# Peningkatan Kemampuan Sosial Ekonomi Peserta Keluarga Berencana Vasektomi Masyarakat Pinggiran Kota Surabaya Bagian Bara~1

*by* Nur Lela Jumati

**Submission date:** 30-Nov-2020 03:23PM (UTC+0700)
**Submission ID:** 1460061831
**File name:** a_Vasektomi_Masyarakat_Pinggiran_Kota_Surabaya_Bagian_Bara_1.pdf (314.72K)
**Word count:** 4848
**Character count:** 30172

Book of Proceeding

Proceeding
IGC and RIEE 2018
Syiah Kuala University
URL: http://conference.unsyiah.ac.id/RIEE-2018/RIEE2018

# Peningkatan Kemampuan Sosial Ekonomi Peserta Keluarga Berencana Vasektomi Masyarakat Pinggiran Kota Surabaya Bagian Barat sebagai Upaya untuk Beradaptasi Pada Era Inovasi Disruptif

Tri Siwi Agustina[1] Nurleila Jum'ati[2]

[1] Fakultas Ekonomi & Bisnis, Universitas Airlangga
[2] Fakultas Psikologi, Universitas Wijaya Putra

INFORMASI ARTIKEL

*Article history:*
Dikirim tanggal:
Revisi pertama tanggal:
Diterima Tanggal:
Tersedia *online* tanggal:

*Keywords: Usaha Keluarga, Peningkatan Kemampuan Sosial Ekonomi, KB Vasektomi.*

ABSTRACT

Di era globalisasi seperti saat ini, berbagai cara dilakukan oleh berbagai kalangan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan hidup. Entrepreneur atau kewirausahaan merupakan salah satu jalan yang ditempuh untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup untuk mencapai keberhasilan. Demikian pula yang dilakukan oleh masyarakat peserta KB Vasektomi di Surabaya Barat yang mayoritas tergolong sebagai keluarga pra sejahtera dan sejakhtera III plus. Dalam menjalankan kegiatan usaha, banyak permasalahan khas UMKM di Indonesia hal rutin yang dilakukan yang menyebabkan usaha mereka terkesan "ada adanya" dan tidak memiliki daya saing. Senada dengan yang disampaikan oleh Soltesa dan Gavurova (2014) bahwa secara umum kendala keterbatasan UMKM dalam emlakukan inovasi adalah system yang diterapkan tidak implementatif, infrastruktur yang ketinggalan jaman dan tidak mengalami perkembangan dan rendahnya resiko modal. Berdasarkan uraian tersebut, diperlukan berbagai cara untuk menjaga konsistensi dan kestabilan usaha, salah satunya adalah dengan disruptive innovation seperti yang dipopulerkan oleh Clayton M Christensen yang dapat dipahami sebagai sebuah inovasi yang menciptakan tren baru dan jejaring industri baru yang akhirnya mengganggu pasar dan nilai yang sudah ada dan pada akhirnya menggantikan produk atau jasa yang sudah ada (Bower dan Christensen, 1995). Penelitian ini bertujuan untuk 1) memetakan kondisi sosial ekonomi peserta keluarga peserta KB vasektomi yang bertempat tinggal di pinggiran kota Surabaya bagian barat. 2) Mengetahui permasalahan yang dihadapi dalam rangka peningkatan kemampuan sosial Ekonomi bagi peserta keluarga Berencana vasektomi masyarakat pinggiran Kota Surabaya Barat.

**Metode**

Pendekatan yang dilakukan adalah naratif-deskriptif dengan melakukan observasi, FGD (Focus Group Discussion), depth interview, sosialisasi, pendampingan dan kunjungan industri. Populasi penelitian adalah anggota kelompok komunitas KB vasektomi Siwalan Mesra (Suami Istri Wajib Lindungi Anak Mudah Efektif Sederhana Ringan dan Aman) sebanyak 139 keluarga. Waktu pelaksanaan kegiatan penelitian adalah bulan Agustus hingga November 2017. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah teknik purposive sampling dengan syarat sebagai berikut pasangan usia subur yg istrinya berusia 20 – 49 tahun, sudah berumah tangga

selama 5 tahun, mempunyai anak minimal 2, mempunyai usaha maka didapatkan 25 responden.

**Hasil dan Implikasi**

Hasil mapping tingkat sosial ekonomi didapatkan bahwa dari 24% termasuk keluarga pra sejahtera, 40% keluarga sejahtera I, 18% keluarga sejahtera II, 4% keluarga sejahtera III dan 14% keluarga sejahtera III plus. Dengan data mapping tersebut maka dilanjutkan observasi, FGD dan depth interview mendapatkan hasil bahwa : a) sebagian besar menjalankan usaha di bidang makanan; b) dalam menjalankan usaha pelaku utamanya adalah ibu, rata-rata reponden KB Vasektomi bersama dengan anggota keluarga lainnya anak dan suami, c) hasil dari usaha yang dilakukan menopang kehidupan keluarga; d) menghadapi berbagai permasalahan dalam menjalankan usaha. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, permasalahan yang dihadapi diantaranya mereka menempuh cara berjualan karena pekerjaan tersebut relatif mudah dilakukan, karena tidak diperlukan ilmu dan syarat-syarat khusus. Wawancara dengan para responden juga mengungkap bahwa responden enggan untuk melakukan inovasi karena memandang inovasi adalah sesuatu yang mahal dan sulit.

Tindak lanjut dari hasil tersebut adalah dengan mengadakan pelatihan - pelatihan tentang materi membangun mindset dan mental sebagai pengusaha yang kuat, materi tentang pentingnya inovasi pemasaran serta praktek standar pengolahan makanan dengan menghadirkan seorang pengusaha produk kuliner yaitu Cake. Pengusaha tersebut menceritakan pengalamannya bagaimana melakukan adaptasi pada perubahan dalam hal pemasaran produknya. Dari hasil pelatihan tersebut peserta mendapatkan wawasan bahwa untuk berdaptasi tidak harus mahal dan sulit, misalnya dengan mengubah ukuran kue, memasarkan secara online, hingga melakukan open order dan mengirimkan melalui Ojek Online. Aktivitas selanjutnya adalah pendampingan 12 usaha mikro dari keluarga peserta KB vasektomi di Surabaya Barat dalam pendaftaran SIUP.

## PENDAHULUAN

Di era globalisasi seperti saat ini, berbagai cara dilakukan oleh berbagai kalangan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan hidup. Entrepreneur atau kewirausahaan merupakan salah satu jalan yang ditempuh untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup untuk mencapai keberhasilan. Demikian pula yang dilakukan oleh masyarakat peserta KB Vasektomi di Surabaya Barat yang mayoritas tergolong sebagai keluarga pra sejahtera dan sejakhtera III plus. Dalam menjalankan kegiatan usaha, banyak permasalahan khas UMKM di Indonesia hal rutin yang dilakukan yang menyebabkan usaha mereka terkesan "ada adanya" dan tidak memiliki daya saing. Senada dengan yang disampaikan oleh Soltesa dan Gavurova (2014) bahwa secara umum kendala keterbatasan UMKM dalam melakukan inovasi adalah sistem yang diterapkan tidak implementatif, infrastruktur yang ketinggalan jaman dan tidak mengalami perkembangan dan rendahnya resiko modal.

Berdasarkan uraian tersebut, diperlukan berbagai cara untuk menjaga konsistensi dan kestabilan usaha, salah satunya adalah dengan *disruptive innovation* seperti yang dipopulerkan oleh *Clayton M Christensen* yang dapat dipahami sebagai sebuah inovasi yang menciptakan tren baru dan jejaring industri baru yang akhirnya mengganggu pasar dan nilai yang sudah ada dan pada akhirnya menggantikan produk atau jasa yang sudah ada (Bower dan Christensen, 1995).

Kajian kualitas sumber daya manusia *Human Development Index* (HDI), secara internasional dilakukan oleh UNDP setiap tahun. Kategori HDI Indonesia termasuk sedang dengan menduduki peringkat 108 pada tahun 2014 (http://nasional.republik.co.id/), masih dibawah negara ASEAN : Singapura (9), Brunei (30), Malaysia (62) dan Thailand (89). Dan untuk 2015, HDI Indonesia turun menjadi peringkat 113 dari 188 negara di dunia (UNDP, 2016). Berdasarkan data tersebut, kualitas sumber daya manusia menurun dari tahun 2015 ke tahun 2016 dan masih tergolong sedang mendekati rendah baik di level ASEAN maupun level global maka dapat dikatakan bahwa kualitas sumber daya manusia di Indonesia menjadi prioritas untuk ditingkatkan.

Di Indonesia HDI disebut dengan IPM (Indeks Pembangunan Manusia), dengan dimensi dasar yang membentuk IPM menurut BPS (2017) adalah : umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan serta standar hidup layak. Dijelaskan lebih lanjut dalam BPS (2017) bahwa indikator IPM, yaitu : (a) angka harapan hidup (AHH) yang mewakili bidang kesehatan; (b) angka harapan lama sekolah (AHLS) yang mengukur capaian pembangunan di bidang pendidikan; (c) produk nasional bruto (PNB) per kapita yang menggambarkan pendapatan masyarakat pada suatu wilayah.

Dijelaskan oleh Noerdin (2002) bahwa Program Pembangunan Nasional (Propenas) menetapkan bahwa ada 4 (empat) program pokok yang berkaitan dengan Program KB (Keluarga Berencana). Program-program tersebut adalah (1) Program Pemberdayaan Keluarga, (2) Program Kesehatan Reproduksi Remaja, (3) Program Keluarga Berencana, dan (4) Program Penguatan Kelembagaan dan Jaringan KB.

Data observasi dan wawancara yang di daerah Surabaya Barat pada tahun 2017, terutama di Kecamatan Pakal – Benowo dengan Suharto Ahmad sebagai Ketua Komunitas SIWALAN MESRA (Suami Istri Wajib Lindungi Anak Muda Efektif Sederhana Ringan Aman), terdapat data yaitu peran serta aktif dari para pria untuk menjadi atau memakai kontrasepsi MOP (Medis Operatif Pria) atau vasectomi sejumlah 350 orang pria peserta KB MOP/vasectomi.

Dengan peran serta aktif para pria menjadi akseptor KB maka akan terbangun program KB yang berwawasan kesetaraan dan keadilan gender. Dalam program KB yang berwawasan kesetaraan dan keadilan gender bagi para wanita dalam hal ini istri merasa dihargai, disayang dan dipahami karena tidak harus merasakan tiap bulan atau 3 bulan sekali disuntik atau minum pil tiap hari atau dipasang implan/IUD di dalam tubuhnya. Hal tersebut akan menimbulkan dampak meningkatnya kualitas keharmonisan di dalam keluarga. Hal tersebut didukung oleh pendapat Zahra (2012) bahwa keluarga yang harmonis adalah adanya kasih sayang anggota keluarga yang diekpresikan dengan penghargaan dan kasih sayang secara jujur, saling pengertian sesama anggota keluarga, komunikasi

efektif, saling bekerja sama antar anggota keluarga, serta menciptakan kehidupan beragama dengan begitu minimnya terjadi konflik di dalam rumah.

Selain adanya peningkatan kemampuan sosial ekonomi dengan adanya program KB juga akan meningkatkan kualitas keharmonisan dalam keluarga. Kualitas keharmonisan keluarga didapatkan dengan program KB karena waktu yang dimiliki oleh keluarga untuk berkomunikasi semakin banyak dan berkualitas untuk membangun, meningkatkan dan mempertahankan keharmonisan keluarga. Hal tersebut merupakan dampak dari jumlah keluarga yang dapat direncanakan dengan mengatur interval kelahiran dan mengkontrol waktu kelahiran dalam hubungan suami istri. Dengan demikian maka diharapkan waktu yang dimiliki oleh anggota keluarga baik orang tua maupun anak akan semakin banyak untuk menjalin komunikasi yang berkualitas.

Tidak dapat dipungkiri terlaksananya program KB di bidang pemberdayaan keluarga akan meningkatkan kemampuan sosial ekonomi dan berdampak pula pada keharmonisan keluarga. Namun realita di lapangan tidak semua warga negara Indonesia termasuk di Jawa Timur PUS ikut menjadi peserta KB aktif. Data yang disampaikan oleh http://life.viva.co.id pada Desember 2011, di Jawa Timur jumlah pasangan usia subur (PUS) adalah 7.992.674 pasangan, yang mengikuti program KB sebagai peserta KB aktif atau akseptor sebanyak 6.150.153 pasangan. Dari sajian data tersebut maka pada akhir Desember 2011 terdapat 1.842.521 PUS yang tidak ikut program KB.

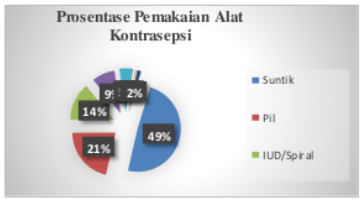
Demikian pula perkembangan data peserta KB aktif atau akseptor pada bulan Maret 2015 (http://aplikasi.bkkbn.go.id) sejumlah 5.066.688 pasangan, yang dalam hal ini mengalami penurunan sebanyak 1.083.465 pasangan usia subur dari tahun 2011 ke tahun 2015. Dengan banyaknya jumlah pasangan usia subur yang tidak ikut program KB maka upaya untuk meningkatkan kemampuan sosial ekonomi dan keharmonisan keluarga tidak akan tercapai sehingga secara nasional akan menghambat peningkatan kualitas sumber daya manusia atau *human development index* (HDI).

Penelitian ini bertujuan untuk 1) memetakan kondisi sosial ekonomi peserta keluarga peserta KB vasektomi yang bertempat tinggal di pinggiran kota Surabaya bagian barat. 2) Mengetahui permasalahan yang dihadapi dalam rangka peningkatan kemampuan sosial Ekonomi bagi peserta keluarga Berencana vasektomi masyarakat pinggiran Kota Surabaya Barat.

## LANDASAN TEORI DAN PENGEMBANGAN HIPOTESIS

### Pasangan Usia Subur Peserta KB

Pada Desember 2011 (http://life.viva.co.id) data alat kontrasepsi yang dipakai oleh pasangan usia subur (PUS) yang menjadi peserta KB aktif atau akseptor seperti pada gambar 1.




Gambar 1. Prosentase Pemakaian Alat Kontrasepi

Dari data gambar 1 tersebut terlihat bahwa ibu-ibu atau istri yang lebih aktif dalam mengikuti program KB dengan prosentase yang dominan. Sedangkan para bapak atau suami hanya 2 alat kontrasepsi yang dipakai dan prosentasenya-pun kecil. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa para perempuan yang menjadi motor penggerak peningkatan kemampuan sosial ekonomi keluarga yang secara nasional akan meningkatkan sumber daya manusia atau HDI dengan berperan serta aktif di program KB. Seharusnya peran serta tersebut merupakan tanggung jawab semua pihak termasuk pihak pemerintah, pihak swasta dan warga negara Indonesia baik pria maupun wanita.

Dalam hal pemberdayaan keluarga (Noerdin, 2002) diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan dan ketahanan keluarga. Dijabarkan kemudian oleh Noerdin (2002) bahwa keberhasilan program pemberdayaan keluarga ditandai oleh : (1) menurunnya jumlah keluarga yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, (2) meningkatnya jumlah keluarga yang dapat mengakses informasi dan sumber daya ekonomi bagi peningkatan kesejahteraan keluarganya, (3) meningkatnya kemampuan keluarga dalam pengasuhan anak dan (4) menurunnya disharmoni dan tindak kekerasan dalam keluarga.

Dijelaskan lebih lanjut oleh Noerdin (2002) bahwa di bidang pemberdayaan keluarga hasil pelaksanaan program pembangunan KB pada tahun 2001 antara lain : sekitar 580 ribu kelompok Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga (UPPKS) atau sekitar 10,3 juta Keluarga Pra Sejahtera (KPS) dan Keluarga Sejahtera I (KS I) telah memperoleh informasi dan bantuan sumber daya ekonomi berupa kredit usaha keluarga sejahtera (Kukesra). Kegiatan ini didukung pula oleh usaha untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan berusaha, serta kemampuan mengakses sumber permodalan dan pemasaran.

**Peningkatan Kemampuan Sosial Ekonomi Pasangan Usia Subur**

Keluarga PUS yang menjadi peserta aktif atau akseptor KB dan ikut serta dalam salah satu program KB yaitu pemberdayaan keluarga akan ada peningkatan secara bertahap kemampuan sosial ekonomi.

Menurut Tan (http://digilib.unila.ac.id/) bahwa kedudukan sosial ekonomi mencakup 3 (tiga) faktor yaitu pekerjaan, pendidikan, dan penghasilan. Dijelaskan lebih lanjut MaMahbud UI Hag dari Bank Dunia bersama dengan Grant dari *Overseas Development Council* (http://digilib.unila.ac.id/) mengatakan bahwa kehidupan sosial ekonomi di titik beratkan pada pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan dan air yang sehat yang didukung oleh pekerjaan yang layak.

Jadi peningkatan kemampuan sosial ekonomi adalah kemampuan keluarga PUS untuk memenuhi kebutuhan dasar kehidupan, kesehatan, pendidikan, pekerjaan dan masa depan keluarga, akses informasi serta mampu mengaktualisasikan diri. Kemampuan sosial ekonomi berkaitan juga dengan kesejahteraan. Menurut BKKBN bahwa tingkat kesejahteraan keluarga dikelompokkan menjadi 5 tahapan yaitu (http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx/) :

1. Keluarga Pra Sejahtera (KPS) yaitu keluarga yang tidak memenuhi salah satu dari 6 (enam) indikator Keluarga Sejahtera I (KS I) atau indikator "kebutuhan dasar keluarga" (*basic needs*).
2. KS I yaitu keluarga mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 8 (delapan) indikator KS II atau indikator "kebutuhan psikologis" (*psychological needs*) keluarga.
3. KS II yaitu keluarga yang mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I dan 8 (delapan) indikator KS II, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 5 (lima) indikator KS III, atau indikator "kebutuhan pengembangan" (*develomental needs*) dari keluarga.
4. KS III yaitu keluarga yang mampu memenuhi 6 (enam) indikator tahapan KS I, 8 (delapan) indikator KS II, dan 5 (lima) indikator KS III, tetapi tidak memenuhi salah satu dari 2 (dua) indikator KS III Plus atau indikator "aktualisasi diri" (*self esteem*) keluarga.
5. KS III Plus yaitu keluarga yang mampu memenuhi keseluruhan dari 6 (enam) indikator tahapan KS I, 8 (delapan) indikator KS II, 5 (lima) indikator KS III, serta 2 (dua) indikator tahapan KS III Plus.

**Kualitas Keharmonisan keluarga**

Menurut Zahra (2012) bahwa keluarga yang harmonis adalah adanya kasih sayang anggota keluarga yang diekpresikan dengan penghargaan dan kasih sayang secara jujur, saling pengertian sesama anggota keluarga, komunikasi efektif, saling bekerja sama antar anggota keluarga, serta menciptakan kehidupan beragama dengan begitu minimnya terjadi konflik di dalam rumah. Menurut Hawari (2004) mengemukakan enam aspek yang menjadi ukuran atau pegangan hubungan perkawinan bahagia atau keharmonisan keluarga, yaitu : :

a. Menciptakan kehidupan beragama

Sebuah keluarga yang harmonis ditandai dengan terciptanya kehidupan beragama dalam rumah tersebut. Hal ini penting karena dalam agama terdapat nilai-nilai moral dan etika kehidupan, seperti mengajarkan anggota keluarga untuk beribadah, mengingatkan anggota keluarga untuk menjalankan perintah agama, mengajak diskusi masalah agama. Berdasarkan beberapa penelitian ditemukan bahwa keluarga yang tidak religius yang penanaman komitmennya renda atau tanpa nilai agama sama sekali cenderung terjadi pertentangan konflik dan percekcokan dalam keluarga, dengan suasana yang seperti ini maka anggota keluarga akan merasa tidak betah dirumah dan kemungkinan besar anggota keluarga akan mencari lingkungan lain yang dapat menerimanya.

b. Mempunyai waktu bersama

Keluarga yang harmonis selalu menyediakan waktu bersama keluarganya, baik itu hanya sekedar berkumpul bersama walaupun dirinya diperhatikan oleh orang tuanya, sehingga anggota keluarga akan betah tinggal dirumah.

c. Mempunyai komunikasi yang baik antar anggota keluarga

Komunikasi merupakan dasar bagi terciptanya keharmonisan dalam keluarga. Anggota keluarga akan merasa aman apabila orang tuanya tampak rukun, karena kerukunan tersebut akan memberikan rasa aman dan ketenangan bagi anggota keluarga, komunikasi yang baik dalam keluarga juga akan dapat membantu anggota keluarga untuk memecahkan permasalahan yang dihadapinya diluar rumah nantinya, seperti anggota keluarga menceritakan masalah kepada orang tua.

d. Saling menghargai antar anggota keluarga

Keluarga yang harmonis adalah keluarga yang memberikan tempat bagi anggota bagi setiap anggota keluarga menghargai perubahan yang terjadi dan mengajarkan keterampilan berinteraksi sedini mungkin pada anggota keluarga dengan lingkungan yang lebih luas, yang meliputi menghargai pendapat anggota keluarga, begitu pula pujian antar anggota keluarga.

e. Kualitas dan kuantitas konflik yang minim (mengatasi berbagai macam krisis yang mungkin terjadi dengan cara positif dan konstruktif)

Faktor lain yang tidak kalah penting dalam menciptakan keharmonisan keluarga adalah kualitas dan kuantitas konflik yang minim, jika dalam keluarga sering terjadi perselisihan dan pertengkaran maka suasana dalam keluarga tidak lagi menyenangkan. Dalam keluarga harmonis setiap anggota keluarga berusah menyelesaikan masalah dengan kepala dingin dan mencari penyelesaian terbaik dari setiap permasalahan.

f. Adanya hubungan atau ikatan erat antar anggota keluarga

Hubungan yang erat antar anggota keluarga juga menentukan harmonisnya sebuah keluarga, apabila dalam suatu keluarga tidak memiliki hubungan yang erat maka antar kebersamaan akan kurang. Hubungan yang erat antar anggota keluarga ini dapat diwujudkan dengan adanya kedekatan antara anggota keluarga dan orang tua, kemudian antara saudara kandung akrab, antar keluarga saling membantu ketika ada masalah, dan antar anggota keluarga saling mengasihi satu sama lain.

**H1:** Ada perbedaan kualitas keharmonisan keluarga

Ada perbedaan kualitas keharmonisan pada PUS peserta KB vasektomi dan PUS yang tidak mengikuti program peserta KB, di mana keluarga PUS peserta KB vasektomi mempunyai kualitas keharmonisan yang lebih baik.

## METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang dilaksanakan adalah metode kuantitatif dengan menyebar angket yang diperkuat dan diperdalam dengan observasi dan wawancara terstruktur (Sugiyono, 2008). Penelitian secara

kuantitatif dilakukan untuk mendapatkan data tentang perbedaan kualitas keharmonisan keluraga antara PUS yang akseptor KB vasektomi dan PUS yang bukan akseptor KB serta *mapping* tentang tingkat kesejahteraan keluarga di daerah Surabaya Barat.

Subyek penelitian adalah PUS peserta KB vasektomi dan PUS yang tidak mengikuti program KB. Teknik sampling mempergunakan *purposive sampling* : a) umur dari istri PUS 20 – 49 tahun; b) sudah berumah tangga selama 5 tahun; c) mempunyai minimal 2 anak; d) peserta KB vasektomi/yang tidak mengikuti program peserta KB. Jadi sample penelitian ini adalah : 50 orang peserta KB vasektomi dan 50 orang yang tidak mengikuti program peserta KB.

Alat ukur adalah 21 indikator keluarga sejahtera dari BKBN untuk kemampuan sosial ekonomi (http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx/) dan skala ukur atau kuesioner kualitas keharmonisan keluarga yang mengacu pada teori Hawari (2004) yang terdiri dari 6 indikator yaitu menciptakan kehidupan beragama dalam keluarga, mempunyai waktu bersama, mempunyai komunikasi yang baik antar anggota keluarga, saling menghargai antar anggota keluarga, kualitas dan kuantitas konflik yang minim serta adanya hubungan ikatan yang erat antar anggota keluarga.

Skala ukur kualitas keharmonisan keluarga berjumlah 59 aitem, terdiri dari 32 aitem *favorable* dan 27 aitem *unfavorable*. Skala ukur kualitas keharmonisan keluarga adalah alat uji ukur terpakai. Setelah dilakukan uji validitas dengan tingkat signifikansi 0,05 maka aitem no 1 dan 49 gugur karena tidak valid.

Untuk uji reliabilitas, hasil nilai cronbach's alpha = 0,932 ada 6 aitem yang tidak reliabel yaitu aitem no 19, 27, 34, 35, 36 dan 47. Dan kemudian dilakukan uji reliabilitas lagi dengan hasil nilai cronbach's alpha = 0,934

Jadi skala ukur kualitas keharmonisan keluarga yang akan dinalisa lebih lanjut berjumlah 51 aitem. Untuk mengetahui gambaran kualitas keharmonisan keluarga menggunakan kategorisasi berdasarkan model distribusi normal. Menurut Azwar (2009) penggolongan subjek kedalam tiga kategori adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Penggolonggan Kategori Kualitas Keharmonisan Keluarga Berdasarkan Mean Teoritik

| Interval | Kategori |
|---|---|
| $X \leq (\mu - 1{,}0\ \sigma)$ | Rendah |
| $(\mu - 1{,}0\ \sigma) < X \leq (\mu + 1{,}0\ \sigma)$ | Sedang |
| $(\mu + 1{,}0\ \sigma) \leq X$ | Tinggi |

Keterangan:
$\mu$ : Mean Teoritik
$\sigma$ : Standar Deviasi
X : Skor

Analisa data untuk menguji hipotesa menggunakan uji beda. Menurut Muhid (2012) bahwa uji beda anova tersebut digunakan untuk mengetahui perbedaan dua sampel independen.

**Analisis Data**

**Analisa Data Demografi Responden**

Dari data yang didapatkan pada saat menyebar kuesioner, observasi dan wawancara dengan 50 PUS peserta KB vasektomi dan 50 PUS yang tidak mengikuti program KB didapatkan data lama menikah atau usia pernikahan seperti dalam tabel 2 di bawah ini.

**Tabel 2. Usia Pernikahan PUS Peserta KB Vasektomi Dan PUS Yang Tidak Mengikuti Program KB**

| Usia Pernikahan (Tahun) | PUS Peserta KB Vasektomi | | PUS Yang tidak mengikuti program Peserta KB | |
|---|---|---|---|---|
| | Jumlah | (%) | Jumlah | (%) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 – 10 | 0 | 0 | 17 | 34 |
| 11 – 15 | 3 | 6 | 13 | 26 |
| 16 – 20 | 8 | 16 | 7 | 14 |
| 20 – 25 | 16 | 32 | 9 | 18 |
| 25 – 30 | 10 | 20 | 4 | 8 |
| 31 – 35 | 0 | 0 | 13 | 26 |
| **Jumlah** | | 100 | | 100 |

Sumber : *analisa data, 2017*

Dari data di tabel 2 tersebut, dapat diperoleh gambaran bahwa PUS peserta KB vasektomi prosentase yang yang paling besar adalah 32 % dengan lama menikah atau usia pernikahan rentang 20 – 25 tahun, sedangkan prosentase terbesar di PUS yang tidak ikut program KB adalah 34 % dengan rentang usia pernikahan antara 5 – 10 tahun. Dengan demikian dapat disimpulkan yang PUS yang mengikuti program KB Vasektomi kecenderungan mempunyai usia yang lebih dibandingkan yang tidak mengikuti program KB.

**Analisa Data Deskriptif**

Dari skala ukur, dengan menggunakan kategorisasi berdasarkan model distribusi normal, maka didapatkan hasil gambaran bahwa tingkat kualitas keharmonisan keluarga pada 50 PUS peserta KB vasektomi dalam kategori yang tinggi, seperti dalam tabel 3 di bawah ini

**Tabel 3. Gambaran Kualitas Keharmonisan Keluarga Pada PUS Peserta KB Vasektomi**

| Kriteria | Interval | Frekuensi Subyek | Prosentase (%) |
|---|---|---|---|
| Tinggi | $136 \leq X$ | 50 | 100 |
| Sedang | $102 \leq X < 136$ | 0 | 0 |
| Rendah | $X < 102$ | 0 | 0 |
| **Jumlah** | | | 100 |

Sumber : *analisa data, 2017*

Untuk gambaran tingkat kualitas keharmonisan keluarga pada 50 PUS peserta KB vasektomi dalam kategori yang tinggi, seperti dalam tabel 4 di bawah ini.

Dengan demikian maka dapat dikatakan bahwa gambaran tingkat kualitas keharmonisan keluarga pada PUS peserta KB vasektomi dan PUS yang tidak mengikuti program peserta KB sama-sama di kategori tinggi.

**Tabel 4. Gambaran Kualitas Keharmonisan Keluarga Pada PUS Yang tidak mengikuti program Peserta KB**

| Kriteria | Interval | Frekuensi Subyek | Prosentase (%) |
|---|---|---|---|
| Tinggi | $136 \leq X$ | 50 | 100 |
| Sedang | $102 \leq X < 136$ | 0 | 0 |
| Rendah | $X < 102$ | 0 | 0 |
| **Jumlah** | | | 100 |

Sumber : *analisa data, 2017*

Dan dengan menggunakan kategorisasi berdasarkan model distribusi normal, dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat kualitas keharmonisan keluarga pada PUS peserta KB vasektomi dan PUS yang tidak mengikuti program peserta KB.

Untuk hasil *mapping* atau pemetaan tingkat sosial ekonomi sesuai dengan pengelompokan dari BKKBN, yaitu 5 kategori pada keluarga PUS peserta KB vasektomi dan PUS yang tidak mengikuti program peserta KB didapatkan data sebagai berikut pada tabel 5, di bawah ini.

**Tabel 5. *Mapping* Tingkat Sosial Ekonomi pada PUS Peserta KB Vasektomi dan PUS Yang tidak mengikuti program Peserta KB**

| No | Kategori | Kriteria | Indikator | Hasil | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PUS Peserta KB Vasektomi | | PUS Yang tidak mengikuti program Peserta KB | |
| | | | | Jumlah | % | Jumlah | % |
| 1. | Keluarga Pra Sejahtera (KPS) | 1. Indikator 1 – 6 tidak terpenuhi. | Kebutuhan Dasar (*Basic Need*) Keluarga belum terpenuhi. | 12 | 24 | 11 | 22 |
| 2. | Keluarga Sejahtera (KS I) | 1. Indikator 1 – 6 terpenuhi.<br>2. Salah satu indikator 7 – 14 tidak terpenuhi. | Kebutuhan Dasar (*Basic Need*) Keluarga terpenuhi. | 20 | 40 | 27 | 54 |
| 3. | Keluarga Sejahtera (KS II) | 1. Indikator 1 – 14 terpenuhi.<br>2. Salah satu indikator 15 – 19 tidak terpenuhi. | Kebutuhan Psikologis (*Psychological Needs*) Keluarga. | 9 | 18 | 0 | 0 |
| 4. | Keluarga Sejahtera (KS III) | 1. Indikator 1 – 6 tidak terpenuhi.<br>2. Salah satu indikator 19 – 21 tidak terpenuhi. | Kebutuhan Pengembangan (*Develomental Needs*) Dari Keluarga. | 2 | 4 | 1 | 2 |
| 5. | Keluarga Sejahtera (KS III) Plus | 1. Indikator 1 – 21 terpenuhi. | Aktualisasi Diri" (*Self Esteem*) Keluarga. | 7 | 14 | 11 | 22 |
| | | **Jumlah** | | 50 | 100 | 50 | 100 |

Sumber : *analisa data, 2017*

Dari tabel 5 tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa hasil *mapping* tingkat atau kategori sosial ekonomi untuk peserta KB vasektomi adalah : 24 % keluarga pra sejahtera, 40 % keluarga sejahtera I, 18 % keluarga sejahtera II, 4 % keluarga sejahtera III, 14 % keluarga sejahtera III plus.

Untuk hasil *mapping* PUS yang tidak mengikuti program KB : 22 % keluarga pra sejahtera, 54 % keluarga sejahtera I, 0 % keluarga sejahtera II, 2 % keluarga sejahtera III, 22 % keluarga sejahtera III plus. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa PUS yang tidak mengikuti program KB mempunyai tingkat sosial ekonomi yang lebih baik dibandingkan PUS yang mengikuti program KB vasektomi.

**Hasil Uji Hipotesis**

Untuk hipotesis ada perbedaan kualitas keharmonisan keluarga antara PUS peserta KB vasektomi dengan PUS non peserta KB, didapatkan data nilai uji beda Z = 1,600 dengan p = 0,012 ($p < 0,05$) yang berarti bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kualitas keharmonisan keluarga antara PUS peserta KB vasektomi dengan PUS yang tidak mengikuti program peserta KB. Dengan demikian maka hipotesis penelitian ada perbedaan terbukti.

Untuk nilai rata-rata kualitas keharmonisan keluarga PUS peserta KB vasektomi mean = 3,911, sedangkan untuk nilai rata-rata kualitas keharmonisan keluarga PUS yang tidak mengikuti program peserta KB mean = 4,1282. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kualitas keharmonisan keluarga PUS yang tidak mengikuti program peserta KB lebih baik daripada kualitas keharmonisan keluarga PUS peserta KB vasektomi.

**HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN**

Pembahasan pertama bertujuan untuk menegtahui hasil tentang pemetaan kondisi sosial ekonomi peserta keluarga peserta KB vasektomi yang bertempat tinggal di pinggiran kota Surabaya bagian barat. Kategori kualitas keharmonisan keluarga yang tinggi baik PUS peserta KB vasektomi maupun PUS yang tidak peserta KB sudah sesuai dengan aspek-aspek yang dikemukakan oleh Gunarsa (2002) aspek keharmonisan keluarga, yaitu: kasih sayang antar anggota keluarga, saling pengertian sesama anggota keluarga, dialog atau komunikasi efektif yang terjalin di dalam keluarga, mempertahankan kejujuran. mempunyai waktu bersama dan kerjasama dalam keluarga.

Berdasarkan wawancara dengan pasangan usia subur yang menjadi responden penelitian bahwa kedua belah pihak pasangan, baik suami maupun istri, mempunyai kesepakatan untuk menjadi peserta KB vasektomi atau tidak mengikuti program KB. Dan pasangan usia subur yang mengikuti program KB vasektomi lebih dominan sudah lama menempuh jenjang pernikahan dan putra-putri mereka sudah beranjak dewasa. Dengan demikian maka data tersebut disimpulkan bahwa kualitas keharmonisan keluarga

Hal tersebut didukung oleh pemikiran yang dikemukakan oleh Sarlito (1982) bahwa keluarga yang harmonis akan ada kalau kebahagiaan salah satu anggota berkaitan dengan kebahagiaan anggota-anggota keluarga lainnya, yang secara psikologi berarti : adanya keinginan-keinginan, cita-cita dan harapan-harapan dari semua anggota keluarga serta seminimal mungkin terjadi konflik dalam pribadi masing-masing maupun antar pribadi.

Meskipun sama-sama dalam kategori kualitas keharmonisan keluarga yang tinggi, tetapi berdasarkan hasil data penelitian di dapatkan bukti bahwa ada perbedaan kualitas keharmonisan keluarga yang signifikan antara PUS peserta KB vasektomi dengan PUS yang tidak peserta KB. Kualitas keharmonisan keluarga yang tidak mengikuti program KB lebih baik dibandingkan dengan PUS yang mengikuti program KB vasektomi.

2018FEB USK. All right reserved.

Perbedaan kualitas keharmonisan keluarga tidaklah terlalu besar, hal tersebut terlihat dari nilai mean masing-masing kelompok yang tidak terlalu jauh dan gambaran kualitas keharmonisan keluarga sama-sama dalam kategori tinggi. Data penelitian menghasilkan bahwa *mapping* atau pemetaan tingkat sosial ekonomi PUS yang tidak mengikuti program KB lebih baik dibandingkan dengan PUS peserta KB vasektomi.

Perbedaan kualitas keharmonisan keluarga antara PUS peserta KB vasektomi dengan PUS yang tidak mengikuti program KB tersebut dikarenakan banyak faktor, salah satunya menurut pendapat Sarlito (1982) kunci dalam pembentukan keluarga adalah pemenuhan nafkah lahir dan batin dalam keluarga, sehingga harapan keluarga dan anak dapat terealisasi sehingga tercipta kesinambungan dalam berumah tangga. Jadi kualitas keharmonisan keluarga juga dipengaruhi oleh nafkah lahir dan batin.

Pendapat tersebut diperkuat oleh Basri (1996) bahwa untuk meraih keharmonisan keluarga perlu memiliki sifat ideal dan menerapkannya dalam rumah tangga, sifat tersebut antara lain adalah kondisi sosial ekonomi yang cukup memadai untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Dijelaskan lebih lanjut oleh Basri (19960 bahwa kondisi sosial ekonomi yang memadai tersebut, dapat berupa semangat dan etos kerja yang baik dalam memenuhi nafkah, kreatifitas dan semangat untuk mengusahakannya, sehingga keluarga akan terpenuhi kebutuhannya.

Meskipun dalam penelitian tidak diteliti tentang pengaruh tingkat sosial ekonomi terhadap kualitas keharmonisan keluarga, tetapi dari banyak pendapat dari para ahli bahwa keharmonisan keluarga juga dipengaruhi dari tingkat sosial ekonomi keluarga.

Pembahasan kedua ditujukan mengetahui permasalahan yang dihadapi dalam rangka peningkatan kemampuan sosial Ekonomi bagi peserta keluarga Berencana vasektomi masyarakat pinggiran Kota Surabaya Barat.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, permasalahan yang dihadapi diantaranya mereka menempuh cara berjualan karena pekerjaan tersebut relatif mudah dilakukan, karena tidak diperlukan ilmu dan syarat-syarat khusus. Wawancara dengan para responden juga mengungkap bahwa responden ragu-ragu untuk melakukan inovasi karena memandang inovasi adalah sesuatu yang mahal dan sulit. Hasil wawancara ini dapat dimaknai bahwa para PUS terdorong untuk berwirausaha, namun harus diwaspadai bahwa dorongan tersebut hanyalah untuk memenuhi kebutuhan hidup semata. Oleh karena itu agar dorongan tersebut dapat meningkatkan kondisi sosial ekonomi serta berkelanjutan bahkan dapat memiliki daya saing maka perlu adanya tindakan untuk merubah *mindset* agar mereka memiliki orientasi kewirausahaan.

Oleh karena itu hasil wawancara dan analisis tersebut ditindaklanjuti dengan pelatihan - pelatihan tentang materi membangun mindset dan mental sebagai pengusaha yang kuat , materi tentang pentingnya inovasi pemasaran serta praktek standar pengolahan makanan dengan menghadirkan seorang pengusaha produk kuliner yaitu Lien's Cake. Pengusaha tersebut menceritakan pengalamannya bagaimana melakukan adaptasi pada perubahan dalam hal pemasaran produknya. Dari hasil pelatihan tersebut peserta mendapatkan wawasan bahwa untuk berdaptasi tidak harus mahal dan sulit, misalnya dengan mengubah ukuran kue, memasarkan secara *online*, hingga melakukan *open order* dan mengirimkan melalui *Ojek Online*. Aktivitas selanjutnya adalah pendampingan 12 usaha mikro dari keluarga peserta KB vasektomi di Surabaya Barat dalam pendaftaran SIUP.

2018FEB USK. All right reserved.

## PENUTUP

### Simpulan

Ada perbedaan kualitas keharmonisan keluarga antara PUS (Pasangan Usia Subur) peserta KB vasektomi dan PUS yang tidak mengikuti program KB, dimana PUS yang tidak mengikuti program KB memiliki kualitas keharmonisan yang lebih baik.

1) Hasil *mapping* atau pemetaan tingkat sosial ekonomi masih ada keluarga yang dalam taraf keluarga pra sejahtera baik di PUS peserta KB vasektomi maupun PUS yang tidak mengikuti program KB. PUS yang tidak mengikuti program KB mempunyai tingkat sosial ekonomi lebih baik daripada PUS peserta KB vasektomi.
2) Perlu adanya perubahan mindset dari berwirausaha apa adanya menjadi wirausaha yang memiliki orientasi, agar mereka dapat benar- benar terangkat sosial ekonominya.

## DAFTAR PUSTAKA


Azwar, S. (2009). *Dasar-Dasar Psikometri*. Yogyakarta : Pustaka Belajar.

Azwar, S. (2009). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta : Pustaka Belajar.

Azwar, S. (2009). *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta : Pustaka Belajar.

Basri, Hasan., (1996). Merawat Cinta Kasih. Yogyakarta : Pustaka Belajar.

Muhid, Abdullah., (2012). *Analisis Statistik, 5 Langkah Praktis Analisis Statistik Dengan SPSS for Windows*. Sidoarjo : LEMLIT IAIN Sunan Ampel Surabaya – Zifatama.

BKKBN. (2005). *Peningkatan Partisipasi Pria Dalam Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*, Jakarta.

http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx/ 29 Maret 2015

http://digilib.unila.ac.id/ 29 Maret 2015

http://life.viva.co.id/ 29 Maret 2015

http://nasional.republik.co.id/ 29 Maret 2015

Gunarsa, Yulia Singgih., Gunarsa, Singgih, D. 2013. *Psikologi untuk Keluarga. Jakarta*. PT. BPK Gunung Mulia

Noerdin, Mazwar., 2002. *Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia Melalui Program Keluarga Berencana. Paparan Pada Kegiatan Rakorbangpus Tahun 2002*. Tidak Diterbitkan. Jakarta, 16 – 17 September 2002.

Sarlito. Wirawan, Sarwono. (1982). *Menuju Keluarga Bahagia*. Jakarta. Bathara Karya Aksara.

Sugiyono. (2008) *Metodologi Penelitian Pendidikan : Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfa Betha. Bandung.


2018FEB USK. All right reserved.

# Peningkatan Kemampuan Sosial Ekonomi Peserta Keluarga Berencana Vasektomi Masyarakat Pinggiran Kota Surabaya Bagian Bara~1

ORIGINALITY REPORT

| 24% | 24% | 8% | 3% |
|---|---|---|---|
| SIMILARITY INDEX | INTERNET SOURCES | PUBLICATIONS | STUDENT PAPERS |

PRIMARY SOURCES

| | | |
|---|---|---|
| 1 | etheses.uin-malang.ac.id<br>Internet Source | 10% |
| 2 | eprints.umsida.ac.id<br>Internet Source | 8% |
| 3 | es.scribd.com<br>Internet Source | 3% |
| 4 | repository.radenintan.ac.id<br>Internet Source | 2% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Exclude quotes | Off | Exclude matches | < 2% |
| Exclude bibliography | Off | | |