**BAB III**

**KONSEP PERENCANAAN KELUARGA**

1. **PENDAHULUAN**

Penduduk menurut UU.RI.No. 10 tahun 1992 yaitu orang dalam matranya sebagai pribadi, anggota keluarga,anggota masyarakat, warganegara dan himpunan kuantitas yang bertempat tinggal di suatu tempat dalam batas wilayah Negara pada waktu tertentu. Penduduk adalah semua orang yang mendiami suatu daerah dalam suatu waktu / jangka waktu tertentu. Penduduk dipelajari oleh ilmu kependudukan, fokus perhatian demografi adalah perubahan beserta komposisi dan distribusi pendukung. Dinamika penduduk yaitu suatu proses perubahan penduduk secara terus menerus yang mempengaruhi jumlah. Dinamika kependudukan merupakan perubahan kependudukan untuk suatu daerah tertentu dari waktu ke waktu. Dinamika penduduk dipengaruhi beberapa faktor yaitu kelahiran, kematian, perpindahan penduduk serta kondisi sosial ekonomi dan budaya yang berkembang di masyarakat. Dari berbagai penyebab tersebut dapat digolongkan menjadi 2 yaitu penyebab langsung dan tidak langsung.

**Capaian Pembelajaran** :

Mahasiswa mampu megetahui konsep dari asuhan kebidanan pada remaja, yaitu meliputi :

1. Konsep kependudukan dan keluarga berencana
2. Sejarah keluarga berencana
3. Konsep keluarga berencana
4. Ruang lingkup keluarga berencana
5. Manfaat keluarga berencana
6. Akseptor keluarga berencana
7. Kontrasepsi
8. Mutu pelayanan keluarga berencana
9. **MATERI**
10. **Faktor Demografi yang Mempengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk**

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

Dengan demikian ada 4 kemungkinan dari 2 variabel ini :

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

1. **Transisi Demografi**

Transisi demografi adalah proses perubahan kematian dan kelahiran yang berlangsung dari tingkatan yang tinggi ke tingkatan yang rendah dalam suatu kurun waktu pada masyarakat tertentu. Transisi ini muncul dengan terjadinya banyak perubahan di masyarakat, diantaranya adalah perubahan sosio-ekonomi yang berhubungan timbal balik dengan kesehatan (Siregar & Suwandono, 1992). Perubahan penduduk secara implisif menyatakan pertambahan atau penurunan jumlah penduduk secara parsial maupun keseluruhan sebagai akibat perubahan komponen utama perubahan penduduk yaitu kelahiran, kematian dan migrasi (Sudarti, 2004). Dalam transisi demografi menurut Bogue (1965) tahap transisi sebagai berikut:

1. Pratransisi (Pre-Transitional), ditunjukkan dengan tingkat fertilitas dan mortalitas yang tinggi
2. Tahap Transisi (Transitional), ditunjukkan dengan tingkat fertilitas tinggi dan tingkat mortalitas rendah
3. Tahap Pasca Transisi (Past Transitional), dinyatakan dengan tingkat fertilitas dan mortalitas sudah rendah (Sudarti, 2004).

Penduduk Indonesia akan bertambah banyak dengan piramida yang terus berubah. Jumlah penduduk Indonesia akan menjadi 274 juta orang pada tahun 2025. Penduduk usia lanjut dan usia produktif termasuk usia angkatan kerja akan bertambah besar proporsinya. Sementara itu penduduk usia muda (bayi dan anak), meskipun proporsinya menurun, jumlahnya tetap meningkat. Di samping itu karena adanya kesenjangan pembangunan antar wilayah menimbulkan urbanisasi yang tidak terkendali. Begitu pula kemiskinan dan pengangguran dengan segala akibatnya terhadap kesehatan tetap ada terus sampai tahun 2025, walaupun jumlahnya sudah menurun (Depkes RI, 2009).

Peningkatan jumlah penduduk yang besar akan menyebabkan kemiskinan di masa depan karena tekanan pada sumber informasi lainnya langka seperti energi, atau akan memberikan kontribusi terhadap pemanasan global (Canning, 2011).

Faktor-faktor yang menyebabkan turunnya mortalitas, antara lain :

1. Perkembangan teknologi di [bidang](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) pertanian dan perkembangan industri modern/ dewasa ini dikenal juga revolusi hijau yang ada pada masyarakat Indonesia ditetapkan sebagai panca usaha di [bidang](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) pertanian.
2. Munculnya pemerintahan yang relatif stabil / mantap yang memungkinkan mantapnya fasilitas penyaluran bahan makanan dan jasa.
3. Kemajuan sanitasi lingkungan menimbulkan kondisi lingkungan yang sehat
4. Kemajuan di [bidang](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) kedokteran, gizi, pengobatan dan program-progran kesehatan masyarakat.

Faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi mortalitas didasarkan pada :

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

1. **Komponen Kependudukan dan Pembangunan**

**Kondisi Kependudukan Indonesia**

Indonesia memiliki penduduk terbanyak ke-4 di dunia setelah Republik Rakyat Cina (RRC), India, dan Amerika Serikat. Indonesia masuk 5 besar negara di dunia dalam hal kontribusi pertambahan penduduk dunia (setelah China,India,Brasil dan Nigeria).

 **Dampak Peledakan Penduduk**

1. *Terhadap Kualitas Penduduk*
	1. Kemiskinan dan kelaparan
	2. Kekurangan gizi balita
	3. Kematian ibu dan anak
	4. Pengangguran meningkat
2. *Terhadap Lingkungan dan Ekologi*
	1. Penggundulan hutan
	2. Erosi dan abrasi tanah/laut
	3. Banjir, tanah longsor,dan kekeringan lahan
	4. Perubahan iklim yang ekstrim
	5. Mencairnya kutub es

1. **Dampak *Program KB Tidak Berhasil* Terhadap Kondisi Kependudukan di Indonesia**
2. *Kemiskinan Meningkat*

Tingkat kelahiran penduduk miskin lebih besar, sehingga penduduk miskin bertambah

1. *Kualitas penduduk rendah*

*Total Fertility Rate* (TFR) masih tinggi, sehingga penyediaan pelayanan dasar tidak memadai

1. *Pengangguran Meningkat*

*Total Fertility Rate* (TFR) masih tinggi, sehingga pertumbuhan ekonomi rendah, sehingga pengangguran bertambah

1. *Kebutuhan energi meningkat*

Bertambahnya penduduk, sehingga pemenuhan fasilitas energi menjadi lebih besar

1. *Kebutuhan akan pangan meningkat*

Pertambahan penduduk besar, sehingga penyediaan biaya lebih besar untuk pengadaan pangan

**SEJARAH KELUARGA BERENCANA**

**Di luar negeri**

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 (19880-1950) 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 Nopember 1921 diadakan American National Birth Control Conference yang pertama. Pada tahun 1925 ia mengorganisir Konperensi International 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 konferensinya 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.

**Periode Perintisan (1950-An – 1966)**

Sejalan dengan perkembangan KB di luar negeri, di Indonesia telah 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).

Pada tahun 1957, didirikan Perkumpulan Keluarga Berencana yang dalam perkembangannya berkembang menjadi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), namun dalam kegiatan penerangan dan pelayanan masih dilakukan terbatas mengingat PKBI, sebagai organisasi sosial yang bergerak dalam bidang KB masih mendapat kesulitan dan hambatan, terutama KUHP nomor 283 yang melarang penyebarluasan gagasan keluarga berencana (KB). Pada tahun 1967 PKBI diakui sebagai badan hukum oleh Departemen Kehakiman.

**Periode Keterlibatan Pemerintah Dalam Program Kb**  **Nasional**

Di dalam Kongres Nasional I PKBI di Jakarta diputuskan 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, Presiden Soeharto menyatakan dalam 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:

1. Membimbing, mengkoordinir serta mengawasi segala aspirasi yang ada di dalam masyarakat di bidang Keluarga Berencana.
2. 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 Menkesra 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. Pada tanggal 17 Oktober 1968 dibentuk Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) dengan Surat Keputusan No. 36/KPTS/Kesra/X/1968 dengan status sebagai Lembaga Semi Pemerintah.

**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. 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 dibawah Presiden. Pada Periode Pelita I dikembangkan Periode Klinik (*Clinical Approach*) karena pada awal program, tantangan terhadap ide keluarga berencana (KB) masih sangat kuat, untuk itu pendekatan melalui kesehatan yang paling tepat.

**Periode Pelita II (1974-1979) – Era Reformasi**

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 sektor-sektor pembangunan lainnya, yang dikenal dengan Pendekatan Integratif (*Beyond Family Planning*).

Pada masa Kabinet Pembangunan IV (1983-1988) 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.

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. Pada tahun 1992, ditetapkannya UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, dan Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1993 khususnya sub sector 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.

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, dimana BKKBN kemudian direstrukturisasi menjadi badan kependudukan, bukan lagi badan koordinasi.

**Beberapa Konsep Tentang Keluarga Berencana (Kb)**

KB adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan,pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran (Depkes RI, 1999; 1). KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran (Hartanto, 2004; 27). KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran (Stright, 2004; 78). Tujuan Keluarga Berencana meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Di samping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani, 2010; 29).

**RUANG LINGKUP PROGRAM KB**

Menurut Handayani (2010:29), ruang lingkup program KB,meliputi:

1. Komunikasi informasi dan edukasi
2. Konseling
3. Pelayanan infertilitas
4. Pendidikan seks
5. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
6. Konsultasi genetik

**Manfaat Usaha Kb Dipandang Dari Segi Kesehatan**

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

**AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA**

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran (Barbara R.Stright, 2004;78). Adapun jenis - jenis akseptor KB, yaitu:

1. **Akseptor Aktif**

Akseptor aktif adalah kseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara / alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

1. **Akseptor aktif kembali**

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti / istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut–turut dan bukan karena hamil.

1. **Akseptor KB Baru**

Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

1. **Akseptor KB dini**

Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

1. **Akseptor KB langsung**

Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.

1. **Akseptor KB *dropout***

Akseptor KB *dropout* adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (BKKBN, 2007).

**Pasangan Usia Subur**

Pasangan usia subur yaitu pasangan suami istri yang istrinya berumur 25 - 35 tahun atau pasangan suami istri yang istrinya berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih haid (datang bulan) (BKKBN, 2007;66).

**KONTRASEPSI**

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindari / mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua - duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan (Depkes, 1999). Kontrasepsi adalah usaha - usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen (Prawirohardjo, 2008; 534).

Adapun akseptor KB menurut sasarannya, meliputi:

1. **Fase Menunda Kehamilan**

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

1. **Fase Mengatur/Menjarangkan Kehamilan**

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

1. **Fase Mengakhiri Kesuburan**

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontap, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB (Pinem, 2009). Adapun syarat - syarat kontrasepsi, yaitu:

1. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. Efek samping yang merugikan tidak ada.
3. Kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
4. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan.
5. Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol ketat selama pemakaian.
6. Cara penggunaannya sederhana
7. Harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
8. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

**MUTU PELAYANAN KB**

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

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

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program Keluarga Berencana diperlukan petugas terlatih yang:

1. Mampu memberikan informasi kepada klien dengan sabar, penuh pengertian, dan peka
2. Mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan ketrampilan teknis untuk memberi pelayanan dalam bidang kesehatan reproduksi
3. Memenuhi standar pelayanan yang sudah ditentukan
4. Mempunyai kemampuan mengenal masalah
5. Mempunyai kemampuan mengambil langkah-langkah yang tepat dalam mengatasi masalah tersebut, termasuk kapan dan kemana merujuk jika diperlukan
6. Mempunyai kemampuan penilaian klinis yang baik
7. Mempunyai kemampuan memberi saran-saran untuk perbaikan program
8. Mempunyai pemantauan dan supervisi berkala
9. Pelayanan program Keluarga Berencana yang bermutu membutuhkan:
10. Pelatihan staf dalam bidang konseling, pemberian informasi dan ketrampilan teknis
11. Informasi yang lengkap dan akurat untuk klien agar mereka dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang akan digunakan
12. Suasana lingkungan kerja di fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan yang bermutu, khususnya dalam kemampuan teknis dan interaksi interpersonal antara petugas dan klien
13. Petugas dan klien mempunyai visi yang sama tentang pelayanan yang bermutu

**RINGKASAN**

KB adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. KB bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, serta terciptanya penduduk yang berkualitas. Adapun sasaran dari program KB, yaitu: sasaran langsung dan tidak langsung. Ruang lingkup program KB**,** meliputi: komunikasi informasi dan edukasi konseling, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan. serta konsultasi genetik. Adapun jenis-jenis akseptor KB, yaitu: akseptor aktif, aktif kembali, KB baru, KB dini, KB langsung, dan KB *dropout.* Adapun akseptor KB menurut sasarannya, meliputi: fase menunda kehamilan, fase mengatur/ menjarangkan kehamilan, dan fase mengakhiri kesuburan.

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, yang bersifat sementara atau permanen. Adapun syarat-syarat kontrasepsi, yaitu: aman pemakaiannya, efek samping tidak merugikan, kerjanya dapat diatur, tidak mengganggu hubungan persetubuhan, tidak memerlukan bantuan medik, cara penggunaannya sederhana, harga dapat dijangkau, dan dapat diterima oleh pasangan suami istri. Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu meliputi: pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien, klien dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan, petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia, fasilitas pelayanan tersedia, bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup, terdapat mekanisme supervisi yang dinamis, dan terdapat mekanisme umpan balik.

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

**LATIHAN**

1. Pelopor KB modern di luar negeri, yaitu ....
	1. Marie Stopes
	2. Margareth Sanger
	3. Lady Rama Ran
	4. Ethel Byrne

1. Organisasi sosial yang bergerak dalam bidang KB pertama adalah ....
	1. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI)
	2. Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN)
	3. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)
	4. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

1. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dibentuk berdasarkan ....
	1. Keputusan Presiden No. 8 Tahun 1970
	2. Surat Keputusan No. 36/KPTS/Kesra/X/1968
	3. Surat Keputusan No. 35/KPTS/Kesra/X/1968
	4. Keputusan Presiden No. 38 Tahun 1978

1. Pada tahun 1972 keluar Keppres No. 33 Tahun 1972 sebagai penyempurnaan

Organisasi dan tata kerja BKKBN yang ada. Status badan ini berubah dari ....

* 1. Organisasi sosial menjadi lembaga semi pemerintah
	2. Lembaga semi pemerintah menjadi badan koordinasi
	3. lembaga pemerintah non departemen menjadi badan kependudukan
	4. Lembaga semi pemerintah menjadi lembaga pemerintah non departemen

1. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia didirikan pada tahun ….
	1. 1950 B. 1957 C. 1960

 D. 1967

1. BKKBN merupakan singkatan dari ….
	1. Badan Keluarga Berencana Non Departemen
	2. Badan Keluarga Berencana Non Klinik
	3. Badan Keluarga Berencana Nasional
	4. Badan Keluarga Berencana negara

1. BKKBN didirikan pada periode .…
	1. Pelita I
	2. Pelita II
	3. Pelita III
	4. Pelita IV

1. Keluarga Berencana Mandiri dicanangkan oleh presiden Soeharto pada ….
	1. 28 Agustus 1984
	2. 28 Oktober 1985
	3. 28 Desember 1986
	4. 28 Januari 1987

1. BKKBN sebagai lembaga Non Departemen di tetapkan melalui Keputusan A. Presiden ….
	1. No 38 tahun 1978
	2. No 36 tahun 1978
	3. No 35 tahun 1978
	4. No 34 tahun 1978

1. Kepala BKKBN pada masa cabinet pembangunan IV adalah ….
	1. dr Suwarjono Suryaningrat
	2. Prof. Dr. Haryono Suyono
	3. dr Endang Rahayu
	4. dr Abdul Muluk

**RUJUKAN**

Notoatmodjo, soekidjo. 2007. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Rineka Cipta

Saifudin, AB. 2010. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, Jakarta: YBSP

GlasIer, Anna G, 2005. KB dan Kesehatan Reproduksi

Manuaba, IBG, 2010. Ilmu Kebidanan, Kandungan dan KB Bagi Bidan. Jakarta: EGC