

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Discharge Planning

2.1.1 Pengertian Discharge Planning

Perencanaan pulang merupakan proses perencanaan sistematis yang dipersiapkan bagi pasien untuk menilai, menyiapkan, dan melakukan koordinasi dengan fasilitas kesehatan yang ada atau yang telah ditentukan serta bekerjasama dengan pelayanan sosial yang ada di komunitas, sebelum dan sesudah pasien pindah/pulang (Carpenito, 2002 dalam Hariyati dkk, 2008).

Discharge planning yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004).

Informasi diberikan kepada pasien agar mampu mengenali tanda bahaya untuk dilaporkan kepada tenaga medis. Sebelum pemulangan, pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan di rumah dan apa yang diharapkan di dalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan karena kegagalan untuk mengerti pembatasan atau implikasi masalah kesehatan (tidak siap menghadapi

pemulangan) dapat menyebabkan meningkatnya komplikasi yang terjadi pada pasien (Potter & Perry, 2006).

National council of social service, (2006) dalam Wulandari (2011) menyatakan bahwa “*discharge planning* merupakan tujuan akhir dari rencana perawatan, dengan tujuan untuk memberdayakan klien untuk membuat keputusan, untuk memaksimalkan potensi klien untuk hidup secara mandiri, atau agar klien dapat memanfaatkan dukungan dan sumber daya dalam keluarga maupun masyarakatnya”.

2.1.2 Tujuan Discharge Planning

Discharge planning bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik untuk mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pulang (Carpenito, 1999 dalam Rahmi, 2011). Tindakan ini juga bertujuan memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif (Discharge Planning Association, 2008 dalam Siahaan, 2009).

Taylor *et al* (1989) dalam Yosafianti & Alfiyanti (2010) juga menyatakan bahwa *discharge planning* adalah proses sistematis yang bertujuan menyiapkan pasien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan yang berkelanjutan dirumah atau diunit perawatan komunitas.

Secara lebih terperinci The Royal Marsden Hospital (2004) dalam Siahaan (2009) menyatakan bahwa tujuan dilakukannya *discharge planning* adalah :

1. Untuk mempersiapkan pasien atau keluarga secara fisik dan psikologis untuk ditransfer ke rumah atau ke suatu lingkungan yang dapat disetujui
2. Menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk mempertemukan kebutuhan mereka dalam proses pemulangan
3. Memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah disiapkan untuk menerima pasien.
4. Mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga dengan menyediakan serta memandirikan aktivitas perawatan diri.

2.1.3 Manfaat *Discharge Planning*

Spath (2003) dalam Nursalam & Efendi (2008), perencanaan pulang mempunyai manfaat sebagai berikut :

1. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit.
2. Dapat memberikan tindak lanjut secara sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien

3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru.
4. Membantu kemandirian dan kesiapan pasien dalam melakukan perawatan di rumah.

Wulandari (2011) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa manfaat dari pelaksanaan discharge planning adalah :

1. Mengurangi pelayanan yang tidak terencana (*unplanned admission*)
2. Mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan setelah kembali ke rumah
3. Mengurangi LOS (*length of stay*) pasien di rumah sakit
4. Meningkatkan kepuasan individu dan pemberi layanan
5. Menghemat biaya selama proses perawatan
6. Menghemat biaya ketika pelaksanaan perawatan di luar rumah sakit atau di masyarakat karena perencanaan yang matang.
7. Hasil kesehatan yang dicapai menjadi optimal.

2.1.4 Jenis Discharge Planning

Chesca (1982) dalam Nursalam & Efendi (2008), *discharge planning* dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu :

1. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*). Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi.

Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat

2. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*). Cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.
3. Pulang paksa (*judicial discharge*). Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

2.1.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Discharge Planning*

Potter & Perry (2005) dalam Herniyatun (2009), program perencanaan pulang (*discharge planning*) pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien. Keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari petugas kesehatan dan juga dari pasien. Menurut Notoadmodjo (2003) dalam Waluyo (2010), faktor yang berasal dari petugas kesehatan yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu.

1. Sikap yang baik yang dimiliki petugas kesehatan akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti pasien.

2. Pengendalian emosi yang dimiliki petugas kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien.
3. Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Petugas kesehatan harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan petugas kesehatan pada kegiatan pembelajaran pasien. Pasien akan semakin banyak menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Pengalaman masa lalu petugas kesehatan berpengaruh terhadap gaya petugas kesehatan dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Petugas kesehatan juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

Sedangkan faktor yang berasal dari pasien yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan menurut Potter & Perry (1997), Suliha dkk (2002) dan Machfoedz dkk (2005) yang dikutip oleh Waluyu (2010) adalah motivasi, sikap, rasa cemas/emosi, kesehatan fisik, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya, kemampuan dalam belajar, serta tingkat pendidikan.

1. Motivasi adalah faktor batin yang menimbulkan, mendasari, dan mengarahkan pasien untuk belajar. Bila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan giat untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya serta tindakan yang perlu dilakukan untuk melanjutkan pengobatan dan meningkatkan kesehatannya.
2. Sikap positif pasien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
3. Emosi yang stabil memudahkan pasien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.
4. Kesehatan fisik pasien yang kurang baik akan menyebabkan penerimaan informasi terganggu.
5. Tahap perkembangan berhubungan dengan usia. Semakin dewasa usia, kemampuan menerima informasi semakin baik dan didukung pula pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.
6. Kemampuan dalam belajar yang baik akan memudahkan pasien untuk menerima dan memproses informasi yang diberikan ketika dilakukan pendidikan kesehatan. Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi.

2.1.6 Prinsip *Discharge Planning*

Ketika melakukan *discharge planning* dari suatu lingkungan ke lingkungan yang lain, ada beberapa prinsip yang harus diikuti/diperhatikan. Nursalam & Efendi (2008), prinsip-prinsip yang diterapkan dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut :

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi, kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin muncul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang muncul di rumah dapat segera diantisipasi.
3. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.
4. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaan pulang harus dilakukan.

Selain prinsip-prinsip tersebut, dalam modul yang dikeluarkan oleh direktorat jenderal bina pelayanan medik-Departemen Kesehatan RI (2008) dalam Wulandari (2011), prinsi-prinsip yang perlu diperhatikan petugas kesehatan dalam membuat *discharge planning* adalah :

1. Dibuat pada saat pasien masuk

Pengkajian pada saat pasien masuk akan mempermudah proses pengidentifikasian kebutuhan pasien. Merencanakan pulang pasien sejak awal juga akan menurunkan lama waktu rawat yang pada akhirnya akan menurunkan biaya perawatan.

2. Berfokus pada kebutuhan pasien

Perencanaan pulang tidak berfokus pada kebutuhan tenaga kesehatan atau hanya pada kebutuhan fisik pasien. Lebih luas, perencanaan pulang berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga secara komprehensif.

3. Melibatkan berbagai pihak yang terkait.

Pasien, keluarga, dan *care giver* dilibatkan dalam membuat perencanaan. Hal ini memungkinkan optimalnya sumber-sumber pelayanan kesehatan yang sesuai untuk pasien setelah ia pulang.

4. Dokumentasi pelaksanaan *discharge planning*

Pelaksanaan *discharge planning* harus didokumentasikan dan dikomunikasikan kepada pasien dan pendamping minimal 24 jam sebelum pasien dipindahkan.

2.1.7 Komponen/Unsur *Discharge Planning*

Komponen yang dapat mendukung terselenggaranya *discharge planning* yang efektif adalah keterlibatan pasien dan keluarga, kolaborasi antara tim kesehatan, dan dukungan dari *care giver*/pendamping pasien. Hal lain yang tidak kalah penting adalah mengidentifikasi kesiapan komunitas/keluarga dalam menerima pasien kembali ke rumah (Wulandari,

2011). Discharge Planning Association (2008) dalam Siahaan (2009) menyatakan bahwa unsur-unsur yang harus ada pada *discharge planning* antara lain:

1. Pengobatan di rumah, mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan, dan pengobatan yang harus dihentikan.
2. Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi, dan efek samping yang umum terjadi.
3. Kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan, dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya.
4. Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya.
5. Petunjuk perawatan diri.
6. Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Nama pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi setiap janji untuk kontrol.

2.1.8 Proses Pelaksanaan *Discharge Planning*

1. Seleksi Pasien

Tahap ini meliputi identifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning*, pemberian *discharge planning* lebih diprioritaskan

bagi pasien yang mempunyai risiko lebih tinggi memiliki kebutuhan akan pelayanan khusus. Karakteristik pasien yang membutuhkan discharge planning dan rujukan ke pelayanan kesehatan adalah pasien yang kurang pengetahuan tentang rencana pengobatan, isolasi sosial, diagnosa baru penyakit kronik, operasi besar, perpanjangan masa penyembuhan dari operasi besar atau penyakit, ketidakstabilan mental, penatalaksanaan perawatan di rumah yang kompleks, kesulitan financial, ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber rujukan, serta pasien yang sakit pada tahap terminal.

Discharge planning juga diindikasikan pada pasien yang berada pada perawatan khusus seperti nursing home atau pusat rehabilitasi. Selain itu juga perlu dipertimbangkan kondisi sosial ekonomi serta lingkungan pasien seperti kemampuan anggota keluarga untuk merawat serta fasilitas lingkungan yang sesuai dengan kondisi pasien (Zwicker & Picariello, 2003)

2. Pengkajian

Pengkajian discharge planning berfokus pada 4 area, yaitu pengkajian fisik dan psikososial, status fungsional, kebutuhan penkes dan konseling. Zwicker dan Picariello (2003) mengemukakan bahwa prinsip-prinsip dalam pengkajian adalah:

- a. Pengkajian dilakukan pada saat pasien masuk dan berlanjut selama perawatan.

b. Pengkajian berfokus pada pasien dewasa yang berisiko tinggi tidak tercapainya hasil discharge.

c. Pengkajian meliputi :

- 1) Status fungsional (kemampuan dalam aktivitas sehari-hari dan fungsi kemandirian).
- 2) Status kognitif (kemampuan pasien dalam berpartisipasi dalam proses discharge planning dan kemampuan mempelajari informasi baru).
- 3) Status psikologi pasien, khususnya pengkajian terhadap depresi.
- 4) Persepsi pasien terhadap kemampuan perawatan diri.
- 5) Kemampuan fisik dan psikologik keluarga dalam perawatan pasien.
- 6) Kurangnya pengetahuan berkaitan kebutuhan perawatan kesehatan setelah pulang.
- 7) Faktor lingkungan setelah pulang dari rumah sakit.
- 8) Kebutuhan dukungan formal dan informal keluarga dalam memberikan perawatan yang benar dan efektif.
- 9) Review pengobatan dan dampaknya.
- 10) Akses ke pelayanan setelah pulang dari fasilitas kesehatan.

3. Perencanaan

Dalam perencanaan diperlukan adanya kolaborasi dengan team kesehatan lainnya, diskusi dengan keluarga dan pemberian penkes sesuai pengkajian. Pendekatan yang digunakan pada discharge planning

difokuskan pada 6 area penting dari pemberian perkes yang dikenal dengan istilah "METHOD" dan disesuaikan dengan kebijakan masing-masing rumah sakit.

a. M : Medication

Pasien diharapkan mengetahui tentang: nama obat, dosis yang harus di konsumsi, waktu pemberiannya, tujuan penggunaan obat, efek obat, gejala yang mungkin menyimpang dari efek obat dan hal-hal spesifik lain yang perlu dilaporkan.

b. E : Environment

Pasien akan dijamin tentang: instruksi yang adekuat mengenai ketrampilan ketrampilan penting yang diperlukan di rumah, investigasi dan koreksi berbagai bahaya di lingkungan rumah, support emosional yang adekuat, investigasi sumber-sumber dukungan ekonomi, investigasi transportasi yang akan digunakan klien

c. T : Treatment

Pasien dan keluarga dapat: mengetahui tujuan perawatan yang akan dilanjutkan di rumah, serta mampu mendemonstrasikan cara perawatan secara benar.

d. H : Health

Pasien akan dapat: mendeskripsikan bagaimana penyakitnya atau kondisinya yang terkait dengan fungsi tubuh, mendeskripsikan makna-makna penting untuk memelihara derajat kesehatan, atau mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi.

e. O : Outpatient Referral

Pasien dapat: mengetahui waktu dan tempat untuk kontrol kesehatan, mengetahui dimana dan siapa yang dapat dihubungi untuk membantu perawatan dan pengobatannya.

f. D : Diet

Pasien diharapkan mampu: mendeskripsikan tujuan pemberian diet, merencanakan jenis-jenis menu yang sesuai dengan dietnya

4. Sumber Daya

Mengidentifikasi sumber daya pasien terkait dengan kontinuitas perawatan pasien setelah pulang dari rumah sakit, seperti keluarga yang akan merawat, financial keluarga, nursing home atau pusat rehabilitasi

5. Implementasi dan Evaluasi

Zwicker & Picariello (2003), menjelaskan bahwa dalam implementasi discharge planning ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan, yaitu :

a. Prinsip umum dalam implementasi discharge planning adalah :

- 1) Discharge planning harus berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga.
- 2) Hasil pengkajian dijadikan sebagai pedoman strategi pelaksanaan
- 3) Hasil pengkajian akan menentukan kebutuhan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan setelah pasien pulang dari rumah sakit.
- 4) Data pengkajian dapat memprediksikan outcome pasien setelah pulang dari rumah sakit.

- 5) Discharge planning dimulai saat pasien masuk bertujuan untuk memperpendek hari rawatan.
- b. Strategi untuk memastikan kontinuitas perawatan pasien Menurut Zwicker & Picariello (2003), Strategi untuk memastikan kontinuitas perawatan pasien dikenal dengan 4 C yaitu Communication, Coordination, Collaboration dan Continual Reassessment.

- 1) Communication

Komunikasi dilakukan secara multidisiplin melibatkan pasien dan keluarga saat pertama pasien masuk rumah sakit, selama masa perawatan dan saat pasien akan pulang. Komunikasi dapat dilakukan secara tertulis dan hasil dokumentasi merupakan pengkajian kebutuhan perawatan pasien berupa ringkasan pasien dirumah sakit. Komunikasi verbal dilakukan mengenai status kesehatan dilakukan pada pasien, keluarga, profesional lain dan pelayanan kesehatan untuk rujukan setelah pulang dari rumah sakit.

- 2) Coordination

Dalam proses discharge planning harus melakukan koordinasi dengan team multidisiplin serta dengan unit pelayanan rujukan setelah pasien pulang dari rumah sakit. Komunikasi harus jelas dan bisa meyakinkan bahwa pasien dan keluarga memahami semua hal yang dikomunikasikan.

- 3) Collaboration

Kolaborasi dilakukan oleh perawat dengan seluruh team yang terlibat dalam perawatan pasien, disamping itu adanya kolaborasi antara perawat dengan keluarga dengan memberikan informasi tentang riwayat kesehatan masa lalu pasien, kebutuhan biopsikososial serta hal – hal yang berpotensi menghambat proses kontinuitas perawatan.

4) Continual Reassessment

Proses discharge planning bersifat dinamis, sehingga status kesehatan pasien akan selalu berubah sesuai pengkajian yang dilakukan secara kontinyu dan akurat.

2.2 Konsep Kemandirian

2.2.1 Pengertian Kemandirian

Istilah “kemandirian” berasal dari kata dasar “diri” yang mendapat awalan “ke” dan akhiran “an”, kemudian membentuk satu kata keadaan atau kata benda. Karena kemandirian berasal dari kata “diri”, maka pembahasan mengenai kemandirian tidak bisa lepas dari pembahasan tentang perkembangan diri itu sendiri, yang dalam konsep Carl Rogers di sebut dengan istilah self, karena diri itu merupakan inti dari kemandirian.

Istilah kemandirian menunjukkan adanya kepercayaan akan sebuah kemampuan diri dalam menyelesaikan masalah tanpa bantuan dari orang lain. Individu yang mandiri sebagai individu yang dapat menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapinya, mampu mengambil keputusan sendiri,

mempunyai inisiatif dan kreatif, tanpa mengabaikan lingkungan disekitarnya. Menurut beberapa ahli “kemandirian” menunjukkan pada kemampuan psikososial yang mencakup kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung dengan kemampuan orang lain, tidak terpengaruh lingkungan, dan bebas mengatur kebutuhannya sendiri.

Menurut Erikson (dalam Desmita, 2014) menyatakan bahwa kemandirian merupakan suatu usaha untuk melepaskan diri dari orangtua untuk menemukan dirinya melalui proses mencari identitas ego yaitu perkembangan ke arah individualitas yang dapat berdiri sendiri. Terkadang kemandirian ditandai dengan menentukan nasib sendiri, kreatif, inisiatif, bertanggung jawab, mengatur tingkah laku, mampu menahan diri, membuat keputusan sendiri, serta dapat menyelesaikan masalah tanpa bergantung terhadap orang lain.

Dapat disimpulkan bahwa pengertian kemandirian yaitu :

- a. Suatu kondisi seseorang memiliki niat bersaing untuk menjadi diri yang lebih baik
- b. Mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi dalam kehidupannya
- c. Mempunyai rasa percaya diri dalam melaksanakan setiap tugas-tugasnya

2.2.2 Bentuk-bentuk Kemandirian

Menurut Robert Havighurst sebagaimana di kutip Desmita, membedakan kemandirian atas empat bentuk kemandirian, yaitu :

- a. Kemandirian Emosi merupakan kemampuan mengontrol emosi sendiri dan tidak tergantung kebutuhan emosi orang lain.
- b. Kemandirian Ekonomi yaitu kemampuan mengatur ekonomi sendiri dan tidak tergantungnya kebutuhan ekonomi pada orang lain.
- c. Kemandirian Intelektual yaitu kemampuan untuk mengatasi berbagai masalah yang dihadapi.
- d. Kemandirian Sosial Kemandirian sosial merupakan kemampuan untuk mengadakan interaksi dengan orang lain dan tidak bergantung pada aksi orang lain.

Pada penelitian ini, peneliti akan meneliti mengenai kemandirian sosial dan kemandirian intelektual. Dikaitkan dengan judul penelitian yang akan meneliti mengenai kemandirian ibu dalam memilih alat kontrasepsi. Kemandirian sosial perlu dinilai karena kemandirian sosial berarti responden tidak bergantung pada aksi orang lain atau dengan kata lain responden tidak mengikuti pilihan kontrasepsi berdasarkan apa yang digunakan oleh orang lain.

Kemandirian intelektual dikaitkan dengan penelitian ini yaitu mengenai kemampuan untuk mengatasi masalah yang dihadapi, yang dalam hal ini adalah memilih alat kontrasepsi apa yang akan digunakan oleh responden.

Secara psikososial kemandirian tersusun dari tiga bagian pokok yaitu :

- a. Kemandirian emosi adalah aspek kemandirian yang berhubungan dengan perubahan kedekatan atau keterikatan hubungan emosional individu terutama sekali dengan orangtua. Oleh karena itu, kemandirian emosional didefinisikan sebagai kemampuan untuk tidak bergantung terhadap dukungan emosional orang lain, terutama orangtua.
- b. Kemandirian bertindak adalah aspek kemampuan untuk membuat keputusan secara bebas dan menindaklanjutinya. Kemandirian tindakan atau perilaku merujuk kepada “kemampuan seseorang melakukan aktivitas, sebagai manifestasi dari berfungsinya kebebasan dengan jelas menyangkut peraturan-peraturan yang wajar mengenai perilaku dan pengambilan keputusan seseorang”.

Kemandirian nilai adalah aspek kebebasan untuk memaknai seperangkat prinsip tentang benar dan salah, yang wajib dan yang hak, apa yang penting dan apa yang tidak penting. Kemandirian nilai menunjuk pada suatu pengertian mengenai kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan-keputusan dan menetapkan pilihan yang lebih berpegang atas dasar prinsip-prinsip individu yang dimilikinya, daripada mengambil prinsip-prinsip dari orang lain.

Menurut Steinberg (2002) dalam Susanto (2018) dalam perkembangan kemandirian nilai, terdapat tiga perubahan yang teramati yaitu :

1. Keyakinan akan nilai-nilai semakin abstrak (*abstract belief*).
Perilaku yang dapat dilihat ialah individu mampu menimbang berbagai kemungkinan dalam bidang nilai. Misalnya, individu

mempertimbangkan berbagai kemungkinan yang akan terjadi pada saat mengambil keputusan yang bernilai moral.

2. Keyakinan akan nilai-nilai semakin mengarah kepada yang bersifat prinsip (*principled belief*). Perilaku yang dapat dilihat antara lain : berpikir dan bertindak sesuai dengan prinsip yang dapat dipertanggungjawabkan dalam bidang nilai.
3. Keyakinan akan nilai-nilai semakin terbentuk dalam diri individu sendiri dan bukan hanya dalam sistem nilai yang diberikan oleh orangtuanya atau orang dewasa lainnya (*independent belief*). Perilaku yang dapat dilihat adalah individu mulai mengevaluasi kembali keyakinan dan nilai-nilai yang diterimanya dari orang lain, berpikir sesuai dengan keyakinan dan nilainya sendiri, serta bertingkah laku sesuai dengan keyakinan dan nilainya sendiri.

2.2.3 Ciri-ciri Kemandirian

Menurut Robert Havighurt (dalam Desmita, 2014), dapat disimpulkan bahwa ciri-ciri kemandirian adalah sebagai berikut :

- a. Percaya diri, artinya mampu mewujudkan keinginannya dengan usaha dan kekuatan yang dimilikinya. Percaya diri ini yang menjadikan sumber kemandirian.
- b. Mampu berinisiatif, orang mandiri mampu berinisiatif yaitu bertindak dengan keinginannya sendiri tanpa harus menunggu instruksi orang lain.

- c. Mampu mengatasi masalah atau hambatan, sebagai orang yang mampu berinisiatif, orang mandiri mampu mengatasi masalah yang dihadapinya dengan kekuatan dan kemampuan yang dimilikinya.
- d. Mampu mengerjakan tugas pribadi, maka dapat mengerjakan pekerjaannya tanpa bantuan orang lain
- e. Mampu mempertahankan prinsip yang dimiliki dan diyakini.
- f. Mampu mengambil keputusan, ketika diadapkan pilihan maka dapat menentukan pilihan sesuai dengan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain.
- g. Mempunyai perencanaan untuk kemajuan masa depan.
- h. Bebas secara emosi dari orang tua, tidak tergantung pada orang tua atau orang lain dalam hal pememuhan kebutuhan emosi.
- i. Mempunyai kehendak yang kuat, orang yang mandiri mempunyai tekad yang kuat dan tidak mudah berputus asa dalam upaya mewujudkan keinginannya.
- j. Puas dengan keputusan sendiri, orang yang mandiri mempertimbangkan manfaat maupun kerugian setiap keputusan yang diambilnya dan merasa puas dengan pilihannya sendiri.
- k. Menghargai waktu, orang yang mandiri akan selalu memanfaatkan waktu dengan baik, mengisi waktunya dengan kegiatan yang berguna.
- l. Bertanggung jawab, orang yang mandiri akan bertanggung jawab dengan apa yang dikerjakannya
- m. Mampu menghindari pergaulan yang bersigat negatif.

- n. Mampu menerima kritik.
- o. Mampu menerima perbedaan pendapat.
- p. Mempunyai hubungan baik dengan orang lain.

Menurut Sopian (2005) dalam Susanto (2018) karakteristik pribadi yang mandiri yaitu :

- a. Memiliki kebebasan untuk bertindak laku, membuat keputusan dan tidak cemas, takut ataupun malu bila keputusan yang diambil tidak sesuai dengan pilihan atau keyakinan orang lain.
- b. Mempunyai kemampuan untuk menemukan akar masalah, mencari alternatif pemecahan masalah, mengatasi masalah dan berbagai tantangan serta kesulitan lainnya tanpa harus mendapat bimbingan dari orangtua atau orang dewasa lainnya dan juga dapat membuat keputusan dan mampu melaksanakan yang diambil.
- c. Mampu mengontrol dirinya dan perasaannya, sehingga tidak memiliki rasa takut, cemas, ragu, tergantung, dan marah yang berlebihan dalam berhubungan dengan orang lain.
- d. Mengendalikan diri sendiri untuk menjadi penilai mengenai apa yang terbaik bagi dirinya, serta berani mengambil resiko atas perbedaan kebutuhan dan nilai-nilai yang diyakini serta perselisihan dengan orang lain.

- e. Menunjukkan tanggung jawab terhadap diri sendiri dan orang lain, yang dipelihara dalam kemampuannya membedakan kehidupan dirinya dan kehidupan orang lain, namun tetap menunjukkan loyalitas.
- f. Memerlihatkan inisiatif yang tinggi melalui ide-idenya dan sekaligus mewujudkan idenya tersebut, juga ditunjukkan dengan kemauannya untuk mencoba hal baru.
- g. Memiliki kepercayaan diri yang kuat dengan menunjukkan keyakinan atas segala tingkah laku yang ia lakukan dan menunjukkan sikap yang tidak takut menghadapi suatu kegagalan.

2.2.4 Aspek-aspek Kemandirian

Definisi tentang kemandirian tersebut maka akan memberikan gambaran tentang aspek-aspek kemandirian yaitu aspek kognitif, afektif, dan psikomotorik. Menurut Gea, 2002 (dalam A Permadani, 2012) yaitu :

a. Kemampuan Kognitif

Aspek kognitif yaitu aspek yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan dan keyakinan seseorang tentang sesuatu, dimana meliputi tentang kemampuan :

1. Mengetahui (*knowledge*) yaitu kemampuan mengingat apa yang sudah dipelajari.
2. Memahami (*comprehension*) yaitu kemampuan menangkap makna yang dipelajari.

3. Penerapan (*application*) yaitu kemampuan untuk menggunakan hal yang sudah dipelajari ke dalam situasi baru yang konkrit.
 4. Menganalisis (*analysis*) yaitu kemampuan untuk merinci hal yang sudah dipelajari kedalam unsur-unsur supaya struktur organisasinya dapat dimengerti.
 5. Mensintesis (*synthesis*) yaitu kemampuan untuk mengumpulkan bagian-bagian untuk membentuk suatu kesatuan yang baru.
 6. Mengevaluasi (*evaluation*) yaitu kemampuan untuk menentukan nilai sesuatu yang dipelajari untuk sesuatu tujuan tertentu.
- b. Kemampuan afektif
- Aspek afektif yaitu aspek yang berkaitan dengan perasaan seseorang terhadap sesuatu seperti halnya hasrat, keinginan ataupun kehendak yang kuat terhadap sesuatu kebutuhan. Kemampuan afektif meliputi :
1. Menerima (*receiving*) yaitu ketersediaan untuk memperhatikan.
 2. Menanggapi (*responding*) yaitu ikut berpartisipasi.
 3. Menghargai (*volving*) yaitu penghargaan kepada benda, gejala, atau perbuatan tertentu.
 4. Membentuk (*organization*) yaitu memadukan nilai-nilai yang berbeda, menyelesaikan pertentangan, dan membentuk sistem nilai yang bersifat konsisten dan internal.
 5. Berpribadi (*characterization of value of complex*) yaitu memiliki sistem nilai mengendalikan perbuatan untuk menumbuhkan *life style* yang mantap.

c. Kemampuan psikomotorik

Aspek psikomotorik yaitu kemampuan yang menyangkut kegiatan otot dan fisik. Tekanan kemampuan yang menyangkut koordinasi syaraf otot. Jadi kemampuan psikomotorik ini menyangkut penguasaan tubuh dan gerak anggota tubuh.

Dari ketiga aspek yang telah dijelaskan di atas yaitu aspek kognitif, afektif, dan psikomotorik, kemampuan yang hendak diteliti yaitu :

a. Aspek Kognitif

Peneliti ingin meneliti tentang kemampuan responden dalam mengetahui (*knowledge*), memahami (*comprehension*), dan penerapan (*application*).

b. Aspek Afektif

Pada bagian aspek afektif peneliti ingin meneliti mengenai kemampuan menerima (*receiving*), kemampuan menanggapi (*responding*), kemampuan menghargai (*volving*), dan kemampuan membentuk (*organization*).

Untuk kemampuan berpribadi menurut peneliti dalam membentuk responden yang memiliki system nilai yang mengendalikan perbuatan untuk menumbuhkan *life style* yang mantap akan sulit, karena gaya hidup atau *life style* yang mantap dipengaruhi banyak hal, salah satunya adalah budaya yang ada di masyarakat sekitar tempat tinggal.

2.2.5 Tingkatan dan Karakteristik Kemandirian

Perkembangan kemandirian seseorang berlangsung secara bertahap sesuai dengan tingkat perkembangan kemandirian tersebut. Menurut Desmita (2014), mengemukakan tingkat kemandirian dan karakteristik, yaitu :

- a. Tingkat pertama adalah tingkat impulsif dan melindungi diri, yang artinya seorang peserta didik bertindak spontanitas tanpa berfikir terlebih dahulu. Ciri-cirinya adalah sebagai berikut :
 1. Peduli terhadap kontrol dan keuntungan yang dapat diperoleh dari interaksinya dengan orang lain
 2. Mengikuti aturan secara spontanistik dan hedonistik
 3. Berfikir tidak logis dan tertegun pada cara berfikir tertentu
 4. Cenderung melihat kehidupan sebagai zero-sum games
 5. Cenderung menyalahkan orang lain dan mencela orang lain serta lingkungannya.
- b. Tingkat kedua, adalah tingkat konformistik artinya seseorang cenderung mengikuti penilaian orang lain. Karakteristiknya sebagai berikut:
 1. Peduli terhadap penampilan diri dan penerimaan sosial
 2. Cenderung akan konformitas terhadap aturan eksternal.
 3. Bertindak dengan motif yang dangkal untuk memperoleh pujian
 4. Menyamar diri dalam ekspresi emosi dan kurangnya introspeksi
 5. Perbedaan kelompok didasarkan atas ciri eksternal
 6. Takut tidak diterima kelompok
 7. Tidak sensitif terhadap keindividuan

- c. Tingkat ketiga, adalah tingkat sadar diri artinya proses mengenali kepribadian dalam diri. Ciri-cirinya sebagai berikut :
1. Mampu berfikir alternatif
 2. Melihat berbagai harapan dan kemungkinan dalam situasi
 3. Peduli untuk mengambil manfaat dari kesempatan yang ada
 4. Menekan pada pentingnya memecahkan masalah
 5. Memikirkan cara hidup
 6. Penyesuaian terhadap situasi dan peranan.
- d. Tingkat keempat adalah tingkat saksama (conscientious). Ciri-cirinya sebagai berikut :
1. Bertindak atas dasar-dasar nilai internal
 2. Mampu melihat diri sebagai pembuat pilihan dan pelaku tindakan
 3. Mampu melihat keragaman emosi, motif, dan perspektif diri sendiri maupun orang lain.
 4. Sadar akan tanggung jawab
 5. Mampu melakukan kritik dan penilaian diri
 6. Peduli akan hubungan mutualistik
 7. Cenderung melihat peristiwa dalam konteks sosial
 8. Berfikir lebih kompleks.
- e. Tingkat kelima adalah tingkat individualitas artinya kepribadian yang dapat membedakan diri dengan orang lain. Ciri-cirinya sebagai berikut:
1. Peningkatan kesadaran individualitas
 2. Kesadaran akan konflik kemandirian dan ketergantungan

3. Menjadi lebih toleran terhadap diri sendiri dan orang lain
 4. Mengenal dirinya lebih dalam
 5. Mampu bersikap toleran terhadap pertentangan dalam sebuah kehidupan
 6. Membedakan kehidupan internal dan kehidupan luar dirinya
 7. Peduli akan perkembangan dan masalah-masalah sosial
- f. Tingkat keenam, tingkat mandiri, karakteristiknya yaitu :
1. Memiliki pandangan hidup sebagai suatu keseluruhan
 2. Cenderung bersikap realistis dan objektif terhadap diri sendiri dan orang lain
 3. Mempunyai sifat toleransi
 4. Peduli dengan diri sendiri
 5. Mempunyai rasa keberanian dalam menyelesaikan masalah internal
 6. Responsif terhadap kemandirian orang lain
 7. Sadar akan sikap manusia saling ketergantungan terhadap orang lain
 8. Mampu mengekspresikan perasaan dengan penuh keyakinan dan keceriaan.

2.2.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian

Kemandirian bukan merupakan sikap bawaan dari diri manusia itu sendiri akan tetapi dapat juga dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya yaitu :

- a. Faktor keturunan.

Keturunan atau gen orangtua sangat kuat dalam mewarisi kemandirian anaknya. Orangtua yang memiliki sifat kemandirian tinggi sering kali menurunkan anak yang memiliki kemandirian juga. Jadi, faktor keturunan orangtua dapat menjadi mempengaruhi kemandirian pada anaknya, selain juga karena cara orangtua mendidik anak.

b. Pola asuh.

Cara orangtua mengasuh atau mendidik anaknya akan memengaruhi perkembangan kemandirian anaknya. Orangtua yang otoriter, terlalu banyak melarang kepada anak tanpa disertai penjelasan yang rasional akan menghambat perkembangan kemandirian anak. Namun sebaliknya, orangtua yang demokratis mampu menciptakan suasana aman dalam interaksi keluarganya akan dapat mendorong kelancaran perkembangan anak. Begitu juga orangtua yang terlalu bebas, serta membanding-bandingkan anak satu dengan lainnya akan berpengaruh kurang baik terhadap perkembangan kemandirian anak.

c. Lingkungan

Lingkungan masyarakat yang damai dan mana akan menciptakan kemandirian dari seseorang. Artinya disini adalah lingkungan yang mendukung kegiatan dalam bermasyarakat, tidak mengancam seseorang maka akan mendorong munculnya kemandirian. Lingkungan ini dapat dibedakan menjadi 2, antara lain :

1. Lingkungan eksternal

Perkembangan manusia dalam usaha untuk menciptakan kemandirian dipengaruhi dalam hal ini oleh lingkungan luar adalah pergaulan. Pergaulan antara kelompok maupun masyarakat. Manusia tidak dapat terlepas dengan interaksi dengan masyarakat, secara tidak langsung pergaulan ini sangat mempengaruhi kepribadian manusia itu sendiri. Pergaulan yang positif akan menciptakan kepribadian yang baik sehingga dapat meningkatkan perkembangan manusia, dalam hal ini kemandirian manusia akan perlahan nampak, begitu juga sebaliknya.

2. Lingkungan internal

Lingkungan internal dalam hal ini diartikan sebagai keluarga. Keluarga merupakan hal yang paling utama dan pertama untuk melakukan interaksi sosial dan mengenal perilaku-perilaku yang dilakukan oleh orang lain. Keluarga juga sebagai tonggak awal dalam pengenalan budaya-budaya masyarakat tentang pribadi dan sifat orang lain di luar darinya. Dengan demikian keluarga merupakan wadah yang memiliki arti penting dalam pembentukan karakter, hubungan kekerabatan, sosial dan kreativitas sehingga berpengaruh untuk meningkatkan potensi diri, kemandirian, dan kepribadian manusia (Ulfiyah, 2016).

d. Pengalaman

Pengalaman diartikan sebagai sesuatu yang pernah dijalani dan dirasakan. Pengalaman tersebut terjadi dengan adanya interaksi

seseorang atau kelompok dengan lingkungannya. Pengalaman hidup merupakan gambaran lengkap dari kehidupan seseorang. Pengalaman merupakan guru yang baik, yang menjadi sumber pengetahuan. Selain itu pengalaman dapat diartikan sebagai memori yang menerima dan menyimpan peristiwa-peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu. Dengan demikian, pengalaman dapat diberikan kepada siapapun untuk digunakan serta menjadi pembelajaran yang berharga.

e. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan potensi manusia sehingga mampu membentuk kepribadian manusia yang matang secara lahir dan batin. Pendidikan dalam kehidupan merupakan hal yang penting, karena dapat menjadikan proses pendewasaan manusia secara batiniah dan lahiriah maupun pendewasaan bagi sikap dan perilaku untuk menuju manusia yang ideal. Pada dasarnya tujuan pendidikan ditanamkan sejak manusia masih dalam kandungan, lahir, hingga dewasa yang sesuai dengan perkembangannya sehingga kepribadian dan potensi yang ada dalam diri dapat berkembang sesuai dengan perkembangannya. Pendidikan juga merupakan bentuk upaya pembelajaran kepada masyarakat sehingga masyarakat melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah) serta meningkatkan kesehatan. Sehingga dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilaku seseorang (pola hidup) terutama dalam

memotivasi untuk sikap adanya perubahan. Pada umumnya semakin tinggi tingkat pendidikan manusia, maka semakin mudah menerima informasi, begitu sebaliknya. Adapun dengan pendidikan rendah maka seseorang akan mudah dipengaruhi oleh lingkungan maupun tradisi yang berlaku.

f. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari panca indra manusia atau hasil tahu dari suatu objek melalui panca indra yang dimiliki manusia. Pengetahuan dipengaruhi oleh adanya pendidikan formal, dimana pengetahuan ini berhubungan dengan pendidikan. Artinya bahwa pendidikan yang tinggi maka seseorang akan luas pengetahuannya. Pengetahuan terhadap suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap dan pemikiran seseorang. Semakin banyak aspek positif dan objek yang di amati maka dapat menimbulkan sikap positif terhadap objek tersebut.

g. Dukungan

Dukungan dalam hal ini diartikan terhadap dukungan dari keluarga maupun orangtua. Dukungan orangtua sebagai interaksi dalam hal perawatan, kehangatan, persetujuan, dan berbagai perasaan positif orangtua terhadap anak. Dengan demikian anak akan merasa lebih nyaman dengan kehadiran orangtua. Dukungan orangtua kepada anak bisa berupa dukungan emosi dan instrumental. Dukungan emosi mengarah pada aspek emosi dalam relasi antara orangtua dan anaknya yang berupa

perilaku fisik yang menunjukkan dorongan atau motivasi dan komunikasi yang positif. Dukungan instrumental mencakup perilaku tidak menunjukkan afeksi secara terbuka, namun masih berkontribusi pada perasaan yang diterima dan disetujui.

Dukungan orangtua yang baik adalah dukungan otonom dan dukungan direktif. Dalam dukungan otonom orangtua bertindak sebagai fasilitator untuk menyelesaikan suatu masalah, membuat pilihan, dan menentukan nasib sendiri. Akan tetapi dukungan direktif, orangtua banyak memberikan instruksi, mengendalikan, dan cenderung mengambil alih (Lestari, 2016)

h. Kepribadian

Kepribadian merupakan semua corak perilaku dan kebiasaan individu yang terhimpun dalam dirinya dan digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsangan baik dari luar maupun dari dalam. Perilaku dan kebiasaan merupakan kesatuan yang khas pada seseorang. Perkembangan ini bersifat dinamis, yang artinya selama individu masih bertambah pengetahuannya dan mau belajar serta menambah pengalaman dan ketrampilan, mereka akan semakin matang dalam kepribadiannya. Dapat dikatakan bahwa kepribadian itu bersumber dari bentuk sesuatu hal yang kita terima dari lingkungan, sebagai contoh bentuk dari keluarga pada masa kecil dan bawaan sejak lahir. Sehingga kepribadian sebenarnya merupakan gabungan hal-hal yang bersifat psikologi, kejiwaan, dan juga bersifat fisik. Prinsip dari

kepribadian seseorang adalah bagaimana seseorang merespon terhadap masalah.

i. Kemampuan

Kemampuan adalah suatu kesanggupan dalam melakukan sesuatu. Seseorang dikatakan mampu apabila dia dapat melakukan tugas atau sesuatu yang harus dilakukan. Pendapat lain mengatakan bahwa kemampuan merupakan tenaga (daya kekuatan) untuk melakukan suatu perbuatan. Kemampuan juga dapat disebut dengan kompetensi yang artinya skill, power, knowledge, kecakapan, serta wewenang, maksudnya adalah kompetensi memiliki kemampuan dan ketrampilan dalam bidangnya sehingga dapat mempunyai kewenangan atau otoritas untuk melakukan sesuatu dalam batas ilmunya, dengan tiga domain yang meliputi, pengetahuan, ketrampilan, dan sikap yang membentuk dalam pola pikir dan bertindak dalam sehari-hari. Dapat disimpulkan bahwa kemampuan adalah kecakapan atau potensi menguasai suatu keahlian yang merupakan bawaan sejak lahir atau hasil latihan dan digunakan untuk mengerjakan sesuatu yang diwujudkan melalui tindakan. Faktor yang mempengaruhi kemampuan antara lain:

1. Kemampuan intelektual

Kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas mental, berpikir, menalar, dan memecahkan masalah.

2. Kemampuan fisik

Kemampuan tugas-tugas yang menuntut stamina, ketrampilan, kekuatan dan karakteristik serupa.

j. Paritas

Paritas adalah jumlah banyaknya kelahiran hidup yang dimiliki oleh setiap wanita. Hal ini dapat diartikan bahwa seorang wanita yang telah melahirkan dengan jumlah tertentu (Varney, 2009). Menurut Varney (2009) ada beberapa klasifikasi dalam paritas, diantaranya :

1. Primipara

Primipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan hanya seorang anak atau melahirkan anak yang pertama.

2. Multipara

Multipara adalah seorang wanita yang sedang hamil atau yang telah melahirkan dua anak atau lebih.

3. Grandemultipara

Grandemultipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan lima kali atau lebih.

k. Pekerjaan

Bekerja merupakan suatu kegiatan atau aktivitas yang dilaksanakan sesuai dengan tugasnya, kemudian diberikan penghasilan atau buah hasil yang dapat dinikmati oleh orang yang bersangkutan. Beberapa aktivitas dalam pekerjaan untuk kegiatan sosial, menghasilkan sesuatu, serta pada akhirnya untuk memenuhi kebutuhannya. Jadi pada hakikatnya orang bekerja, tidak saja untuk mempertahankan

kelangsungan hidupnya, tetapi juga untuk mencapai taraf hidup yang lebih baik.

l. Usia

Usia atau umur adalah satuan waktu yang mengukur keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Terdapat beberapa jenis perhitungan usia antara lain :

1. Usia kronologis

Usia ini perhitungan yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu perhitungan usia.

2. Usia mental

Perhitungan usia yang didapatkan dari taraf kemampuan mental seseorang.

3. Usia biologis

Perhitungan usia ini berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki seseorang.

m. Kebudayaan

Kebudayaan didefinisikan sebagai seluruh tingkah laku dan hasil tingkah laku manusia yang teratur oleh tata kelakuan yang harus didupakannya dengan belajar dan semuanya tersusun dalam kehidupan masyarakat.

2.2.7 Level Kemandirian

Level kemandirian fungsional dalam FIM (Fungsional Independent Measure) dalam Trombly & Quintana (2003) adalah :

a. Mandiri

Apabila seseorang tidak memerlukan bantuan untuk melakukan sebuah aktivitas

1. Mandiri penuh : dikatakan mandiri penuh bila seluruh tugas yang ditentukan mampu dikerjakan secara aman tanpa alat bantu dan tidak membutuhkan waktu lama.
2. Mandiri dengan modifikasi : dikatakan mandiri dengan modifikasi bila mampu mengerjakan aktivitas dengan bantuan atau membutuhkan waktu yang lebih lama dan mempertimbangkan keselamatan atau resiko.

b. Ketergantungan

Seseorang dibutuhkan untuk melakukan supervise atau memerlukan bantuan fisik untuk melakukan aktivitas jika tidak mampu mengerjakan dengan kata lain seseorang memerlukan bantuan untuk mengerjakan aktivitasnya.

2.3 Konsep Keluarga Berencana

2.3.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk

kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim. (Purwoastuti & Walyani, 2015).

Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang paling dasar dan utama bagi wanita, meskipun tidak selalu diakui demikian. Peningkatan dan perluasan pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang sedemikian tinggi akibat kehamilan yang dialami oleh wanita. Banyak wanita yang harus menentukan pilihan kontrasepsi yang sulit, tidak hanya terbatasnya jumlah metode yang tersedia tetapi juga karena metode-metode tertentu mungkin tidak dapat diterima sehubungan dengan kebijakan nasional KB, kesehatan individual dan seksualis wanita atau biaya untuk memperoleh kontrasepsi (Tresnawati, 2013).

Keluarga Berencana menurut UU No. 10 th 1992 adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

2.3.2 Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran

anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori pembangunan menurut Alex Inkeles dan David Smith yang mengatakan bahwa pembangunan bukan sekadar perkara pemasok modal dan teknologi saja tapi juga membutuhkan sesuatu yang mampu mengembangkan sarana yang berorientasi pada masa sekarang dan masa depan, memiliki kesanggupan untuk merencanakan dan percaya bahwa manusia dapat mengubah alam, bukan sebaliknya.

Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015) tujuan umum dari keluarga berencana yaitu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan Normal Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk. Sedangkan tujuan khususnya yaitu meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran

2.3.3 Sasaran Program Keluarga Berencana

Sasaran utama dari pelayanan KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS). Pelayanan KB diberikan di berbagai unit pelayanan baik oleh pemerintah maupun swasta dari tingkat desa hingga tingkat kota dengan kompetensi yang

sangat bervariasi. Pemberi layanan KB antara lain adalah Rumah Sakit, Puskesmas, dokter praktek swasta, bidan praktek swasta dan bidan desa.

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

2.3.4 Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah suatu alat, obat atau cara yang digunakan untuk mencegah terjadinya konsepsi atau pertemuan antara sel telur dan sperma di dalam kandungan/rahim. Dalam menggunakan kontrasepsi, keluarga pada umumnya mempunyai perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai. Tujuan tersebut diklasifikasikan dalam tiga kategori, yaitu menunda/mencegah kehamilan, menjarangkan kehamilan, serta menghentikan / mengakhiri kehamilan atau kesuburan. Cara kerja kontrasepsi bermacam macam tetapi pada umumnya yaitu :

1. Mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi.
2. Melumpuhkan sperma.
3. Menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma.

2.3.5 Macam-macam Kontrasepsi

a) Kontrasepsi Alami

1. Metode Amenorea Laktasi

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. Cara kerjanya yaitu penundaan/penekanan ovulasi (Prawirohardjo, 2012).

2. Metode Kalender

Pantang berkala atau lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami isteri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur. Metode ini lebih efektif bila dilakukan secara baik dan benar. Dengan penggunaan system kalender setiap pasangan dimungkinkan dapat merencanakan setiap kehamilannya. (Melani, dkk, 2012). Metode kalender memerlukan ketekunan ibu untuk mencatat waktu menstruasinya selama 6-12 bulan agar waktu ovulasi dapat ditentukan.

3. Metode Suhu Badan Basal

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan pada perubahan suhu tubuh. Pengukuran dilakukan dengan pengukuran suhu basal (pengukuran suhu yang dilakukan ketika bangun tidur sebelum beranjak dari tempat tidur). Tujuan pengukuran ini adalah mengetahui masa ovulasi. Waktu pengukuran harus dilakukan pada saat yang sama setiap pagi dan setelah tidur nyenyak $\pm 3 - 5$ jam serta dalam keadaan istirahat. Suhu tubuh basal dapat meningkat sebesar $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$ ketika ovulasi. Peningkatan suhu basal dimulai 1-2 hari setelah ovulasi disebabkan peningkatan hormon progesteron (Yuhedi & Kurniawati, 2015).

4. Metode Lendir Serviks

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan perubahan siklus lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen (Yuhedi &

Kurniawati, 2015). Perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi adalah sebagai berikut :

- a) Terdapat beberapa hari setelah menstruasi di mana wanita memiliki pola kering pada vulva yang tidak berubah. Beberapa wanita dapat memperlihatkan adanya rabas tetapi biasanya karakteristik sama dari hari ke hari. Keadaan ini dikenal sebagai pola infertil dasar (*basic infertile pattern - BIP*). Pada fase ini dianggap masa tidak subur.
- b) Selanjutnya fase praovulasi. Wanita harus memperhatikan adanya perubahan dari pola infertil dasar pada sensasi yang terjadi di vulva atau dari penampilan lendir. Perubahan ini menunjukkan dimulainya masa subur dalam suatu siklus. Perubahan sensasi dari keadaan basah menjadi licin dapat terlihat pada vulva. Jumlah lendir akan meningkat sehingga menjadi jernih dan mudah diregangkan, dengan konsistensi seperti putih telur (*spinnbarkeit*). Hari terakhir sensasi lendir di vulva disebut hari puncak, ini merupakan hari yang pasti terjadi walaupun tidak terlihat lendir, keadaan ini merupakan fase subur yang maksimal. Tiga hari setelah puncak masih merupakan hari-hari subur karena ovulasi terjadi selama 48 jam pada hari puncak dan ovum dapat bertahan hidup sampai 24 jam.

- c) Hari-hari tidak subur pascaovulasi dimulai pada hari keempat setelah masa puncak dan berlanjut sampai menstruasi. Menstruasi dapat terjadi 11-16 hari setelah puncak.

5. Metode Simto Ternal

Metode ini menggunakan perubahan siklus lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen untuk menentukan saat yang aman untuk bersenggama. Metode simto termal ini gabungan dari metode suhu basal, metode lendir serviks, dan metode kalender (Yuhedi & Kurniawati, 2015).

6. Coitus Interruptus

Senggama Terputus (*Koitus Interruptus*), ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi. Hal ini berdasarkan kenyataan, bahwa akan terjadinya ejakulasi disadari sebelumnya oleh sebagian besar laki-laki, dan setelah itu masih ada waktu kira-kira “detik” sebelum ejakulasi terjadi. Waktu yang singkat ini dapat digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina.

Kelebihan dari cara ini adalah tidak memerlukan alat/obat sehingga relatif sehat untuk digunakan wanita dibanding dengan metode kontrasepsi lain, resiko kegagalan dari metode ini cukup tinggi. (Padila, 2014:200).

b) Kontrasepsi Modern

1. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Berbagai bahan yang ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya maupun berbagai aktivitas seksual. Kondom ini tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS (Prawirohardjo, 2012). Cara kerja kondom adalah menghalangi spermatozoa agar tidak masuk kedalam traktus genitalia interna wanita. (Yuhedi & Kurniawati, 2015).

2. Kontrasepsi Barrier Intra Vagina

a) Kondom Wanita

Kondom wanita sebenarnya merupakan kombinasi antara diafragma dan kondom. Alasan utama dibuatnya kondom wanita karena kondom pria dan diafragma biasa tidak dapat menutupi daerah perineum sehingga masih ada kemungkinan penyebaran mikroorganisme penyebab IMS. (Yuhedi & Kurniawati, 2015)

b) Spermisida

Spermisida adalah suatu zat atau bahan kimia yang dapat mematikan dan menghentikan gerak atau melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina, sehingga tidak dapat membuahi sel telur. Spermisida dapat berbentuk tablet vagina, krim dan jelly, aerosol (busa/foam), atau tisu KB. Cukup efektif apabila dipakai dengan kontrasepsi lain seperti kondom dan diafragma.

3. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a) Pengertian AKDR

Alat Kontrasepsi dalam rahim (AKDR) merupakan alat yang dipasang di dalam uterus melalui kanalis servikalis. AKDR ada yang diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga ataupun mengandung hormon (Gilly Andrews, 2010).

Pengertian AKDR atau IUD atau Spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan di masukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2010).

b) Jenis AKDR

Jenis - jenis IUD yang dipakai di Indonesia antara lain :

1) Copper-T

Menurut Imbarwati (2009). IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan tembaga halus ini mempunyai efek anti fertilitas (anti pembuahan) yang cukup baik.

2) Progestasert IUD (melepaskan progesteron) hanya efektif untuk

1 tahun dan dapat digunakan untuk kontrasepsi darurat Copper-7. Menurut Imbarwati (2009). IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan

ditambahkan gulungan kawat tembaga luas permukaan 200 mm², fungsinya sama dengan lilitan tembaga halus pada IUD Copper-T.

3) Multi load

Menurut Imbarwati (2009), IUD ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjang dari ujung atas ke ujung bawah 3,6 cm. Batang diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi load yaitu standar, small, dan mini.

4) Lippes loop

Menurut Imbarwati (2009), IUD ini terbuat dari polyethelene, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya Lippes loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan tipe D berukuran 30 mm dan tebal (benang putih).

c) Mekanisme Kerja AKDR

1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii

- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilasi
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus
(Buku Pedoman Praktis Pelayanan Kontrasepsi BKKBN,2011)

d) Keuntungan AKDR

- 1) Sebagai kontrasepsi efektivitasnya tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti-ganti)
- 4) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- 5) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)

- 6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- e) Kerugian atau Efek Samping AKDR
- 1) Efek samping yang umum terjadi
 - (a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
 - (b) Haid lebih lama dan banyak
 - (c) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
 - (d) Saat haid lebih sakit
 - 2) Komplikasi lain
 - (a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
 - (b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
 - (c) Perforasi inding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar)
 - 3) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.

(Buku Paduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi BKKBN,2011)
- f) Indikasi Pemakaian AKDR
- 1) Usia reproduktif
 - 2) Keadaan nulipara
 - 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang

- 4) Ibu menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- 5) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
- 6) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama
- 7) Pada umumnya ibu apat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif.

g) Kontraindikasi Pemakaian AKDR

- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat devaluasi)
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (servisititis,vaginitis)
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik
- 5) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm

(Buku Paduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi BKKBN, 2011)

4. Implan

a) Pengertian Implan

Implan atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4 cm yang didalamnya terdapat hormon progesteron, implan ini kemudian dimasukkan kedalam kulit dibagian lengan atas. Hormon tersebut kemudian akan dilepaskan secara perlahan dan implan ini dapat efektif sebagai alat kontrasepsi selama 3 tahun. (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

b) Jenis Implan

1) Norplant

Noplant terdiri dari 6 kapsul, yang secara total bermuatan 216 mg levornogestrel. Panjang kapsul adalah 34 mm dengan diameter 2,4 mm. Setelah penggunaan selama 5 tahun, ternyata masih tersimpan sekitar 50% bahan aktif levonorgestrel asal yang belum terdistribusi ke jaringan interstisial dan sirkulasi. Enam kapsul norplant di pasang menurut konfigurasi kipas dilapisi di lapisan subderma (Prawirohardjo, 2012).

2) Implanon dan Sinoplant

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestel dan lama kerjanya 3 tahun. (Mulyani & Rinawati, 2013).

3) Indoplant /Jadena

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerjanya 3 tahun. (Mulyani & Rinawati, 2013).

c) Mekanisme Kerja Implan

Implan mencegah terjadinya kehamilan melalui berbagai cara. Seperti kontrasepsi progestin pada umumnya, mekanisme utamanya adalah menebalkan mukus serviks sehingga tidak dilewati oleh sperma. Walaupun pada konsentrasi yang rendah, progestin akan menimbulkan pengentalan mukus serviks.

d) Keuntungan Implan

- 1) Daya guna tinggi
- 2) Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun
- 3) Pengambilan tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan implan
- 4) Melindungi terjadinya kanker endometrium

(Mulyani & Rinawati,2013)

e) Kerugian atau Efek Samping Implan

- 1) Amenorea

Lakukan pemeriksaan kehamilan untuk memastikan apakah klien hamil atau tidak. Apabila klien tidak hamil, tidak perlu penanganan khusus. Apabila terjadi kehamilan dan ingin melanjutkan kehamilan, cabut implan.

- 2) Perdarahan bercak (spotting) ringan

Tidak perlu tindakan apapun jika tidak ada masalah dan klien hamil. Apabila terjadi perdarahan yang lebih banyak dari biasa. Beri 2 tablet pil kombinasi selama 3-7 hari kemudian lanjutkan dengan 1 siklus pil kombinasi.

- 3) Ekspulsi

Cabut kapsul ekspulsi, periksa apakah terdapat tanda infeksi daerah insersi bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, pasang 1 buah kapsul baru pada

tempat insersi yang berbeda. Bila ada infeksi, cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru pada lengan yang lain.

4) Infeksi pada daerah insersi

Bila terdapat infeksi tanpa nanah, bersihkan dengan, sabun, air, dan antiseptik. Berikan antibiotik selama 7 hari, tetapi implan tidak perlu dilepas dan minta klien untuk kembali setelah 7 hari. Apabila tidak terjadi perbaikan. Cabut implan.

5) Peningkatan atau penurunan berat badan

Beri tahu klien bahwa perubahan berat badan 1-2 kg adalah normal.

f) Indikasi Pemakaian Implan

- 1) Wanita usia reproduksi
- 2) Wanita nulipara atau yang sudah mempunyai anak atau yang belum mempunyai anak.
- 3) Wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi.

g) Kontraindikasi Pemakaian Implan

- 1) Wanita yang hamil atau dicurigai hamil
- 2) Wanita yang mengalami perdarahan per vagina yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Wanita hipertensi

4) Penderita penyakit jantung, diabetes militus.

(Yuhedi & Kurniawati, 2015).

5. Kontrasepsi Suntik

a. DMPA (Depo Medroksi Progesteron Asetat)

1) Pengertian DMPA

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi yang disuntikan ke dalam tubuh dalam jangka waktu tertentu, kemudian masuk ke dalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan. Salah satu kontrasepsi modern yang sering digunakan antara lain adalah DMPA yang berisi Depo Medroksi Progesteron Asetat sebanyak 150 mg dengan guna 3 bulan.

2) Cara Kerja

- a) Mencegah ovulasi, kadar progestin tinggi sehingga menghambat lonjakan Luteinizing Hormone (LH) secara efektif sehingga tidak terjadi ovulasi. Kadar Follicle-Stimulating Hormone (FSH) dan LH menurun dan tidak terjadi lonjakan LH (LH Surge). Menghambat perkembangan folikel dan mencegah ovulasi.
- b) Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, mengalami penebalan mukus serviks yang mengganggu penetrasi sperma.
- c) Membuat endometrium menjadi kurang layak atau baik untuk implantasi dari ovum yang telah di buahi, yaitu mempengaruhi

perubahan-perubahan menjelang stadium sekresi, yang diperlukan sebagai persiapan endometrium untuk memungkinkan nidasi dari ovum yang telah di buahi.

d) Menghambat transportasi gamet dan tuba, mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi atau memberikan perubahan terhadap kecepatan transportasi ovum (telur) melalui tuba.

3) Keuntungan Menggunakan KB Suntik

- a) Keberhasilan KB suntik 3 bulan 99,7 %
- b) Sangat efektif, karena mudah digunakan tidak memerlukan aksi sehari-hari dalam penggunaan kontrasepsi suntik ini tidak banyak dipengaruhi kelalaian atau faktor lupa dan sangat praktis.
- c) Efek samping sangat kecil yaitu tidak mempunyai efek yang serius terhadap kesehatan.

4) Kekurangan Menggunakan KB Suntik

Dapat mengalami perdarahan bercak di luar siklus haid atau justru haid menjadi jarang. Setelah Anda berhenti menyuntik, mungkin butuh waktu beberapa bulan untuk kembali pada siklus biasa. Jarang terjadi perdarahan yang banyak, tidak dapat haid, perlu suntikan ulangan teratur, perlu kontrol atau kunjungan berkala untuk evaluasi.

5) Indikasi

- a) Usia reproduksi (20-30 tahun)
 - b) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak
 - c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi
 - d) Menyusui ASI pasca persalinan lebih dari 6 bulan
 - e) Pasca persalian dan tidak menyusui
- 6) Kontraindikasi
- a) Hamil atau dicurigai hamil (reaksi cacat pada janin > 100.000 kelahiran)
 - b) Ibu yang menderita sakit kuning (liver),
 - c) Kelainan jantung,
 - d) Varises (urat kaki keluar),
 - e) Hipertensi (tekanan darah tinggi)
 - f) Kanker payudara atau organ reproduksi,

(Irianto, K. 2014)

b. Suntik 1 Bulan

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik 1 bulan yaitu kontrasepsi suntik bulanan merupakan metode suntikan yang pemberiannya tiap bulan dengan jalan penyuntikan secara muscular sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormon progesteron dan estrogen pada wanita usia subur (Mulyani dan Rinawati, 2013). Kontrasepsi 1 bulan merupakan jenis kontrasepsi hormonal, kombinasi 2 jenis hormon yang terdiri dari 25 mg depo

medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat yang diberikan secara parental (injeksi) IM sebulan sekali (cyclofem) (Syafrudin dkk, 2011).

2) Cara Kerja

KB suntik satu bulan atau KB kombinasi bekerja dengan cara menekan ovulasi membuat lendir serviks menjadi lebih kental sehingga mengganggu pergerakan sperma, mengganggu proses penempelan hasil konsepsi akibat atrofi endometrium dan menghambat transformasi gamet oleh tuba (Syafrudin dkk, 2011).

3) Efektivitas

Menurut Mulyani dan Rinawati (2013), efektifitas KB suntik 1 bulan sangat efektif yaitu sebesar 0,1 – 04 kehamilan per 100 perempuan selama setahun pertama penggunaan.

4) Keuntungan Suntik 1 Bulan

Keuntungan KB suntik 1 bulan yang cukup banyak, yaitu risiko terhadap kesehatan kecil, tidak mengganggu hubungan suami istri, tidak perlu pemeriksaan dalam, merupakan jenis kontrasepsi jangka panjang, efek samping kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

5) Kerugian / Efek Samping Suntik 1 Bulan

Menurut Suratun (2009), efek samping dan penanggulangan pemakaian kontrasepsi KB Suntik 1 bulan yaitu:

a) Gangguan haid

Gejala dan keluhan:

(1) Amenore tidak datangnya haid selama akseptor mengikuti suntikan KB selama 3 bulan berturut-turut atau lebih.

(2) Spotting adalah bercak perdarahan di luar haid yang terjadi selama akseptor mengikuti KB suntik.

(3) Metroragia adalah perdarahan yang berlebihan di luar siklus haid.

b) Peningkatan berat badan yaitu berat badan bertambah atau turun beberapa kilogram dalam beberapa bulan setelah pemakaian suntikan KB.

6) Indikasi

Indikasi yang boleh menggunakan suntikan kombinasi yaitu usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi, menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan, pascapersalinan dan tidak menyusui, riwayat kehamilan ektopik, dan sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

7) Kontraindikasi

Kontraindikasi KB suntik 1 bulan yaitu hamil atau diduga hamil; menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan; perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya; riwayat penyakit jantung, stroke, dan hipertensi (> 180/110 mmHg), riwayat kelainan pembekuan darah dan diabetes mellitus, kelainan

pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala dan keganasan pada payudara.

2.4 Konsep Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK)

2.4.1 Definisi ABPK

Saat ini sudah tersedia lembar balik yang dikembangkan WHO dan telah diadaptasikan untuk Indonesia yang digunakan dalam konseling. ABPK membantu petugas melakukan konseling sesuai dengan adanya tanda pengingat mengenai ketrampilan konseling yang perlu dilakukan dan informasi apa yang perlu diberikan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien. ABPK sekaligus mengajak klien bersikap lebih partisipatif dan membantu klien untuk mengambil keputusan. (Saifuddin, 2006).

Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber KB merupakan suatu alat bantu yang digunakan oleh pemberi pelayanan KB untuk membantu peserta dalam membuat keputusan mengenai metode kontrasepsi yang akan digunakan, memberikan informasi yang lengkap mengenai pilihan metode kontrasepsi, dan diharapkan nantinya peserta akan menggunakan metode kontrasepsi pilihannya dengan baik. ABPK ini merupakan suatu model alat bantu interaktif yang dapat membantu pemberi pelayanan dalam upaya pendekatan terhadap peserta dalam proses konseling KB.

Prinsip konseling yang dipakai dalam ABPK adalah :

1. Klien yang membuat keputusan

2. Provider membantu klien menimbang dan membuat keputusan yang paling tepat bagi klien
3. Sejauh memungkinkan keinginan klien dihargai/dihormati
4. Provider menanggapi pernyataan ataupun kebutuhan klien
5. Provider harus mendengar apa yang dikatakan klien untuk mengetahui apa yang harus dilakukan klien selanjutnya ABPK juga mempunyai fungsi ganda sebagai berikut :
 - a. Membantu pengambilan keputusan metode KB
 - b. Membantu pemecahan masalah dalam penggunaan KB
 - c. Alat bantu Visual untuk pelatihan provider (tenaga kesehatan) yang baru bertugas
 - d. Menyediakan referensi

(BKKBN, 2011)

Dalam ABPK ini terdapat dua hal yang menjadi fokus, yaitu :

- a. Fokus terhadap kualitas
ABPK disusun untuk meningkatkan kualitas program keluarga berencana pada tingkat pelayanan primer dan sekunder, sehingga diharapkan ABPK dapat memberikan kepuasan terhadap calon peserta ataupun peserta KB, peserta mau menggunakan salah satu metode kontrasepsi dengan aman dan sesuai dengan pilihannya.
- b. Fokus terhadap hak reproduksi
Setiap wanita berhak memutuskan berapa jumlah anak dan jarak antar kehamilan dalam merencanakan keluarga. Dengan alat bantu ini peserta

akan mendapatkan informasi yang benar mengenai kesehatan reproduksi dan KB sehingga diharapkan dapat meningkatkan peran peserta dalam memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kebutuhannya.

2.4.2 Tujuan ABPK

- a. Meningkatkan keterlibatan peserta secara penuh dalam pengambilan keputusan keluarga berencana sehingga mereka membuat keputusan mengenai metode kontrasepsi sesuai dengan pilihan dengan kebutuhan mereka.
- b. Meningkatkan kualitas informasi yang akurat yang diberikan oleh pemberi pelayanan kepada peserta dalam program konseling KB dan kesehatan reproduksi
- c. Meningkatkan keterampilan konseling dan komunikasi pemberi pelayanan sehingga mereka dapat berinteraksi lebih baik dan positif kepada peserta dan memberikan kualitas pelayanan KB yang baik.

2.4.3 Fungsi ABPK

ABPK merupakan alat bantu yang berfungsi ganda, sebagai :

- a. Membantu pengambilan keputusan metode KB
- b. Membantu pemecahan masalah dalam penggunaan KB
- c. Alat bantu kerja bagi pemberi pelayanan
- d. Menyediakan referensi/info teknis
- e. Alat bantu visual untuk pelatihan pemberi pelayanan baru

(BKKBN, 2015).

2.4.4 Kelebihan ABPK

ABPK dalam pelayanan KB merupakan suatu alat bantu yang berbeda dari flipchart biasa, karena dalam ABPK ini mempunyai kelebihan diantaranya :

- a. Membimbing pengambilan keputusan dan menyediakan informasi.
- b. Fokus pada pemilihan dan penggunaan metode KB sekaligus mencakup isu HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi lainnya.
- c. Proses tanggap/berorientasi terhadap peserta.
- d. Tiap peserta hanya melihat pada halaman yang relevan baginya.
- f. Berguna bagi peserta kunjungan ulang dan peserta dengan kebutuhan khusus

(BKKBN, 2015)

2.4.5 Isi ABPK

Isi dalam ABPK di Indonesia diadopsi dari panduan WHO (2006) yang telah didasari oleh evidence based bidang medis, komunikasi dan ilmu sosial, yaitu:

- a. Informasi teknis pada penggunaan kontrasepsi. Informasi ini diambil dari WHO dari dua dasar pedoman keluarga berencana, kriteria kelayakan medis untuk menggunakan kontrasepsi, dan praktek rekomendasi penggunaan kontrasepsi.
- b. Informasi teknis tambahan mengenai kontrasepsi dan topik-topik kesehatan reproduksi lainnya yang berasal dari panduan keluarga berencana, teknologi kontrasepsi essensial (JHU/PKC, 2003) dan

pedoman kesehatan reproduksi WHO lainnya, yang termasuk bimbingan mengenai kontrasepsi darurat dan seksual infeksi menular.

- c. Proses konseling dalam penggunaan ABPK didasarkan pada model normatif pengambilan keputusan, dikembangkan oleh WHO dan JHU PKC, berdasarkan penelitian pada komunikasi kesehatan dan konseling.

Dalam ABPK, terdapat beberapa bagian modul, yaitu :

- a. Modul 1, yang berisi konseling pada peserta baru.
- b. Modul 2 dan 3, berisi konseling pada peserta yang melakukan kunjungan ulang, baik pada peserta yang mengalami masalah pada metode kontrasepsi yang digunakan ataupun pada peserta yang ingin mendapatkan metode ulang.
- c. Modul 4, berisi perlindungan ganda pada peserta yang menginginkan metode kontrasepsi dan ingin melindungi dari penularan penyakit menular seksual.
- d. Modul 5, berisi lembar tambahan ABPK
- e. Modul 6, berisi konseling pada peserta yang memiliki kebutuhan khusus yaitu remaja, masa mendekati menopause, nifas, dan peserta yang menderita HIV/ AIDS (BKKBN, 2011).

2.4.6 Hal Yang Harus Diperhatikan

Dalam menggunakan ABPK, seorang pemberi pelayanan harus memperhatikan beberapa hal sebagai berikut (BKKBN, 2015) :

- a. Setiap lembar ABPK terdiri dari dua sisi yaitu satu sisi merupakan sisi yang dapat dibaca oleh pemberi pelayanan, sedangkan sisi lain merupakan hal yang dapat dibaca oleh peserta.
- b. Perhatikan halaman daftar isi yang terletak pada 4 halaman pertama ABPK.
- c. ABPK dilengkapi tab pemisah untuk memudahkan pemberi pelayanan menemukan topik yang dibutuhkan, yaitu :
 1. Bagian pertama ABPK, ditandai dengan tab di sisi kanan membantu peserta baru dalam membuat keputusan tentang suatu metode KB serta membantu peserta yang melakukan kunjungan ulang dalam memecahkan masalah/efek samping yang mungkin timbul.
 2. Bagian kedua, tab di sisi bawah berisi informasi mengenai masing masing metode KB bagi peserta. Informasi tersebut dapat memastikan pilihan pilihan peserta dan membantu peserta menggunakan metode dengan benar. Masing-masing bab metode dalam ABPK berisi informasi tentang kriteria persyaratan medis, efek samping, cara pakai, waktu kunjungan ulang dan hal yang perlu diingat oleh peserta selama menggunakan metode KB.
- d. Bagian kiri atas tiap halaman ABPK merupakan judul dari topik yang dipilih
- e. Perhatikan petunjuk yang terdapat pada bagian bawah halaman sebelum membuka halaman berikutnya sesuai kebutuhan peserta.
- f. Perhatikan nomor halaman yang berbeda untuk tiap topik yang berbeda.

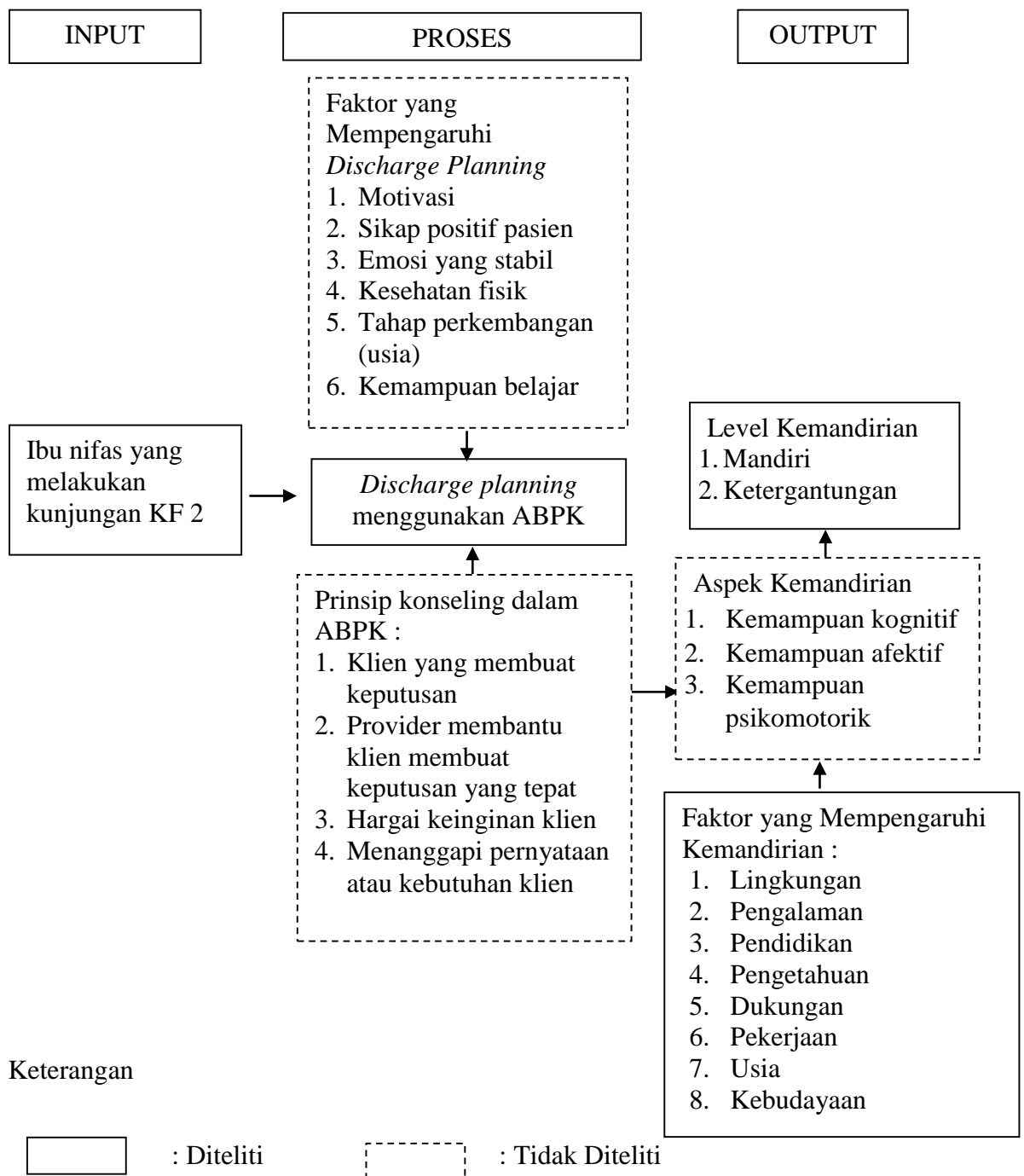
2.4.7 Persiapan dan Cara Menggunakan ABPK

Berikut adalah ringkasan langkah kunci yang perlu pemberi pelayanan lakukan dengan berbagai jenis kondisi peserta KB yang berbeda :

- a. Pertama, bukalah tab selamat datang, dan temukan alasan kunjungan pada tab yang sesuai.
- b. Tab dengan warna hijau, yaitu pada peserta baru yang ingin memilih metode, tanyakan apakah sudah ada gambaran tentang metode pilihannya. Jika ada apakah pilihannya tersebut sesuai dengan kebutuhan dan situasi peserta. Kaji mengenai kebutuhan perlindungan ganda. Jika tidak ada gambaran, diskusikan mengenai kebutuhan dan situasi peserta, kaji mengenai kebutuhan perlindungan ganda dan beberapa pilihan metode yang berbeda. Selanjutnya bukalah tab metode untuk mengkaji metode secara lengkap dan memastikan pilihan peserta. Kemudian berikan metode yang telah dipilih peserta.
- c. Tab warna pink untuk peserta yang memerlukan perlindungan terhadap IMS, buka tab perlindungan ganda dan jelaskan kepada peserta, kemudian buka tab diskusikan pilihan peserta ,jika diperlukan bantu peserta menilai risiko, dan kecocokan pilihan. Selanjutnya bukalah tab metode untuk mengkaji metode secara lengkap dan memastikan pilihan peserta. Kemudian berikan metode yang telah dipilih peserta.
- b. Tab warna biru untuk peserta dengan kebutuhan khusus, buka halaman yang sesuai di bagian remaja, klien usia 40-an, hamil/post partum, post aborsi, dan yang menderita HIV/AIDS.

- c. Tab warna ungu untuk peserta yang melakukan kunjungan ulang, tanyakan metode yang dipakai adakah keluhan atau tidak. Bila tidak ada keluhan periksa kondisi kesehatan peserta dan kemungkinan perlu perlindungan ganda, berikan metode ulangan. Bila ada keluhan, bantu atasi efek samping atau apabila peserta ingin ganti cara buka tab metode untuk peserta baru.
- d. Pada halaman dengan tab warna orange, terdapat penjelasan mengenai metode KB yaitu tinjauan dan informasi dasar, kriteria persyaratan medis, kemungkinan efek samping, cara pakai, waktu memulai metode dan hal yang harus diingat.
- e. ABPK hanya berisi hal pokok, upayakan ketika melakukan konseling dengan peserta gunakan komunikasi efektif dengan melibatkan peserta.
- f. Beberapa kata atau gambar kemungkinan tidak sesuai dengan keadaan tempat pelayanan, seperti metode KB yang tersedia, maka dalam ABPK bisa dicoret.
- g. Gunakanlah kalimat sendiri, informasi dalam ABPK hanya sebagai kata kunci.
- h. Pemberi pelayanan dapat membacakan informasi untuk peserta dan mendiskusikannya sesuai dengan kebutuhan.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Gambaran *Discharge Planning* Pada Ibu Nifas Menggunakan ABPK Dengan Kemandirian Ibu Dalam Pemilihan Alat Kontrasepsi