipil adalah sbb:

- Cocok sebagai alat kontrasepsi untuk perempuan yang sedang menyusui
- Sangat efektif untuk masa laktasi
- Dosis gestagen rendah
- Tidak menurunkan produksi ASI
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Kesuburan cepat kembali
- Tidak memberikan efek samping estrogen
- Tidak ada bukti peningkatan resiko penyakit kardiovaskuler, resiko tromboemboli vena dan resiko hipertensi
- Cocok untuk perempuan yang tidak biasa mengonsumsi estrogen
- Dapat mengurangi dismenorhea

Kerugian Minipil

Kontrasepsi pil progestin atau minipil mempunyai kerugian, antara lain:

- Memerlukan biaya.
- Harus selalu tersedia.
- Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.
- Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberkulosis atau epilepsi akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah.
- Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama.
- Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten.
- Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS.
- Mini pil tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

Efek Samping Penggunaan Minipil

Efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan pil progestin atau mini pil:

- Gangguan haid (perdarahan bercak, spotting, amenorea dan haid tidak teratur).
- Peningkatan/penurunan (fluktuasi) berat badan.
- Nyeri tekan payudara
- Mual.
- Pusing.
- Perubahan mood.
- Dermatitis atau jerawat.
- Kembung
- Depresi
- Hirsutisme (pertumbuhan rambut atau bulu yang berlebihan pada daerah muka) tetapi sangat jarang.

4.1.3 Kontrasepsi Oral Kombinasi (KOK)

Jenis-Jenis KOK Monofasik

- Semua pil mengandung Estrogen / Progestin (E/P) dalam konsentrasi yang sama dalam 1 siklus
- BIFASIK
21 Pil mengandung E/P dengan konsentrasi yang berbeda dalam 2 periode yang berbeda (mis. 10/11) dalam 1 siklus
- TRIFASIK
21 pil mengandung 3 kombinasi E/P dengan konsentrasi yang berbeda dalam 3 periode berbeda (mis. 6/5/10) dalam 1 siklus

Cara Kerja KOK

- Menekan ovulasi
- Mengurangi transpor sperma di bagian atas saluran genital (tuba fallopii)
- Mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi
- Memperkental lendir serviks (mencegah penetrasi sperma) Kemasan
21 hari baik dari jenis mono atau bifasik
28 hari yang mungkin tergolong dalam jenis monofasik, bifasik atau trifasik Manfaat Kontraseptif
- Efektivitasnya tinggi jika di minum setiap hari (0.1- 5¹ kehamilan per 100 wanita selama pemakaian di tahun pertama)
- Segera efektif jika dimulai di hari yang sesuai pada siklus menstruasi
- Selama tampak sehat, tidak mutlak dilakukan periksa dalam untuk memulai penggunaan
- Tidak mengganggu hubungan seksual

4.2 Kontrasepsi Non Hormonal

Profil

- Sangat efektif, reversible, jangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT-380A)
- Haid menjadi lama dan lebih banyak
- Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan
- Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi
- Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual

Jenis

- AKDR CuT-380 A
Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus tembaga (Cu)
- AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering)

Cara Kerja

- Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tub falopii
- Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- AKDR berkerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

Keuntungan

- Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi
Sangat efektif → 0,6-0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun penggunaan pertama (1 kegagalan dalam 125 -170 kehamilan)
- AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- Metode jangka panjang
- Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat
- Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR(CuT-380A)
- Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)

- Dapat digunakan sampai menopause
- Tidak ada interaksi dengan obat-obat

Kerugian

- Efek samping yang umum terjadi
 - ❖ Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
 - ❖ Haid lebih lama dan banyak
 - ❖ Perdarahan (spotting) antar menstruasi
 - ❖ Saat haid lebih sakit
- Komplikasi lain:
 - ❖ Meraskan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan
 - ❖ Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
 - ❖ Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar)
- Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- Penyakit radang panggul terjadi setelah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas
- Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR
- Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang 1-2 hari
- Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
- Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui
- Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu Yang dapat menggunakan
- Usia reproduktif
- Keadaan nulipara
- Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- Risiko rendah dari IMS
- Tidak menghendaki metode hormonal
- Tidak menyukai mengingat minum pil setiap hari

- Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama Yang tidak dapat menggunakan
- Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- Sedang menderita infeksi alat genital
- 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik
- Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- Penyakit trofoblas yang ganas
- Diketahui menderita TBC pelvik
- Kanker alat genital
- Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm
- Hal-hal yang harus diperhatikan untuk AKDR PP adalah:
- Konseling AKDR seharusnya sudah diberikan selama ibu hamil melakukan asuhan antenatal
- Pelaksanaan pemasangan AKDR pasca persalinan harus memiliki kompetensi untuk melaksanakan hal tersebut karena tingkat ekspulsi berhubungan erat dengan teknik insersi dan kompetensi petugas
- Perlu dilakukan kontrol ulang (4-6 minggu) untuk memastikan AKDR masih ada dalam kavum uteri.
- Waktu pemasangan
- Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
- Hari pertama sampai ke -7 siklus haid
- Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu PP, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL), perlu diingat angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam PP
- Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi
- Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

4.3 Kontrasepsi Operatif

4.3.1 Kontrasepsi Mantap

Kontrasepsi mantap atau sterilisasi merupakan metode KB yang paling efektif, murah, aman dan mempunyai nilai demografi yang tinggi. Kontap sampai saat ini masih belum masuk gerakan keluarga berencana nasional Indonesia, namun pelayanan kontrasepsi mantap dapat diterima masyarakat, dan makin lama makin besar jumlahnya dengan usia semakin muda.

Semula pelayanan kontrasepsi mantap (sterilisasi) dimulai di RSUP Denpasar. Sebagai dasar untuk melaksanakan kontrasepsi mantap adalah “formula 100” yang berarti perkalian jumlah anak dan umur ibu (ayah) sama atau lebih dari 100. Ternyata kontrasepsi mantap mendapat tanggapan baik dari masyarakat sehingga jumlahnya makin membesar. Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI) yang berpusat di Jakarta menampung keinginan masyarakat untuk mendapat pelayanan kontap.

Bagaimana peranan bidan menghadapi kontrasepsi mantap di tengah masyarakat? Peranan bidan sangat besar dalam upaya menggalakkan penerimaan metode kontrasepsi mantap, sehingga makin dapat diterima masyarakat.

Fungsi bidan terutama KIE dan KIM tentang kontrasepsi mantap sebagai berikut:

1. Bagaimana kontrasepsi mantap itu? Kontrasepsi mantap mempunyai ciri-ciri:
 - Sifatnya relatif permanen, artinya untuk melakukan rekanalisasi memerlukan waktu dan biaya.
 - Perlu dilakukan konseling yang mantap, karena metode ini sifatnya permanen.
 - Dalam jangka panjang relatif murah, aman, dan tanpa komplikasi.
2. Dimana tempat pelayanan kontrasepsi mantap? Pelayanan kontrasepsi mantap dapat dilakukan:
 - a. Vasektomi (kontap pria)
 - i. Puskesmas
 - ii. Tempat pelayanan kesehatan dengan fasilitas dokter ahli bedah, pemerintah maupun swasta
 - iii. Tindakan vasektomi murah dan ringan sehingga dapat dilakukan di lapangan (puskesmas)
 - b. Kontap wanita
 - i. Rumah sakit, yang terdapat kamar bedah, baik rumah sakit pemerintah ataupun swasta
3. Kapan kontap dapat dilaksanakan?

Masih dijumpai rumor dalam masyarakat bahwa untuk dapat pelayanan kontap wanita, perlu hamil. Rumor ini perlu diperhatikan, karena kontap wanita pun dapat dilayani setiap saat dikehendaki. Perlu disampaikan bahwa kontap sebagian besar dilakukan pada saat wanita masih dirawat di rumah sakit, yaitu:

 - Setelah melahirkan
 - Setelah keguguran

4.3.2 Tubektomi

Merupakan prosedur bedah yang dapat menghentikan kesuburan dengan menyumbat atau memotong kedua saluran telur.

Mekanisme

Menutup tuba falopi dengan mengikat dan memotong / memasang cincin sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan sel telur.

Syarat Menggunakan Kontrasepsi Mantap

- sukarela
- medis
- bahagia

Riwayat Medis

1. Riwayat penyakit paru –paru.
2. Riwayat penyakit infeksi panggul.
3. Post operasi perut.
4. Riwayat alergi.
5. Riwayat Diabetes mellitus
6. Obesitas.

Indikasi

1. Usia >26 th
2. Paritas > 2
3. Yakin telah mempunyai jumlah keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
4. Memahami prosedur, sukarela dan setuju.
5. bila terjadi kehamilan akan menimbulkan resiko yang serius.

Kontraindikasi

1. Hamil
2. Perdarahan dari jalan lahir yang tidak diketahui penyebabnya.
3. Infeksi pelvis.
4. Kurang mantap untuk melaksanakan operasi MOW / Tubektomi.
5. Kurang pasti mengenai keinginan untuk tidak mempunyai anak lagi.

Keuntungan

1. Sangat efektif
2. Bersifat permanen
3. Tidak mempengaruhi produksi ASI
4. Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.

5. Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.
6. Bebas dari efek samping hormonal.

Kerugian

- Tidak dapat pulih kembali.
- klien dapat menyesal dikemudian hari
- ada rasa sakit / tidak nyaman setelah tindakan
- Harus dilakukan oleh dokter spesialis bedah
- Tidak melindungi terhadap PMS (penyakit menular seksual).

Tahap Pra operasi

- Puasa mulai tengah malam sebelum hari operasi.
- Mandi dengan memakai sabun.
- Datang ke klinik dengan diantar anggota keluarga.
- Tidak memakai perhiasan.
- Menghubungi petugas setiba di klinik

Tahap Pasca Operasi

- Setelah tindakan pembedahan, pasien dirawat di ruang pemulihan selama kurang lebih 4-6 jam.
- Selama di ruang pulih pasien diamati
 - tekanan darah, pernapasan, nadi.
 - rasa nyeri yang mungkin timbul.
 - perdarahan dari luka.
 - suhu badan.
- Dua jam setelah operasi pasien diijinkan minum dan makan lunak.
- 4 - 6 jam pasca bedah akseptor pulang asal tidak pusing bila duduk.
- Perawatan luka, diusahakan agar luka tetap kering.
- Jaga kebersihan terutama disekitar luka operasi.
- Segera kembali ke rumah sakit apabila terjadi perdarahan, demam, nyeri hebat, pusing, muntah atau sesak napas.
- Istirahat seperlunya, pada umumnya pasien dapat kembali bekerja keesokan harinya tanpa mengalami komplikasi.
- Hubungan seks dapat dilakukan 1 minggu kemudian.
- Boleh makan biasa esok harinya, tidak ada pantangan.
- Kontrol memeriksakan diri sesuai nasehat.

4.3.3 Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin punya anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

- Disebut juga dengan metode kontrasepsi operatif laki-laki
- Metode permanen untuk pasangan tidak ingin punya anak lagi
- Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen
- Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi minor pada daerah rafe skrotalis
- Penyesalan terhadap vasektomi tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan pembedahan ulang
- Vasektomi merupakan metode efektif yang tidak menimbulkan efek jangka panjang

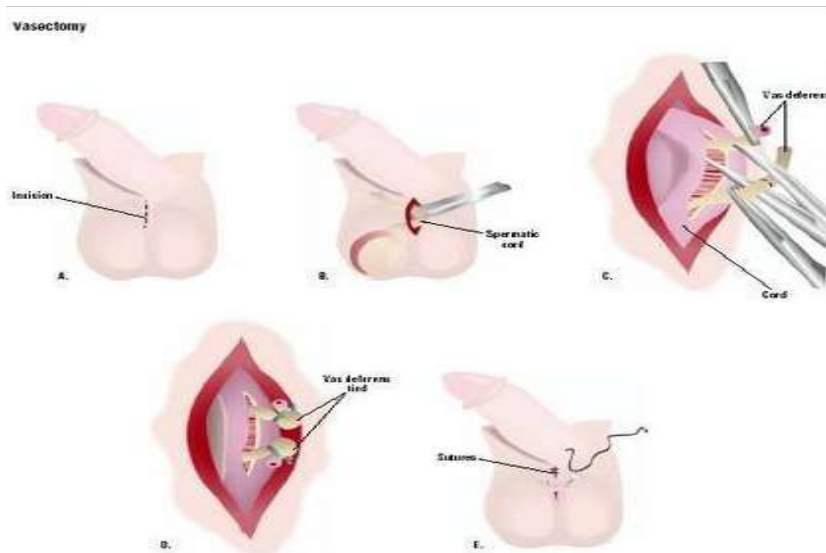
Efektivitas Vasektomi

- Setelah pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi 1/100 perempuan pada tahun pertama penggunaan
- Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisis sperma) masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3/100 perempuan pada tahun pertama penggunaan
- Selama 3 tahun penggunaan terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan
- Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinannya adalah:
 - Pengguna tidak menggunakan metode tambahan saat senggama dalam 3 bulan pascavasektomi
 - Oklusi vas deferens yang tidak tepat
 - Rekanalisasi spontan Keuntungan
- Efektif jangka panjang
- Aman, hampir tidak ada kematian
- Tidak membutuhkan biaya tambahan untuk kontrasepsi lanjutan
- Teknik sangat sederhana hanya dengan obat bius lokal
- Tidak ada efek samping jangka panjang
- Tidak mempengaruhi hubungan seksual Keterbatasan vasektomi
- Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi
- Bila tidak siap ada kemungkinan timbul penyesalan di kemudian hari

- Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- Resiko dan efek samping pembedahan kecil
- Ada rasa nyeri atau tak nyaman pasca bedah
- Perlu tenaga pelaksana terlatih
- Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HIV/AIDS, HBV)

Cara Vasektomi

1. Metode vasektomi standar, cara ini dimulai dengan melakukan anestesi/bius lokal ke daerah pertengahan skrotum (bila anda takut anda dapat meminta sedasi). Kemudian dilakukan sayatan 1-2cm di atasnya. Bila saluran sudah tampak maka saluran akan dipotong, lalu kedua ujungnya akan diikat. Hal sama akan dilakukan pada saluran sperma satunya. Kemudian luka ditutup dengan penjahitan.



2. Metode vasektomi tanpa pisau. Proses awalnya sama yaitu melakukan anestesi lokal pada skrotum lalu dengan klem dilakukan fiksasi pada saluran sperma, kemudian dengan forceps khusus dibuang lubang, lalu saluran ditonjolkkan keluar untuk dikeluarkan melalui lubang forceps yang sudah diperbesar. Kemudian saluran sperma dipotong dan diikat dengan benang lalu dikembalikan ke dalam skrotum. Luka ditutup dengan perban. Sesuai namanya, prosedur ini tidak memerlukan pisau bedah sehingga tidak ada sayatan yang dibuat. Sebaliknya, hanya dua tusukan kecil dilakukan di masing-masing sisi untuk mengambil vas deferens dan kemudian mengklem, menutup atau mengikat mereka dan menempatkan kembali

di tempatnya. Manfaat dari prosedur ini adalah perdarahan lebih sedikit, lubang di kulit lebih kecil, dan komplikasi berkurang. Dalam prosedur ini, lubang tusukan sangat kecil sehingga dapat menutup dengan cepat tanpa perlu menggunakan jahitan.

Syarat/Indikasi vasektomi

- Semua usia reproduksi (<50 tahun)
- Tidak ingin anak lagi, menghentikan kehamilan, ingin metode kontrasepsi yang efektif dan permanen
- Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan dimana kehamilan dapat menimbulkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwa
- Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medik untuk prosedur tersebut
- Yang merasa yakin bahwa telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan (minimal 2 anak)

Kontraindikasi

- Peradangan kulit atau jamur pada kemaluan.
- Peradangan pada alat kelamin pria.
- Penyakit kencing manis.
- Kelainan mekanisme pembekuan darah.
- Infeksi didaerah testis (buah zakar) dan penis
- Hernia (turun bero)
- Varikokel (varises pada pembuluh darah balik buah zakar)
- Buah zakar membesar karena tumor
- Hidrokel (penumpukan cairan pada kantong zakar)
- Buah zakar tidak turun (kriptokismus)
- Penyakit kelainan pembuluh darah

4.4 Penapisan KB

Medical Eligibility Criteria Wheel for Contraceptive Use

- Kebutuhan alat bantu yang mudah dalam penentuan metoda kontrasepsi yang sesuai untuk klien
- Alat bantu yang berdasarkan referensi terpercaya
- Maka diciptakanlah Medical Eligibility Criteria dan Medical Eligibility Criteria Wheel for Contraceptive Use oleh, Departemen Kesehatan Reproduksi dan Riset WHO

- Berpedoman pada lingkaran kriteria kelayakan yang telah ada sebelumnya di Ghana dan Yordania

Untuk penggunaan di Indonesia, maka:

- Medical Eligibility Criteria Wheel for Contraceptive Use diterjemahkan menjadi Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi
- Modifikasi dengan penambahan:
 - Penapisan Kehamilan
 - Prosedur Penapisan Klien
 - Tingkat Efektivitas metode kontrasepsi
 - Kontrasepsi Darurat

Tujuan

Tujuan Jangka Pendek

- Memperkenalkan alat bantu Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi
- Melatih penggunaan Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi
- Menjadikan Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi sebagai media informasi bagi pengguna kontrasepsi
- Pengguna kontrasepsi dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai untuk dirinya dan keinginannya

Tujuan Jangka Panjang

- Meningkatkan angka penggunaan dan penerimaan kontrasepsi
- Menekan laju pertumbuhan penduduk
- Meningkatkan kualitas sumber daya manusia

4.5 Mitos-Mitos Penggunaan KB

Tabel 2
Mitos dan Fakta Kontrasepsi

Jenis	Mitos	Fakta
PIL KB	1) Pil KB dapat membuat tubuh menjadi gemuk 2) Pil KB berdampak pada kulit menjadi tidak sehat dan berjerawat	1) Kandungan hormon yang ada pada setiap butir Pil KB berdosisi rendah sehingga tidak akan membuat berat badan naik. 2) Pil KB memiliki kandungan hormon estrogen yang membantu menjaga kehalusan dan kesehatan kulit.

Jenis	Mitos	Fakta
	3) Pil KB membuat tulang menjadi rapuh. 4) Pil KB berisiko pada kandungan 5) Pil KB mengurangi kesuburan	3) Kandungan dua hormon yang ada pada setiap butir Pil KB membantu pencegahan pengapuran dini pada tulang atau yang lebih sering disebut dengan osteoporosis. 4) Secara klinis, konsumsi Pil KB secara teratur akan membantu mencegah risiko kehamilan di luar rahim, kista, atau pun kanker rahim. 5) Pil KB mampu menjaga tingkat kesuburan dan cukup menghentikan pemakaian jika ingin hamil.
IUD	1) Batang IUD dapat menempel di kepala bayi setelah melahirkan. 2) IUD biasa berpindah tempat setelah dipasang.	1) Pada saat diketahui seorang wanita positif hamil, dokter atau bidan akan langsung mengeluarkan/melepas IUD dari rahim. 2) IUD tidak dapat berpindah tempat, namun mungkin bergeser sedikit dari sejak waktu pemasangan. Karena itu penting untuk melakukan pemeriksaan rutin setahun sekali ke bidan/dokter untuk memeriksa keadaan IUD di dalam rahim.
SUNTIK	1) Suntik KB dapat menghilangkan menstruasi.	1) Suntikan KB tersedia dalam pilihan 1 bulan atau 3 bulan. Pada suntikan 3 bulan memiliki kandungan hormon yang lebih besar dibandingkan suntikan 1 bulan, yang dapat mengakibatkan terhentinya siklus
IMPLAN	1) Implan dapat berpindah tempat	1) Implan dipasang di lengan bagian atas dan efektif mencegah kehamilan selama 4 tahun.
MOW	1) Dapat menurunkan libido	1) Tidak berpengaruh pada libido karena tidak menyebabkan gangguan keseimbangan hormon sehingga tidak akan menyebabkan klien menjadi lemah.
MOP	1) Sama dengan dikebiri atau kastrasi 2) Menghilangkan libido dan kejantanan pada pria	1) Proses MOP hanya mengikat vasdeferens dan bukan membedah atau memotong testis 2) Tidak mengganggu fungsi seksual atau tidak juga menimbulkan disfungsi ereksi karena tidak mengubah sistem hormon dan metabolisme tubuh

Dari beberapa mitos yang selama ini beredar di masyarakat telah membuat paradigma tersendiri yang memunculkan ketakutan bagi para wanita tentang beberapa jenis kontrasepsi. Kesimpulan tentang mitos dan fakta di atas adalah untuk dapat membantu klien memilih metode kontrasepsi atau KB yang akan digunakan dan sebaiknya klien merundingkannya dengan pasangannya disertai berkonsultasi dengan dokter atau tenaga kesehatan yang ada di lingkungan masing-masing. Dengan demikian diharapkan tenaga kesehatan atau petugas di lapangan dapat memberi saran metode KB apa yang dapat dipilih secara rasional, efektif, dan efisien

4.6 Manajemen Asuhan Kebidanan dalam Pelayanan KB Hormonal, Non Hormonal dan Operatif

Peran petugas dalam pelayanan KB di fasilitas kesehatan (PMK No.97 / 2014)

Metode	Petugas		
	Dokter	Bidan	Perawat
Pil kombinasi	V	V	V
Pil progestin	V	V	V
Suntikan progestin	V	V	K
Suntikan kombinasi	V	V	K
Implant	V	V	K
Tubektomi	V	K	K
Vasektomi	V	K	K
Kondom	V	V	K
Diafragma	V	V	K
Spermisida	V	V	V
AKDR	V	V	K
Kalender	V	V	V
MAL	V	V	V
Abstinensia	V	V	V

Keterangan:

V: memberikan pelayanan K: konseling dan merujuk

Peran bidan dalam pelayanan KB dapat memberikan konseling agar pemilihan / penggunaan kontrasepsi rasional efektif dan efisien.

- Kontrasepsi yang rasional → informasi lengkap tentang metode kontrasepsi harus diperoleh pasangan sebelumnya tentang tujuan ber-KB. Dalam memilih, klien harus secara sukarela tanpa ada unsur paksaan dari tujuan tadi

- Kontrasepsi yang efektif → pemilihan kontrasepsi yang didasari pertimbangan keefektifitas masing-masing dan angka kegagalan
- Kontrasepsi efisien → yang dinilai dari biayanya dalam memproteksi kehamilan per tahun penggunaannya

Asuhan yang dapat diberikan bidan dalam pelayanan KB seperti:

- Memberikan informed choice alat kontrasepsi yang bisa digunakan
- Melakukan penapisan terhadap klien → menilai kecocokan klien terhadap kontrasepsi yang dipilih
- Meminta informed consent sebagai bukti klien memilih tanpa paksaan
- Menjelaskan efek samping, biaya, cara pemasangan dll

4.6.1 Kontrasepsi Hormonal dan Bidan di Desa

Bidan mempunyai peran yang besar terutama didesa untuk meningkatkan penerimaan gerakan KB. Makin meningkat penerimaan gerakan KB berarti makin berkurang kelompok ibu dengan kehamilan beresiko tinggi, dengan dampak positif semakin turun angka kesakitan dan kematian. Angka kematian ibu dan perinatal merupakan cermin kemampuan Negara untuk memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh dan bermutu. Pencanangan kontrasepsi hormonal menjadi andalan pemerintah pada bidan karena tidak banyak memerlukan medis teknis, control medis tidak sulit, penyulit yang terjadi pada hormonal KB tidak banyak dan kontrasepsi hormonal diterima baik oleh masyarakat. Pada penelitian pencabutan kapsul KB, ternyata bidan tidak menjumpai kesulitan yang berarti. Dengan demikian, peranan bidan dalam mencanangkan kontrasepsi hormonal sangat penting dalam menentukan keberhasilan gerakan KB nasional.

4.6.2 Kontap

Peranan bidan sangat besar dalam upaya menggalakkan penerimaan metode kontrasepsi mantap, sehingga makin dapat diterima oleh masyarakat. Fungsi bidan terutama KIE dan KIM tentang kontrasepsi mantap, sebagai berikut:

1. Bagaimana kontrasepsi mantap itu? kontrasepsi mantap mempunyai ciri-ciri:
 - a. Sifatnya relative permanen artinya untuk melakukan rekanalisasi memerlukan waktu dan biaya
 - b. Perlu dilakukan konseling yang mantap, karena metode ini sifatnya permanen
 - c. Dalam jangka panjang relative murah, aman, dan tanpa komplikasi
2. Dimana tempat pelayanan kontrasepsi mantap? pelayanan kontrasepsi mantap dapat dilakukan:

- a. Vasektomi (kontak pria): puskesmas, tempat pelayanan kesehatan dengan fasilitas dokter ahli bedah, pemerintah maupun swasta. Tindakan vasektomi murah dan ringan sehingga dapat dilakukan dilapangan (puskesmas)
 - b. Kontak wanita. Rumah sakit yang terdapat kamar bedah, rumah sakit pemerintah maupun swasta
3. Kapan kontak dapat dilaksanakan? masih dijumpai rumor dalam masyarakat bahwa untuk dapat pelayanan kontak wanita, wanita perlu hamil. Rumor ini perlu diperhatikan karena kontak wanita pun dapat dilayani setiap saat dikehendaki. Perlu disampaikan bahwa kontak sebagian besar dilakukan pada saat wanita masih dirawat dirumah sakit, yaitu setelah melahirkan, setelah keguguran, , pada saat operasi besar wanita diantaranya bersamaan dengan operasi melahirkan atau operasi kandungan.
 4. Keanggotaan PKMI. Organisasi PKMI terbuka untuk siapa saja yang ingin menjadi anggota terutama mereka yang bergerak di bidang kesehatan. Oleh karena itu, bidan diharapkan menjadi anggota sehingga memudahkan dalam melakukan KIE dan KIM kepada masyarakat

Dalam upaya menggalakkan penerimaan kontak, bidan berperan penting untuk dapat memberikan informasi tentang kontrasepsi mantap. Diharapkan bidan dapat menjadi pusat penggerak penerimaan kontrasepsi mantap.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab II secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang kontrasepsi hormonal, non hormonal dan operatif. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan pengertian kontrasepsi efektif, jangka panjang, hormonal, non hormonal, dan operatif
2. Jelaskan metoda-kontrasepsi hormonal, non hormonal, dan operatif
3. Jelaskan syarat, indikasi, kontra indikasi dan komplikasi penggunaan kontrasepsi, hormonal, non hormonal, dan operatif
4. Jelaskan metode kontrasepsi pada pria
5. Jelaskan manajemen asuhan kebidanan dengan pelayanan kontrasepsi hormonal, non hormonal, dan operatif pada pria dan wanita
6. menganalisis kriteria kelayakan penggunaan metode kontrasepsi, termasuk jangka waktu yang sesuai dalam penggunaan kontrasepsi.
7. Menganalisis rumor dan mitos yang mempengaruhi penggunaan alat kontrasepsi.

Ringkasan atau Poin-Poin Penting

- Kontrasepsi hormonal Kontrasepsi non hormonal Kontrasepsi operatif
- Manajemen asuhan kebidanan pada keluarga berencana Mitos dan rumor terait keluarga berencana

Penutup

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus Evaluasi

No	Komponen Nilai Blok	Bobot
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonalskill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab▪ Kemitraan dengan perempuan▪ Menghargai otonomi perempuan▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri▪ Memiliki sensitivitas budaya. Values: <ul style="list-style-type: none">▪ Bertanggung jawab▪ Motivasi▪ Dapat mengatasi stress.	20%
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan:

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut:
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%

- c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
3. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
 4. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 - 100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/ mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

1. Jika Ny. Rina dianjurkan diberikan pil kombinasi maka COC yang dapat diberikan adalah:
 - a. Microgynon
 - b. Postinor

- c. Lynoral
 - d. Premarin
 - e. Progynova
2. Jika Ny. Rina dianjurkan diberikan pil kombinasi maka pil progestin yang dapat diberikan adalah
- a. Microgynon
 - b. Postinor
 - c. Lynoral
 - d. Premarin
 - e. Progynova
3. Yang merupakan keterbatasan dari kontrasepsi darurat ini adalah:
- a. Pil kombinasi efektif jika digunakan 5 hari pascasenggama
 - b. Pil kombinasi jarang menimbulkan efek samping
 - c. AKDR hanya efektif jika dipasang dalam 7 hari pascasenggama
 - d. AKDR dapat dipasang oleh Bidan
 - e. Tidak memerlukan penapisan khusus
4. Yang bukan merupakan petunjuk bagi pengguna kontrasepsi darurat adalah:
- a. Kontrasepsi darurat merupakan pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan
 - b. Kontrasepsi darurat digunakan jika terjadi coitus tanpa perlindungan
 - c. Kontrasepsi tidak dapat dikombinasikan dengan metode lain jika terjadi kesalahan
 - d. Digunakan jika pasangan tersebut sudah ingin hamil
 - e. Tidak direkomendasikan digunakan oleh korban pemerkosaan
5. Efek samping yang seringkali ditemui pada pengguna kontrasepsi pil kombinasi adalah perdarahan flek. Penyebab terjadinya efek samping ini adalah:
- a. Pengaruh estrogen dalam menebalkan dinding Rahim
 - b. Pengaruh progesterone dalam vasodilatasi kelenjar dan pembuluh darah
 - c. Pengaruh estrogen dalam menghambat pelepasan FSH
 - d. Pengaruh estrogen dalam menghambat kerja LH
 - e. Pengaruh penurunan hormone progesteron

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Daftar Pustaka

- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 *Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi Serta Pelayanan Kesehatan Seksual*



Bab 5

KONSELING KELUARGA BERENCANA

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi tentang konseling keluarga berencana, teknik komunikasi informed choice dan informed consent keluarga berencana dan pendidikan kesehatan terkait kesehatan seksual dan reproduksi yang berkaitan dengan keluarga berencana.

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian dan tujuan konseling KB
2. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi konseling KB

3. Menjelaskan prinsip-prinsip konseling KB
4. Menjelaskan tahap-tahap konseling KB
5. Menjelaskan Informed Consent dalam pelayanan KB
6. Menjelaskan Informed choice dalam pelayanan KB
7. Merancang pendidikan kesehatan yang terkait dengan kesehatan seksual dan reproduksi (penyakit menular seksual, HIV) serta alat kontrasepsi.

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara) dan 5.B (Kebidanan Komunitas)

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang konsep dasar konseling keluarga berencana, komunikasi informed choice dan informed consent keluarga berencana dan pendidikan kesehatan terkait kesehatan seksual dan reproduksi serta keluarga berencana.

B. PENYAJIAN

Uraian Materi

5.1 Pengertian, Tujuan dan Prinsip Konseling KB

Secara etimologi, konseling berasal dari bahasa latin “Consilium” artinya dengan atau bersama yang dirangkai dengan menerima atau memahami sedangkan dalam bahasa Anglo Saxon adalah “Sellan” yang berarti menyerahkan atau menyampaikan. Sedangkan menurut KBBI konseling adalah pemberian bimbingan oleh orang yang ahli kepada seseorang.

Menurut BKKBN konseling adalah Proses pertukaran informasi dan interaktif positif antara klien dan petugas KB untuk membantu klien mengetahui kebutuhannya.

Jadi dapat disimpulkan bahwa konseling adalah proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dengan paduan keterampilan interpersonal, bertujuan untuk membantu

seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi dan menentukan jalan keluar atau upaya untuk mengatasi masalah tersebut.

Dalam konseling diadakan percakapan dua arah, untuk:

- a. Membahas dengan calon akseptor berbagai pilihan kontrasepsi yang tersedia
- b. Memberikan informasi selengkap mungkin mengenai konsekuensi pilihannya, baik ditinjau dari segi medis teknis maupun hal lain yang non-medis agar tidak ada penyesalan kemudian
- c. Membantu calon akseptor memutuskan pilihannya atas metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan dan keadaan klien
- d. Membantu calon akseptor menyesuaikan diri terhadap kondisi barunya, terutama bila ia mengalami berbagai permasalahan

Tujuan konseling KB

- Memberikan informasi yang tepat dan objektif sehingga klien merasa puas
- Mengidentifikasi dan menampung perasaan keraguan/kekhawatiran klien tentang metode kontrasepsi
- Membantu klien memilih metode kontrasepsi yang terbaik bagi mereka sehingga aman dan sesuai keinginan klien
- Membantu klien agar menggunakan cara kontrasepsi yang mereka pilih dengan aman dan efektif
- Memberikan informasi tentang cara mendapatkan bantuan dan tempat pelayanan KB
- Khusus Kontak, menyeleksi calon akseptor yang sesuai dengan metode kontrasepsi alternative

Tujuan Konseling KB menurut Krumboltz

- Mengubah perilaku yang salah menyesuaikan
Melalui konseling, diharapkan klien menjadi lebih tahu dan pemahaman atau pendapat yang salah dapat dikonfirmasi melalui konseling tentang kebenarannya
- Belajar membuat keputusan
Hal yang paling penting bagi klien adalah bukan penyesuaian dengan tuntutan masyarakat karena adanya perubahan sosial, personal, politik namun disesuaikan dengan kebutuhannya
- Mencegah munculnya masalah
Mencegah jangan sampai mengalami masalah dikemudian hari Mencegah agar masalah yang sekarang tidak bertambah

Prinsip konseling KB

- a. Percaya diri/ *confidentiality*
- b. Tidak memaksa/ *voluntary choice*
- c. *Informed consent*
- d. Hak klien/ *client rights*
- e. Kewenangan/ *empowerment*

Tipe-tipe Konseling

- a. Konseling krisis
Krisis dapat diartikan sebagai suatu keadaan disorganisasi dimana seseorang mengalami frustrasi dalam upaya mencapai tujuan penting hidupnya atau mengalami gangguan dalam perjalanan hidup dan hal itu ditanggapi dengan stress. Situasi seperti itu memerlukan respon khusus dari konselor guna membantu kliennya. Tipe konseling ini dapat terlihat di langkah tanyakan apa keluhan klien
- b. Konseling fasilitatif
Konseling ini membantu klien untuk menjelaskan apa permasalahannya yang sebenarnya, bantuan penerimaan diri, menemukan rencana tindakan dalam mengatasi masalah dan akhirnya melaksanakan semuanya atas tanggung jawab sendiri. Tipe konseling ini dapat dilihat dalam langkah membantu klien dalam memilih keputusannya.
- c. Konseling preventif
Konseling tipe ini dapat dilihat dalam langkah menjelaskan secara rinci pilihan yang telah dibuat dengan klien, dengan tujuan mengatasi kecemasan dan ketakutan klien akan kejadian yang akan menimpa dirinya berkaitan dengan pemakaian kontrasepsi.
- d. Konseling *developmental*
Konseling ini adalah suatu proses yang berkelanjutan yang dijalankan dalam seluruh jangka kehidupan individu. Tipe konseling ini dapat dilihat dalam langkah kunjungan ulang.

Langkah-langkah Konseling KB

Langkah – langkah dalam konseling KB adalah “**SATUTUJU**”:

- SA : Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada klien dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya dirinya. Tanyakan pada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

- T** : tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalamannya ber-KB, tujuan, kepentingan serta harapannya kedepan. Tanyakan juga kontrasepsi apa yang diinginkan oleh klien. Perhatikan sikap bahwa bidan memahami klien.
- U** : uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihann kontrasepsi yang paling mungkin. Bantulah klien kepada jenis kontrasepsi yang paling diinginkanya, serta jelaskan pula alternatifnya.
- TU** : bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Dorong klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan, serta tanggapi dengan terbuka. Konselor akan membantu klien mempertimbangkan criteria dan keinginan klien terhadap suatu jenis kontrasepsi. Tanyakan juga dukungan pasangan klien terhadap penggunaan metode kontrasepsi yang dipilihnya. Dan yakinkan bahwa klien telah memutuskan keputusan yang tepat.
- J** : jelaskan secara lengkap bagaimana memilih kontrasepsi yang dipilih oleh klien. Jika perlu, perhatikan jenis kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana cara menggunakan obat/alat kontrasepsi yang dipilih oleh klien. Beritahu juga manfaat ganda dari kontrasepsi bila ada.
- U** : jika diperlukan kunjungan ulang, bicarakan dengan klien dan buat perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan kunjungan ulang. Diingatkan juga klien untuk datang bila ada masalah atau keluhan.

Gallen dan Leitenmaier memberika akronim bagi petugas KB untuk melakukan konseling, yang biasa disebut dengan “**GATHER**”:

- G** : *Greet* (beri salam)
Member salam dan mengenalkan diri serta membuka komunikasi dengan klien
- A** : *Ask* atau *Asses* (tanyakan)
Tanyakan keluhan atau kebutuhan klien dan niali apakah keluhan/keinginan yang disampaikan memang sesuai dengan kondisi yang dihadapi
- T** : *Tell* (beritahu)
Beritahu bahwa persoalan pokok yang dialami klien adalah seperti yang tercermin dari hasil tukar informasi dan harus dicarikan upaya penyelesaian masalahnya
- H** : *Help* (Bantu)
Banu klien memahami masalah utamanya dan masalah itu yang harus diselesaikan. Jelaskan beberapa cara yang dapat menyelesaikan masalah tersebut, termasuk keuntungan dan keterbatasan dari masing-masing cara tersebut. Minta pasien untuk memutuskan cara terbaik baginya.

- E** : *Explain* (jelaskan)
Jelaskan bahwa cara terpilih telah diberikan/dianjurkan dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat atau diobservasi beberapa saat sehingga menampakkan hasil seperti yang diharapkan. Jelaskan pula dimana mendapatkan pertolongan lanjutan atau darurat.
- R** : *Refer and return Visit* (rujuk dan kunjungan ulang)
Rujuk apabila fasilitas tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai atau buat jadwal kunjungan ulang apabila pelayanan telah diberikan

Dalam melakukan konseling, bidan sebagai konselor harus bersikap **SOLER** selama melakukan konseling dengan klien.

- S** : *Face your clients squarely* (menghadap klien) dan *smile/nod at clients* (senyum/menganggukkan kepala)
- O** : *Open and non-judgemental facia expression* (ekspresi muka menunjukkan terbuka dan tidak menilai)
- L** : *Lean towards client* (tubuh condong kearah klien)
- E** : *Eye contact in culturally – acceptable manner* (kontak mata/tatap mata sesuai dengan cara yang diterima budaya setempat)
- R** : *Relaxed and friendly manner* (santai dan sikap bersahabat)

Dalam melakukan konseling, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh seorang konselor untuk menentukan keberhasilan konseling:

- a. Memberikan informasi yang baik dan benar
Dengarkan dengan baik apa yang sebenarnya dibutuhkan oleh klien. Dengan begitu konselor dapat memberikan informasi yang benar-benar dibutuhkan oleh klien dengan bahasa yang baik dan mudah dimengerti oleh klien.
- b. Menghindari member informasi berlebihan
Terlalu banyak informasi yang disampaikan oleh konselor akan menyebabkan klien sulit untuk mengingat informasi penting, sehingga klien akan kesulitan dalam membuat keputusan.
- c. Membantu klien mengerti dan mengingat
Dengan penggunaan media konseling seperti leaflet, flipcharts, alat peraga ataupun contoh langsung dari objek konseling akan membantu dan memudahkan klien untuk mengingat informasi yang disampaikan.

5.2 Faktor yang Mempengaruhi Konseling KB

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan konseling adalah:

1. Faktor Individual

- Bahasa
Kesamaan bahasa yang digunakan pada saat konseling akan mempengaruhi pemahaman klien terhadap informasi yang disampaikan oleh bidan.
- Sudut pandang
Nilai-nilai budaya dan pendidikan tertentu yang dianut oleh klien akan mempengaruhi pemahamannya tentang materi yang diberikan dalam konseling
- Kondisi sosial ekonomi
Status sosial ekonomi akan berpengaruh terhadap tingkah laku individu. Individu yang berasal dari kalangan sosial ekonomi yang baik akan mempunyai sikap positif dan pandangan yang baik tentang masa depannya dibandingkan dengan individu dengan sosial ekonomi rendah.
- Pendidikan
Pendidikan seseorang mempengaruhi cara pandanganya terhadap diri dan lingkungan. Sehingga cara menyikapi konseling antara klien yang berpendidikan tinggi dengan klien yang berpendidikan rendah akan berbeda.

2. Faktor eksternal

- Lingkungan fisik dan tempat wawancara berlangsung
Pemilihan perabot serta warna cat ruangan sangat berpengaruh terhadap kenyamanan konseling nantinya. Sofa yang dipilih hendaknya yang nyaman untuk diduduki dalam waktu lama. Serta cat yang dipilih sebaiknya berwarna terang dan sejuk agar terasa lebih nyaman.
- Penataan ruangan
Ruangan konseling hendaknya bersih dan rapi, agar menimbulkan kesan bahwa klien diterima dan dihargai pada saat konseling. Meja konselor yang berantakan dan banyak barang di atasnya akan menimbulkan persepsi bahwa konselor tidak menghormati klien dan tidak tahu sopan santun.
- Kerapian pakaian konselor
Konselor yang berpakaian dengan rapi akan mencerminkan bahwa klien dihormati dan diterima serta menimbulkan kesan yang formal namun tidak tegang.

5.3 Pendidikan Kesehatan tentang KB

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk intervensi mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, dimana tenaga kesehatan berperan sebagai pendidik didalamnya.



Komunikasi interpersonal dalam pelayanan kesehatan menggunakan:

a. Motivasi

Motivasi pada klien meliputi:

- Berfokus mewujudkan permintaan, bukan pada kebutuhan individu klien
- Menggunakan komunikasi satu arah
- Menggunakan komunikasi individu

b. Edukasi/Pendidikan KB

Pelayanan KB yang diberikan pada klien mengandung unsur pendidikan sebagai berikut:

- Menyediakan seluruh informasi metode yang tersedia
- Menyediakan informasi terkini dan isu yang ada
- Menggunakan komunikasi satu arah dan dua arah
- Dapat melalui komunikasi individu, kelompok atau massa
- Menghilangkan rumor dan konsep yang salah

c. Konseling

Konseling KB antara lain:

- a. Mengajukan klien untuk mengajukan permasalahan
- b. Menjadi pendengar aktif, menjami klien penuh informasi
- c. Membantu klien membuat pilihan sendiri

Proses pendidikan kesehatan terbagi menjadi 3 pokok persoalan, diantaranya:

a. Masukan (input)

Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar dengan berbagai latar belakangnya

b. Proses

Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri klien. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbale balik antara berbagai faktor, antara lain subjek, belajar, pengajar (pendidik/fasilitator), metode dan teknik belajar, alat bantu belajar, serta materi atau bahan yang dipelajari.

c. Keluaran (output)

Keluaran adalah hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar (klien)

5.4 Informed Choice dan Informed Consent dalam Konseling KB

5.4.1 *Informed Choice*

Informed choice berasal dari 2 suku kata yaitu *informed* dan *choice*. *Informed* berarti telah mendapatkan informasi yang lengkap dan benar, sedangkan *choice* berarti pilihan.



Dengan demikian *informed choice* berarti pilihan yang didasari atas pengetahuan yang cukup setelah mendapatkan informasi yang memadai (lengkap, jelas, dan benar).

Informed choice merupakan bentuk persetujuan pilihan tentang: Metode kontrasepsi yang dipilih oleh klien setelah memahami kebutuhan reproduksi yang paling sesuai dengan dirinya / keluarganya; Pilihan tersebut merupakan hasil bimbingan dan pemberian informasi yang obyektif, akurat dan mudah dimengerti oleh klien; Pilihan yang diambil merupakan yang terbaik dari berbagai alternatif yang tersedia.

Tujuan dari *informed choice* ini adalah untuk mendorong klien memilih asuhan yang akan didapatkannya. Peran bidan tidak hanya membuat asuhan dalam manajemen asuhan kebidanan tetapi juga menjamin bahwa hak klien untuk memilih asuhan dan keinginannya terpenuhi. Hal ini sejalan dengan kode etik internasional bidan yang dinyatakan oleh ICM 1993, bahwa bidan harus menghormati hak wanita setelah mendapatkan penjelasan dan mendorong wanita untuk menerima tanggung jawab untuk hasil dari pilihannya.

Sebagai seorang bidan dalam memberikan *informed choice* kepada klien harus:

- Memperlakukan klien dengan baik.
- Berinteraksi dengan nyaman.
- Memberikan informasi obyektif, mudah dimengerti dan diingat serta tidak berlebihan.
- Membantu klien mengenali kebutuhannya dan membuat pilihan yang sesuai dengan kondisinya.

Keuntungan *Informed Choice*

- Pilihan kontrasepsi adalah pilihan klien sendiri yang telah didasari oleh pengetahuan yang cukup, sehingga sesuai dengan kebutuhan dan keinginan klien
- Klien dapat memahami kontraindikasi, efek samping dan komplikasi dari jenis kontrasepsi yang dipilih
- Apabila klien mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak akan terkejut karena ia sudah memahami kontrasepsi yang ia pilih, dan akan cepat datang ke fasilitas pelayanan KB
- Klien tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul di masyarakat, karena telah mendapatkan informasi yang benar.

5.4.2 *Informed Consent*

Informed consent berasal dari dua kata, yaitu *informed* (telah mendapat penjelasan/ keterangan/informasi) dan *consent* (memberikan persetujuan/mengizinkan). *Informed consent* adalah suatu persetujuan yang diberikan setelah mendapatkan informasi.

Menurut Veronika Komalawati pengertian *informed consent* adalah suatu kesepakatan/persetujuan pasien atas upaya medis yang akan dilakukan tenaga kesehatan terhadap dirinya setelah pasien mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan mengenai upaya medis yang dapat dilakukan untuk menolong dirinya disertai informasi mengenai segala resiko yang mungkin terjadi

Dalam PERMENES no 585 tahun 1989 (pasal 1)

Informed consent ditafsirkan sebagai persetujuan tindakan medis adalah persetujuan yang diberikan pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien tersebut.

***Informed Consent* berisi tentang**

Kebutuhan reproduksi klien, *informed choice*, dan prosedur klinik yang akan dilakukan; ada penjelasan tentang risiko dalam melakukan prosedur klinik tersebut; standar prosedur yang akan dilakukan dan upaya untuk menghindari risiko; klien menyatakan mengerti tentang semua informasi tersebut diatas dan secara sadar memberikan persetujuannya.

Bentuk-Bentuk *Informed Consent*

1. *Implied consent*

Yaitu persetujuan yang dinyatakan tidak langsung. Contohnya: saat bidan akan mengukur tekanan darah ibu, ia hanya mendekati si ibu dengan membawa sfigmomanometer tanpa mengatakan apapun dan si ibu langsung menggulung lengan bajunya (meskipun tidak mengatakan apapun, sikap ibu menunjukkan bahwa ia tidak keberatan terhadap tindakan yang akan dilakukan bidan)

2. *Express Consent*

Express consent yaitu persetujuan yang dinyatakan dalam bentuk tulisan atau secara verbal. Sekalipun persetujuan secara tersirat dapat diberikan, namun sangat bijaksana bila persetujuan pasien dinyatakan dalam bentuk tertulis karena hal ini dapat menjadi bukti yang lebih kuat dimasa mendatang. Contoh, persetujuan untuk pelaksanaan sesar.

Persetujuan dalam *informed consent* dapat dibedakan menjadi 3 bentuk, yaitu:

1. Persetujuan Tertulis

Biasanya diperlukan untuk tindakan medis yang mengandung resiko besar, sebagaimana ditegaskan dalam PerMenKes No. 585/Men.Kes/Per/IX/1989 Pasal 3 ayat (1) dan SK PB-IDI No. 319/PB/A.4/88 butir 3, yaitu intinya setiap tindakan

medis yang mengandung resiko cukup besar, mengharuskan adanya persetujuan tertulis, setelah sebelumnya pihak pasien memperoleh informasi yang adekuat tentang perlunya tindakan medis serta resiko yang berkaitan dengannya (telah terjadi *informed consent*)

2. Persetujuan Lisan

Biasanya diperlukan untuk tindakan medis yang bersifat non-invasif dan tidak mengandung resiko tinggi, yang diberikan oleh pihak pasien.

3. Persetujuan dengan isyarat

Dilakukan pasien melalui isyarat, misalnya pasien yang akan disuntik atau diperiksa tekanan darahnya, langsung menyodorkan lengannya sebagai tanda menyetujui tindakan yang akan dilakukan terhadap dirinya.

Manfaat *Informed Consent*

1. Membantu kelancaran tindakan medis. Melalui *informed consent*, secara tidak langsung terjalin kerjasama antara bidan dan klien sehingga memperlancar tindakan yang akan dilakukan. Keadaan ini dapat meningkatkan efisiensi waktu dalam upaya tindakan kedaruratan.
2. Mengurangi efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Tindakan bidan yang tepat dan segera, akan menurunkan resiko terjadinya efek samping dan komplikasi.
3. Mempercepat proses pemulihan dan penyembuhan penyakit, karena klien memiliki pemahaman yang cukup terhadap tindakan yang dilakukan.
4. Meningkatkan mutu pelayanan. Peningkatan mutu ditunjang oleh tindakan yang lancar, efek samping dan komplikasi yang minim, dan proses pemulihan yang cepat.
5. Melindungi bidan dari kemungkinan tuntutan hukum. Jika tindakan medis menimbulkan masalah, bidan memiliki bukti tertulis tentang persetujuan klien.

Pebedaan *Informed Choice* dan *Informed Consent*

- *Informed consent* penting dari sudut pandang bidan, karena berkaitan dengan aspek hukum yang memberikan otoritas untuk semua prosedur yang akan dilakukan bidan.
- *Informed choice* penting dari sudut pandang klien sebagai penerima jasa asuhan kebidanan, yang memberikan gambaran pemahaman masalah yang sesungguhnya dan merupakan aspek otonomi pribadi menentukan pilihannya sendiri.
- *Informed choice* berarti ada alternatif lain, ada lebih dari satu pilihan dan klien mengerti perbedaannya sehingga dia dapat menentukan mana yang disukai atau sesuai dengan kebutuhannya.



Rekomendasi yang dianjurkan untuk bidan

- Bidan harus terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam berbagai aspek agar dapat membuat keputusan klinis dan secara teoritis agar dapat memberikan pelayanan yang aman dan memuaskan kliennya.
- Bidan wajib memberikan informasi secara rinci dan jujur dalam bentuk yang dapat dimengerti oleh klien dengan menggunakan media alternatif dan penerjemah bila perlu, begitu juga tatap muka langsung.
- Bidan dan petugas kesehatan lain perlu belajar untuk membantu klien melatih diri dalam menggunakan haknya dan menerima tanggung jawab untuk keputusan yang mereka ambil sendiri. Memberikan jaminan bahwa para petugas kesehatan sudah memberikan asuhan yang terbaik dan memastikan bahwa klien sudah diberikan informasi yang lengkap tentang implikasi dari keputusan mereka dan mereka telah memenuhi tanggung jawab moral mereka.
- Dengan memfokuskan asuhan yang berpusat pada klien dan berdasarkan fakta, diharapkan bahwa konflik dapat ditekan serendah mungkin.
- Tidak perlu takut akan konflik tetapi menganggapnya sebagai suatu kesempatan untuk saling memberi dan mungkin suatu penilaian ulang yang objektif, bermitra dengan klien dari system asuhan dan suatu tekanan positif terhadap perubahan.

5.6 Pendidikan Kesehatan yang Terkait dengan Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Menurut UNESCO, pendidikan kesehatan dan reproduksi adalah sebuah pendidikan yang dikembangkan dengan pendekatan yang sesuai dengan usia, peka budaya dan komprehensif yang mencakup program yang memuat info akurat, realistis dan tidak bersifat mengahakimi. Pendidikan kesehatan komprehensif, memberi kesempatan untuk mengeksplorasi nilai-nilai dan sikap diri serta melatih kemampuan pengambilan keputusan, komunikasi dan keterampilan penekanan resiko di semua aspek seksualitas.

Komponen Topik

- Keadilan dan kesetaraan gender
Gender dan jenis kelamin, peran gender, maskulinitas, dan feminisitas perlindungan
- Kespro dan seksual serta HIV/AIDS
Memahami IMS, HIV, kehamilan, respon seksual, anatomi, dan seksualitas
- HAM serta hak reproduksi dan seksual
- HAM, kebijakan, hukum dan struktur, layanan dan sumber daya, partisipasi, biologi dan emosi, hubungan dan komunikasi.



- Aspek positif dan seksualitas
Norma-norma dan nilai-nilai sosial ketidaksetaraan gender
- Kekerasan berbasis gender dan seksual
Jenis, hak dan hukum, opsi dukungan, norma masyarakat dan mitos kekuasaan dan gender, pencegahan, rujukan.
- Keberagaman
- Hubungan

Pendidikan kesehatan dalam alat kontrasepsi dengan kondisi khusus

- Wanita yang berisiko tinggi terinfeksi HIV, tertular HIV dapat menggunakan metode kontrasepsi hormonal seperti:
 - COC
 - Suntik kombinasi
 - LNG-ETG (MEC kategori 1)
- Wanita yang berisiko tinggi tertular HIV umumnya dapat menggunakan LNG AKDR (MEC kategori 2)
- Perempuan dengan penyakit klinis HIV tanpa gejala (stadium 1/2)
 - Maka dapat menggunakan kontrasepsi hormonal, COC, suntik kombinasi, LNG-CTG
 - LNG AKDR
- Perempuan yang hidup dengan penyakit HIV berat/ lanjut (stadium 3/4)
 - Maka dapat menggunakan kontrasepsi hormonal, COC, suntik kombinasi, LNG-CTG (MEC kategori 1)
 - Tidak boleh menggunakan LNG AKDR (MEC kategori 3) sampai penyakit mereka telah meningkat ke asimtomatik/penyakit klinis HIV ringan (Stadium 1 / 2)
 - Dan wanita yang telah terpasang LNG AKDR lalu ia terkena penyakit HIV parah (stadium 3/ 4) maka IUD nya tidak perlu dikeluarkan (MEC kategori 2 untuk kelanjutan)
- Perempuan yang hidup dengan HIV dan menggunakan terapi antiretroviral dan dilanjutkan dengan protease inhibitor (ritonavir dan ARV)
 - Pada umumnya dapat menggunakan kontrasepsi oral kombinasi, kontrasepsi suntik (Net-En), LNG-CTG implan (MEC kategori 2)
 - Dapat juga menggunakan DMPA (kategori 1)
 - Dapat menggunakan LNG AKDR (kategori 2) asalkan penyakit klinis HIV mereka asimtomatik /pada tahap ringan (stadium 1/ 2) sedangkan HIV parah (stadium 3/ 4) maka tidak boleh menggunakan LNG AKDR (MEC kategori 3) sampai penyakit mereka menjadi asimtomatik.

- Dan pada wanita yang menggunakan potase inhibitor yang sudah memiliki LNG IUD maka IUD tidak boleh dilepas (MEC kategori 2)

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab V secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang konseling keluarga berencana. Adapun pertanyaannya adalah:

1. Jelaskan pengertian dan tujuan konseling KB
2. Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi konseling KB
3. Jelaskan prinsip-prinsip konseling KB
4. Jelaskan tahap-tahap konseling KB
5. Jelaskan Informed Consent dalam pelayanan KB
6. Jelaskan Informed choice dalam pelayanan KB
7. Jelaskan pendidikan kesehatan yang terkait dengan kesehatan seksual dan reproduksi (penyakit menular seksual, HIV) serta alat kontrasepsi.

Ringkasan atau Poin-Poin Penting

- Definisi konseling KB Tujuan Kpnseling KB Prinsip Konselng KB Tahap-tahap konseling KB
- Informed Choice dan Informed Consent KB
- Pendidikan kesehatan terkait kesehatan seksual dan reproduksi serta alat kontrasepsi

Penutup

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus Evaluasi

No	Komponen Nilai Blok	Bobot
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonalskill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berpikir kreatif ▪ Berpikir kritis ▪ Berpikir analitis ▪ Berpikir inovatif ▪ Mampu mengatur waktu ▪ Berargumen logis ▪ Mandiri 	20%

No	Komponen Nilai Blok	Bobot
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memahami keterbatasan diri. ▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu ▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan <p>Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanggung jawab ▪ Kemitraan dengan perempuan ▪ Menghargai otonomi perempuan ▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri ▪ Memiliki sensitivitas budaya. <p>Values:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bertanggung jawab ▪ Motivasi ▪ Dapat mengatasi stress. 	
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan:

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut:
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
$\geq 50 < 55$	C-	1.75	Hampir cukup
$\geq 40 < 50$	D	1.00	Kurang
< 40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/ mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

1. Konseling KB adalah
 - a. proses pemberian bantuan yang dilakukan melalui wawancara secara tidak langsung oleh konselor kepada konseli KB yang sedang mengalami sesuatu masalah terkait kesehatan reproduksinya
 - b. proses kegiatan yang bertujuan pada teratasinya masalah yang dihadapi konseli terkait KB serta dapat memanfaatkan berbagai potensi yang dimiliki dan dapat merencanakan masa depan yang lebih baik untuk mencapai kesejahteraan hidup.
 - c. proses pemberian bantuan yang dilakukan melalui wawancara secara langsung oleh konseli kepada konseor KB yang sedang mengalami sesuatu masalah terkait kesehatan reproduksinya
 - d. proses untuk membantu mencapai tujuan penentuan diri kelompok masyarakat melalui pilihan yang telah diinformasikan terkait KB dengan baik serta bermakna bagi mereka dan melalui pemecahan masalah emosional atau karakter interpersonal
 - e. proses kegiatan secara berkesinambungan yang dilakukan konselor kepada sekelompok orang yang membutuhkan bantuan terkait masalah KB yang dihadapinya
2. Dalam melakukan konseling terkait masalah KB, proses konseling yang baik hendaknya mengandung unsur-unsur penting. Tindakan motivasi merupakan bentuk

- a. suatu usaha dalam proses pemberian bantuan dari konselor kepada klien untuk membuat interpretasi terhadap kenyataan-kenyataan yang ada yang berhubungan dengan pemilihan, perencanaan serta penyesuaian terkait masalah KB
 - b. usaha yang menyebabkan seseorang tergerak untuk mengikuti atau melakukan sesuatu karena ingin mencapai tujuan yang dikehendakinya sehingga mendapat kepuasan dengan perbuatannya sehingga akhirnya akan menambah capaian peserta program KB
 - c. usaha usaha dalam pelayanan KB yang diberikan pada pasien dengan menyediakan seluruh informasi metode yang tersedia serta informasi terkini dan isu terbaru terkait alat alat kontrasepsi akhirnya akan menambah capaian peserta program KB
 - d. usaha dalam pelayanan KB untuk mengatasi masalah KB atau kespro yang dihadapi konseli serta dapat memanfaatkan berbagai potensi yang dimiliki dan sarana yang ada
 - e. usaha untuk untuk menolong klien memahami dan menjelaskan pandangan mereka yang salah atau tidak benar mengenai alat kontrasepsi KB sehingga akhirnya akan menambah capaian peserta program KB.
3. Tujuan konseling dalam pelayanan KB kecuali:
- a. membantu seseorang untuk memperoleh suatu pemahaman yang lebih baik tentang realitas KB
 - b. untuk Mempelajari tujuan, ketidakjelasan informasi tentang metode kontrasepsi yang tersedia
 - c. menyampaikan informasi dari pilihan pola reproduksi dan KB mencakup kelebihan, keluarangan dan efek sampingnya
 - d. dapat memberikan pemahaman mengenai kontrasepsi yang dirasa tidak cocok atau mengganggu kesehatan reproduksi sehingga aseptor KB dapat menghentikan keikutsertaannya.
 - e. agar Mampu memecahkan masalah secara wajar dan objektif dengan pemberian informasi yang jujur, singkat dan lengkap mengenai KB
4. Dalam proses konseling KB SaTUTuJU, dalam langkah ke 2,hal yang perlu dilakukan oleh seorang konselor KB adalah:
- a. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut.
 - b. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
 - c. Tanyakan tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya.

- d. Tanyakan kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan
 - e. Tanyakan apakah klien sudah memutuskan pilihan jenis kontrasepsi
5. Ny.Rina berusia 37 tahun datang ke PMB bidan Dewi kelihatan cemas. Bidan berusaha menenangkan dan kemudian berusaha mengajaknya mulai bicara walaupun Ny.Rina terlihat sangat tertutup. Ny.Rina tetap diam, tetapi bidan berusaha membuat kliennya mau menceritakan masalahnya. Sikap yang harus dimiliki bidan Dewi agar klien yang menjadi konselinya dapat mulai menceritakan masalah yang dihadapinya adalah:
- a. Empati
 - b. Refleksi
 - c. Eksplorasi
 - d. Attending
 - e. Paraphrasing
6. Setelah yakin terhadap sikap bidan, Ny.Rina menjelaskan bahwa ia merasa sangat bingung dengan sikap suaminya yang tidak mengizinkannya untuk memakai alat KB karena takut merusak hubungan suami istri nantinya. Mendengar permasalahannya, bidan berusaha melakukan pengkajian lebih dalam. Bidan kemudian melakukan *Informed choice* dengan bahasa yang sederhana bahwa jenis kontrasepsi itu bermacam-macam sesuai dengan kebutuhan penggunaannya. Hal tersebut merupakan langkah konseling KB SaTUTuJU, yaitu langkah ke:
- a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5
7. Tujuan yang hendak dicapai bidan saat melakukan sikap attending adalah:
- a. Mempermudah bidan untuk memantulkan kembali hasil pengamatan terhadap perilaku klien
 - b. Meningkatkan harga diri klien.
 - c. Menciptakan suasana yang tenang dan tidak ribut
 - d. Untuk menggali perasaan, pikiran, dan pengalaman klien
 - e. Untuk memancing klien agar mau berbicara mengungkapkan perasaan, pengalaman dan pemikirannya
8. Kemampuan konselor untuk merasakan apa yang dirasakan klien, merasa dan berfikir bersama klien adalah wujud dari sikap seorang konselor, yaitu:
- a. Empati
 - b. Refleksi
 - c. Eksplorasi

- d. Attending
 - e. Simpati
9. Ny.Rina datang ke BPM bidan Dewi kelihatan cemas. Bidan berusaha menenangkan dan kemudian berusaha mengajaknya mulai bicara walaupun Ny.Rina terlihat sangat tertutup. Ny.Rina tetap diam, tetapi bidan berusaha membuat kliennya mau menceritakan masalahnya. Bidan kemudian mencoba melakukan pengkajian data terhadap Ny.Rina. Hal ini dilakukan bidan karena ada beberapa faktor yang akan mempengaruhi konseling, seperti:
- a. Usia, tingkat pendidikan, tempat praktik bidan, budaya
 - b. Usia, tingkat pendidikan, status ekonomi, tempat tinggal klien
 - c. Usia, tingkat pendidikan, bahasa, kepercayaan / budaya
 - d. Tempat tinggal klien, tingkat pendidikan, status ekonomi, budaya
 - e. Usia, tingkat pendidikan, status ekonomi, kepercayaan / budaya
10. Konselor yang hendak melakukan konseling hendaknya juga memperhatikan faktor tempat atau ruangan dilakukannya konseling, keadaan ruangan yang tidak mendukung konseling seperti:
- a. Keadaan ruangan yang terang
 - b. Keadaan ruangan yang tidak ribut
 - c. Keadaan ruangan yang menjaga privacy
 - d. Keadaan ruangan yang luas
 - e. Keadaan ruangan dengan sirkulasi udara yang baik

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Daftar Pustaka

- ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care" www.internationalmidwives.org
- Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders
- Company Arjoso, S. 2005. *Rencana Strategis BKKBN*.
- Affandi, B., 2006. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta. Makalah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia.
- NRC-POGI, 1996. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Keluarga Berencana*. bkkbn.go.id

Bab 6

PENCATATAN DAN PELAPORAN KELUARGA BERENCANA

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi proses pencatatan, pelaporan keluarga berencana (KB), proses monitoring, evaluasi, audit KB.

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep:

1. Menjelaskan pengertian pencatatan dan pelaporan dalam pelayanan KB
2. Menjelaskan mekanisme pencatatan dan pelaporan dalam pelayanan KB
3. Menjelaskan monitoring dan evaluasi sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB

4. Menjelaskan audit pelayanan KB bagi bidan
5. Menjelaskan sistem rujukan akseptor dalam pelayanan KB

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara) dan blok 5.B (Kebidanan Komunitas).

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami dan mencari pemecahan masalah hingga pendokumentasian manajemen asuhan kebidanan komunitas dari antenatal, intranatal, postnatal, neoatus, bayi dan balita, dan sistem rujukan.

B. PENYAJIAN

Uraian Materi

6.1. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan KB

6.1.1 Batasan Pengertian Pencatatan dan Pelaporan KB

Dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan yang tepat dan benar diperlukan keseragaman pengertian sebagai berikut:

1. Pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi adalah suatu kegiatan merekam dan menyajikan berbagai aspek yang berkaitan dengan pelayanan oleh fasilitas pelayanan KB
2. Peserta KB adalah pasangan usia subur (PUS) yang menggunakan kontrasepsi.
3. Peserta KB baru adalah PUS yang pertama kali mengguakan kontrasepsi atau PUS yang kembali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau persalinan.

4. Peserta KB lama adalah peserta KB yang masih menggunakan kontrasepsi tanpa diselingi kehamilan.
5. Peserta KB ganti cara adalah peserta KB yang berganti pemakaian dari satu metode kontrasepsi ke metode kontrasepsi lainnya.
6. Pelayanan fasilitas pelayanan KB adalah semua kegiatan pelayanan kontrasepsi oleh fasilitas pelayanan KB baik berupa pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan-tindakan lain yang berkaitan dengan pelayanan kontrasepsi yang diberikan pada PUS baik calon maupun peserta KB.
7. Pelayanan kontrasepsi oleh fasilitas pelayanan KB di dalam fasilitas pelayanan adalah pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan-tindakan lain yang berkaitan kontrasepsi kepada calon dan peserta KB yang dilakukan dalam fasilitas pelayanan KB.
8. Pelayanan kontrasepsi oleh fasilitas pelayanan KB di luar fasilitas pelayanan adalah pemberian pelayanan kontrasepsi kepada calon dan peserta KB maupun tindakan-tindakan lain yang berkaitan dengan pelayanan kontrasepsi yang dilakukan di luar fasilitas pelayanan KB (TKBK, Safari, Posyandu).

6.1.2 Langkah-Langkah Pelaksanaan

1. Di tingkat kecamatan oleh Faskes KB dan dokter/bidan Praktek mandiri

- a. Kartu Pendaftaran Faskes KB (**K/O/KB/13**)
K/O/KB/13 digunakan untuk pendaftaran baru dan ulang dari semua klinik KB. Pendaftaran klinik KB baru dilakukan setiap saat setelah peresmian/pembukaan Faskes KB yang bersangkutan. Adapun pendaftaran ulang klinik KB dilakukan pada setiap awal tahun anggaran (bulan Januari). Kartu ini berisi informasi tentang identitas, jumlah tenaga, serta pelatihan yang pernah diikuti, sarana perlengkapan fasilitas kesehatan (faskes) KB, dan keterangan yang diperlukan serta penanggung jawab/pimpinan pada setiap klinik.
- b. kartu tanda peserta KB (**K/I/KB/13**)
K/I/KB/13 adalah kartu tanda peserta KB yang diberikan kepada akseptor yang telah dilayani KB sebagai tanda dan digunakan untuk kunjungan berikutnya.
- c. Kartu Status Peserta KB (**K/IV/KB/13**)
K/IV/KB/13 dibuat untuk setiap pengunjung baru faskes KB, yaitu peserta KB baru dan peserta KB lama, pindahan dari faskes KB atau tempat pelayanan KB lain. Adapun untuk pelayanan di dokter/bidan praktik mandiri menggunakan kartu pasien yang sudah ada di masing-masing DBM. K/IV/KB/13 berfungsi untuk mencatat identitas, catatan medik hasil *skrining* atau pemeriksaan, dan kunjungan ulang peserta KB.

- d. **Register Hasil Pelayanan KB di Klinik KB (R/I/KB/13)**
R/I/KB/13 adalah catatan yang dibuat di faskes KB dengan tujuan untuk mempermudah petugas klinik dalam membuat laporan bulanan faskes KB (F/II/KB/13). R/I/KB/13 juga adalah catatan yang memuat semua hasil kegiatan pelayanan faskes KB yang dilakukan setiap hari pelayanan, baik yang dilakukan di dalam maupun di luar faskes KB.
- e. **Register Alat dan Obat Kontrasepsi Klinik KB (R/II/KB/13)**
R/II/KB/13 dibuat sebagai sumber data bagi tenaga administrasi/petugas R/R faskes KB dalam mengisi formulir laporan bulanan faskes KB (F/II/KB/13), khususnya untuk tabel III, persediaan alat kontrasepsi. Setiap hari pelayanan, semua penerimaan dan pengetuaran alat kontrasepsi dicatat pada kolom yang disediakan menurut jenis alat kontrasepsi, baik yang digunakan dalam pelayanan di klinik KB maupun dari dan untuk saluran Desa (PPKBD/Sub PPKBD). Setiap bulan pencatatan dilakukan pada halaman baru, lembar berikutnya.
Untuk saluran Desa, penerimaan kembali dan pengeluaran kontrasepsi pil dan kondom dari dan kepada Sub-PPKBD dan PPKBD, pada kolom pil dan kondom diisi jumlah yang diterima dan dikeluarkan. Adapun nama Sub-PPKBD dan PPKBD yang menyerahkan dan yang menerima dicatat pada kolom keterangan sesuai dengan tanggal penerimaan dan pengeluaran.
- f. **Laporan Bulanan Fasilitas Kesehatan Keluarga Berencana (F/II/KB/13)**
Laporan Bulanan faskes KB (F/II/KB/13) digunakan sebagai sarana untuk membuat laporan kegiatan dan hasil kegiatan pelayanan kontrasepsi, serta keadaan alat kontrasepsi di setiap faskes KB. Laporan Bulanan faskes KB (F/II/KB/13) dibuat oleh petugas faskes KB setiap akhir bulan dan ditandatangani oleh pimpinan faskes KB atau petugas yang ditunjuk.

2. Di Tempat Pelayanan Dokter/Bidan Praktik Mandiri

- a. **Buku Bantu Hasil Pelayanan Kontrasepsi pada Dokter dan Bidan Mandiri (B/I/DBM/13)**
Buku bantu ini dipergunakan sebagai sarana untuk mencatat hasil pelayanan peserta KB baru/ulangan menurut metode kontrasepsi, pemberian *informed consent* (IUD, MOW, MOP, dan Implant) serta pencabutan/pemasangan ulang IUD dan Implant oleh dokter dan bidan Mandiri. Pengisian buku bantu ini dilakukan oleh petugas/dokter/bidan praktik swasta dengan mengisikan angka pada kolom-kolom sesuai dengan metode kontrasepsi yang dilayani setiap harinya dan dijumlahkan pada setiap akhir bulan. Khusus untuk peserta KB kondom, suntikan, dan pil dicatat baik untuk peserta KB baru maupun peserta KB lama/ulangan dengan menulis pada kolom keterangan kode PB untuk

peserta KB baru, dan PA untuk peserta KB lama/ulangan. Hal ini bermaksud untuk menghindari penghitungan ganda peserta KB baru yang menggunakan metode kontrasepsi tersebut.

- b) Laporan Bulanan Petugas Penghubung tentang Hasil Pelayanan Kontrasepsi oleh Dokter dan Bidan Mandiri (F/I/PH/DBM/13)

Laporan bulanan petugas penghubung yaitu formulir laporan petugas penghubung dokter/bidan praktik mandiri yang digunakan oleh para petugas penghubung untuk mencatat dan melaporkan jumlah pelayanan KB yang dilakukan Secara Mandiri di tempat pelayanan Praktek Dokter dan Bidang Mandiri. F/I/PH DBM/13 ini adalah penjumlahan dari B/I/DBM/13 masing- masing DBM yang ada di suatu wilayah yang kemudian oleh petugas penghubung diserahkan kepada klinik KB induknya untuk masuk dalam laporan bulanan klinik KB yang bersangkutan.

3. Di Tingkat Kabupaten dan Kota oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah Pengelola Program KB (SKPD-KB) Kabupaten dan Kota

- a. Rekapitulasi Kartu Pendaftaran Klinik KB Kabupaten dan Kota (**Rek. Kab.K/0/KB/13**)

Rek.Kab.K/0/KB/13 dibuat bertujuan untuk memberikan informasi tentang identitas, potensi, jumlah tenaga, pelatihan teknis pelayanan KB dan RR, serta sarana dan perlengkapan klinik KB yang bisa dipakai pada setiap klinik KB di suatu wilayah Kabupaten dan Kota.

- b. Rekapitulasi Laporan Bulanan Klinik KB **Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek. Kab.F/II/KB/13)**

Rekapitulasi Laporan Bulanan Klinik KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek. Kab F/II/KB/13) dibuat sebulan sekali pada awal bulan berikutnya dari bulan laporan. Tujuannya adalah untuk melaporkan seluruh kegiatan pelayanan KB dan hasil kegiatan, serta keadaan alat kontrasepsi dari semua klinik KB yang berada di wilayah Kabupaten dan Kota selama satu bulan laporan.

4. Di tingkat Provinsi oleh BKKBN Provinsi

Rekapitulasi Kartu Pendaftaran Klinik Keluarga Berencana Tingkat Provinsi (Rek. Prov.K/0/KB/13) dibuat setahun sekali oleh BKKBN Provinsi setiap awal tahun anggaran (bulan Februari) setelah menerima Rek.Kab.K/0/KB/13 dari semua Satuan Kerja Perangkat Daerah Pengelola Program KB (SKPD-KB) Kabupaten dan Kota yang melapor. Formulir ini bertujuan untuk memberikan informasi tentang identitas dan jumlah tenaga, pelatihan teknis pelayanan dan RR, serta sarana dan perlengkapan klinik KB yang bisa dipakai di semua klinik KB di seluruh Kabupaten

dan Kota di Provinsi yang bersangkutan. Rek.Prov.K/0/KB/13 sumber datanya diambil dari kolom penjumlahan pada formulir Rek.Kab.K/0/KB/13.

6.1.3 Mekanisme Pencatatan dan Pelaporan

1. Tahunan

- a. Setiap pembukaan atau peresmian Faskes KB baru, Faskes KB baru tersebut membuat atau mencatat Kartu Pendaftaran Faskes KB (K/0/KB/13) dalam rangkap 3 (tiga), satu copy dikirim ke SKPD-KB Kabupaten dan Kota, satu copy untuk tembusan dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota, dan satu copy lainnya untuk arsip, yang dikirim segera setelah peresmian Faskes KB baru.

Untuk melakukan pemutakhiran data K/0/KB/13 ini, setiap tahun pada bulan Januari awal tahun anggaran, dilakukan pendaftaran ulang untuk setiap Faskes KB, dengan mengisi kembali Kartu Pendaftaran Faskes KB (K/0/KB/13) dalam rangkap 3 (tiga), satu copy dikirim ke SKPD-KB Kabupaten dan Kota, satu copy untuk tembusan dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota, dan satu copy lainnya untuk arsip, selambat-lambatnya tanggal 7 Januari setiap awal tahun. Hal ini dimaksudkan untuk melakukan perbaikan/penyesuaian data dan informasi mengenai Faskes KB yang bersangkutan.

- b. Setiap awal tahun anggaran (bulan Januari) SKPD-KB Kabupaten dan Kota membuat Rekapitulasi Kartu Pendaftaran Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota, dengan menggunakan formulir Laporan Rek.Kab K/0/KB/13. Data untuk membuat laporan ini diambil dari semua K/0/KB/13 yang diterima dari Faskes KB yang berada di wilayah kerja SKPD-KB Kabupaten dan Kota. Rekapitulasi Kartu Pendaftaran Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab K/0/KB/13) dikirim oleh SKPD-KB Kabupaten dan Kota setiap tahun ke Perwakilan BKKBN Provinsi. Rekapitulasi Kartu Pendaftaran Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab.K/0/KB/13), dibuat rangkap 4 (empat), 1 lembar untuk arsip, 1 lembar untuk Perwakilan BKKBN Provinsi, serta 2 lembar masing-masing untuk tembusan ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota dan BKKBN Pusat, dikirim selambat-lambatnya pada tanggal 21 Januari setiap tahun.
- c. Setiap awal tahun anggaran (bulan Februari) Perwakilan BKKBN Provinsi membuat Rekapitulasi Pendaftaran Faskes KB Tingkat Provinsi, dengan menggunakan formulir Laporan Rek.Prov.K/0/KB/13. Data untuk membuat laporan ini diambil dari semua Rek.Kab.K/0/KB/13 yang diterima dari SKPD-KB Kabupaten dan Kota yang berada di wilayah kerja Perwakilan BKKBN Provinsi. Rekapitulasi Kartu Pendaftaran Faskes KB Tingkat Provinsi

(Rek.Prov.K/0/KB/13) dibuat rangkap 2 (dua), dikirim oleh Perwakilan BKKBN Provinsi setiap tahun ke BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik dan satu copy lainnya untuk arsip, dikirim selambat-lambatnya tanggal 7 Februari setiap tahun.

- d. BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik setiap tahun menyampaikan umpan balik hasil pengolahan Rek.Prov.K/0/KB/13 ke semua pimpinan di jajaran BKKBN Pusat, Perwakilan BKKBN Provinsi, dan Mitra Kerja di Pusat.

2. Bulanan

Setiap awal bulan, petugas Faskes KB membuat Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13). Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13) bersumber pada hasil pelayanan yang dicatat dalam catatan harian (R/I/KB/13), penerimaan dan pengeluaran jenis/alat kontrasepsi oleh Faskes KB yang dicatat pada R/II/KB/13, serta F/I/PH/DBM/13 dari petugas penghubung yang terdapat di wilayah kerja Klinik

KB Pratama. Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13) dibuat oleh Faskes KB setiap bulan dalam rangkap 4 (empat), masing-masing dikirim ke SKPD- KB Kabupaten dan Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota, Kantor Camat, dan arsip, selambat-lambatnya tanggal 7 bulan berikutnya.

Wilayah kerja Faskes KB (khususnya Puskesmas) yang ada pelayanan Dokter dan Bidan Praktek Mandiri serta Faskes KB Jejaring, setiap bulan Petugas Penghubung Dokter dan Bidan Praktek Mandiri membuat Laporan Bulanan Petugas Penghubung Hasil Pelayanan Kontrasepsi oleh Dokter/Bidan Praktek Mandiri (F/I/PH/DBM/13) sebagai sumber data untuk mengisi F/II/KB/13. F/I/PH/DBM/11 dikirimkan dalam rangkap 2 (dua) yaitu ke Klinik KB Pratama selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya dan arsip. Laporan F/I/PH/DBM/13 bersumber pada hasil pelayanan Dokter dan Bidan Praktek Mandiri yang dicatat dalam Buku Bantu B/I/DBM/13.

Setiap bulan SKPD-KB Kabupaten dan Kota membuat Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab.F/II/KB/13). Data untuk membuat laporan ini diambil dari Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13) yang diterima dari Faskes KB yang berada di wilayah Kabupaten dan Kota yang bersangkutan. Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab F/II/KB/13) dibuat setiap bulan rangkap 3 (tiga), dikirim selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya ke Perwakilan BKKBN Provinsi, tembusan ke BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik, serta arsip. Pengiriman Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab.F/II/KB/13) ke alamat tersebut setiap bulan bisa menggunakan cara

manual (pos/kurir) atau elektronik (fax/email/sms/web online <http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/>).

SKPD-KB Kabupaten dan Kota setiap bulan menyampaikan Umpan Balik hasil pengolahan data Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13) ke Camat dan Mitra Kerja tingkat Kabupaten dan Kota.

- a. Setiap bulan Perwakilan BKKBN Provinsi cq. Bidang Advokasi, Penggerakan, dan Informasi (ADPIN) membuat Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Provinsi (Rek.Prov.F/II/KB/13). Data untuk membuat laporan ini diambil dari Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab.F/II/KB/13) yang diterima dari SKPD-KB Kabupaten dan Kota yang berada di wilayah provinsi yang bersangkutan. Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Provinsi (Rek.Prov. F/II/KB/13) dibuat rangkap 2 (dua) setiap bulan oleh Perwakilan BKKBN Provinsi, dikirim ke BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik dan arsip, selambat-lambatnya tanggal 15 bulan berikutnya. Pengiriman Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Provinsi (Rek.Prov. F/II/KB/13) ke alamat tersebut setiap bulan dengan cara web online (<http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/>).

Sub Bidang Data dan Informasi Perwakilan BKKBN Provinsi setiap bulan menyampaikan Umpan Balik hasil pengolahan data Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab.F/II/KB/13) ke SKPD- KB Kabupaten dan Kota dan Mitra Kerja tingkat provinsi.

- b. BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik setiap bulan menyampaikan Umpan Balik hasil pengolahan data Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Provinsi (Rek.Prov.F/II/KB/13) ke semua Pimpinan di jajaran BKKBN Pusat, Perwakilan BKKBN Provinsi, dan Mitra Kerja di Pusat.

3. **Harian**

Setiap peserta KB baru dan peserta KB pindahan dari Faskes KB atau tempat pelayanan lain, dibuatkan Kartu Status Peserta KB (K/IV/KB/13), antara lain memuat ciri-ciri peserta KB yang bersangkutan, kartu ini disimpan di Faskes KB bersangkutan dan digunakan kembali sewaktu peserta KB melakukan kunjungan ulang di faskes tersebut. Selain itu juga dibuatkan Kartu Peserta KB (K/I/KB/13). Selain itu, setiap hari pelayanan KB untuk peserta KB baru dan ulangan yang datang ke Faskes KB harus dicatat dalam Register Faskes KB (R/I/KB/13), dan pada setiap akhir bulan dilakukan penjumlahan hasil pelayanan KB. Register ini merupakan salah satu sumber data untuk pengisian Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13).

Setiap penerimaan dan pengeluaran jenis/alat kontrasepsi oleh Faskes KB dicatat dalam Register Alat Kontrasepsi Faskes KB (R/II/KB/13), dan pada setiap akhir bulan dilakukan penjumlahan. Register Alat Kontrasepsi Faskes KB (R/II/KB/13) merupakan salah satu sumber data untuk pengisian Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13).

Wilayah kerja Faskes KB (khususnya Puskesmas) yang ada pelayanan Dokter dan Bidan Praktek Mandiri setiap hari mencatat hasil pelayanan KB nya di dalam Buku Bantu Hasil Pelayanan Kontrasepsi Pada Dokter/Praktk Mandiri Bidan (B/I/DBM/13), dan pada setiap akhir bulan dilakukan penjumlahan. Buku Bantu B/I/DBM/13 lalu diserahkan ke Petugas Penghubung Dokter/Bidan Praktek Mandiri atau PKB/PLKB untuk direkap menjadi F/I/PH/DBM/13. Kemudian Petugas Penghubung menyampaikan laporan F/I/PH/DBM/13 ke Klinik KB Pratama. Jika tidak ada petugas penghubung maka Buku Bantu B/I/DBM/13 dapat disampaikan langsung ke Klinik KB Pratama . Namun, Dokter dan Bidan Praktek Mandiri bisa mengirimkan hasil rekapitulasi B/I/DBM/13 setiap bulan melalui program aplikasi *WAP Gateway* paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya. Aplikasi *WAP Gateway* ini bisa diakses melalui *handphone* atau komputer/laptop yang memiliki akses internet dengan alamat <http://dbs.bkkbn.go.id/>.

6.1.4 Alur Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan Kontrasepsi

Kartu Pendaftaran Faskes KB (K/0/KB/13) dibuat dan dikirim setiap tahun sekali oleh Faskes KB ke SKPD-KB Kabupaten dan Kota selambat-lambatnya tanggal 7 Januari setiap tahun secara manual atau secara web online (<http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/>). Rekapitulasi Kartu Pendaftaran Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab.K/0/KB/13) dibuat dan dikirim setiap tahun sekali oleh SKPD-KB Kabupaten dan Kota ke Perwakilan BKKBN Provinsi dan mitra kerja selambat- lambatannya tanggal 21 Januari setiap tahun secara manual atau secara web online (<http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/>).

Rekapitulasi Kartu Pendaftaran Faskes KB Tingkat Provinsi (Rek.Prov. K/0/KB/13) dikirim oleh Perwakilan BKKBN Provinsi ke BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik selambat-lambatnya tanggal 7 Februari setiap tahun secara manual atau secara web online (<http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/>).

Laporan Bulanan Petugas Penghubung Hasil Pelayanan Kontrasepsi oleh Dokter/Bidan Praktek Mandiri (F/I/PH/DBM/13) bersumber pada B/I/DBM/13 yang dibuat oleh Dokter/Bidan Praktek Mandiri (DBM) dikirimkan selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya:

1. F/I/PH/DBM/13 dikirimkan oleh DBM ke PKB/PLKB/Petugas Penghubung, lalu dikumpulkan ke Klinik KB Pratama (RS/Puskesmas);

2. F/I/PH/ DBM/13 dikirimkan langsung oleh DBM ke Klinik KB Pratama (RS/Puskesmas);

Hasil rekapitulasi B/I/DBM/13 setiap bulan bisa juga dikirimkan oleh Dokter dan Bidan Praktek Mandiri melalui telepon genggam (ponsel) yang memiliki akses internet dengan alamat <http://dbs.bkkbn.go.id/> paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.

Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13) dibuat dan dikirim setiap bulan oleh Faskes KB Jejaring ke Klinik KB Pratama (RS/Puskesmas) selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya.

1. F/II/KB/13 dikirimkan oleh Faskes KB Jejaring ke PKB/PLKB/Petugas Penghubung, lalu dikumpulkan ke Klinik KB Pratama (RS/Puskesmas);
2. F/II/KB/13 dikirimkan langsung oleh Faskes KB Jejaring ke Klinik KB Pratama (RS/Puskesmas);

Laporan Bulanan Faskes KB (F/II/KB/13) dibuat dan dikirim setiap bulan oleh Klinik KB Pratama (RS/Puskesmas) ke SKPD-KB Kabupaten dan Kota, Camat, dan Mitra Kerja Tingkat Kabupaten dan Kota (Dinas Kesehatan) selambat-lambatnya tanggal 7 bulan berikutnya secara manual atau secara web online (<http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/>).

Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek. Kab. F/II/KB/13) dibuat dan dikirim setiap bulan melalui cara manual (pos/kurir) atau elektronik (fax/email/sms/Web online) oleh SKPD-KB Kabupaten dan Kota ke Perwakilan BKKBN Provinsi dan BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya secara manual atau secara web online (<http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/>).

Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Provinsi (Rek.Prov. F/II/KB/13) dibuat dan dikirim setiap bulan dari Perwakilan BKKBN Provinsi ke BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik selambat-lambatnya tanggal 15 bulan berikutnya secara manual atau secara web online (<http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/>). BKKBN Pusat cq. Direktorat Pelaporan dan Statistik setiap bulan menyampaikan

Umpan Balik hasil pengolahan data Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Provinsi (Rek.Prov.F/II/KB/13) ke semua pimpinan di jajaran BKKBN Pusat, Perwakilan BKKBN Provinsi, dan Mitra Kerja Tingkat Pusat.

Perwakilan BKKBN Provinsi cq. Bidang Advokasi, Penggerakan, dan Informasi (ADPIN) setiap bulan menyampaikan Umpan Balik hasil pengolahan data Rekapitulasi Laporan Bulanan Faskes KB Tingkat Kabupaten dan Kota (Rek.Kab.F/II/KB/13) ke SKPD-KB Kabupaten dan Kota dan Mitra Kerja Tingkat Provinsi

6.2 Sistem Monitoring dan Evaluasi Pelayanan KB

6.2.1 Pengertian

- Monitoring adalah pemantauan pelaksanaan yang dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui hasil-hasil yang dicapai berkaitan pencapaian target kinerja yang ditetapkan.
- Evaluasi adalah penilaian yang dilakukan setiap periode waktu (semester atau tahunan) untuk menganalisis kemajuan pencapaian target dan hambatan pelaksanaan dikaitkan dengan pencapaian tujuan secara keseluruhan.

6.2.2 Latar Belakang

- UU No. 32 th 2004 ttg Pemda, pasal 11 butir 4 penyelenggaraan urusan pemerintah yang bersifat wajib yang berpedoman pada SPM
- PP RO No. 65 th 2005 ttg pedoman penyusunan dan penerapan SPM
- Peraturan Kepala BKKBN Nomor: 281 / PER /B4/ 2011 tentang Petunjuk Teknis Monitoring dan Evaluasi Penerapan dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera di Kabupaten dan Kota

6.2.3 Tujuan

Monitoring dan Evaluasi Penerapan dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera di Kabupaten dan Kota, bertujuan untuk meningkatkan kapasitas pemerintahan daerah dalam penerapan dan pencapaian SPM Bidang Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera di Kabupaten dan Kota yang sesuai dengan target yang ditetapkan.

Melalui system pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrsepsi dari hasil monitoring dan evaluasi tersebut dapat diketahui hambatan dan permasalahan yang timbul, sehingga dapat dilakukan perbaikan kegiatan system pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi.

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.

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 ke bawah dan ke samping sehingga memperlambat proses pengelolannya.

Tenaga

Dalam melakukan evaluasi terhadap tenaga pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi, hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu ketersediaan/jumlah tenaga dan kualitas tenaga: Ketersediaan/jumlah tenaga (Bagaimana kondisi jumlah tenaga RR klinik yang melakukan pencatatan pelaporan pelayanan kontrasepsi) dan Kualitas tenaga

Sarana

Dalam melakukan evaluasi terhadap sarana, perlu dilihat bagaimana sarana, perlu dilihat bagaimana sarana pendukung kelancaran pelaksanaan pencatatan dan pelaporan diantaranya: Ketersediaan formulir kartu, Ketersediaan Buku Petunjuk

Teknis pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi, Ketersediaan faksimili untuk seluruh kabupaten/kota untuk kecepatan pelaporan/ketersediaan komputer sampai dengan tingkat kabupaten/kota.

6.2.4 PWS KB

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) adalah alat manajemen suatu program untuk memantau cakupan pelayanan program suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat, khususnya terhadap wilayah kerja yang cakupan programnya masih rendah.

Dalam kaitannya dengan program pelayanan KB, maka pengertian PWS KB adalah: Alat manajemen program KB untuk memantau cakupan pelayanan KB serta kejadian komplikasi dan kegagalan KB disuatu wilayah secara terus menerus agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat, khususnya terhadap wilayah yang cakupannya masih rendah serta kejadian komplikasi dan kegagalan masih diatas angka toleransi.

Penyajian PWS-KB juga dapat dipakai sebagai alat motivasi dan komunikasi kepada lintas program dan sektor terkait, khususnya aparat setempat yang berperan dalam pendataan, penggerakkan sasaran dan pengalokasian dana agar dapat memahami permasalahan yang dihadapi secara dini, dan berkontribusi dalam pemecahan masalahnya. Dengan demikian diharapkan cakupan pelayanan KB dapat menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja dan menjamin tersedianya pelayanan KB yang berkualitas.

Tujuan PWS KB

1. Tujuan Umum:

Terpantaunya cakupan dan kualitas pelayanan KB pada setiap fasilitas pelayanan di wilayah kerja, secara terus menerus.

2. Tujuan Khusus

- Memantau cakupan pelayanan KB secara teratur (bulanan) dan terus-menerus.
- Menilai kesenjangan antara target yang ditetapkan dengan hasil pencapaian
- Menentukan urutan wilayah prioritas yang akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan antara target dengan hasil pencapaian
- Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia
- Meningkatkan peran serta aparat setempat dalam penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya.

Cara Membuat Grafik PWS KB

Berikut ini akan dijelaskan cara membuat grafik PWS-KB untuk tingkat puskesmas, yang dilakukan tiap bulan per desa. Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS KB adalah:

1. Pengumpulan data.

Data yang diperlukan dalam pembuatan Pemantauan Wilayah Setempat KB (PWS-KB) yaitu: Data Sasaran Program KB dan Data Cakupan Program

Data Sasaran Program KB:

- a. Jumlah PUS
- b. Jumlah PUS dengan “4T”
- c. Jumlah PUS Gakin
- d. Jumlah PUS dengan penyakit khronis, anemi, KEK/Iila<23,5, atau IMS/IS/HIV AIDS/Hepatitis B.
- e. Jumlah sasaran ibu bersalin

Data Cakupan Pelayanan KB:

- a. Jumlah peserta KB baru (PB)
 - b. Jumlah peserta KB aktif (PA)*
 - c. Jumlah peserta KB yang mengalami komplikasi
 - d. Jumlah peserta KB yang mengalami kegagalan
 - e. Jumlah peserta KB yang mengalami putus pemakaian/DO
 - f. Jumlah PUS “4T” ber KB
 - g. Jumlah PUS miskin ber KB
 - h. Jumlah PUS dengan penyakit Khronis , anemia, KEK/lila<23,5, atau IMS/ISR/HIV-AIDS/Hepatitis B ber KB
 - i. Jumlah ibu paska persalinan ber KB
2. Perhitungan Indikator

Data yang diperlukan untuk menghitung tiap indikator diperoleh dari Laporan Pendataan PUS KB (tahunan) dan Register Kohort KB (register harian yang sudah direkap tiap bulan per desa), termasuk laporan dari bidan/dokter praktek swasta, dan rumah sakit yang telah diverifikasi melalui pertemuan bulanan.

Indikator pemantauan program KB yang digunakan dalam PWS KB adalah indikator output. Dengan demikian tiap bulan dapat dibuat 9 indikator yang dapat ditampilkan dalam bentuk grafik, sebagai berikut:

1. Cakupan Peserta KB Aktif (CPR)
2. Cakupan ibu pasca persalinan Ber-KB
3. Cakupan Peserta KB baru
4. Proporsi Kejadian Komplikasi KB
5. Proporsi Kegagalan KB
6. Proporsi Drop Out KB
7. Cakupan PUS miskin Ber-KB
8. Cakupan PUS 4T Ber-KB
9. Cakupan PUS dengan atau menderita penyakit kronis/LILA <23,5, atau IMS/ISR/HIV-AIDS/Hepatitis B ber-KB

Indikator tersebut di atas secara berkala dapat disajikan setiap bulan, menurut desa, untuk menunjukkan desa yang telah maju dan yang masih tertinggal. Penyajian indikator tersebut kepada lintas sektor ditujukan untuk alat motivasi dan komunikasi dalam menyampaikan kemajuan maupun permasalahan operasional program pelayanan KB, sehingga para aparat dapat memahami program pelayanan KB dan memberikan bantuan sesuai kebutuhan, terutama dalam hal peningkatan penggerakkan masyarakat serta penggalian sumber daya setempat yang diperlukan.

3. Pengolahan data.
4. Pembuatan grafik PWS-KB

6.3 Audit Medik Pelayanan KB

Audit medic adalah suatu proses kajian kasus medis KB yang sistematis dan kritis terhadap kasus komplikasi, kegagalan penggunaan alat dan obat kontrasepsi. Pelaksanaan audit medic memanfaatkan data dan informasi yang terkait sehingga teridentifikasi berbagai faktor penyebab serta memperoleh solusi perbaikan dan disepakatinya jenis intervensi yang diperlukan sebagai kegiatan tindakan lanjut.

Tujuan

Meningkatkan mutu pelayanan medis KB dalam rangka mendukung upaya peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi, menurunkan fertilitas, serta berkontribusi dalam menurunkan AKI.

Fokus

Pada kasus-kasus komplikasi dan kasus kegagalan akibat pelayanan KB. Prinsip audit medik ada 4, yaitu:

1. Berorientasi pada peningkatan kualitas pelayanan dengan peningkatan siklus pemecahan masalah.
2. Tidak saling menyalahkan.
3. Mencari solusi untuk perbaikan baik manajemen ataupun teknis
4. Audit medik pelayanan KB dilakukan per-klien. Prosedur, dibagi dalam 3 lokasi audit, yaitu:
 - a. Tingkat puskesmas
 - b. Tingkat RSUD Kab/Kota dan provinsi.
 - c. Tingkat dinas kesehatan Kab/kota.

Disetiap lokasi penyelenggaraan audit medik pelayanan KB terdapat:

- a. Mekanisme penyelenggaraan
- b. Pelaksana
- c. Proses pengkajian kasus
- d. Materi pertemuan
- e. Frekuensi pertemuan
- f. Pencatatan dan pelaporan.

Langkah-Langkah Audit Medik

1. Persiapan
Pengadaan dan solusi pedoman, pembentukan tim, sosialisasi ditingkat kabupaten dan puskesmas.

2. Pelaksanaan

Petugas melakukan pencatatan kasus komplikasi dan kegagalan melakukan audit.

3. Monitoring dan evaluasi

Untuk pelaporan hasil audit tergantung lokasi audit (tingkat puskesmas, RS, dinas kesehatan kabupaten atau kota)

Indikator untuk mengukur mutu pelayanan KB

1. Jumlah kegagalan untuk masing-masing metode kontrasepsi
2. Jumlah kegagalan total semua metode kontrasepsi
3. Jumlah komplikasi untuk masing-masing metode kontrasepsi
4. Jumlah komplikasi total semua metode kontrasepsi.

Pelaporan

1. Di tingkat Puskesmas

Pelaporan di tingkat ini menggunakan beberapa formulir sebagai berikut:

- Formulir rujukan kasus KB (*Form R*).
Formulir ini akan digunakan oleh dokter Puskesmas, bidan Puskesmas, dan bidan di desa untuk merujuk kasus KB.
- Formulir Audit kasus KB (*Form A/KB/2001*)
Digunakan oleh dokter, bidan puskesmas dan bidan di desa pada saat pelacakan kasus KB baik saat klien berkunjung ke fasilitas pelayanan, pada saat kontrol ulang, maupun pada saat petugas melakukan kunjungan rumah sebagai tindak lanjut dari adanya laporan kasus kegagalan/komplikasi yang berasal dari kader dan atau PLKB.
- Formulir F/II/KB/2002.
Laporan ini berisi laporan hasil peserta KB dan persediaan alat kontrasepsi. Dalam laporan ini dapat diketahui jumlah kasus KB termasuk komplikasi dan kegagalan.

2. Di tingkat Rumah Sakit

Pada tingkat ini formulir yang digunakan adalah:

- Formulir F/II/KB/2002.
- Laporan pertemuan Audit Medik Internal.

3. Di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Di sini formulir yang digunakan adalah:

- Formulir Rekapitulasi F/II/KB/2002

- Laporan Kesehatan/KB/Kabupaten bulanan (Penjelasan rinci untuk formulir serta bentuk formulir dapat dilihat di buku Panduan Audit Medik Pelayanan KB, DepKes RI, 2002).

6.5 Sistem Rujukan dalam Pelayanan KB

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan MKET merupakan suatu sistem pelimpahan tanggung jawab timbal balik diantara unit pelayanan MKET baik secara vertikal maupun horizontal atau kasus atau masalah yang berhubungan dengan MKET. Unit pelayanan yang dimaksud disini yaitu menurut tingkat kemampuan dari yang paling sederhana berurut-turut keunit pelayanan yang paling mampu.

Tujuan

1. Terwujudnya suatu jaringan pelayanan MKET yang terpadu disetiap tingkat wilayah, sehingga setiap unit pelayanan memberikan pelayanan secara berhasil guna dan berdaya guna maksimal, sesuai dengan tingkat kemampuannya masing-masing
2. Peningkatan dukungan terhadap arah dan pendekatan gerakan KB Nasional dalam hal perluasan jangkauan dan pembinaan peserta KB dengan pelayanan yang makin bermutu tinggi serta pengayoman penuh kepada masyarakat

Jenis Rujukan

Rujukan MKET dapat dibedakan atas tiga jenis yaitu sebagai berikut:

1. Pelimpahan kasus dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dengan maksud memperoleh pelayanan yang lebih baik dan sempurna.
 - a) Pelimpahan kasus dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu ke unit pelayanan yang lebih sederhana dengan maksud memberikan pelayanan selanjutnya atas kasus tersebut
 - b) Pelimpahan kasus ke unit pelayanan MKET dengan tingkat kemampuan sama dengan pertimbangan geografis, ekonomi dan efisiensi kerja.
2. Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan ini dapat dilakukan dengan:
 - a) Pelimpahan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu ke unit pelayanan MKET yang lebih sederhana dengan maksud memberikan latihan praktis.
 - b) Pelimpahan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dengan maksud memberikan latihan praktis.

- c) Pelimpahan tenaga ke unit pelayanan MKET dengan tingkat kemampuan sama dengan maksud tukar-menukar pengalaman
- 3. Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostic
 - a) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostik dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dengan maksud menegakkan diagnosa yang lebih tepat.
 - b) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostic dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana dengan maksud untuk dicobakan atau sebagai informasi.
 - c) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostic ke unit pelayanan dengan tingkat kemampuan sama dengan maksud sebagai informasi atau untuk dicobakan

Sasaran rujukan MKET

- 1. Sasaran obyektif
 - a. PUS yang akan memperoleh pelayanan MKET
 - b. Peserta KB yang akan ganti cara ke MKET
 - c. Peserta KB MKET untuk mendapatkan pengamatan lanjutan
 - d. Peserta KB yang mengalami komplikasi atau kegagalan pemakaian MKET
 - e. Pengetahuan dan keterampilan MKET
 - f. Bahan-bahan penunjang diagnostic
- 2. Sasaran subyektif
Petugas-petugas pelayanan MKET disemua tingkat wilayah.

Mekanisme rujukan

1. Rujukan kasus

A. Unit pelayanan yang merujuk

- 1) Unit pelayanan MKET yang merujuk kasus ke unit pelayanan yang lebih mampu

Unit pelayanan bisa merujuk kasus ke unit pelayanan yang lebih mampu setelah melakukan proses pemeriksaan dan dengan hasil sebagai berikut:

- a) Berdasarkan pemeriksaan penunjang diagnostic kasus tersebut tidak dapat diatasi
- b) Perlu pemeriksaan penunjang diagnostic yang lebih lengkap dengan memerlukan kedatangan penderita yang bersangkutan
- c) Setelah dirawat dan diobati ternyata penderita masih memerlukan perawatan dan pengobatan di unit pelayanan yang lebih mampu

- 2) Unit pelayanan yang merujuk kasus ke unit pelayanan yang lebih sederhana
Unit pelayanan yang merujuk kasus ke unit pelayanan yang lebih sederhana, jika:
 - a) Setelah melakukan pemeriksaan dengan atau tanpa pemeriksaan penunjang diagnostic, terhadap penderita ternyata pengobatan dan perawatan dapat dilakukan di unit pelayanan yang lebih sederhana
 - b) Setelah melakukan pengobatan dan perawatan ternyata penderita masih melakukan pembinaan selanjutnya yang dapat dilakukan oleh unit pelayanan yang lebih sederhana
 - 3) Unit pelayanan yang merujuk kasus ke unit pelayanan dengan kemampuannya yang sama.
Unit pelayanan dapat merujuk ke unit pelayanan dengan kemampuan sama jika:
 - a) Setelah melakukan pemeriksaan dengan atau tanpa pemeriksaan penunjang diagnostic, ternyata untuk kemudahan penderita pengobatan dan perawatan dapat dilakukan di unit pelayanan yang lebih dekat
 - b) Setelah melakukan pengobatan dan perawatan, penderita masih memerlukan pembinaan lanjutan di unit pelayanan yang lebih dekat
- B. Unit pelayanan yang menerima rujukan
- 1) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan yang lebih sederhana.
 - a) Sesudah melakukan pemeriksaan penunjang diagnostic, dapat dilakukan perawatan dan pengobatan
 - b) Sesudah melakukan perawatan dan pengobatan, dapat mengirimkan kembali penderita ke unit pelayanan yang merujuk untuk pembinaan lebih lanjut
 - 2) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan yang lebih mampu
 - a) Melakukan perawatan dan pengobatan penderita yang dirujuk, atau;
 - b) Melakukan pembinaan lanjutan terhadap penderita yang dirujuk
 - 3) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan dengan kemampuan sama.
 - a) Melakukan perawatan dan pengobatan penderita yang dirujuk, atau;
 - b) Melakukan pembinaan lanjutan terhadap penderita yang dirujukRujukan bahan-bahan penunjang diagnostic

- C. Unit pelayanan yang merujuk
- 1) Unit pelayanan yang merujuk ke unit pelayanan yang lebih mampu
 - a) Jika tidak mampu melakukan pemeriksaan sendiri terhadap bahan-bahan penunjang diagnostic tersebut
 - b) Jika hasil pemeriksaan terhadap bahan-bahan penunjang diagnostic tersebut meragukan
 - 2) Unit pelayanan yang merujuk ke unit pelayanan yang lebih sederhana, jika hasil pemeriksaan bahandiagnostik tersebut perlu diinformasikan dan pemeriksaan bahan diagnostic tersebut akan dicobakan di unit pelayanan yang dirujuk
 - 3) Unit pelayanan yang merujuk kasus ke unit pelayanan dengan kemampuan yang sama jika hasil pemeriksaan bahan diagnostic tersebut perlu diinformasikan dan pemerikaan bahan diagnostic tersebut akan dicobakan di unit pelayanan yang dirujuk
- D. Unit pelayanan yang menerima rujukan
- 1) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan yang lebih sederhana perlu melakukan tindakan-tindakan sebagai berikut:
 - a) Melakukan pemeriksaan bahan-bahan penunjang diagnostic yang dirujuk.
 - b) Mengirimkan hasil pemeriksaan bahan-bahan penunjang diagnostic kepada unit pelayanan yang merujuk.
 - 2) Unit pelayanan yang menerima bahan-bahan penunjang diagnostic dari unit pelayanan yang lebih mampu, perlu melakukan tindakan.” Mencoba pemeriksaan yang lebih mampu, perlu melakukan yang dirujuk”
 - 3) Unit pelayanan yang menerima bahan penunjang diagnostic dari unit pelayanan dengan kemampuan yang setingkat, perlu melakukan tindakan.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab VI secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang pencatatan dan pelaporan keluarga berencana

Ringkasan atau Poin-Poin Penting

Pencatatan dan Pelaporan Keluarga Berencana Mekanisme Pencatatan dan pelaporan Keluarga Berencana Audit pencatatan dan pelaporan Keluarga Berencana Sistem rujukan akseptor dalam pelayanan KB

Penutup

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus Evaluasi

No	Komponen Nilai Blok	Bobot
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonalskill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab▪ Kemitraan dengan perempuan▪ Menghargai otonomi perempuan▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri▪ Memiliki sensitivitas budaya. Values: <ul style="list-style-type: none">▪ Bertanggung jawab▪ Motivasi▪ Dapat mengatasi stress.	20%
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan:

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut:
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.

3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
$\geq 85 - 100$	A	4.00	Sangat cemerlang
$\geq 80 < 85$	A-	3.50	Cemerlang
$\geq 75 < 80$	B+	3.25	Sangat baik
$\geq 70 < 75$	B	3.00	Baik
$\geq 65 < 70$	B-	2.75	Hampir baik
$\geq 60 < 65$	C+	2.25	Lebih dari cukup
$\geq 55 < 60$	C	2.00	Cukup
$\geq 50 < 55$	C-	1.75	Hampir cukup
$\geq 40 < 50$	D	1.00	Kurang
< 40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/ mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

Vona, Bidan yang bertugas di Dinas Kesehatan sedang mengikuti pelatihan tentang Sistem Pencatatan dan Pelaporan Program KB Nasional.

1. Terdapat tiga sub sistem dalam sistem pencatatan dan pelaporan program KB, manakah yang bukan termasuk dari sub sistem tersebut?
 - a. Pencatatan pelayanan kontrasepsi
 - b. Pelaporan pelayanan kontrasepsi
 - c. Pencatatan pengendalian lapangan
 - d. Pelaporan pengendalian lapangan
 - e. Pendataan fasilitas KB
2. Apakah tujuan dari pencatatan dan pelaporan tersebut?
 - a. Menyediakan data dan informasi untuk pengumpulan data

- b. Menyediakan data dan informasi untuk pengambilan keputusan oleh pelaksana pelayanan
 - c. Menyediakan data dan informasi untuk pengendalian operasional
 - d. Menyediakan data dan informasi untuk pembahasan
 - e. Menyediakan data dan informasi untuk pemasaran
3. Apakah yang tidak termasuk sasaran pencatatan dan pelaporan program KB?
 - a. Potensi dan kegiatan pelayanan KB di klinik KB
 - b. Potensi dan kegiatan pelayanan KB Bidan Praktik Swasta
 - c. Hasil kegiatan pelayanan kontrasepsi di Klinik KB
 - d. Hasil pelayanan kontrasepsi di praktik dokter
 - e. Keadaan fasilitas KB di lapangan
 4. Melihat kondisi tersebut, manakah upaya penurunan AKI dan AKB yang menjadi prioritas dalam sistem rujukan karena masih belum optimalnya upaya tersebut?
 - a. Pelayanan obstetric essensial
 - b. Pelayanan neonatal essensial
 - c. Pelayanan persalinan yang berkualitas
 - d. Deteksi dini kasus resiko tinggi
 - e. Penanganan kegawatdaruratan dan komplikasi
 5. Pencatatan dan pelaporan oleh fasilitas kesehatan KB dilakukan setiap?
 - a. Harian
 - b. Harian dan mingguan
 - c. Mingguan dan bulanan
 - d. Bulanan dan tahunan
 - e. Harian, bulanan. dan tahunan

Seorang Bidan praktik swasta baru saja membuka BPS nya dan mendapat pasien yang akan menggunakan alat kontrasepsi.

6. Apakah jenis formulir yang harus disiapkan oleh Bidan tersebut?
 - a. Kartu pendaftaran fasilitas KB
 - b. Register alat kontrasepsi KB
 - c. Laporan bulanan klinik KB
 - d. Buku bantu hasil pelayanan kontrasepsi
 - e. Rekapitulasi kartu pendaftaran klinik KB
7. Apakah kode peserta KB lama/ulangan pada kolom keterangan jika Bidan mendapat peserta KB suntik DMPA?
 - a. PB
 - b. PL
 - c. PU

- d. PA
 - e. Tidak ada
8. Apakah kode peserta KB lama/ulangan pada kolom keterangan jika Bidan mendapat peserta KB suntik DMPA?
- a. PB
 - b. PL
 - c. PU
 - d. PA
 - e. Tidak ada

Vina, seorang mahasiswa S1 Kebidanan sedang mempelajari tentang monitoring dan evaluasi pelayanan KB.

9. Apakah peraturan yang mendasari monitoring tersebut?
- a. UU no. 32 Tahun 2007
 - b. UU no. 36 tahun 2007
 - c. PP RO No. 65 tahun 2005
 - d. Peraturan Kepala BKKBN Nomor: 286 / PER /B4/ 2011
 - e. Peraturan Kepala BKKBN Nomor: 283 / PER /B4/ 2011
10. Apakah yang bukan termasuk ruang lingkup monitoring pelayanan KB?
- a. Perencanaan pencapaian SPM
 - b. Perorganisasian
 - c. Pelaksanaan
 - d. Penilaian
 - e. Pelaporan
11. Dalam perencanaan, rencana pencapaian SPM dituangkan dalam RPJMN dan digunakan pada penyusunan kecuali?
- a. Renstra
 - b. Renja
 - c. RKMN
 - d. KUA
 - e. Prioritas anggaran
12. Dalam pelaksanaan, kegiatan penyediaan informasi data mikro meliputi?
- a. Inventarisasi penyediaan alkon baru
 - b. Inventarisasi alkon rusak
 - c. Informasi pendukung dan pengamatan lapangan
 - d. Pelaksanaan pemantauan alkon
 - e. Laporan gudang

13. Yang bukan termasuk formulir monitoring kegiatan untuk melengkapi dokumen proses monev adalah.....
- PIK remaja
 - Pelayanan *unmet need*
 - Penilaian PLKB
 - Penyediaan PPKBD
 - Penyediaan Alkon

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Istilah atau Kata Penting

Rujukan: suatu sistem yang dilakukan jika kasus tidak tertangani oleh tenaga kesehatan di pelayanan primer atau pelayanan lanjutan didapatkan dari pelayanan yang lebih tinggi jenjangnya dari pelayanan pertama.

Daftar Pustaka

- Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care" www.internationalmidwives.org Kemenkes RI. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta
- Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders Company
- BKKBN, 2013, *Panduan Pencatatan data Rutin pelayanan kontrasepsi*, Jakarta, BKKBN
- BKKBN, 2015, *Panduan Pencatatan data Rutin*, Jakarta, BKKBN
- Departemen Kesehatan RI. 2012. *Pedoman Sistem Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Bina Kesehatan Ibu

PETUNJUK BAGI MAHASISWA UNTUK MEMPELAJARI BUKU AJAR

Blok	: 5.C (Keluarga Berencana)
Kode Mata Kuliah	: BLK 133
Waktu (jumlah pertemuan)	: 6 (Enam) minggu

PERSIAPAN

- Petunjuk tentang tatap muka
Sesuai dengan metode PBL yang digunakan, tatap muka dalam blok ini adalah kuliah pengantar dan pleno. Sebelum pelaksanaan kuliah pengantar setiap mahasiswa dibekali dengan buku panduan blok yang memuat informasi tentang keseluruhan proses yang dilalui dalam blok 5C (Keluarga Berencana). Setiap mahasiswa agar mempelajari buku panduan blok dan RPS untuk mengetahui topik pembelajaran dalam blok ini sehingga bisa memanfaatkan buku ajar dengan baik sebagai sumber informasi yang terstruktur sesuai dengan tujuan pembelajaran yang diharapkan dapat dicapai. Jadwal perkuliahan dan pleno tercantum di buku panduan blok.
- Petunjuk tentang latihan
Latihan dilaksanakan setiap selesai satu modul per minggunya. Topik latihan yang diberikan sesuai dengan topik pembahasan pada minggu yang berjalan. Latihan dapat dikerjakan per individu atau per kelompok. Setiap selesai mengerjakan latihan hasilnya dikumpulkan kepada dosen pengampu mata kuliah/koordinator blok.
- Petunjuk tentang bertanya, berdiskusi dan lain-lain
Mahasiswa dapat mengajukan pertanyaan kepada dosen pengampu mata kuliah secara langsung ataupun media komunikasi. Dalam melaksanakan diskusi kelompok, setiap minggunya mahasiswa dibagi menjadi 5 (Lima) kelompok dan melakukan diskusi sesuai dengan pembahasan modul pada minggu tersebut.

PENILAIAN

- Petunjuk dalam mengikuti tes
Tes dilakukan setiap akhir modul/Bab dan pada akhir Blok. Mahasiswa agar membaca buku ajar secara keseluruhan dan sistimatis sesuai dengan tujuan pembelajaran baru mengerjakan tes yang terdapat pada akhir Bab.
- Petunjuk dalam penilaian hasil belajar, kerja, tugas, laporan dan lain-lain
Penilaian hasil belajar mengikuti pedoman penilaian yang ditetapkan oleh universitas. Dengan rentang nilai: A, A-,B,B-, C, D dan E.
Penilaian dari ujian MCQ memiliki persentase 60% sementara tugas dan tutorial masing-masing 20%.

PETUNJUK BAGI DOSEN

Mata Kuliah/Blok : 5C (Keluarga Berencana)
Kode Mata Kuliah : BLK 132
Waktu (jumlah pertemuan) : 6 (Enam) Minggu/Modul

PERSIAPAN

- Petunjuk tentang cara mempersiapkan buku ajar
Dalam menyiapkan buku ajar dosen harus mengetahui terlebih dahulu tujuan pembelajaran topik materi yang harus diberikan kepada mahasiswa. Kemudian dosen menyiapkan buku ajar berurutan sesuai dengan urutan kompetensi yang harus dikuasai oleh mahasiswa. Rencana pembelajaran blok dijadikan sebagai acuan dalam menyusun buku ajar.
- Petunjuk tentang penggunaan media, alat, bahan bacaan dan lain-lain
Media yang digunakan disesuaikan tujuan pembelajaran yang diharapkan dapat dicapai. Dosen bisa menggunakan multi media dengan menggunakan power point, alat peraga serta lembaran pemantauan yang digunakan dalam praktik kebidanan komunitas. Bahan bacaan yang dijadikan referensi ada yang merupakan bahan bacaan utama ataupun anjuran. Bagi mahasiswa yang belum memiliki dapat membaca di ruang baca prodi.

PELAKSANAAN

- Petunjuk cara memberikan penjelasan/informasi kepada mahasiswa
Informasi diberikan kepada mahasiswa secara langsung di kelas pada awal blok tentang bagaimana menggunakan buku ajar. Jika ada pertanyaan yang belum jelas, mahasiswa dapat menanyakannya langsung kepada dosen pengampu blok.
- Petunjuk tentang memberikan latihan dan tugas
Latihan dan tugas diberikan kepada mahasiswa secara per kelompok atau per individu. Kemudian dikumpulkan kepada dosen pengampu mata kuliah sesuai waktu yang ditentukan.
- Petunjuk tentang memberikan umpan balik
Umpan balik diberikan kepada mahasiswa terkait tugas yang diberikan apakah telah dilaksanakan sesuai dengan tujuan pembelajaran yang ditetapkan dan seberapa tingkat ketercapaiannya.

PENILAIAN

- Petunjuk dalam memberikan tes
Tes diberikan secara tertulis baik *multiple choice question* (MCQ) ataupun essay sesuai dengan tujuan pembelajaran yang telah ditetapkan.
- Petunjuk dalam penilaian hasil belajar
Penilaian hasil belajar dilakukan untuk mengukur ketercapaian tujuan pembelajaran, Tes dilakukan setiap akhir modul/Bab dan pada akhir Blok. Mahasiswa agar membaca buku ajar secara keseluruhan dan sistematis sesuai dengan tujuan pembelajaran baru mengerjakan tes yang terdapat pada akhir Bab.
- Petunjuk dalam penilaian hasil kerja, tugas, laporan dan lain-lain
Penilaian hasil belajar mengikuti pedoman penilaian yang ditetapkan oleh universitas. Dengan rentang nilai: A, A-,B,B-, C, D dan E.
Penilaian dari ujian MCQ memiliki persentase 60% sementara tugas dan tutorial masing-masing 20%.

KUNCI SOAL LATIHAN

BAB I

1. A
2. B
3. C
4. B
5. A
6. B
7. C
8. B
9. B
10. C

BAB II

1. A
2. D
3. A
4. B
5. A
6. A
7. A

8. C
9. B
10. A
11. B
12. D
13. C
14. B
15. D

BAB III

1. D
2. B
3. A
4. D
5. A
6. C
7. B
8. D
9. D

10. E

BAB IV

1. A
2. B
3. C
4. B
5. B

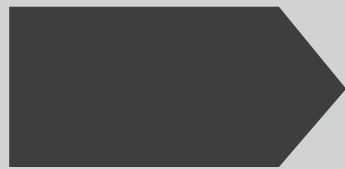
BAB V

1. B
2. B
3. D
4. C
5. D
6. C
7. B
8. A
9. E

10. D

BAB VI

1. E
2. C
3. E
4. E
5. D
6. D
7. B
8. E
9. C
10. D
11. C
12. C
13. C



TENTANG PENULIS

Yulizawati, SST., M.Keb. lahir di Kampar 20 Juli 1981 adalah Dosen di Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas sejak 1 Mei 2014. Pendidikan Diploma III Kebidanan ditempuh di Poltekkes Padang Prodi Kebidanan Bukittinggi, lulus tahun 2002, bekerja sebagai bidan pelaksana di RSIA Eria Bunda Pekanbaru tahun 2003-2004, kemudian lulus pendidikan ke D IV Kebidanan tahun 2004 di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan S2 Kebidanan tahun 2010 di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Sejak 2004-2013 penulis bekerja di Akademi Kebidanan Indragiri Rengat, dipercaya sebagai Pudir II selama 2 (Dua) periode tahun 2004-2013. Tahun 2014-2015 sebagai koordinator penelitian dan pengabdian masyarakat Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, 2015-2017 sebagai plt. Sekretaris Prodi dan 2017-saat ini sebagai Kaprodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Serta sebagai *Managing editor journal of Midwifery (JoM)*. Saat ini HaKI berjumlah 36 buah. Buku yang telah ditulis yaitu Asuhan kebidanan pada kehamilan (2017), Kebidanan Komunitas (2017), Anak Indonesia Cerdas Sehat Reproduksi (2019), Buku Pedoman Metode Pembentukan Natan Jagoan-Duta Anti Jajanan Sembarangan (2019), Reputasi-Remaja Putri Sehat Reproduksi (2019). Best Oral pada Konferensi International ICOMHeR Universitas Andalas 2018 dan Best Oral pada konferensi Hilirisasi IPTEKS LPPM Universitas Andalas 2018. Penulis dapat dihubungi melalui email : yulizawati@yahoo.co.id atau yulizawati@med.unand.ac.id

dr. Detty Iryani, M.Kes., M.Pd.Ked., AIF (Alm.)

Lusiana Elsinta Bustami, SST., M.Keb. Lahir pada tanggal 21 Januari 1985, menyelesaikan pendidikan pada S2 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Lulus CPNS pada Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Pada tahun 2015. Saat ini bertugas sebagai Sekretaris Prodi dan aktif dalam melaksanakan kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Saat ini HaKI berjumlah 31 buah. Buku yang telah ditulis sebelumnya adalah Kebidanan Komunitas (2017).

Aldina Ayunda Insani, Bd., M.Keb. putri pasangan H. Zainal dan Hj. Ernawati CH, Amd.Keb (Almh), lahir di Padang, 21 Januari 1988. Ayunda menyelesaikan pendidikan SD di Baiturrahmah, SMP.N.2 Padang, SMA.N. 1 Padang. Selesai SMA, Ayunda pun mengikuti karir sang mama sebagai seorang Bidan, mulai Prodi D-III Kebidanan STIKes Mercubaktijaya Padang, kemudian Pendidikan S1 Bidan Universitas Airlangga, Surabaya dan Pendidikan S2 Kebidanan Universitas Andalas Padang.

Ketertarikan pengembangan dunia kebidanan dimulai saat masih sedang kuliah S2 Kebidanan dan lulus CPNS Kemenristekdikti untuk Prodi S1 Kebidanan FK Unand. Kegiatan tridharma PT dilakukan, adanya beberapa buku paduan blok yang telah ada HAKI serta adanya buku ajar. Kegiatan seminar pun diikuti hingga pernah menjadi The Best Oral Presenter dalam acara International Conference of Health and Research Science, diselenggarakan oleh FK, FKG dan F.Keperawatan Universitas Andalas.