

Dina Raidanti, S.SiT., M.Kes  
Wahidin.S.Sos., SKM., MKM., M.Si  
Dr. S.Rahayu, S.Si.T., MARS

# AKSEPTOR PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA



Dina Raidanti, S.SiT.M.Kes dilahirkan di Tangerang pada tanggal 05 November 1981, penulis satu ini lahir dari 2 bersaudara. Menamatkan Sekolah Dasar sampai Sekolah Menengah Atas di Kota Tangerang Banten. Kemudian melanjutkan studi di Akademi Kebidanan Gatot Soebroto Jakarta setelah itu melanjutkan kembali ke D-IV Bidan Klinis di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) Jakarta. Kemudian melanjutkan Pendidikan S2

Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Kespro di Universitas Respati Indonesia (URINDO) Jakarta. Saat ini menikah dengan Wahidin dan memiliki sepasang putra dan putri yakni Quennandine Nailah Calluella dan Radya Ghaniya Pasha. Kesibukan Penulis saat ini sebagai Bidan sekaligus Dosen Prodi Kebidanan di STIKes RSPAD Gatot Soebroto Jakarta dan pelatih di beberapa kegiatan pelatihan Kesehatan ibu dan anak.

Penulis kedua Wahidin.S.Sos.SKM.MKM.M.Si, lahir di Ciamis, 12 November 1977 terlahir dari 2 bersaudara. Lahir dari latar belakang orang tua pendidik, ayah sebagai guru dan ibu sebagai seorang penyuluh pertanian tanaman pangan. Wahidin menghabiskan masa kecilnya di Rancah Kabupaten Ciamis Jawa Barat. Pendidikan dasar sampai menengah ditempuhnya di Kota Rancah dan lulus dari SMA 1 Ciamis tahun 1996. Melanjutkan S1 Sospol di FISIP Unlam Banjarmasin, jurusan Ilmu Administrasi. S1 Kesehatan Masyarakat di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta, S2 Ilmu Administrasi peminatan Ilmu Administrasi di URINDO Jakarta dan S2 Kesehatan masyarakat peminatan Mutu Pelayanan Kesehatan di SPS UHAMKA Jakarta. Saat ini menikah dengan Dina Raidanti dan memiliki 2 orang putra Putri. Kesibukan saat ini Sebagai Penulis, Peneliti, Konsultan, sekaligus sebagai dosen tetap Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang. Penulis ketiga :

Dr.S.Rahayu,S.Si.T.MARS. lahir di Garut pada tanggal 25 desember 1976. pernah mengenyam pendidikan sekolah dasar di SD Kiansantang Garut, SMPN 1 Garut dan SMAN 1 Tarogong Garut kemudian melanjutkan pendidikan keperawatan dan kebidanan di provinsi banten. pendidikan S3 beliau selesaikan di Universitas Hasanudin Makasar jurusan Ilmu Kedokteran. beliau pernah menjabat sebagai Koorprodi Kebidanan periode 2005-2014 dan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan periode 2016-2018 dan saat ini sebagai Sekretaris Senat Universitas Singaperbangsa Karawang periode 2019-2024. Selain pengajar di Universitas Singaperbangsa Karawang beliau merupakan Pendiri Yayasan Nurul Uyun yang mengelola beberapa lembaga pendidikan dan sarana kesehatan. Sampai saat ini beliau tinggal dan Praktek Kebidanan di Depok Provinsi Jawa Barat.



Yayasan Barcode

AKSEPTOR PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA  
Penerbit Yayasan Barcode

Editor :  
Dr. Sri Handayani, S.Kep., M.Kes



**Dina Raidanti, S.SiT., M.Kes  
Wahidin.S.Sos., SKM., MKM., M.Si  
Dr. S.Rahayu, S.Si.T., MARS**

# **AKSEPTOR PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA**

**Yayasan Barcode  
2021**

Sanksi Pelanggaran Pasal 72

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta

1. *Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan Sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat 2 dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan / atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000.00 (satu juta), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) Tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000;00 (lima milyar rupiah).*
2. *Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta terkait bagaimana dimaksud pada ayat (1) pidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.00; (lima ratus juta rupiah).*

**Judul Buku : AKSEPTOR PRIA DALAM  
KELUARGA BERENCANA**  
**ISBN : 978-623-285-513-7**  
**Penulis : Dina Raidanti, S.SiT., M.Kes  
Wahidin.S.Sos., SKM., MKM., M.Si  
Dr. S.Rahayu, S.Si.T., MARS**  
**Cetakan : Pertama Mei 2021**  
**Halaman : viii + 50 Halaman**  
**Ukuran Buku : 15 x 20 cm**  
**Layout oleh : Sulaiman Sahabuddin**

---

Diterbitkan Oleh

**Penerbit Yayasan Barcode**

Divisi Publikasi dan Penelitian

Jl. Kesatuan 3 No. 9 Kelurahan Maccini Parang

Kecamatan Makassar Kota Makassar

Email: [penerbitbarcode@gmail.com](mailto:penerbitbarcode@gmail.com)

Website : [www.yayasanbarcode.com](http://www.yayasanbarcode.com)

HP. 0853-4039-1342

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penyusunan buku yang berjudul “AKSEPTOR PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA” ini dapat diselesaikan dengan baik.

Buku ini memberikan gambaran tentang AKSEPTOR PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA. Tak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini.

Penyusun juga berharap agar buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan penyusun pada khususnya. Namun demikian, penyusun menyadari bahwa buku ini belumlah sempurna. Dengan lapang dada dan kerendahan hati penyusun bersedia untuk diberi saran dan kritik yang bersifat membangun dan dapat memperbaiki buku ini.

Mei 2021

Penyusun

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar\_iii

Daftar Isi\_iv

BAB I

PENDAHULUAN\_1

BAB II

BUAH PISANG (*MUSA PARADISIACA-L*)\_18

BAB III

NEURODEGENERATIF\_24

BAB IV

APOPTOSIS\_28

BAB V

F2-ISOPROSTANE\_33

BAB VI

SEROTONIN\_36

BAB VII

OXIDATIVE STRESS\_39

BAB VIII

POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR)\_41

BAB IX

ALZHEIMER'S DISEASE (AD)\_51

BAB X

HEWAN COBA\_64

DAFTAR PUSTAKA\_69





# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

Negara Indonesia merupakan negara terbesar penduduknya di dunia setelah Cina, India dan Amerika Serikat. Peningkatan persentase penduduk pada tahun 2050 berada di Afrika, yang populasinya diperkirakan dua kali lipat menjadi 2,1 miliar (Bandar S, 2000). Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2000 jumlah penduduk Indonesia di perkirakan sebanyak 203 juta jiwa dan diperkirakan tahun 2050 sebanyak 315 juta jiwa.

Sejalan dengan perubahan paradigma kependudukan dan pembangunan program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia juga mengalami perubahan orientasi sesuai dengan kesepakatan bersama pada *The International Conference on Population and Development* (ICPD) pada tahun 1994 di Kairo, menjadi nuansa kesehatan reproduksi yang di dalamnya terkandung pengertian bahwa KB adalah suatu program yang dimaksudkan untuk membantu pasangan atau perorangan dalam mencapai tujuan reproduksinya (Sri Madya, 2009).

Dengan adanya perubahan-perubahan tersebut program KB memerlukan adanya reorientasi dan reposisi program secara menyeluruh dan terpadu. Prinsip pokok dalam mewujudkan keberhasilan program KB tersebut adalah peningkatan pemberdayaan perempuan serta peningkatan partisipasi pria dalam KB yang pada akhirnya dapat membantu untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas dan sejahtera (BKKBN, 1989).

Saat ini, 17% pria menikah di Afrika sub-Sahara Afrika menggunakan bentuk modern keluarga berencana, sejauh ini tingkat terendah di dunia. (Bremer, Jason ;Frost, Ashley, Karin ;et al 2010). Di Amerika pasangan usia subur menggunakan metode KB sterilisasi (perempuan atau laki-laki) adalah metode yang disukai sebanyak (39%) di ikuti dengan pil KB (27%) dan kondom (20%).

Hambatan lain termasuk kurangnya minat antara penyedia pelayanan kesehatan dalam menawarkan jasa dan jenis alat kontrasepsi untuk pria, kurangnya pelatihan, atau perhatian pelayanan bagi pria (Radita, 2008). Cakupan pria ber KB di negara Cina 8%, India 7%, Malaysia 16%, Iran 13%, Bangladesh 14%, Korea 11%, Srilangka 5%, Thailand 6%, Australia 10 %,

Selandia Baru 23%, Inggris 12%, Amerika 35% dan Jepang 80% (WHO, 2000).

Hasil studi yang dilakukan oleh Puslitbang Biomedis dan Reproduksi Manusia pada tahun 1999 di DKI Jakarta dan DIY mengungkap bahwa rendahnya peran pria dalam ber-KB disebabkan karena kurangnya informasi tentang metode KB pria, terbatasnya jenis kontrasepsi pria, dan terbatasnya tempat pelayanan KB pria. Studi di Jawa Barat dan Sumatera Selatan tahun 2001 juga mengungkap penyebab rendahnya pria ber-KB sebagian besar disebabkan oleh faktor keluarga, yaitu isteri tidak mendukung (66%), adanya rumor di masyarakat (47%) kurangnya informasi metode pria, dan terbatasnya tempat pelayanan (6,2%) (Hariastuti, Iswari, 2009).

Studi operasional yang dilakukan di DIY tahun 2000 menemukan bahwa sembilan dari sepuluh Pasangan Usia Subur beranggapan sterilisasi pria sama dengan dikebiri dan istri merasa takut suami berselingkuh bagi sebagian pria dinilai aneh dan asing, jadi tidak ada alasan untuk pria ber KB, akibatnya tidak banyak pria yang menggunakan KB.

Peserta KB pria terhadap total PUS berdasarkan hasil SDKI tahun 2007 baru mencapai 2,5% di bandingkan sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) pada tahun 2004 – 2009, yaitu sebesar 4,5%. Kesertaan pria dalam ber KB masih sulit ditingkatkan, karena masih terbatasnya jenis alat KB pria dan masih kuatnya budaya patriarki (PP Presiden tentang RPJMN tahun 2010 – 2014). Selain itu masih menganggap pria adalah penguasa dan sebagai kepala keluarga adanya faktor nilai, persepsi masyarakat tentang KB, budaya, pandangan agama dan dukungan isteri (Saptono, 2009). Masih ada nilai sosial negatif yang berhubungan dengan partisipasi pria ber KB, selain itu tenaga kesehatan kurang sosialisasi ke masyarakat seperti kondom dan vasektomi kurang populer di masyarakat tentang manfaatnya dan adanya anggapan vasektomi dapat menurunkan libido.

## **BAB II**

# **PARTISIPASI PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA**

### **A. Pengertian Keluarga Berencana (KB)**

Program Keluarga Berencana adalah suatu program pemerintah yang bertujuan untuk memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas termasuk didalamnya upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (BKKBN, 2007).

Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (BKKBN, 2005). Kebijakan dilakukan dengan upaya peningkatan keterpaduan, peran serta masyarakat, pembinaan keluarga dan pengaturan kelahiran dengan memperhatikan nilai-nilai agama, keserasian, keselarasan dan keseimbangan

antara jumlah penduduk dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan, kondisi perkembangan sosial ekonomi dan sosial budaya serta tata nilai yang hidup dalam masyarakat (BKKBN, 2000).

Salah satu tugas pokok pembangunan KB menuju pembangunan keluarga sejahtera adalah melalui upaya pengaturan kelahiran yang dapat dilakukan dengan pemakaian kontrasepsi. Kontrasepsi merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi sehingga dapat mengurangi resiko kematian dan kesakitan dalam kehamilan. Konsep keluarga kecil dua anak cukup dengan cara mengatur jarak kelahiran melalui berbagai metode kontrasepsi masih tetap menjadi perhatian program KB di Indonesia dalam era baru saat ini. *The international Conference on Population and Development (ICPD)* pada tahun 1994 menyatakan bahwa penggunaan alat kontrasepsi merupakan bagian dari hak-hak reproduksi, yaitu bagian dari hak-hak azasi manusia yang universal.

Hak-hak reproduksi yang paling pokok adalah hak setiap individu dan pasangan untuk menentukan kapan akan melahirkan, berapa jumlah anak dan jarak anak yang dilahirkan, serta memilih upaya untuk

mewujudkan hak-hak tersebut (BKKBN, 2009). Selaras dengan filosofi BKKBN yang sejak awal diarahkan untuk menggerakkan peran serta masyarakat dalam KB, BKKBN telah menetapkan visi yaitu : “Seluruh Keluarga Ikut KB”. Melalui visi tersebut diharapkan dapat menjadi inspirator, fasilitator, dan penggerak program KB nasional sehingga di masa depan seluruh keluarga Indonesia menerima ide Keluarga Berencana, melalui pencapaian misi “Mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera”.

## **B. Kebijakan Pemerintah dalam Program Keluarga Berencana**

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

kecil berkualitas. Untuk mencapai tujuan tersebut, pembangunan Keluarga Berencana diselenggarakan melalui 4 program pokok yaitu : program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, program kesehatan reproduksi remaja, program ketahanan dan pemberdayaan keluarga dan program penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas.

Program tersebut juga diakomodir di Jawa Tengah melalui peraturan Daerah No. 11 tahun 2003 tentang Renstrada tahun 2003-2008. Program pelaksanaan Keluarga Berencana Nasional berperan dalam mengendalikan tingkat kelahiran di masyarakat melalui beragam upaya memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan Keluarga Berencana. Upaya tersebut terutama diprioritaskan bagi keluarga miskin dan rentan serta daerah terpencil yang sulit dijangkau dengan pelayanan atau pada daerah tertinggal (BKKBN, 2004).



## **BAB III**

# **CARA KONTRASEPSI KELUARGA BERENCANA PRIA**

Cara kontrasepsi (KB) pria yang dikenal pada saat ini adalah kondom dan vasektomi, serta cara KB alamiah yang melibatkan pria/suami seperti senggama terputus, perhitungan haid/sistem kalender, *metode ovulasi billing* (MOB), pengamatan lendir vagina serta pengukuran suhu badan (A. Bari Sarfuddin, 2003).

Dalam usaha untuk meningkatkan pemeriksaan gerakan Keluarga Berencana Nasional peranan pria sebenarnya sangat penting dan menentukan. Sebagai kepala keluarga pria merupakan tulang punggung keluarga dan selalu terlibat untuk mengambil keputusan tentang kesejahteraan keluarga, termasuk untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan. Menurut Isti Hanifa (2007) tidak dapat dipungkiri dimanapun negara di dunia hanya ada dua macam metode KB pria yang dapat dipercaya dan relatif lebih aman, yakni kondom dan vasektomi (sanggama terputus dan pantang berkala tidak termasuk), cara pengaturan kelahiran bagi pria

yang ada saat ini belum lengkap, hanya ada sanggama terputus, kondom dan vasektomi (Sarwono, 2002).

Cara berkala (kalender sistem) dan sanggama terputus merupakan caraalamiah atau sederhana perlu kejelasan status. Banyak pakar internasional yang menggolongkan cara ini sebagai salah satu cara KB meskipun caraini bukan sebagai partisipasi pria semata, akan tetapi memerlukan kesepakatan suami-isteri (Manuaba, I.B.G, 1998). Cara KB pria yang banyak di sukai yaitu kondom. Menurut sejarah kondom sudah diketahui sejak jaman Mesir Kuno dan dibuat dari kulit atau usus binatang. Atas perintah raja Charles II Inggris, dokter Condom membuat kondom dari kulit binatang dengan panjang 190 mm, diameter 60 mm, dan tebal 0,038 mm. teknik dan biaya pembuatannya cukup mahal dan keberhasilannya masih rendah sebagai alat kontrasepsi. Dokter Fallopio dari Italia membuat kondom dari linen dengan tujuan utama untuk menghindari infeksi hubungan seks tahun 1564. Dokter Hercules Saxonia pada tahun 1597 membuat kondom dari kulit binatang yang bila hendak dipakai direndam dulu.

Kondom terbuat dari karet dikembangkan oleh dokter Hancock pada tahun 1944 dan Goodyer 1970. Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu, berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektifitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktifitas seksual. Kondom merupakan salah satu alat kontrasepsi pria yang paling mudah dipakai dan diperoleh baik di apotik maupun di toko-toko obat dengan berbagai merk dagang. Fungsi kondom yaitu sebagai alat KB, mencegah penularan Penyakit Menular Seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS, membantu pria atau suami yang mengalami ejakulasi dini sedangkan kelebihan kondom yaitu efektif sebagai alat kontrasepsi bila dipakai dengan baik dan benar murah dan mudah didapat tanpa resep dokter praktis dan dapat dipakai sendiri tidak ada efek hormonal dapat

mencegah kemungkinan penularan penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS antara suami-isteri.

Keterbatasan kondom adalah kadang-kadang pasangan ada yang alergi terhadap bahan karet kondom, secara psikologis kemungkinan mengganggu kenyamanan, mudah sobek dan bocor. Efektivitas kondom yaitu efektif bila dipakai dengan baik dan benar, angka kegagalan teoritis 3%, praktis 5-20%, sangat efektif jika digunakan pada waktu isteri dalam periode menyusui, akan lebih efektif (Hartanto Hanafi, 2003).

Metode kontrasepsi yang lain yaitu vasektomi operasi pria merupakan operasi ringan, murah, aman dan mempunyai arti demografis yang tinggi, artinya dengan operasi ini banyak kelahiran yang dapat dihindari. Vasektomi merupakan suatu prosedur klinik yang dilakukan untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

Vasektomi merupakan tindakan penutup (pemotongan, pengikatan, penyumbatan) kedua saluran mani pria/suami sebelah kanan dan kiri; sehingga pada

waktu bersanggama, sel mani tidak dapat keluar membuahi sel telur yang mengakibatkan tidak terjadi kehamilan (Manuaba, I. B. G, 1998). Tindakan yang dilakukan adalah lebih ringan dari pada sunat atau khitanan pada pria dan pada umumnya dilakukan sekitar 15-45 menit, dengan cara mengikat dan memotong saluran mani yang terdapat di dalam kantong buah zakar. Syarat vasektomi adalah suami dari pasangan usia subur yang dengan sukarela mau melakukan vasektomi serta sebelumnya telah mendapat konseling tentang vasektomi, mendapat persetujuan dari isteri, jumlah anak yang ideal, sehat jasmani dan rohani, umur isteri sekurang-kurangnya 25 tahun, mengetahui prosedur vasektomi (Manuaba, I. B. G, 1998).

Kelebihan dari vasektomi adalah daya efektivitas yang tinggi untuk melindungi kehamilan, tidak ada kematian dan angka kesakitannya rendah, biaya relatif lebih murah, karena hanya membutuhkan satu kali tindakan karena prosedur medis dilakukan hanya sekitar 15-45 menit tidak mengganggu hubungan seksual lebih aman. Keterbatasan dari metode kontrasepsi vasektomi adalah masih memungkinkan terjadinya komplikasi misalnya saja pendarahan, nyeri

dan infeksi, tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS, harus menggunakan kondom selama 12-15 kali sanggama agar sel mani menjadi negatif, pada orang yang mempunyai problem psikologis dalam hubungan seksual, dapat menyebabkan keadaan semakin terganggu (Manuaba, I. B. G, 1998). Vasektomi tidak dapat dilakukan apabila pasangan suami-isteri masih menginginkan anak lagi, suami menderita penyakit kelainan pembekuan darah dan diabetes.

Metode kontrasepsi yang lain adalah sanggama terputus, metode senggama terputus adalah mengeluarkan kemaluan menjelang terjadinya ejakulasi sehingga sperma di luar vagina dan akan efektif apabila dilakukan dengan benar. Metode KB dengan senggama terputus merupakan metode tertua di dunia, karena telah tertulis pada kitab tua dan diajarkan kepada masyarakat. Di Perancis abad ke 17 metode senggama terputus merupakan metode utama untuk menghindari kehamilan. Adapun kelebihan yaitu tanpa biaya, tidak perlu menggunakan alat/obat kontrasepsi, tidak perlu pemeriksaan medis terlebih dahulu, tidak berbahaya bagi fisik, mudah diterima, merupakan cara yang dapat

dirahasiakan pasangan suami-isteri dan tidak perlu meminta nasihat pada orang lain (Hartanto Hanafi, 2003), keterbatasan dari metode ini adalah metode ini memerlukan kesiapan mental pasangan suami isteri, kemungkinan ada sedikit cairan mengandung sperma tertumpah dari zakat dan masuk ke dalam vagina, sehingga dapat terjadi kehamilan, tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS (Manuaba, I. B. G, 1998). Metode KB pria yang lain adalah pantang berkala, metode ini adalah tidak melakukan persetubuhan pada masa subur isteri. Metode ini merupakan salah satu carakontrasepsi alamiah yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami-isteri tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu, caranya dengan memperhatikan masa subur isteri melalui perhitungan haid. Masa berpantang dapat dilakukan pada waktu yang sama dengan masa subur dimana saat mulainya dan berakhirnya masa subur dengan perhitungan haid. Masa berpantang dapat dilakukan pada waktu yang sama dengan masa subur dimana saat mulainya dan berakhirnya masa subur dengan perhitungan kalender. Kelebihan mempelajari metode ini adalah dapat mencegah kehamilan atau

untuk merencanakan ingin punya anak tanpa biaya, tanpa memerlukan pemeriksaan medis, dapat diterima oleh pasangan suami-isteri yang menolak atau putus asa terhadap metode KB lain, tidak mempengaruhi ASI dan tidak ada efek samping hormonal, melibatkan partisipasi suami dalam KB. Keterbatasan masa berpantang untuk senggama sangat lama sehingga menimbulkan rasa kecewa dan kadang-kadang berakibat pasangan tersebut tidak mentaati, tidak tepat untuk ibu-ibu yang mempunyai siklus haid yang tidak teratur, memerlukan waktu 6 sampai 12 kali siklus haid untuk menentukan masa subur sebenarnya, tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS (Mochtar, 1998).

Metode KB yang lain adalah pengukuran suhu badan cara ini merupakan salahsatu metode pantang berkala pada masa subur. Untuk mengetahui masa subur dilakukan dengan cara mengukur suhu badan. Pengukuran dilakukan pada pagi hari, saat bangun tidur dan belum melakukan kegiatan apapun. Cara pengukuran suhu badan dilakukan pada jam yang sama setiap pagi hari sebelum turun dari tempat tidur, pada masa subur, suhu badan meningkat 0,2 sampai 0,5



derajat celcius, pasangan suami isteri tidak boleh melakukan sanggama pada masa subur ini sampai 3 hari setelah peningkatan suhu badan tersebut atau menggunakan kondom (Mochtar, R, 1998). Kelebihan dari metode ini adalah tidak memerlukan pemeriksaan medis, dapat diterima oleh pasangan suami isteri yang menolak atau putus asa terhadap cara KB lain, tidak mempengaruhi produksi ASI dan tidak ada efek samping hormonal, melibatkan partisipasi suami dalam KB, adapun keterbatasan tidak selalu berhasil, beberapa pasangan suami-isteri sukar untuk memenuhi cara ini. Cara ini membingungkan jika isteri demam atau infeksi pada kemaluan yang menyebabkan suhu badan meningkat, tidak melindungi pasangan dari PMS termasuk HIV/AIDS (Mochtar R, 1998).

## **BAB IV**

# **BENTUK-BENTUK PARTISIPASI PRIA / SUAMI DALAM KELUARGA BERENCANA**

Partisipasi pria/suami adalah tanggung jawab pria dalam keterlibatan kesertaan ber-KB dan Kesehatan Reproduksi, serta perilaku seksual yang sehat dan aman bagi dirinya, pasangannya dan keluarganya. Partisipasi ini adalah bentuk nyata dari kepedulian dan keikutsertaan pria/suami dalam pelaksanaan program KB dan Kesehatan Reproduksi (BKKBN, 2002). Bentuk partisipasi pria/suami dalam KB dan Kesehatan Reproduksi adalah sebagai berikut :

### **A. Sebagai Peserta Keluarga Berencana**

Partisipasi pria dalam program KB dapat bersifat langsung dan tidak langsung. Partisipasi pria/suami secara langsung dalam program KB adalah menggunakan salah satu cara atau metode pencegahan kehamilan seperti : metode senggama terputus, metode pantang berkala, kontrasepsi kondom, vasektomi (kontap pria), kontrasepsi lainnya yang sedang berkembang. Partisipasi

pria/suami secara tidak langsung dalam program KB yaitu menganjurkan, mendukung atau memberikan kebebasan kepada pasangan (isteri) untuk menggunakan kontrasepsi (BKKBN, 2002).

## **B. Mendukung Istri Dalam Penggunaan Kontrasepsi**

Peranan pria/suami dalam menganjurkan, mendukung dan memberikan kebebasan wanita pasangannya (isteri) untuk menggunakan kontrasepsi atau cara/metode KB diawali sejak pria tersebut melakukan akad nikah dengan wanita (Hartanto Hanafi, 2003).

Pasangannya dalam merencanakan, jumlah anak yang akan dimiliki sampai dengan akhir masa reproduksi (menopause), dukungan ini antara lain meliputi :

- 1) Memilih kontrasepsi yang cocok yaitu kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi isterinya.
- 2) Memahami pasangannya dalam menggunakan kontrasepsi secara benar, seperti mengingatkan isteri saat minum pil KB.

- 3) Mengingatn isteri untuk kontrol.
- 4) Membantu mencari pertolongan bila terjadi efek samping maupun komplikasi.
- 5) Mengantarkan ke fasilitas pelayanan untuk kontrol atau rujukan.
- 6) Mencari alternatif lain bila kontrasepsi yang digunakan saat ini terbukti tidak memuaskan.
- 7) Menggantikan pemakaian kontrasepsi bila keadaan kesehatan isterinya tidak memungkinkan.

Agar rencana yang telah disusun dan diputuskan bersama dapat berhasil dan memberikan manfaat dalam membina rumah tangga, maka peranan atau dukungan pihak pria/suami perlu dilakukan secara terus menerus (BKKBN, 2002).

### **C. Pemberian Pelayanan Keluarga Berencana (KB)**

Partisipasi pria/suami dalam program KB disamping mendukung isterinya menggunakan kontrasepsi dan sebagai peserta KB, diharapkan juga memberi pelayanan KB kepada masyarakat,

baik sebagai motivator maupun sebagai mitra (BKKBN, 2002).

#### **D. Merencanakan Jumlah Anak Bersama Pasangan**

Merencanakan jumlah anak dalam keluarga perlu dibicarakan antara suami dan isteri dengan lebih matang dan terencana. Dengan mempertimbangkan berbagai aspek dan segi antara lain misalnya saja adalah kesehatan dan kemampuan untuk memberikan pendidikan dan kehidupan yang layak, kemampuan baik secara ekonomi, finansial dan spiritual. Perencanaan keluarga menuju keluarga berkualitas perlu memperhatikan usia reproduksi isteri (Hariastuti, Iswari, 2009).

## **BAB V**

# **KEBIJAKAN PARTISIPASI PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA**

Memasuki era program KB di Indonesia diperlukan adanya reorientasi dan reposisi program secara menyeluruh dan terpadu. Reorientasi tersebut terutama ditempuh dengan jalan menjamin kualitas pelayanan keluarga berencana yang lebih baik serta menghargai dan melindungi hak-hak azasi manusia yang bersifat universal.

Prinsip pokok dalam mewujudkan keberhasilan program KB dimaksud adalah peningkatan kualitas disegala bentuk serta kesertaan dan keadilan gender melalui perberdayaan perempuan dan peningkatan partisipasi pria.

Dengan adanya perubahan orientasi program tersebut membawa konsekuensi terjadinya pergeseran visi program KB nasional yang selama ini kelembagaan dan pembudayaan BKKBS, berkembang keluarga berkualitas 2015. Visi tersebut dijabarkan kedalam enam misi program, yaitu :

- 1) Memberdayakan dan penggerakan masyarakat untuk membangun keluarga kecil berkualitas.
- 2) Menggalang kemitraan dalam meningkatkan kesejahteraan, kemandirian, ketahanan keluarga serta meningkatkan kualitas pelayanan.
- 3) Meningkatkan kualitas pelayanan KB.
- 4) Meningkatkan upaya-upaya promosi perlindungan dan upaya mewujudkan hak-hak reproduksi.
- 5) Meningkatkan SDM berkualitas sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dan
- 6) Membuat kebijakan yang dikembangkan dalam pelayanan KB berwawasan jender (BKKBN, 2007).

Partisipasi pria dalam keluarga berencana antara lain dengan kegiatan seperti berikut ini : peningkatan kesetaraan dan peran serta pria dalam KB, mengembangkan pelayanan KB dengan mendekatkan pelayanan, peningkatan kualitas kegiatan promosi dan konseling KB, peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja pria/suami, perempuan/isteri mengenal kesetaraan dan kedilan gender (BKKBN, 2005). Adanya kesinambungan visi dan misi serta partisipasi aktif dari pria dalam ber-KB akan meningkatkan tingkat keberhasilan program Keluarga Berencana.

# **BAB VI**

## **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI SUAMI DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA**

### **A. Pengetahuan Pria Terhadap Program Berencana**

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Dari 5 indera manusia normal yang dominan terhadap terbentuknya pengetahuan adalah indera penglihatan (mata) dan indera pendengaran (telinga). Menurut Soekidjo Notoatmodjo (1990) membagi perilaku ke dalam 3 ranah/domain yang salah satunya yaitu ranah kognitif yang mencakup pengetahuan, pengetahuan mempunyai 6 (enam) tingkatan, yaitu :

#### 1) Tahu

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima termasuk ke dalam pengetahuan tingkatan itu. Tahu



dianggap sebagai tingkatan pengetahuan yang paling rendah karena sebatas mengingat rangsangan yang diterima oleh indera. Orang tahu tentang sesuatu yang di pelajari misalnya dapat menyebutkan, menyatakan objek tersebut. Seseorang tahu tentang keluarga berencana berarti dapat menyebutkan pengertian, tujuan, efek sampingnya sesuai dengan apa yang telah dipelajari sebelumnya.

## 2) Memahami

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang objek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham tentang objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyimpulkan, meramalkan apa mengapa, serta bagaimana tentang objek yang dipelajarinya demikian juga seseorang yang telah memahami tentang KB, akan mampu menjelaskan, menyimpulkan, meramalkan apa dan mengapa serta bagaimana apabila menjadi akseptor KB.

### 3) Aplikasi

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Orang dapat menggunakan perangkat dan sebagainya pada situasi yang berbeda, subjek dapat menggunakan kontrasepsi yang berbeda sesuai dan kebutuhan.

### 4) Analisis

Diartikan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam stuktur organisasi tersebut.

### 5) Sintesis

Diartikan suatu kemampuan untuk menggabungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

### 6) Evaluasi

Diartikan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Pengetahuan merupakan ranah yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Untuk mengukur pengetahuan seseorang dapat dilakukan dengan wawancara atau

angket yang menanyakan tentang isi apa yang akan diukur dari responden.

Dalam studi kualitatif oleh BKKBN tentang identifikasi sasaran khalayak partisipasi pria dalam KB di Propinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur pada pembahasannya, pengetahuan tentang KB mencakup tentang semua jenis alat kontrasepsi, sumber informasi, tempat pelayanan KB serta efek samping yang diketahui pria. Umumnya pria mengetahui meskipun masih terbatas pada beberapa alat kontrasepsi misalnya kondom dan vasektomi.

Pendekatan edukatif (penyuluhan) diciptakan untuk merangsang potensi masyarakat sehingga mereka mampu menangani masalah kesehatan yang mereka hadapi, baik secara sendiri-sendiri maupun secara kelompok. Tujuan pokok dari pendekatan ini adalah mengembangkan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan dan memecahkan masalah kesehatan masyarakat setempat. Menurut Roger dikutip Notoatmodjo (2000), pada dasarnya perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Dalam memperkenalkan cara-cara kontrasepsi kepada masyarakat tidak mudah untuk segera diterima karena menyangkut pengambilan keputusan oleh masyarakat untuk menerima cara-cara kontrasepsi tersebut. Menurut Rogers, ada empat tahap untuk mengambil keputusan untuk menerima inovasi tersebut yaitu : tahap pengetahuan (*Knowledge*), tahap persuasi (*persuasion*), tahap pengambilan keputusan (*decision*), dan tahap konfirmasi (*confirmation*).

Melalui tahap-tahap tersebut, inovasi bisa diterima maupun ditolak. Menurut Spicer inovasi tersebut dianggap sebagai ancaman terhadap nilai-nilai penduduk. Menurut Spicer akan terjadi penerimaan secara selektif yaitu ada beberapa inovasi lainnya ditunda atau bahkan ditolak. Jadi penerimaan inovasi tidak pernah bersifat menyeluruh tetapi bersifat selektif dengan berbagai pertimbangan.

Pengetahuan seseorang biasanya dipengaruhi dari pengalaman yang berasal dari berbagai masam sumber, misalnya media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas

kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya, pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Notoatmojo (1993) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan resultan akibat proses pengindraan terhadap suatu objek. Pengindraan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran.

Menurut studi yang telah dilakukan oleh Anne R Pebley dan James W Breckett, terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang tempat pelayanan dan metode antara pengetahuan tentang tempat pelayanan dan metode kontrasepsi yang digunakan. Menurut Pangkahila (2000) mengemukakan bahwa ada 3 (tiga) faktor utama yang menghambat rendahnya pria menjadi akseptor KB yaitu : perbedaan peran gender antara suami isteri, terbatasnya metode atau cara kontrasepsi yang tersedia untuk pria dan kurangnya pengetahuan pria tentang kontrasepsi.

Berdasarkan rekapitulasi data kuesioner yang dikumpulkan terhadap 74 suami mengenai pengetahuan suami tentang hak-hak reproduksi

didapatkan hasil, sejumlah 22 orang (29,7%) memiliki pengetahuan tentang hak-hak reproduksi dengan kriteria rendah, sejumlah 24 orang (32,4%) memiliki pengetahuan tentang hak-hak reproduksi dalam kriteria cukup, dan sejumlah 28 orang (37,28%) dalam kriteria tinggi (Srimadya, 2009).

Berdasarkan data BKKBN Provinsi Banten, sampai dengan bulan Oktober 2008, prosentase penggunaan alat kontrasepsi untuk peserta KB Baru (PB) tertinggi pada suntikan yaitu 55,63%, prosentase penggunaan alat kontrasepsi untuk Peserta KB Baru (PB) terendah pada MOP 0,10%. Kondisi ini disebabkan karena mayoritas pria masih enggan mengikuti program Keluarga Berencana, keengganan pria untuk mengikuti program KB dikarenakan empat hal yaitu :

- 1) Pertama kontrasepsi pria hanya ada 2 jenis yaitu operasi dan kondom.
- 2) Kedua sebagian besar justru karena wanita yang menghendaki pria tidak usah ber KB karena khawatir kalau pria ber KB akan mudah menyeleweng.

- 3) Ketiga karena adanya budaya patrilineal di masyarakat dan,
- 4) Keempat karena pembinaan dan konseling yang belum baik.

Dengan demikian rendahnya partisipasi pria dalam program keluarga berencana dapat dilihat dari berbagai aspek yaitu : dari sisi pria itu sendiri dan dari aspek pembinaan dan konseling oleh petugas. Oleh karenanya upaya peningkatan partisipasi pria dalam program KB perlu difokuskan pada faktor-faktor tersebut. Hal yang mendasar dalam pelaksanaan pengembangan program partisipasi pria adalah dalam bentuk kesadaran, sikap dan perilaku pria maupun isterinya tentang partisipasi pria dalam program keluarga berencana, untuk itu dalam pengembangannya perlu memperhatikan norma-norma / budaya yang dianut oleh masyarakat dan ajaran agama.

## **B. Akses Terhadap Media Informasi**

Beberapa hasil penelitian mendukung bahwa rendahnya partisipasi pria dalam KB terkait dengan banyak faktor antara lain disebabkan karena : informasi sangat terbatas, keterbatasan materi informasi tentang

partisipasi pria/suami dalam KB dan kesehatan reproduksi memang disukai oleh pelaksana di lapangan maupun para pria/suami, sehingga pengetahuan para pria/suami tentang partisipasi pria sangat terbatas, sebab kedua adalah karena terbatasnya akses pelayanan, belum semua suami mengetahui dimana tempat pelayanan MOP dilakukan, mengingat informasi tempat pelayanan tidak/belum disebarluaskan ke seluruh lapisan masyarakat. Selain itu ketersediaan dukungan jaringan pelayanan KB pria (vasektomi) masih terbatas pada tempat pelayanan.

Penyuluhan dalam gerakan kesehatan reproduksi meliputi kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE), KIE ini dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan perilaku pria dan wanita dalam mempraktekkan KB, sebagian besar pria menunjukkan bahwa kurangnya informasi yang tepat dalam kaitannya dengan keluarga berencana dan kurangnya penerimaan konsep keluarga berencana oleh beberapa petugas kesehatan memberikan kontribusi terhadap dampak rendah (Siswono, 2005).



Penyuluhan dapat diberikan petugas dalam bentuk kegiatan yang dapat dilakukan dalam gedung maupun luar gedung.

1) Kegiatan didalam gedung

Penyampaian pesan secara langsung

Tatap muka langsung untuk perorangan dapat berlangsung saat petugas memeriksa klien baik diklinik maupun di Rumah Sakit. Kegiatan tatap muka ini memiliki peluang besar untuk berhasil jika dilakukan dengan benar, karena cara ini bukan saja disampaikan melalui ceramah tetapi juga dalam bentuk peragaan/demonstrasi.

Penyampaian secara tidak langsung

Bentuk kegiatan ini dapat berupa pemutaran kaset, lagu-lagu atau video hiburan yang diselengi pesan-pesan singkat, dan pemasangan poster atau media cetak lainnya misalnya leaflet, booklet.

2) Kegiatan KIE di luar gedung

Penyampaian pesan dapat disampaikan untuk kelompok kecil dan besar, untuk kelompok kecil ini biasanya merupakan kelompok sekunder yang memiliki pengaruh terhadap sasaran utama misalnya kelompok ibu-ibu PKK, kelompok pengajian,

POMG. Kegiatan ini memiliki peluang besar untuk berhasil, karena dapat menolong kelompok sekunder untuk meneruskan pesan-pesan pada kelompok sasaran lain. Pesan untuk kelompok besar penyampaian pesan melalui : penyampaian pesan melalui acara-acara keagamaan, siaran keliling dengan pemutaran kaset lewat pengeras suara, pesan dapat diselip-selipkan lewat iklan, pesan diselipkan lewat kesenian tradisional, pesan melalui poster, spanduk, papan pengumuman dipasang ditempat terbuka yang banyak dilalui orang.

Dalam studi kualitatif identifikasi sasaran khalayak partisipasi pria dalam KB dan Kesehatan Reproduksi (KR) di provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur (2002), mengatakan bahwa faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku pria dalam KB dan KR adalah akses terhadap program. Akses terhadap program ini antara lain sangat tergantung dari ketersediaan metode, informasi yang ada, dukungan jaringan pelayanan KB dan KR (seperti ketersediaan tenaga yang sudah terlatih dan professional, tempat pelayanan dan jarak ke tempat pelayanan).

Menurut Saptono (2009), dalam penelitiannya yang berjudul hubungan keterpaparan media komunikasi ibu balita dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk balita, ISPA (analisis data SDKI 1994) menyatakan bahwa pemaparan media komunikasi berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan termasuk didalamnya pelayanan KB. Menurut Hadriah dan Leli (2002), menyatakan bahwa bapak/suami banyak mendapatkan informasi KB dari Pertugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan media masa juga dari isterinya. Adapun informasi yang diperolehnya adalah hanya tentang alat kontrasepsi dan tempat pelayanan KB.

### **C. Dukungan Istri**

Hambatan keluarga atau isteri, juga menjadi penghalang pengembangan partisipasi pria dalam ber KB, terutama di pedesaan dan di perkotaan seperti DKI tidak menjadi masalah. Sekitar 70% menurut penuturan suami di DIY bahwa isteri tidak setuju/tidak rela suaminya ber KB dengan alasan seperti kasihan sama suami, karena mencari nafkah, karena khawatir suami menyeleweng, takut adanya efek samping selain dapat

menurunkan libido/dikebiri, meskipun ada beberapa diantaranya yang setuju dan tidak masalah (Kusumaningtyas, 2008).

Dari hasil penelitian di Sumatera Selatan dan Jawa Barat yang dilakukan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional tahun 2001 menunjukkan 66,26% isteri tidak setuju suaminya ber KB. Berdasarkan hasil uji chi square di peroleh hasil bahwa terdapat hasil yang signifikan antara dukungan isteri dengan partisipasi pria dalam KB ( $\alpha$  0.005) dengan p value 0.027 (Kadir Tiya, Jurnal promosi kesehatan masyarakat, Agustus, 2000).

Menurut Green (2000) faktor keluarga/isteri merupakan faktor penguat seseorang bertindak terhadap objek tertentu, sedangkan faktor penguat dapat bersifat positif atau negatif tergantung sikap dan perilaku panutan. Analisis menunjukkan sikap isteri terhadap partisipasi pria ber KB paling baik dalam merencanakan jumlah anak yaitu 89%, namun masih 42% responden yang menyatakan isteri tidak mendukung program KB bagi pria. Dari hasil penelitian di Sumatera Selatan dan Jawa Barat yang dilakukan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional 2001 menunjukkan 66,26% isteri tidak setuju suaminya ber KB (Kusumaningtyas, 2008).

#### **D. Dukungan Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat**

KB bukan hanya masalah demografi dan klinis tetapi juga mempunyai dimensi sosial-budaya dan agama, khususnya perubahan sistem nilai dan norma masyarakat. Seperti yang diatur dalam UU No.10 tahun 1992, tentang Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Sejahtera. Dalam undang-undang tersebut juga telah dinyatakan bahwa penyelenggaraan pengaturan kelahiran, dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi kesehatan, etika dan agama yang dianut penduduk yang bersangkutan (Pasal 17 ayat 2).

Oleh karena itu KB perlu mendapat dukungan masyarakat, termasuk tokoh agama. Walaupun awalnya mendapat tantangan akhirnya program KB didukung oleh agama dengan pemahaman bahwa KB tidak bertentangan dengan agama dan merupakan salah satu upaya dalam pengaturan masalah kependudukan untuk memerangi kemiskinan kebodohan, keterbelakangan dan ketidak pedulian masyarakat sehingga dapat mendukung pembangunan bangsa. Di pihak lain, peserta KB yang lebih dari 22,5 juta banyaknya juga memerlukan pegangan, pengayoman. Hasil penelitian di

Jawa Tengah dan Jawa Timur (2001) dan di Aceh tahun 2001 melalui wawancara mendalam terhadap Tokoh Agama (TOGA), dan Tokoh Masyarakat (TOMA) memperhatikan bahwa bahwa pada prinsipnya dapat menerima KB sebagai alat untuk menjarangkan dan mengatur kelahiran tetapi *kurang setuju bila KB untuk membatasi jumlah anak*, diwilayah ini masyarakat dapat diberi pengertian mengenai KB pria misalnya pada acara di Mesjid, namun sikap TOMA tentang haram tidaknya MOP masih perlu diluruskan (Hadriah dan Leli, 2001).

Dukungan rohani yang kuat dan ini hanya bisa diperoleh dari pemimpin agama. Program KB juga telah memperoleh dukungan dari Departemen Agama Republik Indonesia. Hal ini terlihat dengan penandatanganan bersama Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), *Memorandum of Understanding* (MoU) Nomor 1 Tahun 2007 dan Nomor : 36/HK.101/F1/2007 tentang Advokasi, Komunikasi, Informasi dan Edukasi Program KB Nasional melalui Peran Lembaga Keagamaan, pada 9 Februari 2007, yang berlaku sampai dengan 31 Desember 2009. Dalam Islam tetap ada orang atau

kelompok yang tidak mendukung KB. Alasan yang dikemukakan antara lain: Al Qur'an tidak membolehkan pemakaian alat kontrasepsi yang dianggap sebagai membunuh bayi atau agama Islam menginginkan agar Islam mempunyai umat yang besar dan kuat. Para ulama yang membolehkan KB sepakat bahwa KB yang dibolehkan syariat adalah usaha pengaturan atau penjarangan kelahiran atau usaha pencegahan kehamilan sementara atas kesepakatan suami-isteri karena situasi dan kondisi tertentu untuk kepentingan (maslahat) keluarga. Jadi jelas bahwa Islam membolehkan KB karena penting untuk menjaga kesehatan ibu dan anak, menunjang program pembangunan kependudukan lainnya dan menjadi bagian dari hak asasi manusia.

Sementara itu, agama-agama lain di Indonesia umumnya mendukung KB. Agama Hindu memandang bahwa setiap kelahiran harus membawa manfaat. Untuk itu kelahiran harus diatur jaraknya dengan ber-KB. Agama Budha yang memandang setiap manusia pada dasarnya baik, tidak melarang umatnya ber-KB demi kesejahteraan keluarga. Agama Kristen Protestan tidak melarang umatnya ber-KB, namun sedikit berbeda

dengan agama Katolik yang memandang kesejahteraan keluarga diletakkan dan diwujudkan dalam pemahaman holistik sesuai dengan kehendak Allah.

Untuk mengatur kelahiran anak, suami-isteri harus tetap menghormati dan mentaati moral Katolik. Gereja Katolik hanya menerima abstinensia dan pantang berkala (hubungan seksual hanya dilakukan pada masa tidak subur dalam siklus wanita) sebagai metode keluarga berencana yang sesuai dengan pandangan gereja dan menolak secara metode KB lainnya. Akses dukungan sosial budaya yang masih menghambat kesertaan pria/suami. Masalah sosial budaya dan dukungan tokoh masyarakat (formal dan informal) tokoh agama maupun dukungan dari para isteri masih menjadi kendala untuk meningkatkan kesertaan suami dalam ber-KB (BKKBN, 2004).

#### **E. Tingkat Pendidikan**

Pendidikan menunjukkan pengaruh yang lebih kuat terhadap fertilitas daripada variabel lain. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya sesuatu hal, termasuk pentingnya keikutsertaan dalam KB, hal ini disebabkan seseorang



yang berpendidikan tinggi akan lebih luas pandangannya dan lebih mudah menerima ide dan tata cara kehidupan baru (BKKBN, 1998). Hubungan antara pendidikan dengan pola pikir, persepsi dan perilaku masyarakat memang sangat signifikan, dalam arti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin rasional dalam pengambilan berbagai keputusan.

Peningkatan tingkat pendidikan akan menghasilkan tingkat kelahiran yang rendah karena pendidikan akan mempengaruhi persepsi negatif terhadap nilai anak dan akan menekan adanya keluarga besar. Orang tua dalam keluarga tentu saja menginginkan agar anaknya berkualitas dengan harapan dikemudian hari dapat melanjutkan cita-cita keluarga, berguna bagi masyarakat dan negara. Untuk sampai pada cita-cita tersebut tentu saja tidak mudah, menciptakan anak yang berkualitas di tengah waktu yang terbatas, karena kesibukan bekerja, dan apakah mungkin menciptakan anak berkualitas di tengah kondisi keuangan atau pendapatan yang terbatas.

Dalam hubungan dengan pemakaian kontrasepsi pendidikan akseptor dapat mempengaruhi dalam hal

pemilihan jenis kontrasepsi. Pada umumnya kedudukan suami dalam keluarga sebagai kepala keluarga, sehingga semua kehendak dan pendapat suami, cenderung menjadi keputusan keluarga, semakin tinggi tingkat pendidikan suami akan semakin dapat mempertimbangkan bahwa bukan saja melihat aset keluarga tetapi lebih penting dari itu adalah semakin menyadari akan kewajiban-kewajiban yang harus dipenuhi orang tua terhadap masa depan anak-anaknya.

Dengan kata lain semakin tinggi pendidikan suami akan semakin mementingkan segi kualitas anak daripada kuantitasnya sehingga akan cenderung mempunyai anak sedikit yang pada gilirannya lebih menyukai memakai alat kontrasepsi (BKKBN, 1998). Berdasarkan uji statistik dengan chi square tidak ada hubungan pendidikan dengan partisipasi pria dalam ber KB, hal ini berbeda dengan yang telah dikemukakan oleh Ekawati. Menurutnya pendidikan pria berpengaruh positif terhadap persepsi pria untuk KB (Kolibu, 2004), hal ini dimungkinkan karena pada pendidikan formal juga tidak diberikan materi khusus tentang keluarga berencana.

Makin berpendidikan seseorang otomatis akan semakin baik perbuatan untuk memenuhi kebutuhan atau keinginan (Notoadmodjo, 2000), sementara sekitar 62% pria tanpa pendidikan formal dilaporkan mengetahui setidaknya satu metode modern 97,5% pria dengan pendidikan pasca sekolah menengah dilaporkan mengetahui setidaknya satu metode kontrasepsi modern (Karen Oppeinhem Mason ; Smith, Herberth, Agustus 2009).

Pada beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pendidikan tertinggi yaitu pada perguruan tinggi yaitu 85,7 dan terendah yaitu SMP sebanyak 57,1%. Dari hasil analisis bivariat tidak ada hubungan antara pendidikan dengan partisipasi pria dalam KB.

## **F. Usia**

Menurut studi peran pria dalam penggunaan kontrasepsi (Publitbang KB, 2001), menyatakan bahwa keinginan suami untuk memakai kontrasepsi di antaranya adalah faktor usia yang cukup dewasa dengan status kawin sehingga berpengaruh terhadap penerimaannya dalam peran terhadap program KB. Pada hasil penelitian di Jawa Barat dan Sumatera

Selatan didapatkan yang suaminya ikut KB adalah rata-rata umur suami 39 tahun dan isteri 31 tahun, umur termuda suami 18 tahun dan istri 18 tahun, sedangkan penelitian yang dilakukan BKKBN (1997) tentang ciri-ciri akseptor baru di luar Jawa dan Bali menunjukkan bahwa ada hubungan antar umur dengan pemakaian alat kontrasepsi, dimana akseptor baru lebih banyak pada akseptor muda (kurang > 30 tahun ) (BKKBN, 1997).

Pada beberapa pria menikah antara usia 18 dan 55 diwawancarai selama 12 minggu. Karakteristik sosio demografi dasar dari responden ditunjukkan yang menunjukkan bahwa 8,0% berusia 18-29 tahun, 59,4% adalah 30-44 sedangkan 32,5% adalah 45 tahun atau lebih. Penemuan ini mengungkapkan hubungan negatif antara usia dan pengetahuan kontrasepsi di kalangan pria : pengetahuan setidaknya satu metode kontrasepsi lebih tinggi di antara pria di bawah usia 30 tahun daripada di antara pria yang lebih tua.

## **G. Penghasilan**

Tingkat pendapatan suatu keluarga sangat berpengaruh terhadap kesertaan suami dalam ber KB. Bila pasangan usia subur keduanya bekerja, berarti isteri mempunyai penghasilan sendiri, maka kesadaran pria

untuk ber KB jauh lebih tinggi, PUS yang tidak ber KB ternyata sebagian besar ternyata berasal dari isteri yang tidak bekerja atau tidak memiliki penghasilan sendiri (Saptono, 2009). Tingkat pendapatan suatu keluarga sangat berpengaruh terhadap kesertaan suami dalam ber KB. Nampaknya, bila PUS keduanya bekerja, berarti isteri memiliki pendapatan sendiri.

Hasil penelitian Wijayanti (2004) akibat ketidaktahuan masyarakat di desa tentang metode MOP, mereka mengemukakan berbagai alasan, salah satunya biaya MOP atau *vasektomi* yang mahal. Alasan tersebut dikaitkan dengan penghasilan mereka sebagai petani kecil dan mereka menganggap tidak akan mampu menjangkau metode ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (1998). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*. Jkarta: Rineka Cipta
- (2006). *Metodologi Penelitian*. Jakarta : Tiara Aksara
- A. Bari. Sarfudin.(2003). *Metode Kontrasepsi*. Jakarta : EGC.
- Bandar, S. (2000). *Peran Pria dalam KB Nasional*. Jakarta : BKKBN.
- Bremer, Jason ;Frost, Ashley, Karin ;et al 2010
- BKKBN.(1989). *Pengayoman Medis Keluarga Berencana*. Dibuka pada <http://www.bkkbn.bkkbn.go.id>
- BKKBN.(1991). *Materi Pelajaran Metode Kontrasepsi Efektif Terpilih*. Dibuka pada <http://prov.bkkbn.go.id/banten>
- BKKBN.(1997). *25 Tahun Gerakan KB*. Dibuka pada <http://pustaka.bkkbn.go.id>
- BKKBN.(1998). *Opini Pembangunan Keluarga Sejahtera*. Dibuka pada <http://prov.bkkbn.go.id>
- BKKBN.(2000). *Partisipasi Pria dalam Program KB Masih Rendah*. Dibuka pada <http://www.bkkbn.go.id>
- BKKBN.(2002). *Partisipasi Pria dalam Program KB dan KR*. Dibuka pada <http://www.bkkbn.go.id>

- BKKBN.(2004). *Partisipasi Pria dalam Program KB Masih Rendah*. Dibuka pada <http://www.bkkbn.go.id>
- BKKBN.(2005). *Kontrasepsi Baru Pria*. Dibuka pada <http://prov.bkkbn.go.id>
- BKKBN.(2007). *Kebijakan Program Pokok dan Kegiatan Bidang Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Dibuka pada <http://www.bkkbn.go.id>
- BKKBN.(2008). *Laporan BKKBN Provinsi Banten Dalam Bidang Kependudukan*. Dibuka pada <http://www.bkkbn.go.id>
- BKKBN.(2009). *Skala Jumlah Anak Dalam KB*. Dibuka pada <http://www.bkkbn.go.id>
- Departemen Kesehatan.(2001). *Pusat Penelitian dan Pengembangan KB*. Dibuka pada <http://www.depkes.co.id>
- Dinas Tenaga Kerja. (2007). *Sistem Upah Ketenagakerjaan Provinsi Banten*
- Hariastuti, Iswari. (2009). *Peran Pria dalam Penggunaan Kontrasepsi di Jawa Timur*. Dibuka pada <http://www.tempointeraktif.com>
- Hartanto, Hanafi. (2003). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan

- Hadriah, Leli. (2002). *Plus Minus Alat Kontrasepsi*. Dibuka pada <http://momsnbabies.wordpress.com> Universitas Sumatera Utara
- Kadir Tiya. *Jurnal Promosi Kesehatan Masyarakat*, Agustus, 2000
- Isti.Hanifa.(2007). *Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Suami dalam KB di Kecamatan Gunung Pati Kota Semarang Tahun 2010*. Dibuka pada <http://jurnalilmukebidan.com/hanifaisti/2007>
- Kesumaningtyas, A. (2008) *PUS Medan Denai tak Terjangkau KB*. Dibuka pada <http://www.waspada.co.id/index2.php?option=comcontent&dopdf=I&id=32056>
- Kusumaningrum, Radita. (2008). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis Alat Kontrasepsi Pada PUS*. Dibuka pada <http://jurnalkesehatan.com/radita/2008>
- Karen Oppeinhem Mason ; Smith, Herbeth, Agustus 2009
- Manuaba, I.B.G. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta : EGC
- Minarni.(2007). *Determinan Yang Mempengaruhi Akseptor Pria Dalam KB*.Tesis.Universitas Indonesia. Depok
- Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri 2*. Jakarta :EGC



- Notoadmojo, S. (1993). *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Ed.1. Yogyakarta: Andi Offset
- Prawirohardjo, Sarwono. (200). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta Pusat: Tridasa Printer
- Pangkahila.(2000). *Hubungan Pengetahuan Pria Dengan Partisipasi Pria Dalam KB di Kecamatan Jetis Tahun 2002*. Universitas Diponegoro. Semarang
- Riskesdas.(2007). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional*. Dibuka pada <http://riskesdas.com>
- Rozanna. Al Kurnia. (2008). *Bulletin Penelitian RSUD Soetomo Vol 10 No 2 Sep 2008*
- Saptono.(2009). *Analisa Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Alat Kontrasepsi pada Pria di Kecamatan Tembilahan Tahun 2004*.Skripsi.Universitas Indonesia. Depok
- Srimadya.(2009). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Akseptor Pria Dalam KB di Desa Bangun Tapan Yogyakarta Tahun 2009*.Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Diponegoro. Semarang
- Suyatno.(2010). *Teori Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*.Jakarta : Rhineka Cipta
- Sabri.Hastono.(2010). *Modul Analisa Data*. Urindo

- Siswono.(2005). *Pemakaian Alat Kontrasepsi Masih Belum Membudaya pada Pria*. Dibuka pada <http://www.gizi.net>
- WHO.(2000). *Contraceptive Method Mix*.Jeneva : The World Health Organization
- Wijayanti.(2004). *Analisis Faktor Pengguna Akseptor KB Pria Di Kabupaten Pontianak Tahun 2006*.Tesis. Urindo
- Wibowo.(1994). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pria Dalam Ber KB Di Kabupaten Bantul Tahun 2008*.Skripsi. Universitas Ungaran