

UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIFITAS KONSELING TERHADAP SIKAP SUAMI DALAM
PENGAMBILAN KEPUTUSAN KELUARGA BERENCANA DAN
PEMILIHAN KONTRASEPSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ULEE KARENG KOTAMADYA BANDA ACEH
NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

Tesis

Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Maternitas

Oleh
DARMAWATI
0606026704

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN ILMU
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan tim Penguji Tesis Program
Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I

(Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D)

Pembimbing II

(Dr. Luknis Sabri, SKM)



**PANITIA SIDANG TESIS
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Jakarta, Juli 2008

Ketua

(Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D)

Anggota

(Dr. Luknis Sabri, SKM)

Anggota

(Chandra Wijayanti, SKp, M.Kep., Sp.Mat)

Anggota

(Yati Afiyanti, Skp, MN)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat, hidayah dan innayah-Nya,

sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal Tesis yang berjudul **“Efektifitas Konseling Terhadap Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan Kelurga Berencana dan Pemilihan Kontrasepsi Diwilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh Nanggroe Aceh Darussalam”**.

Penyusunan Tesis ini dapat terlaksana berkat bantuan berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawati, M.A., PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dra. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Studi sekaligus Koordinator Mata Ajar Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Yeni Rustina, SKp., M.App.Sc., PhD., selaku pembimbing I Tesis yang telah mencurahkan waktu, perhatian dan bimbingannya dalam penyusunan Tesis ini.
4. Dr. Luknis Sabri, SKM, selaku pembimbing II Tesis yang telah mencurahkan waktu, perhatian dan bimbingannya dalam penyusunan Tesis ini.
5. Chandra Wijayanti, SKp. M.Kep. Sp. Mat., selaku penguji III yang telah memberikan saran guna perbaikan Tesis ini.
6. Drg. Hj. Maisyarah, selaku kepala Puskesmas Ulee kareng yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian pada Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh.
7. Para bidan desa yang bertugas pada desa dibawah Wilayah Kerja Puskesmas Ulee

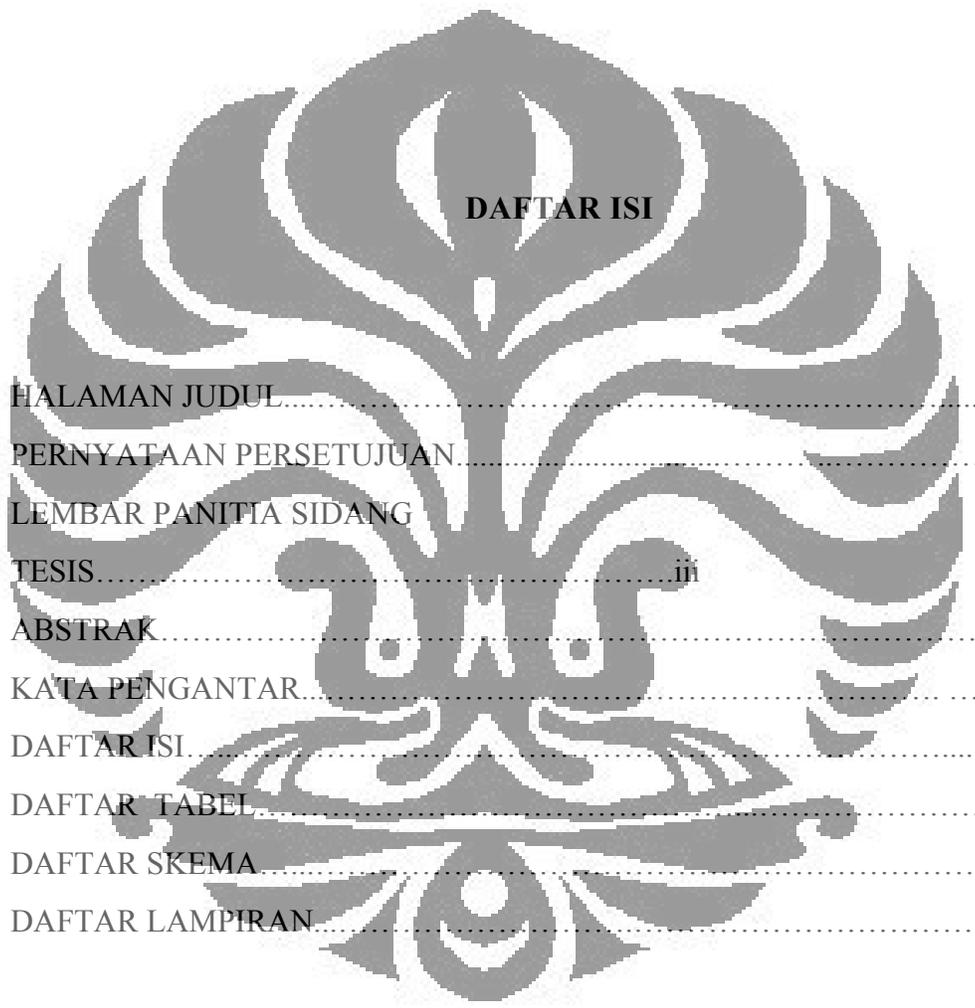
Kareng Kotamadya Banda Aceh.

8. Suamiku tercinta (Muhammad Rizal) dan anak-anakku tersayang (Siti Maghfirah Rizal dan Siti Sophia Rizal), yang selalu memberikan dukungan, doa dan pengorbanan guna terselesaikannya Tesis ini.
9. Ayahanda (Alm), Ibunda, Abang dan kakak-kakakku tercinta yang telah memberikan bantuan moril dan doa guna terselesaikannya Tesis ini.
10. Untuk Marlina, Devi, Iwat, Mila, Mbak Endah, Mbak Atik, Kak Mala, Bang Hajjul dan Bang Fadli yang telah banyak mendukung dan membantuku selama ini.
11. Semua rekan-rekan Program PascaSarjana Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia, yang banyak memberikan semangat guna terselesaikannya penyusunan Tesis ini.
12. Semua pihak yang membantu dalam penyusunan Tesis ini.

Akhirnya, semoga bantuan serta budi baik semuanya mendapat balasan sebagai amalan yang baik dari Allah SWT, dan semoga Tesis ini dapat dilaksanakan dan bermanfaat untuk perkembangan Ilmu Keperawatan khususnya Keperawatan Maternitas.

Jakarta, Juli 2008

Penulis



DAFTAR ISI

Hal

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PANITIA SIDANG TESIS.....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah..	9
C. Pertanyaan Penelitian..	9
D. Tujuan Penelitian.....	10

E. Manfaat Penelitian.....	11
----------------------------	----

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Family Centered Care.....	13
B. Sikap Dan Keterlibatan Suami.....	16
C. Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga.....	19
D. Konseling Program Keluarga Berencana.....	31
E. Kerangka Teori.....	45

BAB III : KERANGKAK KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep Penelitian.....	47
B. Hipotesis.....	48
C. Definisi Operasional.....	49

BAB IV : METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	52
B. Populasi Dan Sampel.....	53
C. Tempat Penelitian.....	54
D. Waktu Penelitian.....	54
E. Etika Penelitian.....	55
F. Alat Pengumpulan Data.....	56
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	58
H. Pengolahan Data.....	61
I. Rencana Analisis Data.....	62

BAB V : HASIL PENELITIAN

A. Analisa Univariat dan Uji Kesetaraan.....	63
B. Analisa Bivariat.....	66

BAB VI : PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	74
B. Keterbatasan Penelitian.....	86
C. Impikasi Keperawatan.....	87

BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan.....	88
B. Saran.....	89

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	47
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD (N=64).....	63
Tabel 5.2 Distribusi Suami Menurut Sikap Dalam Pengambilan Keputusan KB Sebelum Intervensi di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD (N=64).....	66
Tabel 5.3 Distribusi Suami Sikap Dalam Pengambilan Keputusan KB Setelah Intervensi	

Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD (N=64).....67

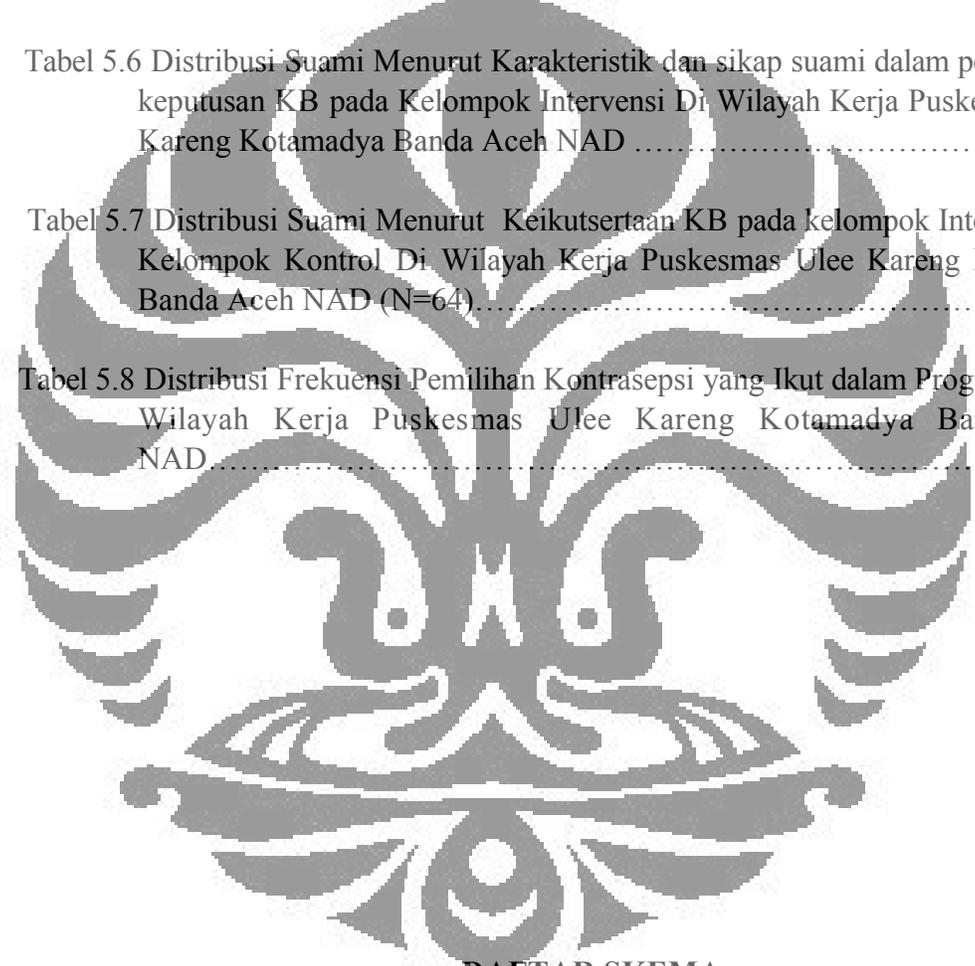
Tabel 5.4 Distribusi Perbedaan Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB Pada Kelompok Intervensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD (N=32).....68

Tabel 5.5 Distribusi Perbedaan Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB Pada Kelompok Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD (N=32).....69

Tabel 5.6 Distribusi Suami Menurut Karakteristik dan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB pada Kelompok Intervensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD70

Tabel 5.7 Distribusi Suami Menurut Keikutsertaan KB pada kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD (N=64).....72

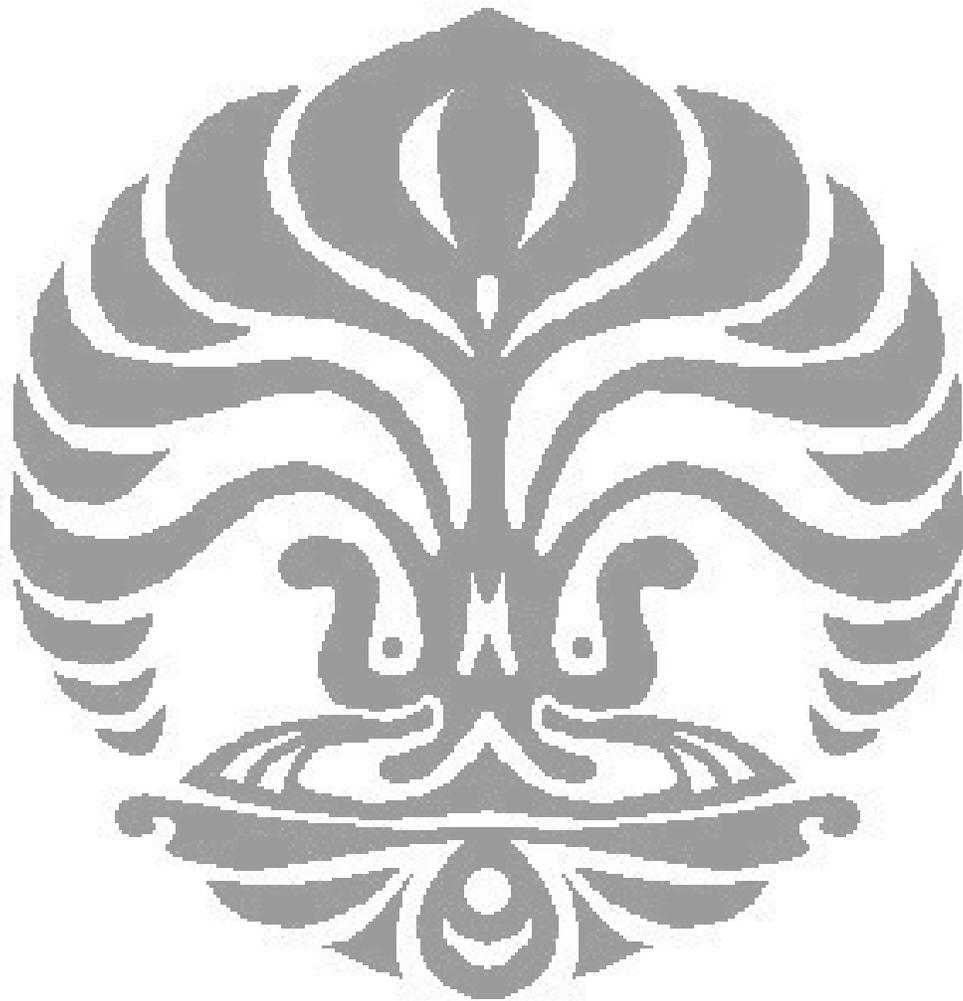
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Pemilihan Kontrasepsi yang Ikut dalam Program KB Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD.....73

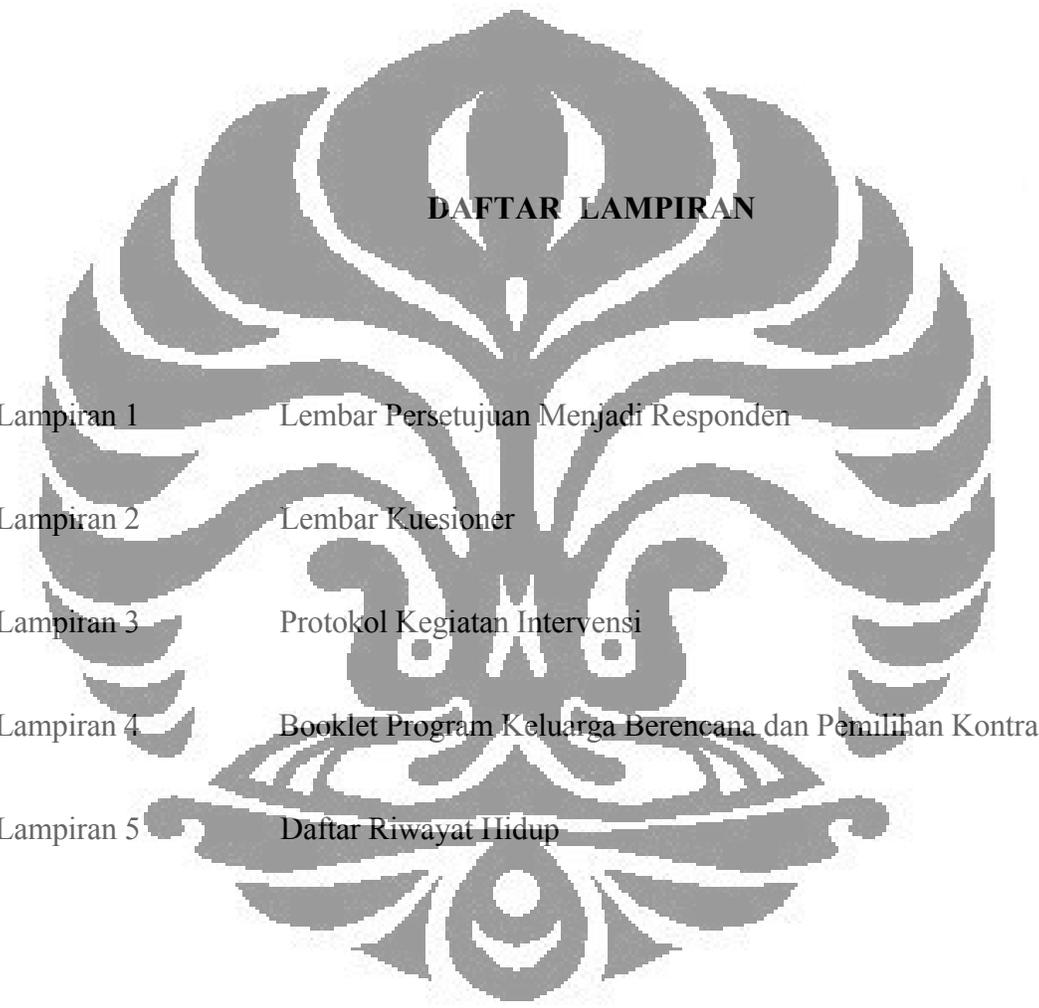


DAFTAR SKEMA

Hal

Skema 2.1 Kerangka Teori.....45





DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Lembar Kuesioner
- Lampiran 3 Protokol Kegiatan Intervensi
- Lampiran 4 Booklet Program Keluarga Berencana dan Pemilihan Kontrasepsi
- Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup



**KEKHUSUSAN SPESIALIS KEPERAWATAN MATERNITAS
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008

Darmawati

**Efektifitas Konseling
Terhadap Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB dan Pemilihan Kontrasepsi
Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD**

ix + 92 + 8 tabel + 2 skema + 5 lampiran

ABSTRAK

Sikap merupakan kumpulan gejala dalam merespon stimulus sehingga melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan. Salah satu cara untuk mempengaruhi sikap seseorang dalam pengambilan keputusan tentang KB adalah dengan pemberian konseling. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas konseling terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi. Penelitian ini menggunakan desain *quasi experimental*, dengan *Pretest-Posttest non-Equivalent Control Group Design* yang bertujuan untuk mengetahui perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB pada responden yang

diberikan dan tidak diberikan intervensi konseling dengan menggunakan kelompok kontrol. Populasi dalam penelitian ini adalah para suami yang mempunyai istri dalam masa postpartum di wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh. Jumlah sampel 64 orang, 32 orang kelompok intervensi dan 32 orang kelompok kontrol. Pengambilan sampel dilakukan dengan total populasi. Analisis efektifitas konseling terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi menggunakan *uji chi-square*. Hasil uji homogenitas responden didapatkan hasil antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah homogen ($p > 0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB sebelum intervensi ($p = 0,792$) dan setelah intervensi ($p = 0,109$) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, tetapi terdapat perbedaan yang bermakna pada jumlah keikutsertaan KB ($p = 0,000$). Pemberian konseling yang teratur dan regular diharapkan suami dapat bersikap positif dalam pengambilan keputusan KB dan berperan dalam memilih serta menggunakan alat kontrasepsi. Konseling merupakan salah satu cara pendekatan yang terbaik yang dapat diterapkan di masyarakat untuk lebih meningkatkan pengetahuan dan sikapnya terhadap program KB dengan melibatkan berbagai unsur termasuk keluarga. Perawat maternitas sebagai salah satu praktisi yang dapat memberikan konseling dengan tepat perlu bekerjasama dengan berbagai kalangan baik pemerintah maupun pemuka agama yang ada di daerah setempat.

Kata Kunci : Konseling, Sikap dalam Pengambilan Keputusan KB, Pemilihan kontrasepsi, Suami
Daftar Pustaka, 67 (1990-2008)

MATERNITY NURSING PROGRAM
POSTGRADUATE PROGRAM
FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2008

Darmawati

Effectiveness Of Counseling On Husband Attitude Toward Family Palnning Decision Making
And Contraceptive Choice In Ulee Kareng Health Centre Aea Banda Aceh City NAD

Xi + 92 pages +8 tables + 2 pfigures + 5 appendices

Abstract

Attitude is a symptom in respond to stimulus involving mind, feeling, attention and psychology symptom. One of the way to influence ones attitude in making decision in family planning is by

counseling. This research was aimed to explore the effectiveness of counseling on husband attitude toward family planning decision making and contraceptive choice. The research was quasi experiment design, with Pretest-Posttest non-Equivalent Control Group Design that aimed to explore the difference in husband attitude toward family planning decision making, the participants in the intervention group were counseled and control group werenot. The population of this research were husbands in ulee kareng Health Centre Area Banda Aceh City whose wife were in postpartum period. The samples were 64 devided into two group, with 32 participants respectively. Data were analized by chi-square test. The result of respondent homogeneity test revealed that there was a homogeneity between subject in intervention and control group ($p>0,05$). The result showed that there was no difference in husband attitude toward family planning decision making before the intervention ($p=0,792$) and after intervention ($p=0,109$) in both groups, but there was a significant difference in family planning participation ($p=0,000$). By regular counseling, it is hoped that the husband will have a positive attitude toward family planning decision making and participate in chosing and using contraceptive. It is recommended that counseling as one of the best approach technique can be applied in community in order to improve community knowledge and attitude in family planning program by involving various sectors. Maternity nurse as one the practitioners who can give the proper counseling can corporate with many sectors including from local government and religion leaders.

Keywors : counseling, attitude toward family planning decision making, choice of contraceptive, husband

References : 67 (1990-2008)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan reproduksi merupakan bagian penting dari program kesehatan dan merupakan titik pusat sumber daya manusia mengingat pengaruhnya terhadap setiap orang dan mencakup banyak aspek kehidupan sejak dalam kandungan sampai pada kematian. Oleh karena itu pelayanan kesehatan reproduksi harus mencakup empat komponen esensial yang

mampu memberikan hasil yang efektif dan efisien bila dikemas dalam pelayanan yang terintegrasi (Saifudin, 2003).

Empat komponen esensial tercakup didalam paket pelayanan kesehatan reproduksi esensial yaitu kesehatan ibu dan bayi baru lahir, keluarga berencana (KB), kesehatan reproduksi remaja dan penanggulangan penyakit menular seksual (PMS) termasuk *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Virus* (HIV/AIDS). Hal ini merupakan kesepakatan bersama dalam Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi di Jakarta tahun 1996, sebagai komitmen Indonesia dalam menindaklanjuti *International Conference Of Population Development* (ICPD) di Kairo tahun 1994 (Saifudin, 2003).

Tingkat kesehatan ibu di Indonesia masih memprihatinkan. Angka kematian ibu sampai saat ini masih tinggi yaitu 262 per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2005). Tingginya angka kematian ibu tersebut diantaranya disebabkan oleh faktor-faktor kesehatan seperti perdarahan, eklamsia, infeksi, persalinan macet dan komplikasi, yang terjadi setiap saat selama ibu hamil, pada waktu persalinan, paska persalinan dan keguguran. Faktor non kesehatan yang juga mempengaruhi tingkat kematian ibu adalah fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan yang sangat terbatas, letak geografis yang sulit dijangkau, serta pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang masih kurang terhadap pelayanan kesehatan termasuk keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Faktor lain juga berpengaruh pada angka kematian ibu, misalnya perlakuan bias gender terhadap perempuan, sulit

mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang memadai juga status dan posisi perempuan yang rendah baik dalam keluarga dan masyarakat yang menyebabkan perempuan mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan yang menyangkut perencanaan kehamilan dan keluarga berencana (Endang, 2004. <http://www.glorianet.org/keuarga/pria/priakes.html>, diperoleh tanggal 18 Januari 2008).

Salah satu penyebab kondisi di atas adalah fenomena di masyarakat yang menyangkut masih banyaknya masyarakat yang beranggapan bahwa laki-laki mempunyai kekuatan dalam segala hal, wanita dianggap masih rendah dan keikutsertaan wanita dalam keluarga berencana merupakan hasil keputusan mutlak dari suami. Aspek budaya juga berpengaruh pada rendahnya partisipasi pria/suami dalam menunjang kesehatan reproduksi pasangannya. Hal ini dikemukakan oleh Raharjo (2004) bahwa dalam banyak budaya, pria dituntut lebih memiliki informasi yang cukup dan menunggu kendali atas hasil akhir dari sebuah keputusan, meskipun pada kenyataannya pria lah yang diharapkan dapat ikut mengambil keputusan dalam kesehatan reproduksi.

Fenomena yang terjadi dalam masyarakat tersebut berkaitan dengan rendahnya peran serta keluarga terutama suami yang secara langsung berkedudukan sebagai kepala keluarga dalam keterlibatan pengambilan keputusan keluarga berencana serta pemilihan kontrasepsi bertentangan dengan hasil ICPD 1994 ” tanggung jawab laki-laki terhadap seksualitas, pemeliharaan anak dan kerja domestik diperjuangkan sebagai strategi kesetaraan

gender” (Rahman, 2004).

Friedman (2003) mengemukakan bahwa seorang ibu mempunyai kontrol substansi terhadap keputusan apakah anaknya akan mendapatkan layanan kuratif, preventif dan bertindak sebagai sumber ketenangan dan bahkan pada masa-masa sakit; sedangkan pria yang diposisikan sebagai suami, menjadi penyedia nafkah tapi tidak terlibat dalam perawatan anak. Suami yang juga berperan dalam hal ekonomi akan berimplikasi pada pengambilan keputusan yang terkait dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang secara tidak langsung suami hendaknya ikut terlibat untuk dapat mengenal masalah kesehatan dalam keluarga dan merawat anggota keluarga. Demikian juga halnya terhadap keputusan dalam keluarga berencana, seorang ibu juga mempunyai kewenangan untuk menentukan kebutuhannya dalam menentukan kapan dan berapa jumlah anak yang diinginkan yang juga membutuhkan partisipasi suami sebagai pengambilan keputusan dalam keluarga.

Beberapa hasil analisis ditemukan bahwa, partisipasi pria dalam ber-KB adalah proporsi terbesar pria mengetahui sumber pelayanan KB adalah puskesmas 41%, Bidan Praktek Swasta (BPS) sebanyak 27 %, bidan desa 20 %, dan Apotik atau toko obat 12 %. Televisi merupakan sumber informasi KB yang dominan dikemukakan pria 50 %, Koran dan majalah 23 %, radio 19 %, poster 18 %, pamphlet 11 %. 45 % pria tidak pernah akses terhadap sumber informasi KB dari media. Pria terlihat kurang dalam hal membicarakan aspek KB dengan pasangannya 24 %. Pembicaraan tentang KB antara pria dan tetangganya

tercatat 11 %, dengan saudara 2 %, sementara itu pembicaraan antara pria dengan orang tua ataupun anak-anaknya hanya 1 % (Winarni, 2006. http://www.bkkbn.go.id/diftor/research_detail.phd?rchid=18, diperoleh tanggal 17 Januari 2008).

Peran serta suami terhadap kesehatan reproduksi ibu serta pengambilan keputusan keluarga dalam hal program keluarga berencana, sesuai dengan falsafah dalam keperawatan maternitas yaitu seluruh siklus kehidupan reproduksi wanita sejak dari kehamilan sampai dengan penentuan untuk merencanakan kehamilan, menjarangkan kehamilan, dan jumlah anak memerlukan dukungan keluarga terutama suami. Sikap, nilai, perilaku sehat dan dukungan yang baik dari suami dan keluarga sangat dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya. Faktor sosial budaya ini mempunyai peranan penting dalam memahami sikap dan perilaku dalam keluarga menanggapi kehamilan, kelahiran serta perawatan dan kesehatan ibu setelah melahirkan. Salah satu contoh faktor sosial budaya yang mempengaruhi sikap dan perilaku ini berhubungan dengan sebuah kajian oleh ahli antropologi, ditemukan bahwa masalah mengenai pilihan terhadap sarana pertolongan persalinan baik dukun bayi, bidan maupun tempat pelayanan lain seperti rumah sakit tidak selalu ditentukan oleh pasangan suami istri yang menantikan kelahiran bayi, melainkan oleh anggota kerabat lainnya yang dituakan dan mempunyai status yang tinggi dalam keluarga tersebut (Swasono, 1998).

Keikutsertaan ibu dalam keluarga berencana dan pilihan terhadap penggunaan kontrasepsi juga dipengaruhi oleh pandangan agama, adat budaya, ulama serta pemangku adat didaerah setempat. Padahal sejak pemerintahan menggalakan program keluarga berencana di

Indonesia, umat Islam paling banyak dilibatkan untuk menetapkan berbagai kebijakan untuk kepentingan publik, baik berskala nasional maupun lokal. Hal ini wajar, karena mengingatkan penduduk Indonesia mayoritas muslim, dan ajaran agama yang banyak berbicara tentang penciptaan manusia dari awal maupun reproduksi adalah Islam. Namun pelibatan ini membawa kepada konsekuensi bahwa ada yang tertarik dan ada yang tidak tertarik (Yaswirman, 2006. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel/10306-06.htm> diperoleh tanggal 22 Januari 2008).

Astari (2005) melakukan studi kualitatif pengambilan keputusan dalam keluarga terkait dengan komplikasi perinatal di Kabupaten Cianjur, Jawa Barat yang menyatakan bahwa faktor yang paling berpengaruh dalam pengambilan keputusan terkait komplikasi perinatal adalah faktor sosial ekonomi, faktor keterjangkauan dan pengetahuan keluarga. Penelitian lain yang dikemukakan oleh, Hardee, Hull, Irwanto, Poerwandari, Prasadja, Sunarno, (1997) yang berjudul "*in the shadow of men: Reproductive decision-making and women's psychological well-being in Indonesia*", menunjukkan bahwa pengambilan keputusan kontrasepsi pada wanita di Sumatera Selatan dan Lampung secara kuantitatif terlihat wanita berperan secara aktif dalam pengambilan keputusan kontrasepsi. Data hasil wawancara mendalam dibuktikan bahwa ternyata wanita tidaklah dalam posisi yang kuat dalam pengambilan keputusan seperti hasil data kuantitatif. Wanita-wanita merasa mereka dalam perangkap yang kaku dari sudut agama dan budaya, yang menentukan keputusan adalah para suami, termasuk kebutuhan, keselamatan fisik dan kesejahteraan keluarga. Wanita mengalami sedikit tekanan dan kecemasan, waktu mereka lebih banyak merawat anak-anak,

sedangkan suami lebih banyak waktu untuk aktivitas pekerjaan dan masyarakat. Hal ini jelas menyatakan bahwa mempunyai anak adalah tugas wanita kepada suami (seperti sudut pandang Islam) dan tidak mengherankan bila keluarga berencana menjadi pertimbangan bagi wanita.

Masyarakat Aceh merupakan masyarakat yang masih menganut patrilineal. Dalam masyarakat patrilineal suami merupakan pengambilan keputusan tertinggi dalam keluarga, termasuk keputusan perempuan untuk menentukan hak-hak reproduksi, hal ini juga mempengaruhi cara pandang masyarakat terhadap keputusan keluarga berencana dan pilihan kontrasepsi yang diinginkan ibu.

Data yang didapatkan dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) periode Januari sampai Desember 2006 didapatkan 77,2 % dari 508.121 Pasangan Usia Subur (PUS) adalah akseptor KB aktif 392.501 orang dan PUS yang bukan peserta KB aktif 115.620 orang (BKKBN NAD, 2006). Data yang diperoleh dari Puskesmas Ulee Kareng periode Januari sampai Desember 2007 jumlah akseptor KB adalah 36,08 % dari PUS yang ada (Puskesmas Ulee Kareng, 2007).

Masih rendahnya persentase jumlah akseptor KB secara umum di NAD dan khususnya di Wilayah kerja Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh dibandingkan dengan jumlah PUS

dalam jangka panjang akan melatarbelakangi jumlah kematian ibu. Sebagaimana data yang penulis peroleh dari wawancara dengan 9 Bidan desa di Wilayah kerja puskesmas Ulee Kareng bahwa ada 22 ibu yang mengalami gagal KB dan sekitar 7 orang setelah diwawancara merupakan gagal KB akibat tidak ada keizinan dari suami untuk melanjutkan lagi menjadi akseptor KB. Peran serta keluarga dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan program keluarga berencana wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh terutama dipengaruhi oleh budaya Aceh dan akidah islamiah dari para ulama di Aceh yang sangat dijunjung tinggi oleh sebagian masyarakat di daerah Aceh. Fenomena pada sebagian masyarakat Aceh dalam keluarga, perempuan termasuk ibu hamil dan paska melahirkan tidak mempunyai hak sepenuhnya dalam menentukan pilihan keluarga berencana serta kontrasepsi apa yang akan digunakan dan tetap dipengaruhi oleh kepercayaan yang diturunkan oleh orang yang dipercaya sebagai ulama.

Kondisi diatas dapat disosialisasikan dengan pemberian informasi dan pemahaman melalui konseling dalam keluarga dimasyarakat mengenai keluarga berencana merupakan suatu proses siklus reproduksi yang dialami oleh seorang wanita untuk menjarangkan, mengatur suatu kelahiran. Keluarga berencana memberi kesempatan pada ibu untuk dapat mengatur hidupnya dan menerima hak-hak reproduksinya sehingga dapat membina keluarga yang berkualitas. Keluarga khususnya suami juga dituntut untuk berperan serta dalam pengambilan keputusan terhadap keluarga berencana dan pilihan kontrasepsi paska melahirkan yang sesuai dengan kondisi dan keinginan ibu.

Keperawatan maternitas meyakini bahwa pengalaman mempunyai anak merupakan masalah keluarga, asuhan keperawatan ditujukan tidak hanya pada individu tetapi juga keluarga dan masyarakat. Asuhan keperawatan maternitas yang berfokus pada keluarga *Family Centered-Maternity Care (FCMC)* merupakan suatu upaya untuk memilah kebutuhan ibu sebagai individu yang unik dan melihat setiap anggota keluarga sebagai individu yang memiliki kebutuhan dan keinginan khusus yang dapat dipenuhi melalui proses perawatan (Philips, 1996).

Perawat maternitas terkait dengan peran peneliti dalam hal ini, merasa penting untuk mengenali hak-hak reproduksi wanita dan memberikan pengetahuan kepada keluarga terutama suami tentang pengambilan keputusan dalam keluarga. Sejalan dengan falsafah keperawatan maternitas yaitu keperawatan maternitas bersifat holistik dan memberikan penghargaan terhadap klien dan keluarganya sebagai pemberi dukungan, memperhatikan aspek sikap, nilai dan perilaku sehat baik individu maupun keluarga dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya, termasuk didalamnya budaya yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi (Lowdermik & Perry, 2003).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh bidan desa yang

bertugas didesa setempat pada sepuluh orang suami yang mempunyai isteri dalam masa postpartum didesa Lambhuk, Pango, Ceurih, dan Lamglumpang wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng, didapatkan 2 suami yang belum bisa memberikan ijin kepada istrinya untuk menjadi akseptor KB, 4 orang suami bingung dengan kontrasepsi yang akan digunakan oleh istrinya dan 4 orang suami yang dengan kooperatif mengatakan istrinya akan menggunakan kontrasepsi suntikan 3 bulan.

Berdasarkan uraian di atas, maka perawat perlu mengetahui berbagai hal yang berkaitan dengan sikap keluarga khususnya suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi. Untuk itu, peneliti tertarik untuk mengidentifikasi bagaimana sikap suami dan efektifitas konseling terhadap pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi. Salah satu kegiatan yang dapat dilakukan dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi adalah memberikan pendidikan kesehatan dan konseling bagi keluarga/ suami meliputi pengenalan tentang keluarga berencana, dan pilihan kontrasepsi sesuai dengan kondisi dan kesehatan ibu. Dengan pendidikan kesehatan dan konseling tersebut diharapkan dapat meningkatkan pemahaman tentang perlunya keikutsertaan ibu dalam program keluarga berencana dan pilihan kontrasepsi paska melahirkan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data jumlah akseptor KB di daerah Nanggroe Aceh Darussalam dan di Puskesmas Ulee Kareng yang menggambarkan bahwa rendahnya jumlah akseptor dibandingkan dengan jumlah PUS, hal ini dalam jangka panjang akan berdampak pada meningkatnya angka kematian ibu yang berarti juga bahwa program keluarga berencana di Nanggroe Aceh Darussalam masih rendah. Berdasarkan fenomena di atas salah satu usaha untuk meningkatkan angka keberhasilan keluarga berencana, dilakukan intervensi dengan melibatkan peran serta suami. Intervensi yang akan diberikan berupa pendidikan kesehatan dalam bentuk konseling bagi keluarga.

C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah bagaimanakah efektifitas konseling terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menjelaskan sejauhmana efektifitas

konseling terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi.

2. Tujuan Khusus

- a. Diidentifikasinya karakteristik responden berdasarkan: umur, pendidikan terakhir, agama, dan pekerjaan.
- b. Diidentifikasinya gambaran sikap suami dalam pengambilan keputusan sebelum suami diberikan konseling KB
- c. Diidentifikasinya gambaran sikap suami dalam pengambilan keputusan setelah suami diberikan konseling KB
- d. Diidentifikasinya perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan sebelum diberikan konseling KB dengan pengambilan keputusan setelah suami diberikan konseling pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- e. Diidentifikasinya pengaruh karakteristik responden terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi pada kelompok intervensi.
- f. Diidentifikasinya proporsi jumlah keikutsertaan KB setelah pemberian konseling pada kelompok intervensi.
- g. Diidentifikasinya proporsi jumlah keikutsertaan KB tanpa pemberian konseling pada kelompok kontrol.

E. Manfaat Penelitian

Penelitian yang dilakukan diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Manfaat Aplikatif
 - a. Suami dapat mengambil keputusan dan memberikan dukungan penuh terhadap program KB dan menentukan bersama ibu kontrasepsi yang sesuai.
 - b. Bagi perawat hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dan bermanfaat dalam meningkatkan pemahaman dalam menerapkan asuhan keperawatan maternitas terutama menyangkut kesehatan reproduksi dengan program KB dan perawat dapat memberikan konseling yang efektif bagi pasangan usia subur .
 - c. Diharapkan dapat memberikan informasi bagi petugas kesehatan, dalam menentukan strategi yang tepat serta petugas dapat memberikan konseling secara teratur untuk meningkatkan pemahaman keluarga tentang program KB dan pilihan kontrasepsi sehingga secara tidak langsung dapat menekan angka kematian ibu.

2. Manfaat Keilmuan
 - a. Sebagai masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan yang aplikatif terhadap keperawatan maternitas, khususnya dalam menerapkan salah satu konsep dari

keperawatan yang berpusat pada keluarga (FCMC).

- b. Hasil penelitian ini juga dapat memberikan informasi bagi staf akademik dan mahasiswa dalam rangka mengembangkan proses belajar mengajar khususnya berkaitan dengan dukungan keluarga/suami terhadap pengambilan keputusan keluarga berencana dengan cara konseling.
- c. Penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi perkembangan IPTEK keperawatan yang sesuai dengan karakteristik nilai-nilai dan norma-norma yang berkembang dimasyarakat secara positif dengan mengoptimalkan peran aktif keluarga/suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana.
- d. Proses belajar yang dialami oleh peneliti selama proses penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan menjadi pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti serta terjadinya perubahan sikap dan pandangan tentang program keluarga berencana.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan kajian kepustakaan yang melandasi penelitian ini, meliputi konsep *Family Centered-Maternity Care* (FCMC) dan peran perawat maternitas, sikap dan keterlibatan suami, pengambilan keputusan dalam keluarga, konseling keluarga berencana, dan kerangka teori sebagai landasan berpikir.

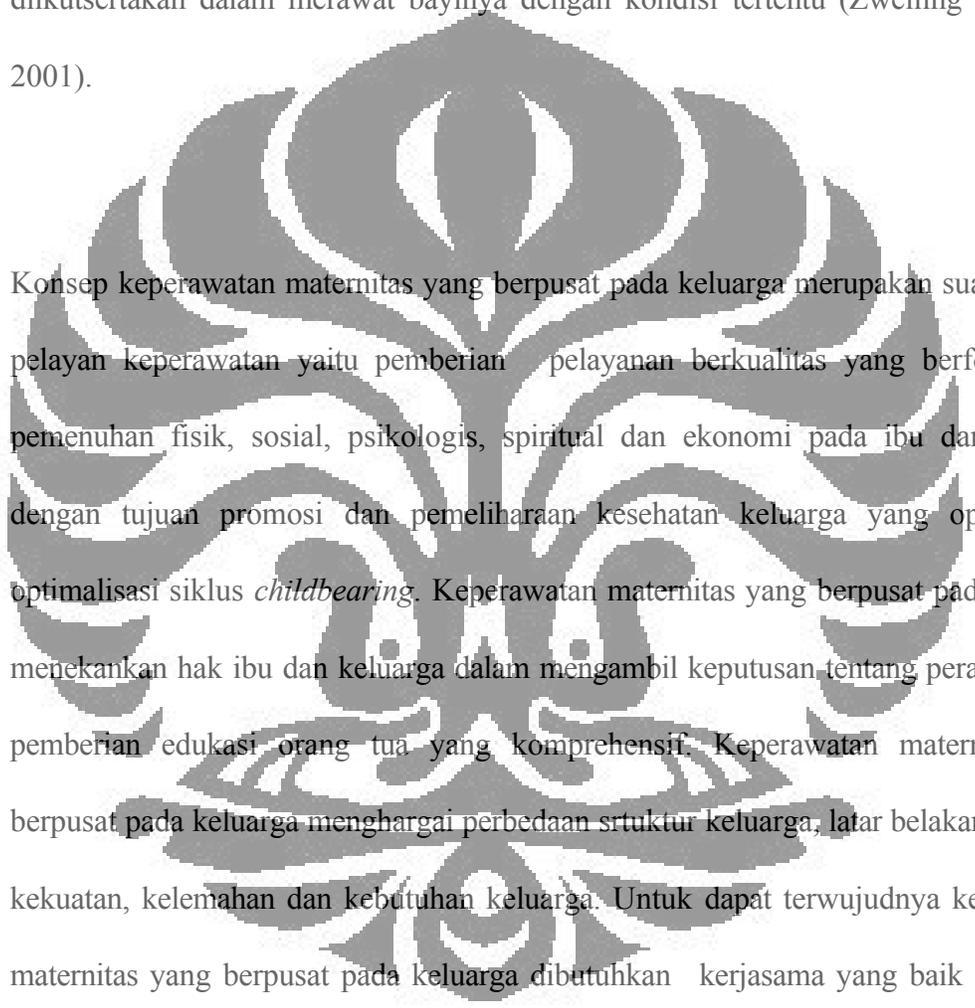
A. Konsep *Family Centered-Maternity Care*

Salah satu pendekatan dalam memberikan pelayanan keperawatan maternal dan perinatal adalah pelayanan yang berfokus pada keluarga atau *Family Centered-Maternity Care*.

Konsep ini merupakan filosofi yang mendasari adanya suatu upaya untuk memilih kebutuhan ibu sebagai individu yang unik dan melihat setiap anggota keluarga sebagai individu yang memiliki kebutuhan dan keinginan khusus yang dapat dipenuhi melalui proses perawatan (Philips, 1996).

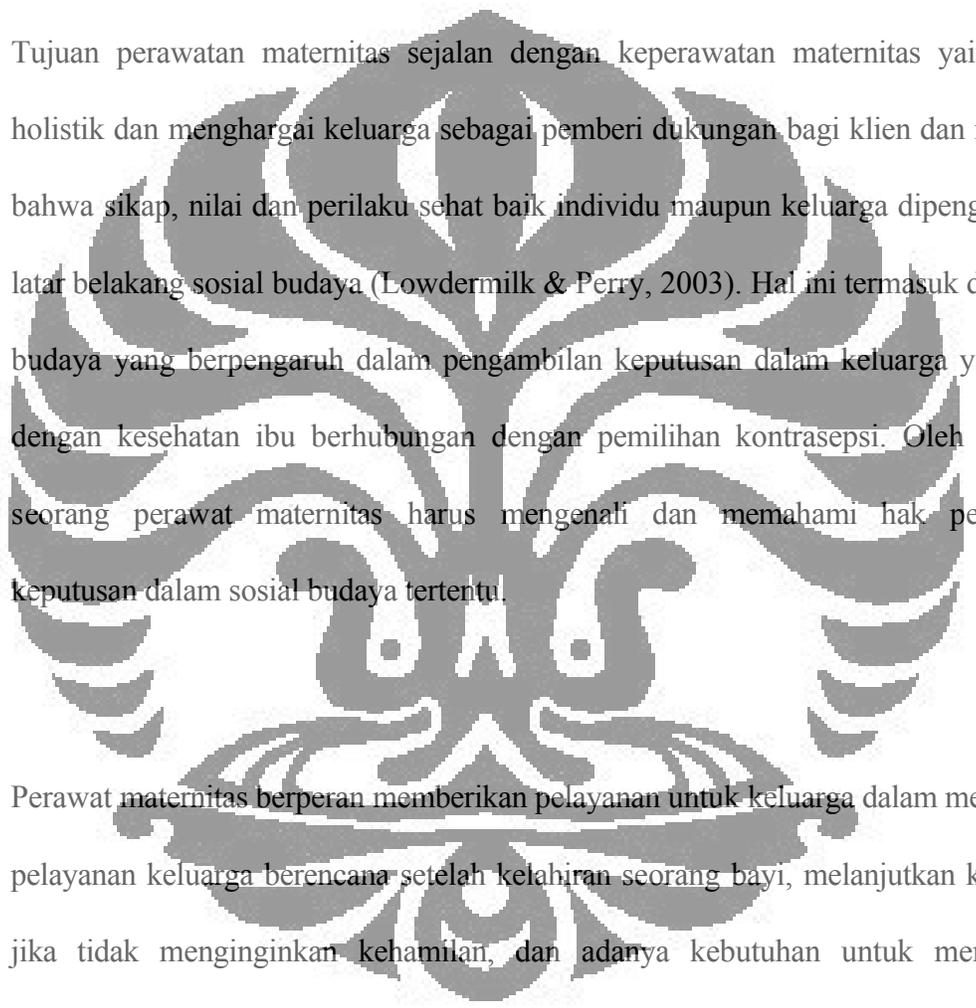
Konsep keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga ini mempunyai prinsip-prinsip sebagai berikut: 1) persalinan dipandang sebagai suatu kesejahteraan, bukan suatu gangguan/penyakit, perawatan ibu dan bayinya ditujukan untuk mempertahankan kehamilan, kelahiran dan paska persalinan sebagai suatu peristiwa yang normal dalam kehidupan wanita yang melibatkan perubahan fisik, emosional dan sosial yang dinamis; 2) sikap perorangan, budaya dan agama mempengaruhi arti kehamilan, persalinan dan nifas; 3) kehadiran keluarga atau kerabat selama ibu memperoleh pelayanan keperawatan dirumah sakit sangat diharapkan untuk memberikan dukungan pada ibu; 4) hubungan antara ibu, keluarganya dan perawat berdasarkan atas saling menghargai dan saling percaya; 5) menyiapkan keluarga untuk berpartisipasi aktif selama *childbearing* dan *parenting* melalui program edukasi yang komprehensif; 6) perawat berperan sebagai advokat terhadap hak-hak seluruh anggota keluarga termasuk janin; 7) membantu

keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan masa *childbearing* sesuai yang diharapkan; 8) perawat mempersiapkan ibu untuk merawat bayinya sendiri; 9) peningkatan kesehatan melalui model peran, pembelajaran dan konseling; 10) orang tua diijinkan merawat bayi mereka yang sakit atau beresiko tinggi setiap waktu dan mereka diikutsertakan dalam merawat bayinya dengan kondisi tertentu (Zwelling & Philips, 2001).



Konsep keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga merupakan suatu filosofi pelayan keperawatan yaitu pemberian pelayanan berkualitas yang berfokus pada pemenuhan fisik, sosial, psikologis, spiritual dan ekonomi pada ibu dan keluarga dengan tujuan promosi dan pemeliharaan kesehatan keluarga yang optimal dan optimalisasi siklus *childbearing*. Keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga menekankan hak ibu dan keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan dan pemberian edukasi orang tua yang komprehensif. Keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga menghargai perbedaan struktur keluarga, latar belakang budaya, kekuatan, kelemahan dan kebutuhan keluarga. Untuk dapat terwujudnya keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga dibutuhkan kerjasama yang baik antara ibu, keluarga dan tenaga kesehatan (May & Mahlmeister, 1994; Philips, 1996). Dalam hal ini, untuk mewujudkan pelayanan maternitas yang berpusat pada keluarga, perawat diharapkan menggali apa yang diinginkan oleh klien dan suami/keluarganya, dan bekerja sama dengan klien dan suaminya untuk mencapai pelayanan kesehatan yang

optimal, termasuk pelayanan pada keluarga yang akan memutuskan untuk ikut dalam keluarga berencana serta pemilihan kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan dan kesehatan fisik ibu.



Tujuan perawatan maternitas sejalan dengan keperawatan maternitas yaitu bersifat holistik dan menghargai keluarga sebagai pemberi dukungan bagi klien dan memahami bahwa sikap, nilai dan perilaku sehat baik individu maupun keluarga dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya (Lowdermilk & Perry, 2003). Hal ini termasuk didalamnya budaya yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan dalam keluarga yang terkait dengan kesehatan ibu berhubungan dengan pemilihan kontrasepsi. Oleh karena itu seorang perawat maternitas harus mengenali dan memahami hak pengambilan keputusan dalam sosial budaya tertentu.

Perawat maternitas berperan memberikan pelayanan untuk keluarga dalam mendapatkan pelayanan keluarga berencana setelah kelahiran seorang bayi, melanjutkan kontrasepsi jika tidak menginginkan kehamilan, dan adanya kebutuhan untuk menggunakan kontrasepsi karena kondisi tertentu (Friedman, 1998). Dalam hal ini perawat maternitas juga berperan sebagai pelaksana yaitu memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada ibu, suami dan keluarga yang tinggal satu rumah. Peran perawat maternitas dapat terlihat dari beberapa kegiatan yaitu perawat maternitas dapat menjadi konselor dan edukator seperti memberikan pendidikan

kesehatan atau konseling tentang pengambilan keputusan keluarga berencana, pilihan kontrasepsi dan dapat mendampingi ibu untuk datang ke pelayanan kesehatan bila dibutuhkan jenis kontrasepsi yang bukan dalam wewenang perawat maternitas.

B. Sikap dan Keterlibatan Suami

Sikap merupakan suatu pernyataan evaluatif yang dibuat manusia terhadap diri sendiri, orang lain, objek atau isu-isu. Sikap seseorang terhadap objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*non favorable*) pada suatu objek. Sikap bukanlah suatu tindakan atau aktifitas namun merupakan suatu predisposisi tindakan perilaku. Sikap sosial terbentuk karena adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Interaksi menimbulkan hubungan saling mempengaruhi diantara individu yang satu dengan yang lainnya sehingga terjadi hubungan timbal balik yang akhirnya menimbulkan sikap yang akan mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu (Azwar, 1998).

Notoatmodjo, (2007) menyatakan bahwa sikap merupakan kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek sehingga sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan. Menurut Breslin & Lucas (2003), agama dan kepercayaan mempengaruhi sikap, keyakinan dan nilai tentang seksual sepanjang kehidupan seseorang. Misalnya pandangan tentang hubungan seksual, penolakan hubungan

seksual sebelum menikah, keyakinan monogami, penolakan homoseksual, dan penggunaan kontrasepsi, hal tersebut merupakan pengaruh agama dan kepercayaan pada kehidupan seksual wanita yang akan mempengaruhi sikap nantinya.

Dalam menyikapi kondisi yang berhubungan dengan siklus kehidupan seksual wanita, langkah awal yang dapat dilakukan oleh laki-laki dalam mempromosikan kesehatan dan keselamatan wanita adalah merencanakan keluarganya. Pembatasan kelahiran dan membuat jarak kelahiran paling sedikit 2 tahun, baik untuk menjaga kesehatan ibu dan anak, juga mengingat bahwa setiap kehamilan membawa risiko kesehatan yang potensial untuk ibu, walaupun ibu tersebut terlihat sehat dan berisiko rendah. Kehamilan yang tidak direncanakan seringkali menjadi berisiko karena membawa mereka untuk melakukan aborsi (Salter, Johnson, & Hengen, 1997).

Dalam banyak kasus, program dan pelayanan keluarga berencana jarang menargetkan populasi pria, sementara banyak dari mereka memiliki kekuasaan yang signifikan untuk menentukan dan mendukung pasangannya dalam hal pemakaian atau pelanjutan pemakaian kontrasepsi, baik oleh pasangannya maupun oleh mereka sendiri. Data SDKI baik tahun 1997 maupun 2002/2003 sama-sama mengindikasikan rendahnya pemakaian kondom dan sterilisasi laki-laki, masing-masing kurang dari 1% dan 0,4%. Studi di Lombok menunjukkan bahwa laki-laki, khususnya yang status sosioekonomi rendah, memiliki kekuasaan yang sangat besar dalam menentukan pemakaian

kontrasepsi oleh pasangannya, juga dalam mendukungnya untuk melanjutkan pemakaian kontrasepsi (Dep Kes RI, 2003).

Keterlibatan suami dalam mewujudkan hak-hak reproduksi dalam keluarga menjadi sangat penting karena: 1) pria adalah partner dalam reproduksi dan seksual, sehingga sangat beralasan apabila laki-laki dan perempuan berbagi tanggung jawab dan peran secara seimbang dalam kesehatan reproduksi; 2) pria bertanggung jawab secara sosial dan ekonomi, sehingga keterlibatan pria dalam pengambilan keputusan untuk menentukan jumlah anak ideal dan jarak kelahiran akan memperkuat ikatan bathin yang lebih kuat antara suami istri dalam kehidupan berkeluarga; 3) pria secara nyata terlibat dalam fertilitas dan mereka mempunyai peran penting dalam memutuskan kontrasepsi yang akan digunakan oleh istrinya; 4) partisipasi pria dalam pelaksanaan program KB dan kesehatan reproduksi diharapkan mampu mengubah pandangan bahwa KB hanya hak dan tugas perempuan saja, melainkan merupakan hak bersama laki-laki dan perempuan (Widodo, 2004. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel10304-04.htm>, diperoleh tanggal 17 Januari 2008).

Upaya peningkatan partisipasi dan keterlibatan suami diharapkan akan dapat mewujudkan konsep keluarga yang peduli dengan masalah kesehatan reproduksi, terutama terhadap masalah kesehatan yang dihadapi perempuan. Dengan semakin membaiknya pelayanan yang diberikan terhadap kesehatan perempuan maka akan

semakin baik pula kesejahteraan keluarga yang pada gilirannya akan meningkatkan derajat kesehatan perempuan Indonesia. Dengan demikian dapat segera terwujud keluarga berkualitas seperti yang dicita-citakan (Widodo, 2004. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel10304-04.htm>, diperoleh tanggal 17 Januari 2008).

Suatu penelitian yang dilakukan selama 40 tahun menunjukkan bahwa komunikasi antar pasangan akan menjadikan penggunaan kontrasepsi lebih efektif, kelangsungan yang tinggi dan jumlah anak yang lebih sedikit. Sebaliknya minimnya komunikasi antar pasangan, akan menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan, penularan penyakit kelamin, dan aborsi yang tidak aman. Suprihastuti (2000) dari Universitas Gajah Mada (UGM) Yogyakarta mencoba menganalisis lebih lanjut data SDKI tahun 1997 yang terlihat adanya kecenderungan yang semakin menurun terhadap penggunaan kontrasepsi pria, dengan mencari faktor-faktor yang berpengaruh dalam penggunaan alat kontrasepsi pria, dengan dugaan sementara yang diajukan bahwa pengambilan keputusan bersama pasangan akan memberikan peluang penggunaan kontrasepsi pria (Suprihastuti, 2000. <http://www.hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel0-91.html>, diperoleh tanggal 26 Januari 2008).

C. Pengambilan Keputusan dalam Keluarga

1. Pengertian Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan adalah suatu pendekatan yang sistematis terhadap hakekat suatu masalah dengan pengumpulan fakta-fakta dan data, menentukan alternatif yang matang untuk mengambil suatu tindakan yang tepat. Ada lima hal yang perlu diperhatikan dalam pengambilan keputusan: 1) dalam proses pengambilan keputusan tidak terjadi secara kebetulan; 2) pengambilan keputusan tidak dilakukan secara sembrono tapi harus berdasarkan sistematis; 3) masalah harus diketahui dengan jelas; 4) pemecahan masalah harus didasarkan pada fakta-fakta yang terkumpul dengan sistematis; 5) keputusan yang baik adalah keputusan yang telah dipikirkan dari berbagai alternatif yang telah dianalisa secara matang (Swanburg, 1996).

Menurut Alaszweski, Ayer, dan Manthorpe (2000), proses pengambilan keputusan adalah suatu proses yang menggambarkan pemikiran dan tindakan-tindakan yang berhubungan dengan suatu pilihan yang sesuai dengan pilihan mereka sendiri, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa proses pengambilan keputusan adalah merupakan suatu proses kegiatan untuk melaksanakan pemilihan diantara berbagai kemungkinan untuk mencapai tujuan yang menurut perhitungan merupakan tindakan yang tepat.

Secara umum menurut Jalaluddin (1991) suatu keputusan yang diambil oleh seseorang memiliki tanda-tanda sebagai berikut: a) keputusan merupakan hasil berpikir, hasil usaha intelektual; b) keputusan selalu melibatkan pilihan dari berbagai alternatif; c) keputusan selalu melibatkan tindakan nyata, walaupun pelaksanaannya boleh ditangguhkan atau dilupakan. Uraian tersebut secara tidak langsung menyepakati bahwa faktor-faktor personal amat menentukan apa yang diputuskan yang antara lain: kognisi, motif dan sikap. Kognisi artinya kualitas dan kuantitas pengetahuan yang dimiliki. Motif sangat mempengaruhi pengambilan keputusan, dan faktor penentu lainnya yaitu sikap. Pada kenyataannya, kognisi, motif dan sikap ini berlangsung sekaligus. Setiap keputusan mempunyai maksud-maksud tertentu baik secara lengkap maupun tidak lengkap, selalu terdiri dari: (1) konsederans: memuat alasan-alasan, argumentasi, penjelasan tentang maksudnya, dasarnya, landasannya, dasar hukumnya dan pertimbangan-pertimbangan yang perlu diketahui oleh orang-orang yang bersangkutan, dan (2) penetapan, yaitu rumusan daripada apa yang dikehendaki oleh si-pengambil keputusan.

2. Fungsi Keluarga dalam Pengambilan Keputusan

Definisi keluarga menurut May dan Mahlmeister (1999) adalah kelompok individu yang dihubungkan dengan hubungan darah, status perkawinan, atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah, saling berbagi, berinteraksi antara anggota keluarga

berdasarkan peran dan fungsinya didalam keluarga. Tugas dan perkembangan keluarga dalam reproduksi memerlukan persiapan untuk kehamilan dan persalinan adalah sebagai berikut : 1) memperoleh pengetahuan dan merencanakan kehamilan, persalinan dan kedudukan sebagai orang tua; 2) mempersiapkan dan menyediakan pemeriksaan kesehatan terhadap perencanaan penambahan anggota keluarga baru; 3) penyesuaian pola pendapatan dalam mempersiapkan pemenuhan kebutuhan; 4) mendefinisikan dan menyusun pola peran baru dalam keluarga; 5) mengatur pola keinginan seksual dalam rangka menyesuaikan dengan kehamilan; 6) memperluas hubungan komunikasi untuk bertemu dan pemenuhan kebutuhan emosional pada masa yang akan datang; 7) reorientasi hubungan dengan sanak famili; 8) adaptasi hubungan teman dan komunitas untuk mendapatkan hubungan selama dan antisipasi persalinan; 9) dan mempertahankan dan memperjuangkan kesehatan dan filosofi kehidupan.

Pengambilan keputusan merupakan salah satu indikator kekuasaan sosial yang dominan dalam keluarga dan didasari oleh kekuasaan yang dilegitimasi. Dibeberapa keluarga, suami/ayah mempunyai hak prerogatif untuk membuat banyak keputusan, walaupun keputusan tersebut menyangkut kepentingan perempuan (Lowdermilk & Perry, 2003).

Dalam menjalankan fungsinya, keluarga akan dihadapkan pada proses pengambilan

keputusan bagi kelangsungan dan kemajuan keluarga melalui fungsi keluarga yang berkesinambungan, meskipun beberapa fungsi lebih ditekankan pada satu fase siklus hidup keluarga dibandingkan lainnya (Lowdermilk & Perry, 2003). Pengambilan keputusan, distribusi wewenang dan proses pembuatan keputusan dalam keluarga untuk penggunaan layanan fasilitas kesehatan terkait, sebagai salah satu indikator kekuasaan yang dominan dalam keluarga. Pengambilan keputusan ini lebih dipercayakan pada seseorang dalam suatu sistem yang mempunyai hak untuk mengambil keputusan terhadap yang lainnya, misalnya suami isteri atau kakek dan nenek yang dituakan didalam keluarga tersebut (Friedman, 2003).

Pengambilan keputusan merefleksikan bagaimana keluarga menemukan kebutuhan anggota keluarganya, termasuk kebutuhan akan kesehatan juga berimplikasi dalam kepaduan dalam keluarga (Reeder, Martin, & Griffin 1999). Terkait dengan program keluarga berencana, pengambilan keputusan oleh suami dalam keluarga sangat diharapkan agar kenyamanan ibu selama menjadi akseptor KB terjaga dan secara tidak langsung dapat menurunkan angka kematian ibu.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan

Dari beberapa literatur, peneliti mendapatkan bahwa pengambilan keputusan dalam

keluarga terutama yang terkait dengan keluarga berencana dipengaruhi oleh beberapa faktor yang antara lain :

a. Faktor Umur

Umur sangat berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas seseorang. Menurut Robbins (1998) umur merupakan salah satu karakteristik demografi yang berhubungan dengan perilaku individu. Umur berkaitan dengan tingkat kedewasaan, kemampuan seseorang akan menurun seiring dengan menurunnya usia. Pendapat berbeda diungkapkan oleh Siagian (1995) yang mengatakan bahwa semakin lama seseorang berkarya makin meningkatnya kedewasaan teknis dan kedewasaan psikologisnya. Makin bertambah umur seseorang maka semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa. Oleh karena itu makin bijaksana dalam mengambil suatu keputusan, mampu berpikir rasional, mampu mengendalikan emosi dan makin toleran terhadap pandangan orang lain.

b. Faktor Status Perempuan dalam Keluarga

Isu gender adalah suatu kondisi yang menunjukkan kesenjangan perempuan dan laki-laki dalam berbagai bidang kehidupan. Pada umumnya kesenjangan ini dapat dilihat dari faktor jaringan, partisipasi, manfaat dan pengambilan keputusan. Dalam pelaksanaan program KB selama ini, isu gender yang sangat

menyolok adalah: 1) akses laki-laki terhadap informasi dan pelayanan KB masih sangat terbatas (39% pria mengetahui metode vasektomi dan lebih dari 88% mengetahui metode KB bagi perempuan, serta anggapan KB urusan perempuan); 2) peserta KB laki-laki baru mencapai 1,3% dari total 58,3% peserta KB; 3) masih sangat sedikit laki-laki yang mengetahui manfaat KB bagi diri dan keluarganya; 4) masih dominannya suami dalam pengambilan keputusan KB dan kesehatan reproduksi (Parwieningrum, 2002. http://www.bkkbn.go.id/diftor/research_detail.php?rchid=13, diperoleh tanggal 16 Januari, 2008)

Perbedaan gender berdampak terhadap perbedaan dalam distribusi kekuasaan antara laki-laki dan perempuan, hal ini selanjutnya berkaitan dengan disatukan kekuasaan dalam jaringan dan kontrol terhadap pendapatan. Manifestasi dari ketidaksetaraan gender tersebut membawa akibat timbulnya berbagai masalah dalam kehidupan seperti kemiskinan, status gizi rendah, serta angka kematian ibu dan anak yang tinggi (Jacobson, 1997).

Persoalan gender adalah persoalan hubungan laki-laki dan perempuan, suatu hubungan dimana dalam banyak kasus perempuan secara sistematis disubordinasikan. Gender menjadi persoalan ketika nilai-nilai yang terkadang dalam ketentuan Gender tersebut menghambat seseorang untuk mempunyai

jaringan dan kontrol terhadap sumber daya dan hasil-hasilnya. Dominan ekonomi laki-laki yang merupakan terjemahan dari “kekuasaan laki-laki” telah mengiring perempuan kedalam kedudukannya sebagai orang kedua yang kurang begitu penting dibandingkan laki-laki (Endang, 2004. <http://www.glorianet.org/keluarga/pria/priakes.html>, diperoleh tanggal 18 Januari 2008).

c. Faktor Pengetahuan Suami terhadap Keluarga Berencana

Pengetahuan merupakan faktor yang paling penting untuk menerima suatu proses informasi, dengan pengetahuan yang didapatkan manusia mempunyai dorongan rasa ingin tahu dan mencari penalaran realita dan pengalaman. Adanya unsur-unsur dalam pengalaman tersebut kemudian disusun, ditata kembali sedemikian rupa, sehingga tercapai suatu konsistensi (Machfoedz, 2005). Pengambilan keputusan dalam penggunaan layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemahaman individu akan pengetahuan itu sendiri. Dukungan dari suami yang memiliki pengetahuan mengenai keluarga, kehamilan dan persalinan dapat membawa perubahan dalam mengatasi masalah kesehatan. Selain itu, suami sebagai pengambil keputusan utama, memiliki pengaruh yang besar dalam berbagai keputusan penting dalam keluarga. Dalam hal ini tidak mutlak semua pria tidak berpartisipasi dalam KB ada sebagian diantara pria yang ingin berpartisipasi, tapi masih banyak hal yang tidak diketahui, seperti bagaimana caranya dan kapan waktunya.

d. Faktor Status Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang meliputi proses pertumbuhan, perkembangan atau penambahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik atau lebih matang pada individu, kelompok, masyarakat. Tingkat pendidikan formal menuju tingkat intelektual atau tingkat pengetahuan seseorang. Hal ini dapat dipahami bahwa dengan pendidikan yang lebih tinggi seseorang mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memahami informasi yang kemudian menjadi pengetahuan yang dimilikinya (Suliha, 2002). Peningkatan pendidikan juga meningkatkan pengetahuan dan kepedulian serta akses terhadap informasi yang berkaitan dengan pengetahuan seputar keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi.

e. Faktor Status Ekonomi

Angka kematian dan angka kelahiran tinggi pada kelompok status ekonomi rendah. Banyak penelitian yang mengindikasikan bahwa status ekonomi berpengaruh pada penggunaan fasilitas layanan kesehatan, seperti halnya yang terjadi pada kelompok status ekonomi rendah. Pemeriksaan kehamilan jarang dilakukan bahkan tidak pernah dan saat melahirkan, kelompok ini lebih memilih melahirkan di rumah bayi, berbeda dengan kelompok ekonomi menengah.

Karakteristik sosioekonomi keluarga merupakan hal yang penting. Kelas sosial mempengaruhi pengharapan, kewajiban, dan imbalan, dan semua ini mempengaruhi keluarga terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan (Bobak, 1995). Pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam hal ini termasuk pengambilan keputusan terhadap keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi yang masih dianggap mahal oleh masyarakat status ekonomi rendah.

f. Faktor Budaya

Proses keluarga dalam konteks kebudayaannya merupakan perhatian sentral dalam keperawatan. Keyakinan budaya dan praktik yang berkenaan dengan masa subur mencakup dalam struktur ekonomi, keagamaan, kekerabatan, dan politisnya. Semua kebudayaan memiliki norma perilaku dan pengharapan untuk setiap siklus perinatal (Bobak, 1995). Banyak faktor yang menghambat dan mencegah pria dan wanita membicarakan permasalahan seksual dan reproduksi, diantaranya faktor sosial budaya dan agama yang menghambat diskusi-diskusi diantara mereka. Dalam konteks budaya Aceh keluarga berencana pada sebagian masyarakat masih dianggap hal yang harus ditutupi dan malu untuk diperbincangkan, bahkan ada yang masih beranggapan bahwa KB tidak sesuai dengan sudut pandang agama.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Kontrasepsi

Wanita seringkali memperoleh informasi tentang kontrasepsi dari teman, sanak keluarga dan media massa. Beberapa wanita lebih nyaman meminta keterangan tentang kontrasepsi dari perawat daripada dokter, terutama setelah menyakini tentang salah satu kontrasepsi (Gorrie, McKinney, Murray, 1998). Dari beberapa literatur, peneliti mendapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi pemilihan kontrasepsi pada pasangan antara lain adalah :

a. Umur

Umur dapat menjadikan individu kearah kematangan seorang wanita secara biologis terutama yang mempengaruhi kesuburannya. Masa reproduksi seorang wanita adalah 15-49 tahun, karena pada umur 15 tahun wanita dianggap berada dalam masa reproduksi dan umur 50 tahun keatas dianggap sudah melewati masa reproduksi. Menurut Hartarto (1996), bahwa resiko tinggi kehamilan dapat timbul bila umur ≤ 18 tahun atau ≥ 35 tahun, oleh karena itu perlu dicegah dengan menggunakan kontrasepsi. Dari data SDKI 2002, tingkat pemakaian kontrasepsi pada wanita tertinggi berada diantara umur 20-39 tahun dan terendah berada diantara umur 40-49 tahun dan 15-19 tahun dan kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah kontrasepsi hormonal.

b. Pendidikan

Pemakaian kontrasepsi meningkat sejalan dengan tingkat pendidikan individu.

Menurut Notoatmodjo, (2003) semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi bahan, materi atau pengetahuan yang diperoleh untuk mencapai perubahan tingkah laku yang baik. Data SDKI 2002 menunjukkan sebagian besar wanita berpendidikan tinggi menggunakan kontrasepsi hormonal.

c. Sosial budaya, agama dan kepercayaan individu.

Seorang wanita yang akan menggunakan kontrasepsi terkadang mengalami kebingungan karena agama, kepercayaan, tradisi keluarga, praktek budaya dan nilai-nilai pribadi. Banyak daerah kelompok budaya yang memaksa wanita untuk memiliki banyak anak dan mendorong untuk terus menerus hamil sampai wanita tersebut mempunyai anak laki-laki (May & Mahlmeister. 1990).

Secara substansi, KB tidak bertentangan dengan ajaran Islam bahkan salah satu bentuk implementasi semangat ajaran Islam dalam rangka mewujudkan sebuah kemashlahatan, yaitu menciptakan keluarga yang tangguh, mawaddah, sakinah dan penuh rahmah. Kebolehan hukum ber-KB, sudah menjadi kesepakatan para ulama dalam forum-forum keIslaman, baik tingkat nasional maupun international. Ada lima hukum yang berkaitan dengan penggunaan alat kontrasepsi: 1) masalah cara kerjanya, apakah mencegah kehamilan atau menggugurkan ?; 2) sifatnya, apakah ia hanya pencegah kehamilan sementara atau bersifat pemandulan permanen ?; 3) masalah pemasangannya, bagaimana

dan siapa yang memasang alat kontrasepsi tersebut, hal ini berkaitan dengan masalah hukum melihat aurat orang lain; 4) implikasi alat kontrasepsi terhadap kesehatan penggunaannya; 5) masalah bahan yang digunakan untuk membuat alat kontrasepsi tersebut. Alat kontrasepsi yang dibenarkan menurut Islam adalah yang cara kerjanya mencegah kehamilan, bersifat sementara dan dapat dipasang sendiri oleh yang bersangkutan atau oleh orang lain yang tidak haram memandang auratnya, tetapi dalam keadaan darurat ia dibolehkan. Selain itu, bahan pembuatannya yang digunakan harus berasal dari bahan yang halal (ini terjadi, biasanya pada alat kontrasepsi yang bersifat hormonal) serta tidak menimbulkan komplikasi yang membahayakan bagi keselamatan dan kesehatan pemakainya (Yakob, 2006. <http://myquran.org/forum/index.php/topic,7645.0.html>, diperoleh pada tanggal 26 Januari 2008).

d. Keselamatan

Risiko dari kontrasepsi dapat dipertimbangkan jika dibandingkan risiko dari alternatif fertilitas yang tidak terkendali, hal ini disebabkan karena semua kontrasepsi secara umum mempunyai risiko lebih kecil jika dibandingkan dengan kehamilan yang tidak terkendali. Kontrasepsi merupakan hak dari wanita sehingga masing-masing wanita harus mempertimbangkan risiko-risiko dan manfaat dari suatu kontrasepsi. Permasalahan utama saat memilih kontrasepsi yaitu keselamatan dan efektifitas. Jika seorang wanita mengalami efek samping dan tidak ada pilihan lain, maka metode pemasangan diafragma

sangat dianjurkan (May & Mahlmeister, 1990).

e. Efektifitas

Efektifitas dipengaruhi oleh seberapa sering suatu metode kontrasepsi mengalami kegagalan. Dalam hal ini terdapat dua jenis kegagalan: 1) kegagalan secara teoritis karena faktor dari efektifitas kontrasepsi itu sendiri; 2) kegagalan akibat dari si pemakai kontrasepsi yang kebingungan dan kesalahan dalam teknik penggunaan kontrasepsi tersebut. Tingkat kegagalan ini sangat dipengaruhi ketika pemberian informasi terhadap penggunaan kontrasepsi. Setiap tahun terdapat 100 wanita yang mengalami kegagalan dan 12 orang diantaranya mengalami kegagalan karena efektifitas dari kontrasepsi itu sendiri, dan dari angka ini terdapat 8 wanita yang berisiko terhadap kehamilannya (Gorrie, McKinney, Murray, 1998).

Efektifitas suatu metode kontrasepsi bervariasi tergantung dari cara penggunaan yang akurat dan tepat. Untuk menghindari kegagalan ini maka informasi dan pendidikan yang diberikan harus juga akurat dan nyata. Kontrasepsi oral dan IUD juga merupakan metode yang efektif, tetapi pada beberapa wanita tidak meyakini metode ini karena efek samping dan faktor agama (Gorrie, McKinney, Murray, 1998).

f. Ketersediaan

Beberapa jenis kontrasepsi dapat diperoleh dimana-mana tanpa melalui resep obat. Jenis kontrasepsi spermisida dan kondom dapat diperoleh tanpa harus

menulis nama pada resep. Ini biasanya digunakan oleh remaja yang menyembunyikan aktivitas seksualnya dan bagi wanita yang malu untuk berdiskusi tentang kontrasepsi dengan penyedia pelayanan kesehatan (Gorrie, McKinney, Murray, 1998). Ada jenis kontrasepsi seperti: pil yang dapat diperoleh ditempat pelayanan kesehatan, bahkan ada jenis kontrasepsi yang diberikan tanpa harus membayarnya.

g. **Biaya**

Pembiayaan metode kontrasepsi untuk setiap penggunaannya perlu dibandingkan dengan pemakaian dalam jangka waktu panjang. Seperti halnya spermisida dan kondom tergolong relatif murah, tetapi apabila penggunaannya sering dan dalam waktu yang lama maka akan terasa mahal juga. Tetapi mahalnya harga kontrasepsi juga dibandingkan dengan biaya kehamilan dan persalinan yang tinggi, apalagi kehamilan yang tidak direncanakan (Gorrie, McKinney, Murray, 1998).

D. Konseling Program Keluarga Berencana

1. Konsep Konseling.

Promosi kesehatan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi

orang lain baik individu, kelompok dan masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidik. Dalam batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni: a) *input*, adalah sasaran pendidikan yaitu individu, kelompok, masyarakat dan pendidik (pelaku pendidik); b) proses, upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain; c) *output* (hasil) menghasilkan apa yang diharapkan atau perilaku.

Teori Lawrence Green menganalisis perilaku kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok yakni, faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri terbentuk dari 3 faktor yaitu: 1) faktor predisposisi (*predisposing factor*) merupakan faktor yang mendukung terjadinya perubahan perilaku, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya; 2) Faktor pemungkin (*enabling factor*) faktor yang menentukan tindakan kesehatan untuk memperoleh dukungan, yang terwujud dalam lingkungan fisik, ketersediaan fasilitas, atau sarana kesehatan; 3) faktor penguat (*reinforcing factor*) adalah faktor yang menguatkan perilaku atau memungkinkan perilaku itu terlaksana, yang berwujud sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku petugas kesehatan termasuk perawat maternitas. Promosi kesehatan dapat menjadi penunjang bagi program kesehatan lain seperti kesehatan ibu dan anak dan program pelayanan kesehatan termasuk program keluarga berencana perlu ditunjang oleh promosi kesehatan, di Indonesia sering disebut penyuluhan kesehatan salah satunya adalah dengan cara konseling (Notoatmodjo, 2007).

Konseling adalah kegiatan percakapan tatap muka dua arah antara klien dengan petugas yang bertujuan memberikan bantuan mengenai berbagai hal yang berkaitan dengan pemilihan metode KB, sehingga akhirnya calon peserta KB mampu mengambil keputusan sendiri mengenai alat atau metode kontrasepsi yang terbaik bagi dirinya. Konseling keluarga berencana merupakan hal yang amat penting, karena dapat membantu klien keluar dari berbagai pilihan dan alternatif masalah kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Konseling yang baik dapat membuat klien puas dan membantu klien dalam menggunakan metode KB secara konsisten dan sukses (BKKBN, 2006. http://www.bkkbn.go.id/diftor/research_detail.php?rchtid=19, diperoleh pada tanggal 17 januari 2008).

Seorang konselor perlu memiliki dan memenuhi persyaratan antara lain: 1) mempunyai minat dan sikap yang positif terhadap konseling dan program KB; 2) memiliki pengetahuan teknis mengenai jenis kontrasepsi, berbagai kelebihan serta keterbatasannya, menguasai dasar-dasar teknis konseling; 3) memiliki ketrampilan dalam berkomunikasi; 4) memperlakukan klien dengan baik dengan bersikap sabar, ramah, empati dan terbuka, menghargai pendapat klien, duduk sejajar dan memposisikan diri sejajar dengan klien; 5) menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti; 6) mampu membina hubungan antara konselor dan klien, dapat menemukan kepercayaan dari klien yang dibantunya; 7) memberikan informasi yang lengkap dan rasional pada klien, menghindari pemberian informasi

yang berlebihan (BKKBN, 2006. http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article_detail.php?artid=42, diperoleh pada tanggal 17 Januari 2008). Dalam sebuah konseling KB waktu yang diperlukan adalah 2 sampai 45 menit, untuk menjelaskan tentang kontrasepsi suntik akan membutuhkan waktu lebih dari 14 menit. Konseling KB juga tergantung pada metode apa yang akan dibicarakan (Federico, Leon, Monge, Rosa, Zumarán, Adriana, et al, 2001).

Ada 6 topik penting yang perlu disampaikan oleh seorang konselor pada saat memberikan konseling tentang metode KB antara lain: 1) efektifitas yaitu bagaimana kemampuan metode KB mencegah kehamilan tergantung kepada penggunaannya (akseptor); 2) keuntungan dan kelebihan metode KB; 3) efek samping dan komplikasi; 4) cara penggunaan; 5) mencegah infeksi menular seksual (IMS) dan; 6) kapan klien harus kembali. Hal yang sering dilupakan oleh seorang konselor adalah tentang harga masing-masing alat kontrasepsi yang kemungkinan hal inilah yang menyebabkan klien tidak mampu untuk menggunakan metode kontrasepsi yang diinginkan (BKKBN, 2006. http://www.bkkbn.go.id/diftor/research_detail.php?rclid=19, diperoleh pada tanggal 17 Januari 2008).

Dalam melaksanakan konseling perawat materitas hendaknya menggunakan langkah-langkah konseling KB, dengan menerapkan enam langkah yaitu: 1) memberi salam kepada responden secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin

privasinya; 2) menanyakan pada responden informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai tentang pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, selama kehidupan keluarganya. menanyakan apakah telah pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya; 3) menguraikan materi kepada responden mengenai pentingnya partisipasi suami dalam program KB, dan efektifitas masing-masing metode kontrasepsi; 4) membantu responden menentukan pilihannya dengan memberikan penjelasan yang sesuai dengan kondisi reproduksi saat ini atau pengalaman sebelumnya. Doronglah untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan dan tanggapilah secara terbuka; 5) menjelaskan kembali secara lengkap bagaimana efektifitas kontrasepsi dan jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya yang nyata; 6) mengingatkan kembali kepada responden untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai dengan jenis kontrasepsi yang telah dipilih (Saifuddin, 2003).

2. Program Keluarga Berencana

a. Kontrasepsi Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Keluarga berencana alami mengandung arti cara merencanakan dan menghindari kehamilan berdasarkan pengamatan sejumlah gejala dan tanda alami yang menunjukkan masa subur dan tak subur pada daur haid. Pengguna KBA yang ingin menunda kehamilan harus berpantang senggama pada hari-hari yang diduga masa subur. Sebaiknya, pasangan yang ingin hamil, memanfaatkan KBA untuk

mengenali masa subur sehingga meningkatkan peluang untuk hamil (Wonodirekso, 1991). Macam-macam metode KBA adalah: 1) metode suhu badan basal tubuh (metode termal); 2) metode lendir serviks (*Billings*); 3) metode kalender (*Ogino-Knaus*); 4) metode suhu gejala (*Sympto-termal*) (Hartanto, 2004) .

Keunggulan cara KBA meliputi beberapa hal berikut ini: 1) tidak menimbulkan efek samping pada tubuh; 2) penggunaan yang benar dapat meningkatkan kewaspadaan diri dan pengetahuan tentang fungsi reproduksi manusia; 3) dapat meningkatkan keterlibatan suami, kerjasama dan komunikasi, serta pembagian tanggung jawab antara pasutri dalam hal KB. Sementara itu, kekurangan KBA adalah sebagai berikut ini: 1) masa yang diperlukan untuk menuntun pengguna sekitar 3 bulan; 2) harus diajarkan oleh petugas yang telah dilatih sebagai pemandu KBA; 3) sangat memerlukan tanggung jawab dan kerjasama pasutri; 4) pengguna harus terus menerus membuat catatan harian tanda kesuburan; 5) jika KBA hendak digunakan untuk menghindari kehamilan, sejumlah pasutri mengalami tekanan emosi karena harus berpantang senggama selama 8-16 hari, bergantung pada cara yang digunakan, juga timbul kecemasan akibat ketidakpastian keberhasilan cara ini (Wonodirekso, 1991).

b. Kontrasepsi Sederhana

1). Senggama Terputus

Senggama terputus adalah metode KB tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Keuntungannya: 1) efektif bila digunakan dengan benar, tidak ada efek samping; 2) tidak mengganggu produksi ASI; 3) dapat digunakan setiap waktu dan tidak membutuhkan biaya; sedangkan kekurangannya adalah: 1) efektifitas tergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus; 2) efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis. Senggama terputus dapat digunakan setiap waktu setelah persalinan (Saifuddin, 2003).

c. Kontrasepsi secara Mekanis (*mechanical barriers*).

1). Kontrasepsi secara Mekanis untuk Pria.

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Cara kerja kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan dan mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HIV/AIDS) (Saifuddin, 2003).

Keuntungan kondom, selain untuk memberi perlindungan terhadap penyakit

kelamin. Sebab-sebab kegagalan memakai kondom ialah bocor atau koyaknya alat itu atau tumpahnya sperma yang disebabkan oleh tidak dikeluarkannya penis segera setelah terjadi ejakulasi. Efek sampingan kondom tidak ada, kecuali jika ada alergi terhadap bahan untuk membuat karet. Pemakaian kondom dan spermisida dapat digunakan setiap saat paska persalinan (Saifuddin, 2003; Wiknjosastro, 2007).

2). Kontrasepsi secara Mekanis untuk Wanita

Kondom untuk perempuan juga berguna untuk menghalangi pertemuan antara sperma dengan sel telur. Seperti juga kondom lelaki, sebaiknya satu kondom perempuan hanya dipakai satu kali, tetapi kalau terpaksa tidak ada persediaan lain masih lebih baik memakai kondom perempuan dua kali ketimbang tanpa kondom sama sekali. Spermisida adalah bahan kimia digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, suppositoria dan krim (Saifuddin, 2003).

Keuntungan cara ini ialah: 1) hampir tidak ada efek sampingan; 2) dengan motivasi yang baik dan pemakaian yang betul, hasilnya cukup memuaskan; 3) dapat dipakai sebagai pengganti pil atau AKDR pada wanita-wanita yang tidak boleh mempergunakan pil atau AKDR oleh karena suatu sebab; sedangkan kekurangannya ialah: 1) diperlukan motivasi yang cukup kuat; 2) membutuhkan kpengetahuan dan ketrampilan khusus; 3) Pemakaian yang tidak teratur dapat

menimbulkan kegagalan. Umumnya diafragma vaginal tidak menimbulkan banyak efek samping. Efek samping mungkin disebabkan oleh reaksi alergi terhadap obat-obat spermisida yang digunakan, atau oleh karena terjadi perkembangbiakan bakteri yang berlebihan dalam vagina jika diafragma dibiarkan terlalu lama terpasang. Spermisida dan diafragma sebaiknya digunakan sampai 6 minggu paska persalinan (Saifuddin, 2003; Wiknjastro, 2007).

d. Kontrasepsi Hormonal

1). Kontrasepsi Hormonal Oral.

Secara umum mekanisme kerja dari kontrasepsi oral adalah estrogen dan progesteron larut dalam saluran pencernaan, diabsorpsi melalui aliran darah dan dibawa ke otak, dimana mereka menggunakan efek estrogen dan progesteron pada hipotalamus (May & Mahlmeister, 1994).

Efek samping dari pemakaian pil kombinasi terdiri dari efek samping ringan berupa penambahan berat badan, perdarahan diluar daur haid, mual, depresi, alopesia, kandidiasis, amenorhoe paska pil, retensi cairan, dan keluhan-keluhan gastrointestinal, sedangkan efek samping berat adalah tromboemboli, yang mungkin terjadi karena peningkatan aktivitas faktor-faktor pembekuan, atau mungkin juga karena pengaruh vaskuler secara langsung (Wiknjastro, 2002).

Pendidikan kesehatan tentang cara penggunaan metode oral kontrasepsi dapat meningkatkan efektifitas dari pemakaian oral kontrasepsi. Pengajaran harus lebih diberikan saat wanita telah memilih oral kontrasepsi. Perawat perlu mendengar keluhan, efek samping dan keinginan wanita untuk menghentikan pemakaian oral kontrasepsi. 25% wanita menghentikan penggunaan oral kontrasepsi karena mengalami efek samping dan tidak menggunakan lagi kontrasepsi yang lain, untuk itu perawat harus membantu wanita tersebut untuk memilih metode kontrasepsi cadangan saat mereka memutuskan untuk tidak menggunakan oral kontrasepsi lagi. Kontrasepsi oral bagi ibu yang menyusui sebaiknya jangan digunakan sebelum 6-8 minggu paska persalinan karena dapat mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi (Gorrie, McKinney, Murray, 1998; Saifuddin, 2003).

2). Kontrasepsi Hormonal Suntikan

Suntikan hormonal merupakan jenis kontrasepsi hormonal yang diberikan setiap 1 hingga 3 bulan sekali. Suntikan progestin, misalnya Depo Provera, hanya mengandung hormon progestin saja dan jenis suntikan kombinasi yang mengandung 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat yang diberikan injeksi intramuscular (I.M) sebulan sekali yaitu cyclofem (Saifuddin, 2003) .

Keuntungan metode ini ialah: 1) efektifitas tinggi; 2) sederhana pemakaiannya; 3) tidak berpengaruh pada hubungan suami istri; 4) membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik; 5) menurunkan kejadian penyakit jinak payudara; 6) cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anak. Kekurangan metode ini ialah: 1) sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur; 2) dapat menimbulkan amenorhoe; 3) perubahan berat badan merupakan efek samping tersering; 4) terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian; 5) menurunkan libido, gangguan emosi, jerawat dan sakit kepala. Kontrasepsi ini sebaiknya digunakan sebelum 6 minggu paska persalinan, bagi klien yang menyusui jangan menggunakan kontrasepsi progestin, tetapi bagi ibu yang tidak menyusui dapat segera dimulai paska persalinan (Saifuddin, 2003; Wiknjosastro, 2007).

3). Implan Hormonal

Ada beberapa jenis implan yang digunakan saat ini antara lain jenis implan 2 kapsul tipis (Jadena) yang berisi levonorgestrel digunakan selama 3 tahun, jenis implanon yang terdiri dari 1 kapsul silastik yang berisi etonogestrel sebanyak 68 mg digunakan selama 3 tahun, serta jenis norplant 6 kapsul silastik berisi levonorgestrel sebanyak 36 mg dipasang dalam jangka waktu 5 tahun. Pemasangannya dilakukan pada kulit subkutan dibagian lengan atas dengan

anestesi lokal. Efektifitas implan antara lain menyebabkan lendir serviks menjadi kental dan mengurangi transportasi sperma. Efek samping pemakaian implan hormon adalah perubahan haid yang menyebabkan sekitar 80% wanita tidak meneruskan metode ini. Efek samping lain adalah sakit kepala, peningkatan berat badan, jerawat, sakit kepala dan suasana hati berubah. Tenaga ahli praktisi kesehatan harus dilatih untuk pemasangan dan pelepasan. Pada wanita menyusui harus menunggu sampai 6 minggu paska persalinan (PKMI, 2007. <http://www.pkmi-online.com/implan.htm>, diperoleh tanggal 3 juli 2008).

e. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

1). *Intrauterine Device* (IUD)

IUD adalah benda kecil, biasanya plastik yang dimasukkan kedalam uterus (Youngkin & Davis, 1998). IUD berbentuk spiral (*Lippes loop*) atau bentuk yang lain (CuT-380/ML-Cu 250) yang dibuat dari bahan plastik halus atau berlapis tembaga. Satu atau beberapa benang yang ada didalamnya akan kelihatan sampai di vagina dimana fungsi dari benang ini dapat memperlihatkan apakah IUD masih pada posisi yang tepat atau tidak.

Keuntungan dari pemakaian IUD yaitu: 1) efektivitas tinggi; 2) metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380); 3) sangat aman bagi pemakai yang selektif terhadap alat kontrasepsi; 4) menjadi pertimbangan bagi wanita yang memiliki kesulitan dan mengingat atau harus minum pil setiap hari; 5) tidak

mempengaruhi hubungan seksual dan tidak mengganggu jika ingin kembali ke fertil; 6) dapat digunakan selama laktasi. Kerugian dari pemakaian IUD; 1) pemasangan alat membutuhkan kemampuan profesional; 2) dapat terjadi peningkatan pola perdarahan, saat haid akan lebih sakit dan haid lebih lama dan banyak; 3) pemakai akan merasa nyeri saat pemasangan; 4) pemakai harus mengontrol posisi benang AKDR secara regular dan keberadaan benang dapat dirasakan oleh pasangan. Penggunaan AKDR dapat dipasang langsung paska persalinan, sewaktu seksio sesarea atau 48 jam paska persalinan. Jika tidak langsung dipasang maka dapat ditunda sampai 4-6 minggu paska persalinan dan jika laktasi atau haid sudah dapat, pemasangan dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan (Saifuddin, 2003).

2). *Intrauterine System (IUS)*

IUS adalah suatu alat yang berbentuk T (*T-Shaped*) terbuat dari bahan plastik, panjangnya 32 mm dan berisi hormon progesteron (levonorgestrel). Alat ini dipasang di dalam uterus. Efektifitas penggunaan IUS lebih dari 99%. Kegagalan penggunaan IUS rata-rata 1 sampai 2 per 1000 orang yang menggunakan kontrasepsi IUS. Mekanisme kerja IUS berbeda dengan IUD, IUS melepaskan hormone progesterone sedangkan IUD melepaskan tembaga (CU). Pelepasan IUS ke dalam uterus berjalan sangat lambat yaitu 20 µg per hari, sehingga dinding uterus tidak mengalami proliferasi. Akibatnya perdarahan siklus haid yang dikendalikan oleh perimbangan kadar hormon estrogen dan

progesteron tidak terjadi secara fisiologis (Affandi, 2006; Quekett, 2005).

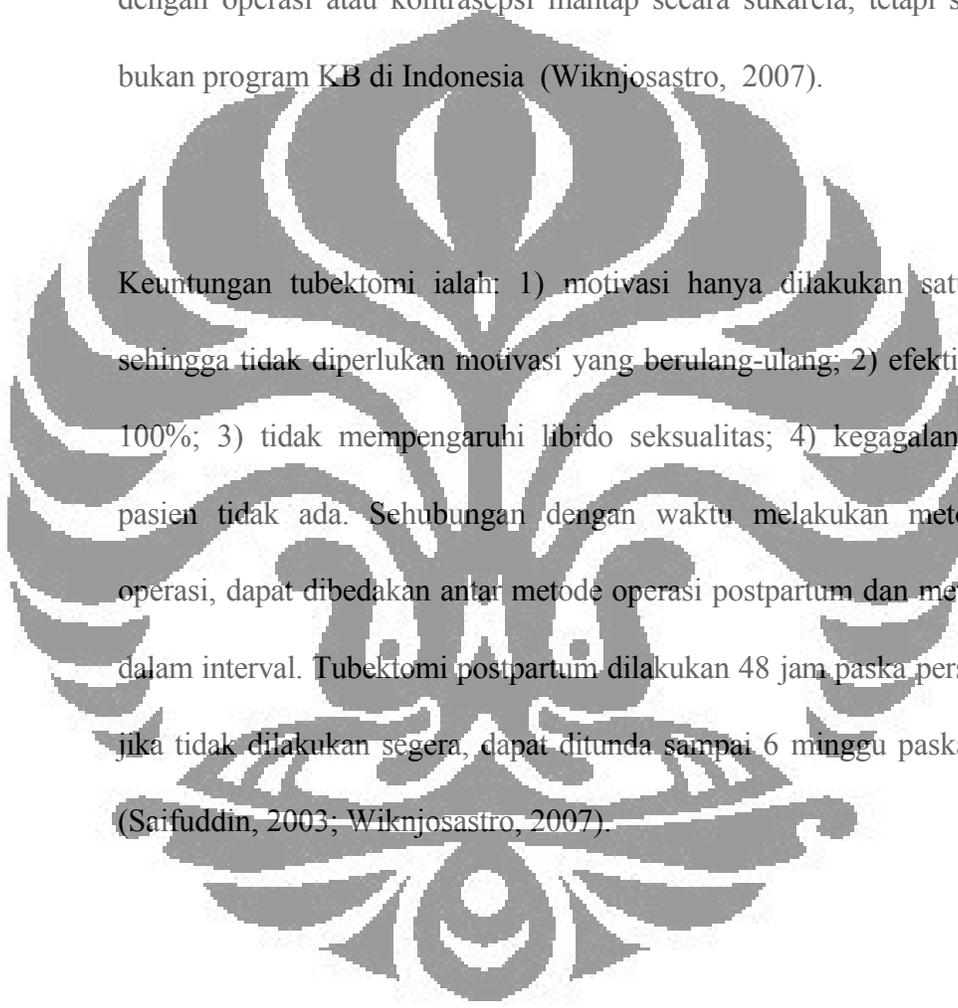
Keuntungan menggunakan kontrasepsi IUS: (1) jangka waktu penggunaan IUS selama lima tahun; (2) jumlah darah yang dikeluarkan pada saat menstruasi semakin sedikit dan hari menstruasi semakin pendek, lama kelamaan menstruasi menjadi berhenti; (3) nyeri berkurang; (4) setelah 12 bulan pemakaian darah menstruasi semakin terang dan lamanya hanya satu hari dalam satu bulan; (5) fertilitas atau kesuburan akan kembali setelah IUS dilepas; (6) aman digunakan untuk ibu yang menyusui karena kadar hormonnya rendah. Kerugian menggunakan kontrasepsi IUS adalah sebagian penggunanya tidak memiliki masalah, tetapi ada beberapa hal yang mungkin terjadi antara lain: (1) perdarahan tidak teratur, mungkin terjadi pada tiga bulan pertama tetapi biasanya menurun; (2) *expulsion*, penggunaan kontrasepsi ini jarang lepas tanpa diketahui; (3) kerusakan, pemasangan kontrasepsi ini dapat menyebabkan kerusakan pada uterus tetapi hal ini jarang terjadi (Affandi, 2006; Quekett, 2005).

f. Kontrasepsi Mantap Wanita dan Pria

1) Tubektomi Pada Wanita

Dahulu tubektomi dilakukan dengan jalan laparatomi atau pembedahan vaginal.

Dalam tahun-tahun terakhir ini tubektomi telah merupakan bagian yang penting dalam program KB di banyak negara di dunia. Di Indonesia sejak tahun 1974 telah berdiri perkumpulan yang sekarang bernama perkumpulan kontrasepsi mantap Indonesia (PKMI), yang membina perkembangan metode dengan operasi atau kontrasepsi mantap secara sukarela, tetapi secara resmi bukan program KB di Indonesia (Wiknjosastro, 2007).



Keuntungan tubektomi ialah: 1) motivasi hanya dilakukan satu kali saja, sehingga tidak diperlukan motivasi yang berulang-ulang; 2) efektifitas hampir 100%; 3) tidak mempengaruhi libido seksualitas; 4) kegagalan dari pihak pasien tidak ada. Sehubungan dengan waktu melakukan metode dengan operasi, dapat dibedakan antar metode operasi postpartum dan metode operasi dalam interval. Tubektomi postpartum dilakukan 48 jam paska persalinan dan jika tidak dilakukan segera, dapat ditunda sampai 6 minggu paska persalinan (Saifuddin, 2003; Wiknjosastro, 2007).

2) Vasektomi Pada Laki-Laki

Pada tahun-tahun terakhir ini vasektomi makin banyak dilakukan di beberapa negara seperti India, Pakistan, Amerika Serikat, Korea dan lain-lain, untuk menekan laju pertumbuhan penduduk. Di Indonesia vasektomi tidak termasuk

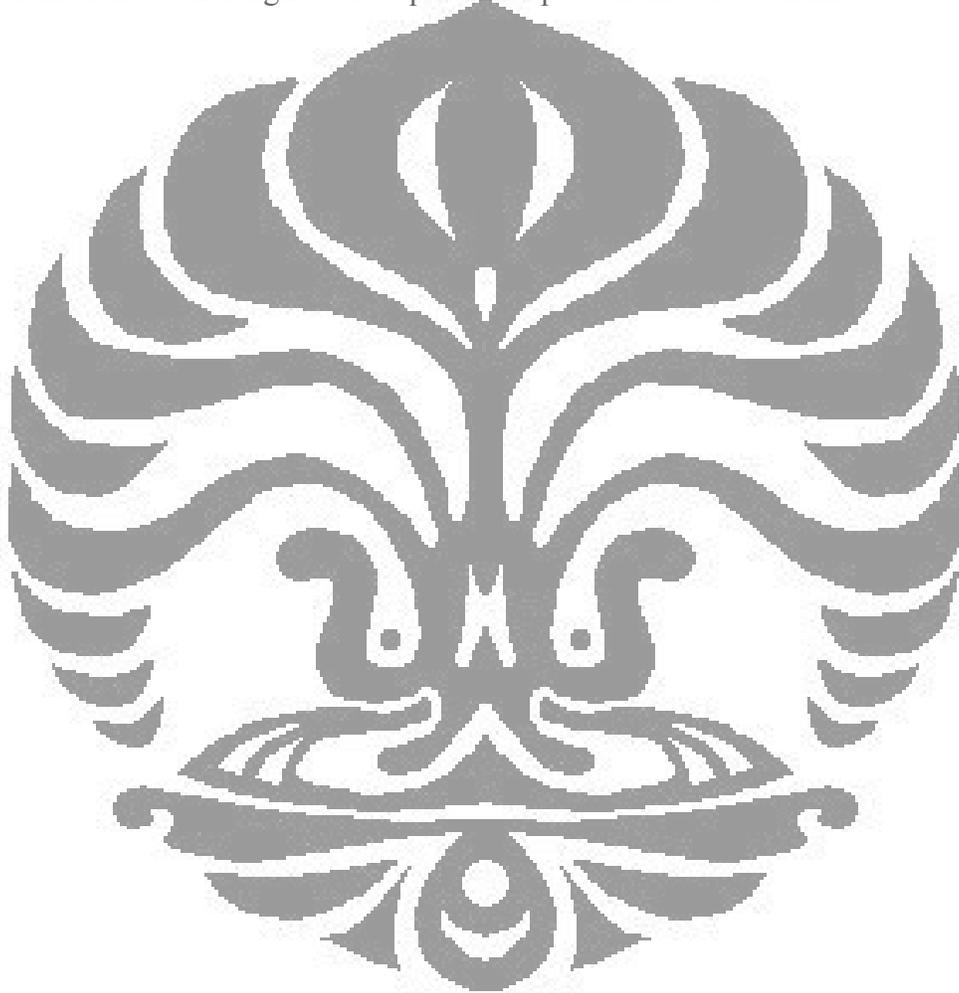
dalam program KB nasional. Vasektomi tidak memerlukan alat-alat yang banyak, dapat dilakukan secara poliklinis, dan umumnya dilakukan dengan menggunakan anastesi lokal (Wiknjosastro, 2007).

Indikasi vasektomi pada dasarnya ialah untuk pasangan suami-isteri yang tidak menghendaki kehamilan lagi dan pihak suami setuju atau bersedia bahwa tindakan kontrasepsi dilakukan pada dirinya. Sebetulnya tidak ada kontraindikasi vasektomi, hanya apabila ada kelainan lokal atau umum yang dapat mengganggu sembuhnya luka operasi, kelainan itu harus disembuhkan dahulu. Keuntungan vasektomi ialah: 1) tidak menimbulkan kelainan fisik maupun mental; 2) tidak mengganggu libido seksualitas; 3) dapat dikerjakan secara poliklinis. Vasektomi dapat dilakukan setiap saat sesuai dengan keinginan pasien (Saifuddin, 2003; Wiknjosastro, 2007).

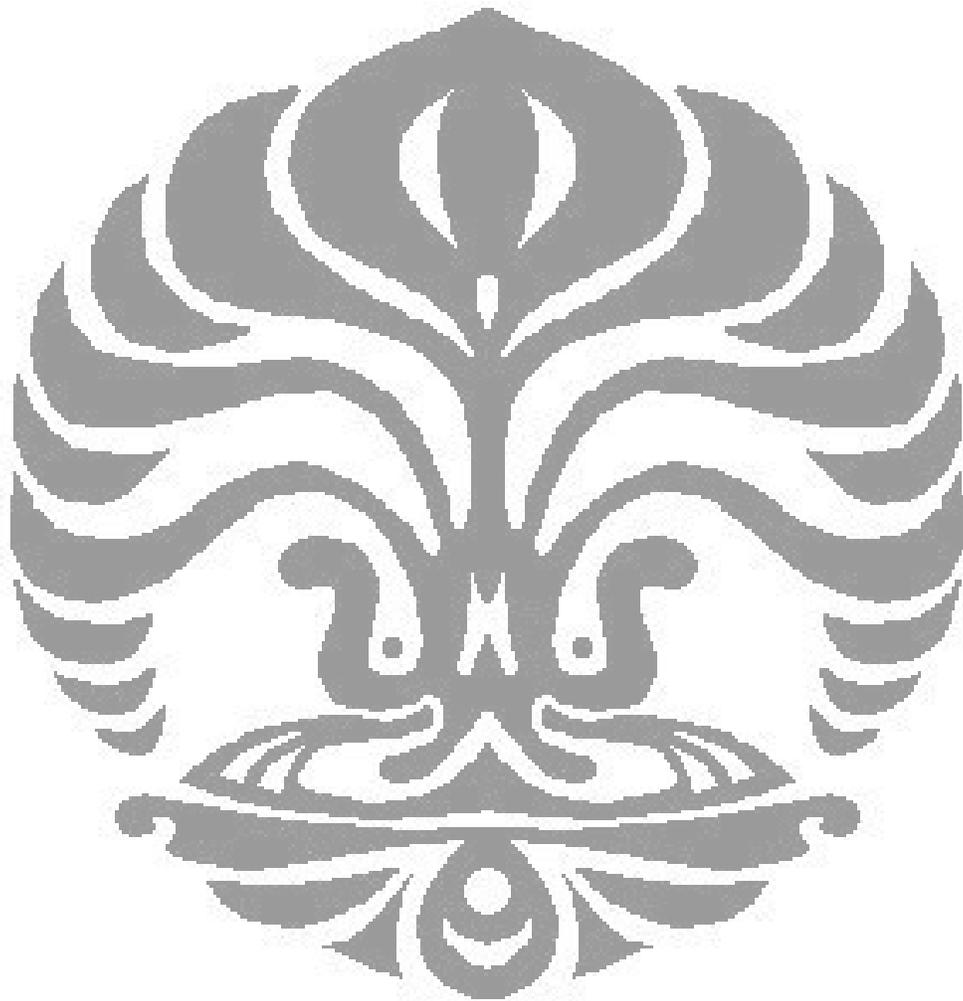
E. Kerangka Teori

Perawat maternitas dalam *Family Centered Maternity Care* dapat membantu keluarga dalam setiap pengambilan keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk layanan kesehatan keluarga berencana. Peran perawat sebagai konselor dan edukator dapat memberikan informasi dan pengetahuan tentang program keluarga berencana. Keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana sangat membantu

ibu dalam menentukan kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan dan kesehatan fisik ibu. Pendidikan kesehatan berupa konseling merupakan salah satu tindakan yang diberikan perawat untuk meningkatkan keterlibatan suami dalam program KB sehingga secara tidak langsung dapat meningkatkan kesejahteraan ibu dan menurunkan angka kematian ibu. Kerangka teori dapat dilihat pada skema dibawah ini.



Skema 2.1 Kerangka Teori



Sumber : (Dimodifikasi dari Dep Kes RI, 2003; Friedman, 1998; Gorrie, et al, 1998; Notoatdmojo, 2007; Saifudin, 2003; Zwelling & Philips, 2001)



BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan dijelaskan kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep yang dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen

Variabel Dependen

1

2

Keterangan :

1 = Kelompok Intervensi

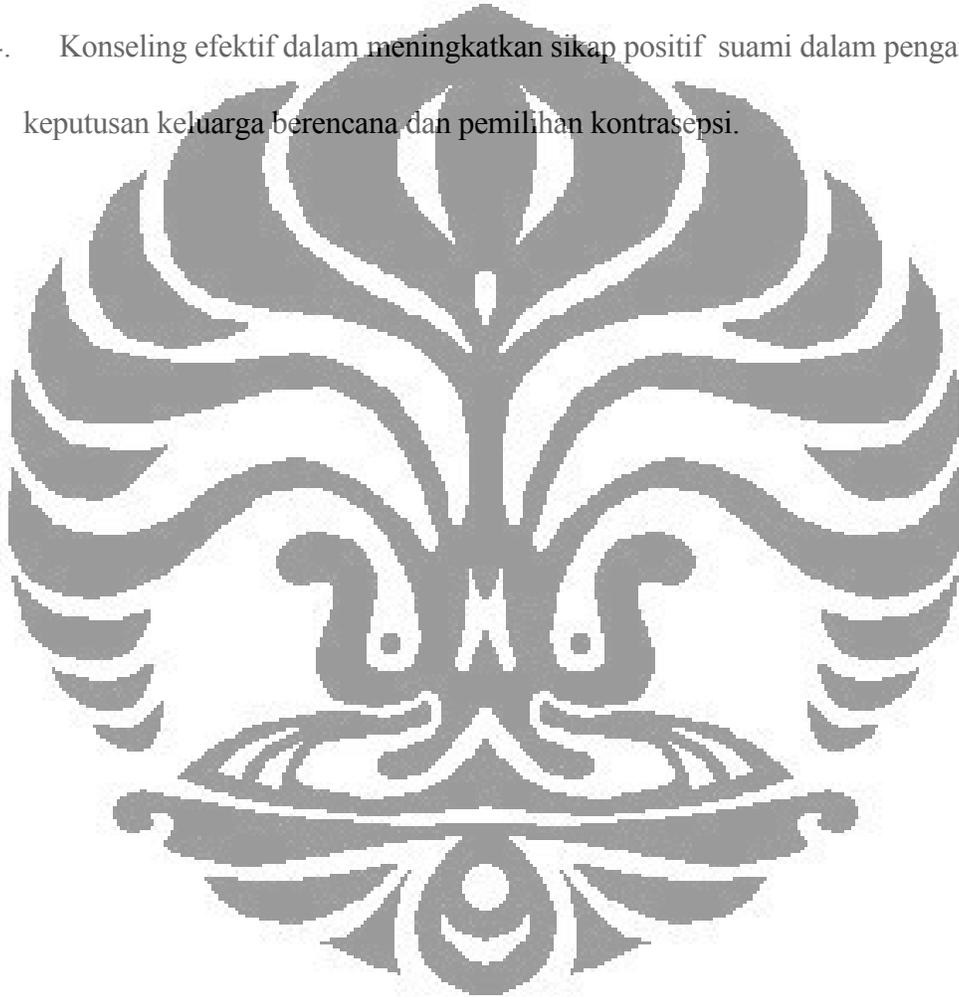
2 = Kelompok Kontrol

B. Hipotesa

Rumusan hipotesa yang diuji dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ada perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi sebelum dan setelah pemberian konseling.

2. Ada pengaruh karakteristik responden dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan pada kelompok intervensi
3. Ada perbedaan proporsi jumlah keikutsertaan KB pada kelompok yang diberikan diberikan konseling dengan yang tidak diberikan konseling.
4. Konseling efektif dalam meningkatkan sikap positif suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi.

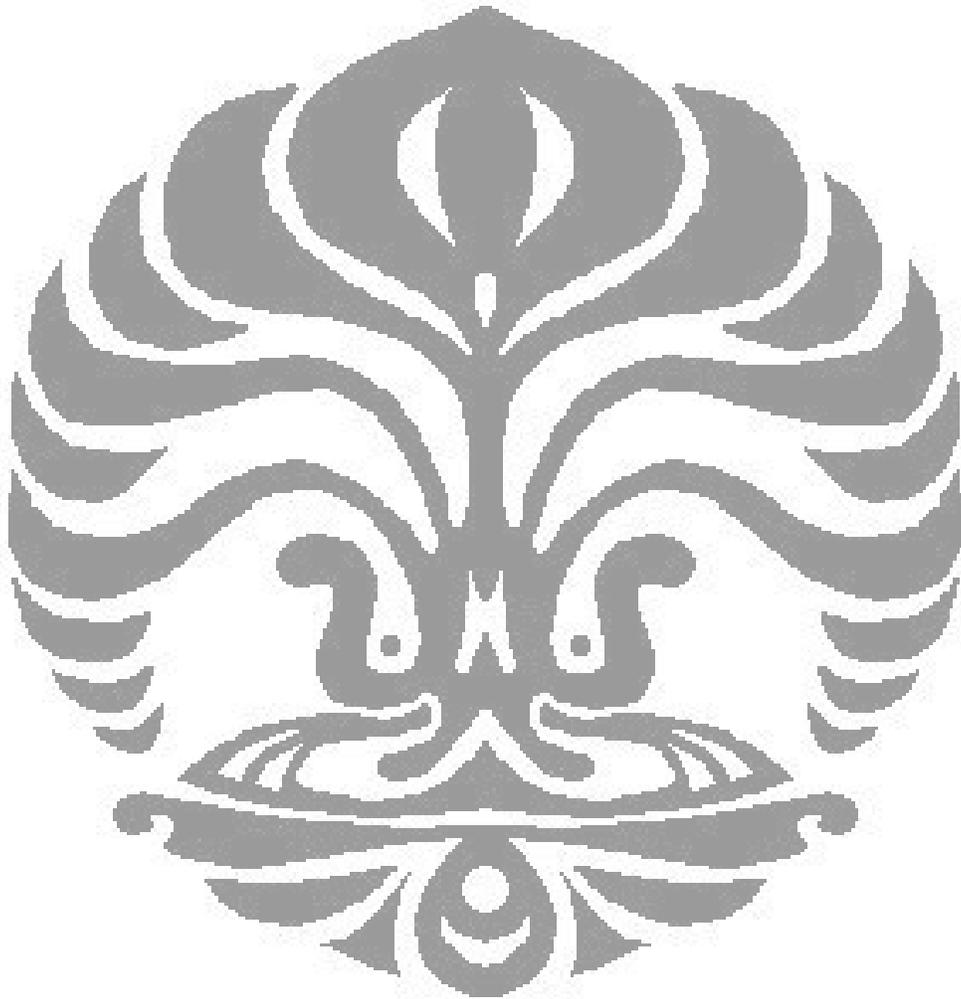


C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
----	----------	----------------------	-----------	------------	-------

1.





BAB IV

METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

Bab ini terdiri dari: desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, metode pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisa data.

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasi experimental* dengan rancangan *Pretest-Posttest non-Equivalent Control Group Design* yang berguna untuk mengukur sikap suami dalam pengambilan keputusan dan pemilihan kontrasepsi pada responden sebelum dan setelah diberikan konseling dengan menggunakan kelompok kontrol. Untuk lebih jelasnya tentang rancangan penelitian ini tergambar dalam skema sebagai berikut:

Pretest Perlakuan Posttest

Kelompok Intervensi	O1	X	O2
Kelompok Kontrol	O3		O4

Keterangan :

O1 : Sikap suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi sebelum diberi konseling pada kelompok intervensi.

O2 : Sikap suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi sesudah diberi pada kelompok intervensi.

O3 : Sikap suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi sebelum diberi konseling pada kelompok kontrol.

O4 : Sikap suami dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan pemilihan kontrasepsi setelah diberi konseling pada kelompok kontrol.

X : Pemberian konseling

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh suami yang mempunyai isteri postpartum diwilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng terdiri dari 9 desa yaitu: Desa Lambhuk, Desa

Ilie, Desa Ceurih, Desa Ie Masen Ulee Kareng, Desa Lamglumpang, Desa Doy, Desa Lamteh, Desa Pangodeah, dan Desa Pango Raya.

2. Sampel

Jenis sampel yang digunakan adalah total populasi, dari seluruh populasi yang ada diikutkan dalam penelitian. Jumlah sampel seluruhnya adalah 64 orang, yaitu 32 responden untuk kelompok intervensi dan 32 responden untuk kelompok kontrol. Untuk kelompok kontrol digunakan Desa Doy, Desa Lamteh, Desa Pangodeah, dan Desa Pango Raya untuk memudahkan peneliti dalam membedakan kedua kelompok dan merupakan desa dari wilayah kerja puskesmas Ulee Kareng mempunyai karakteristik yang sama dengan Desa Lambhuk, Desa ilie, Desa Ceurih, Desa Ie Masen Ulee Kareng, Desa Lamglumpang.

Adapun kriteria inklusi sampel adalah :

- a. Suami yang mempunyai isteri dengan masa postpartum
- b. Bersedia berpartisipasi dalam penelitian
- c. Sehat jasmani dan rohani

- d. Bisa membaca dan menulis
- e. Bertempat tinggal didesa wilayah kerja puskesmas Ulee Kareng

Adapun Kriteria eklusi sampel pada penelitian ini adalah responden yang mempunyai istri masa postpartum yang telah menggunakan salah satu alat kontrasepsi.

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada 9 Desa wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh Nanggroe Aceh Darussalam. Alasan pemilihan karena Puskesmas Ulee Kareng merupakan salah satu puskesmas teladan dan mempunyai MOU (*Memorandum of Understanding*) dengan (PSIK-FK) Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Unsyiah dan masih berada di wilayah kotamadya Banda Aceh yang belum melakukan intervensi konseling terhadap pemilihan kontrasepsi dan diharapkan dapat bermanfaat bagi Puskesmas wilayah lainnya di kota Banda Aceh.

D. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan dari tanggal 27 Maret sampai dengan 30 Mei 2008.

E. Etika Penelitian

Penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Langkah pertama yang dilakukan oleh peneliti adalah memberikan penjelasan tentang judul, tujuan, manfaat dan prosedur penelitian terhadap responden. Responden berada pada posisi yang bebas menentukan apakah akan ikut berpartisipasi dalam penelitian tanpa adanya unsur paksaan. Responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian diberikan *informed consent* dan diminta untuk menandatangani. Responden diminta untuk menjawab pertanyaan dengan sejujurnya. Peneliti memberi penjelasan pada responden bahwa penelitian ini akan memberikan manfaat dan dampak positif secara tidak langsung kepada ibu dan keluarganya.

Dalam *informed consent* yang diberikan berisi prinsip etika penelitian yaitu: 1) *Autonomy* (kebebasan), peneliti memberikan kebebasan untuk menentukan apakah responden bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela dengan memberikan tanda tangan pada lembar *informed consent*. Tujuan, manfaat, dan resiko yang mungkin terjadi pada pelaksanaan penelitian dijelaskan, sebelum responden memberikan persetujuan. Responden juga diberi kebebasan untuk mengundurkan diri pada saat penelitian jika responden menghendakinya; 2) *Non-maleficence*, pada saat konseling berlangsung, peneliti meminta istri responden juga mendampingi peneliti untuk menghindari perasaan kurang nyaman karena penjelasan peneliti karena berhubungan dengan sistem reproduksi dan pemilihan alat kontrasepsi wanita; 3) *Beneficence*, hasil penelitian ini telah memberi

potensi keterlibatan suami dan sikap positifnya dalam pengambilan keputusan KB dan akhirnya mereka memilih salah satu jenis kontrasepsi yang diinginkan; 4) *Justice*, peneliti memiliki peluang yang sama untuk dikelompokkan pada intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini. Bagi responden di kelompok kontrol juga telah diberikan konseling setelah pengambilan data akhir.

F. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan instrument berupa kuesioner dan *close ended questions*. Berikut penjelasan tentang alat pengumpul data yang digunakan pada penelitian ini:

1. Data Demografi

Berisi komponen tentang karakteristik responden yang meliputi: umur, pendidikan, agama, pekerjaan dan jumlah anak. Kuesioner dibuat oleh peneliti sendiri. Responden mengisi kuesioner dengan memberikan tanda *checklist* (v). Kuesioner sikap suami Kuesioner tentang sikap suami untuk menilai bagaimana sikap suami dalam pengambilan keputusan KB. Instrumen data sikap suami dibuat sendiri oleh peneliti yang diisi oleh responden sehubungan dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB. Responden hanya diminta memberi tanda *check list* (v) pada kolom yang telah disediakan untuk memudahkan analisis data. Pernyataan dibuat dengan skala likert. Setiap pernyataan dibuat skor atau nilai. Jumlah kuesioner pada penelitian ini sebanyak 33 item pernyataan sikap yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Kriteria nilai

pernyataan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB meliputi: pernyataan positif dengan skor jawaban Sangat setuju=4, setuju=3, tidak setuju=2 dan sangat tidak setuju=1 dan untuk pernyataan negatif dengan skor jawaban sangat setuju=1, setuju=2, tidak setuju=3 dan sangat tidak setuju=4.

2. *Closed ended Questions*

Peneliti menanyakan 2 pertanyaan tertutup kepada responden dan istrinya, apakah telah menggunakan salah satu alat kontrasepsi atau tidak dan jenis kontrasepsi apa yang telah digunakan oleh responden atau istrinya setelah masa postpartum.

3. Uji coba Instrumen.

Uji coba kuesioner dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Lampeuneut, pada tanggal 17 Maret sampai dengan 23 Maret 2008. Subyek yang dipilih untuk uji coba instrumen ini sebanyak 33 suami yang istrinya dalam masa postpartum pada desa-desa di wilayah kerja Puskesmas Lampeuneut, dengan alasan karakteristik respondennya sama dengan wilayah yang menjadi tempat penelitian. Uji coba instrumen ini bertujuan untuk mengetahui validitas dan reabilitas dari instrumen. Untuk menguji instrument peneliti menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* (r) dan reabilitas dengan menggunakan *Alpha Cronbach's*. Ini dilakukan karena kuesioner belum pernah

dipergunakan.

Uji validitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Nilai r tabel dilihat pada tabel r dengan menggunakan $df = n-2$ ($n=33$, $df=31$), pada tingkat kemaknaan 5% maka diperoleh nilai r tabel 0,349, bila r hitung $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut dinyatakan valid (Budiharto, 2001).

Dari uji validitas yang terdiri dari 50 pertanyaan, ada 17 pernyataan yaitu (P1, P6, P10, P12, P15, P17, P19, P20, P24, P28, P29, P31, P32, P34, P37, P39) yang nilainya lebih rendah dari r tabel ($r=0,349$). Semua pernyataan tersebut dibuang, maka sisa pernyataan sikap adalah berjumlah 33 pernyataan.

Uji reliabilitas dilakukan setelah uji validitas, setelah semua pernyataan dinyatakan valid. Dalam uji reliabilitas sebagai nilai r hasil adalah nilai Alpha. Instrumen dikatakan reliabel apabila r *Alpha Cronbach's* $>$ r tabel (Hastono, 2001). Dari hasil uji reliabilitas ternyata nilai r Alpha (0,9595) lebih besar dibandingkan dengan nilai r table, maka ke 33 pernyataan dianggap reliabel.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur Administratif

Membuat surat permohonan izin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Kepala Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh dan melakukan koordinasi dengan 9 bidan desa yang bertugas di desa wilayah puskesmas Ulee Kareng sebagai langkah awal untuk menyertakan mereka dalam penelitian ini.

2. Prosedur Teknis

- a. Dalam pengumpulan data, peneliti dibantu oleh 9 bidan desa sebagai kolektor data yang sebelumnya telah dikumpulkan untuk menyamakan persepsi dengan peneliti.
- b. Pengumpulan data dilakukan dengan cara, peneliti sebelumnya melakukan identifikasi responden lalu menetapkan kelompok berkaitan dengan kelompok intervensi dan kelompok kontrol tanpa diketahui oleh kolektor mana kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan tujuan untuk menghindari bias.
- c. Peneliti menjelaskan tentang penelitian, tujuan penelitian dan prosedur penelitian kepada responden.
- d. Responden melakukan pengisian *informed consent* penelitian diberikan *pre test* dan pada saat akan dilakukan intervensi pemberian konseling.
- e. Selanjutnya peneliti melakukan *pre test* baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol dengan menggunakan instrumen kuesioner tentang sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

f. Setelah dua minggu melakukan *pre test* pada kelompok intervensi dari rumah responden satu kerumah responden lain, selanjutnya kelompok intervensi diberikan konseling tentang program keluarga berencana dan jenis kontrasepsi, prosedur pemberian konseling dilaksanakan dirumah masing-masing responden dengan waktu 60 menit dengan menggunakan prinsip konseling KB yaitu: 1) memberi salam kepada responden secara terbuka dan sopan. Memberikan perhatian sepenuhnya kepada responden dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya; 2) menanyakan pada responden informasi tentang dirinya. Membantu klien untuk berbicara mengenai tentang pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, selama kehidupan keluarganya. Menanyakan apakah telah pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya; 3) menguraikan materi kepada responden mengenai pentingnya partisipasi suami dalam program KB, dan efektifitas masing-masing metode kontrasepsi; 4) membantu responden menentukan pilihannya dengan memberikan penjelasan yang sesuai dengan kondisi reproduksi saat ini atau pengalaman sebelumnya. Memberi dorongan kepada responden untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan dan menanggapi secara terbuka; 5) menjelaskan kembali secara lengkap bagaimana efektifitas kontrasepsi dengan membawa contoh alat/obat kontrasepsinya yang nyata; 6) mengingatkan kembali kepada responden untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai dengan jenis kontrasepsi yang telah dipilih (Saifuddin, 2003).

Akhirnya peneliti mengucapkan salam penutup. *Booklet* yang dirancang khusus

untuk responden ditinggalkan untuk dibaca kembali oleh responden dan istrinya dalam meningkatkan pengetahuan dan pengambilan keputusan yang sesuai dengan keinginan mereka, sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan apa-apa.

- g. Setelah selama empat minggu memberikan konseling kepada kelompok intervensi, selanjutnya dilakukan *post test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan instrument kuesioner yang sama pada saat *pre-test*, untuk mengukur sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan mengajukan 2 *close ended questions* untuk menentukan keikutsertaan dan salah satu jenis kontrasepsi yang digunakan.
- h. Selama pengisian kuesioner peneliti menemani responden, bila ada pertanyaan yang tidak jelas maka akan diberikan penjelasan oleh peneliti.
- i. Setelah selesai mengisi, pengumpul data mengecek kelengkapan data dan mengkonfirmasi kepada responden jika terdapat item yang tidak diisi.
- j. Mengucapkan terima kasih kepada responden yang telah ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.
- k. Untuk meyakinkan kebenaran kelompok intervensi yang telah menggunakan kontrasepsi, peneliti menanyakan dimana tempat/fasilitas yang digunakan untuk mendapatkan kontrasepsi. Peneliti mengecek ketempat pelayanan kesehatan yang diberikan oleh responden. Secara keseluruhan tempat pelayanan tersebut memang melayani responden untuk penggunaan kontrasepsi.

3. Pengolahan Data

Pengolahan data akan dilakukan dengan menggunakan komputer melalui tahapan-tahapan sebagai berikut:

1. Editing Data

Kegiatan ini dilakukan untuk memeriksa setiap kuesioner, berkaitan dengan ada tidaknya kesalahan dalam pengisian kuesioner dan kelengkapan pengisian kuesioner tersebut agar semua data valid untuk diolah.

2. Coding Data

Memberikan kode pada setiap informasi yang telah dikumpulkan pada setiap pertanyaan dalam kuesioner, untuk memudahkan pengolahan data.

3. Entry Data

Data yang sudah terkumpul dimasukkan dalam komputer dengan menggunakan program yang ada.

4. Cleaning Data

Data di cek kembali untuk memastikan bahwa tidak ada data yang salah sebelum data dianalisis oleh program komputer.

4. Rencana Analisis Data

Sebelum dilakukan analisis data, dilakukan uji homogenitas pada karakteristik responden meliputi data demografi responden yaitu umur, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan dan jumlah anak. Setelah dilakukan uji homogenitas maka akan dilakukan analisis kuantitatif meliputi analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan karakteristik dari responden penelitian meliputi : Umur, pendidikan terakhir, agama dan pekerjaan. Untuk data numerik umur dikategorikan menjadi 2 kategori. Tampilan data kategorik yaitu: umur, pendidikan terakhir, agama, pekerjaan dan jumlah anak tampilan data berupa frekwensi dan persentase.

B. Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk menguji hubungan kedua variabel independen dan dependen. Untuk menguji perbedaan sikap suami sebelum dan sesudah diberikan konseling uji statistik yang digunakan adalah uji *chi-square* karena kedua variabel dalam bentuk kategorik. Demikian juga halnya untuk mengetahui perbedaan proporsi jumlah keikutsertaan KB pada responden yang diberikan konseling dengan responden yang tidak diberikan konseling juga menggunakan uji *chi-square*.

BAB V
HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil analisis data penelitian yang telah dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD pada tanggal 27 Maret sampai dengan 30 Mei 2008. Hasil pengolahan data disajikan merupakan hasil analisis univariat dan analisa bivariat.

A. Analisis Univariat dan Uji Kesetaraan

Penyajian hasil univariat terdiri dari variabel karakteristik responden terdiri dari umur, pendidikan, agama, jenis pekerjaan dan jumlah anak yang telah dimiliki responden.

1. Karakteristik Responden

Penyajian data karakteristik responden terdiri dari umur, pendidikan terakhir, agama, pekerjaan dan jumlah anak yang dimiliki responden.

Tabel 5.1
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng
Kotamadya Banda Aceh NAD Tahun 2008 (N=64)

Karakteristik		Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total		P value
		n	%	n	%	n	%	
Umur	< 30 tahun	13	40,6	10	31,2	23	35,9	0,602
	≥ 30 tahun	19	59,4	22	68,8	41	64,1	
Pendidikan	Dasar	10	31,2	10	31,2	20	31,2	1,000
	Lanjut	22	68,8	22	68,8	44	68,8	
Agama	Islam	32	100	32	100	64	100	-
	Non Islam	0	0	0	0	0	0	
Pekerjaan	Pegawai	11	34,4	18	56,2	29	45,3	0,132
	Non Pegawai	21	65,6	14	43,8	35	54,7	
Jumlah Anak	≤ 2 orang	21	65,6	20	62,5	41	64,1	1,000
	> 2 orang	11	34,4	12	37,5	23	35,9	

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.1 diatas maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1). Umur Responden

Dari hasil penelitian ini didapatkan, secara keseluruhan proporsi responden yang berumur ≥ 30 tahun sebanyak 64,1%. Proporsi kelompok intervensi yang berumur ≥ 30 tahun sebanyak 59,4%. Sedangkan proporsi kelompok kontrol yang berumur ≥ 30 tahun sebanyak 68,8%.

Sementara itu hasil analisis uji homogenitas dengan menggunakan uji *chi-square* yang bertujuan untuk mengetahui homogenitas atau kesetaraan kondisi awal kelompok intervensi dan kelompok kontrol, didapatkan nilai $p=0,602$ ($p>0,05$). Hal ini menunjukkan tidak ada perbedaan umur responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berarti umur responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara.

2). Tingkat Pendidikan Terakhir Responden

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa, secara keseluruhan proporsi tingkat pendidikan terakhir responden mayoritas yaitu 68,8% pendidikan lanjut. Proporsi kelompok intervensi mayoritas berpendidikan lanjut yaitu 68,8%. Demikian juga halnya dengan proporsi kelompok kontrol yang berpendidikan lanjut adalah 68,8% dan Hasil analisis uji homogenitas dan menggunakan uji *chi-square* terhadap pendidikan kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan bahwa nilai $p=1,000$ ($p>0,05$), jadi tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi pendidikan kedua kelompok. Berarti tingkat pendidikan responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara.

3). Agama Responden

Dari hasil penelitian ini didapatkan, secara keseluruhan proporsi responden menurut agama 100% (64) beragama Islam.

4). Jenis Pekerjaan Respondens

Dari hasil penelitian ini didapatkan, secara keseluruhan proporsi responden berdasarkan jenis

pekerjaan menunjukkan bahwa sebanyak 54,7% responden non pegawai. Proporsi kelompok intervensi mayoritas yang bekerja non pegawai adalah sebanyak 65,6%. Sedangkan proporsi pada kelompok kontrol lebih banyak yang bekerja sebagai pegawai yaitu 56,3%. Hasil analisis uji homogenitas dan menggunakan uji *chi-square* terhadap jenis pekerjaan kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan bahwa nilai $p=0,132$ ($p>0,05$), jadi tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi pekerjaan pada kedua kelompok. Berarti jenis pekerjaan responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara.

5). Jumlah Anak yang Telah Dimiliki Responden.

Proporsi responden berdasarkan jumlah anak menunjukkan mayoritas responden memiliki anak kurang atau sama dengan 2 orang yaitu sebesar 64,1%. Proporsi responden pada kelompok intervensi mayoritas telah memiliki anak kurang atau sama dengan 2 orang yaitu sebesar 65,6%. Demikian juga halnya dengan kelompok kontrol mayoritas yang telah memiliki anak kurang atau sama dengan 2 orang adalah sebesar 62,5%. Hasil analisis uji homogenitas dan menggunakan uji *chi-square* terhadap jumlah anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan bahwa nilai $p=1,000$ ($p>0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi jumlah anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berarti jumlah anak yang dimiliki responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara.

B. Analisa Bivariat

Penyajian analisis bivariat meliputi penyajian data tentang hasil analisis uji *chi-square* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah dilakukan intervensi pemberian konseling dalam pengambilan keputusan KB serta jumlah keikutsertaan KB.

1. Analisis Perbedaan Sikap Suami dalam pengambilan Keputusan KB Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.2
Distribusi Suami Menurut Sikap Dalam Pengambilan Keputusan KB
Sebelum Intervensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng
Kotamadya Banda Aceh NAD Tahun 2008 (N=64)

	Kelompok Responden						Total	P value
		Intervensi		Kontrol		n	%	
		n	%	n	%			
Sikap Suami sebelum Intervensi	Negatif	10	31,2	12	37,5	22	34,4	0,792
	Positif	22	68,8	20	62,5	42	65,6	
Total		32	100	32	100	64	100	

Tabel 5.2 menunjukkan proporsi sikap suami dalam pengambilan keputusan KB pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi 22 (68,8%) dari 32 responden bersikap positif. Sedangkan sikap suami pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi 20 (62,5%) dari 32 responden bersikap positif.

Hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara sikap suami pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi konseling $p = 0,792$ ($p > 0,05$).

Tabel 5.3
 Distribusi Suami Menurut Sikap Dalam Pengambilan Keputusan KB
 Setelah Intervensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng
 Kotamadya Banda Aceh NAD Tahun 2008 (N=64)

	Kelompok Responden				Total		P value	
	Intervensi		Kontrol		n	%		
		n	%	n			%	
Sikap Suami setelah dilakukan Intervensi	Negatif	3	9,4	9	28,1	12	18,8	0,109
	Positif	29	90,6	23	71,9	53	81,2	
Jumlah	32	100	32	100	64	100		

Tabel 5.3 menunjukkan proporsi sikap suami dalam pengambilan keputusan KB pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi 29 (90,6%) responden bersikap positif. Sedangkan sikap suami pada kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi 23 (71,9%) bersikap positif. Hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara sikap suami pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi konseling $p = 0,109$ ($p > 0,05$).

2. Analisis Perbedaan Sikap Suami dalam pengambilan keputusan KB Sebelum dan Sesudah Dilakukan Intervensi

Tabel 5.4
Distribusi Perbedaan Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB Pada Kelompok Intervensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD Tahun 2008 (N=32)

Sikap Suami	Setelah intervensi				Total		P value	
		Negatif		Positif		n		%
		n	%	n	%			
Sebelum Intervensi	Negatif	3	30	7	70	10	100	0,024
	Positif	0	0	22	100	22	100	
	Total	3	9,4	29	90,6	32	100	

Tabel 5.4 menunjukkan pada penelitian ini didapatkan bahwa pada kelompok intervensi dari 10 responden yang bersikap negatif dalam pengambilan keputusan KB, setelah diberikan intervensi hanya 3 responden yang masih bersikap negatif. Selanjutnya dari 22 responden yang bersikap positif dalam pengambilan keputusan KB, setelah di diberikan intervensi bertambah menjadi 29 responden. Hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan sikap suami sebelum dan setelah dilakukan intervensi konseling pada kelompok intervensi $p = 0,024$ ($p < 0,05$).

Tabel 5.5
Distribusi Perbedaan Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB
Pada Kelompok Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng
Kotamadya Banda Aceh NAD Tahun 2008 (N=32)

Sikap Suami	Setelah periode Intervensi						Total		P value
		Negatif		Positif		n	%		
		n	%	n	%				
Sebelum Intervensi	Negatif	9	75	3	25	12	100	0,000	
	Positif	0	0	20	87	20	100		
	Total	9	28,1	23	71,9	32	100		

Tabel 5.5 menunjukkan pada penelitian ini didapatkan bahwa pada kelompok kontrol dari 12 responden sebelum intervensi bersikap negatif dalam pengambilan keputusan KB, ternyata setelah periode pelaksanaan intervensi 9 orang masih bersikap negatif. Selanjutnya 20 responden sebelum intervensi bersikap positif dalam pengambilan keputusan KB, setelah periode pelaksanaan intervensi bertambah menjadi 23 responden. Hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan, sikap suami sebelum intervensi dan setelah periode pelaksanaan intervensi pada kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$).

3. Analisis Pengaruh Karakteristik Responden Dengan Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB Setelah Intervensi Pada Kelompok Intervensi.

Tabel 5.6
Distribusi Suami Menurut Karakteristik dan Sikap
Dalam Pengambilan Keputusan KB Pada Kelompok Intervensi

Karakteristik	Sikap Suami				P value
	Positif		Negatif		
	n	%	n	%	
Umur					
< 30 tahun	11	84,6	2	15,4	0,552
≥ 30 tahun	18	94,7	1	5,3	
Pendidikan					
Dasar	9	90,0	1	10,0	1,000
Lanjut	20	90,9	2	9,1	
Pekerjaan					
Pegawai	10	90,9	1	9,1	1,000
Non Pegawai	19	90,5	2	9,5	
Jumlah anak					
≤ 2 orang	19	90,5	2	9,5	1,000
> 2 orang	11	90,9	1	9,1	

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.6 diatas maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

a. Pengaruh Umur responden dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa responden yang berumur ≥ 30 tahun pada kelompok intervensi bersikap positif 94,7%, sedangkan responden yang berumur < 30 tahun yang bersikap positif 84,6%. Prosentase ini hampir tidak ada perbedaan, hal ini ditunjukkan juga oleh hasil uji statistik didapatkan $p = 0,552$ yang berarti nilai alpha lebih besar, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh umur terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

b. Pengaruh tingkat pendidikan responden dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

Hasil analisis uji *chi-square* menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan lanjut bersikap positif 90,9%, sedangkan responden yang berpendidikan dasar yang bersikap positif 90,0%. Prosentase ini hampir tidak ada perbedaan, hal ini ditunjukkan juga oleh hasil uji statistik didapatkan $p=1,000$ yang berarti nilai alpha lebih besar, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh tingkat pendidikan responden terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

c. Pengaruh jenis pekerjaan responden dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

Hasil analisis uji *chi-square* menunjukkan bahwa responden yang bekerja sebagai pegawai pada kelompok intervensi bersikap positif 90,9%, sedangkan responden yang bekerja non pegawai bersikap positif 90,5%. Prosentase ini hampir tidak ada perbedaan, hal ini

ditunjukkan juga oleh hasil uji statistik didapatkan $p=0,1000$ yang berarti nilai alpha lebih besar, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh jenis pekerjaan responden terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

d. Pengaruh jumlah anak yang telah dimiliki responden dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

Hasil analisis uji *chi-square* menunjukkan bahwa responden dengan jumlah anak > 2 orang pada kelompok intervensi bersikap positif 90,9%, sedangkan responden yang dengan jumlah anak ≤ 2 orang bersikap positif 90,5%. Presentase ini hampir tidak ada perbedaan, hal ini ditunjukkan juga oleh hasil uji statistik didapatkan $p = 1,000$ yang berarti nilai alpha lebih besar, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh jumlah anak yang telah dimiliki terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan KB.

4. Distribusi Frekuensi Keikutsertaan Keluarga Berencana dan Pemilihan Jenis Kontrasepsi

Tabel 5.7

Distribusi Suami Menurut Keikutsertaan KB Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD Tahun 2008 (N=64)

Variabel		Kelompok				P value	OR (95%CI)
		Intervensi		Kontrol			
		n	%	n	%		
Keikutsertaan KB	Ya	26	81,3	8	25,0	0,000	8,273 (2,62-26,10)
	Tidak	6	18,8	24	75,0		

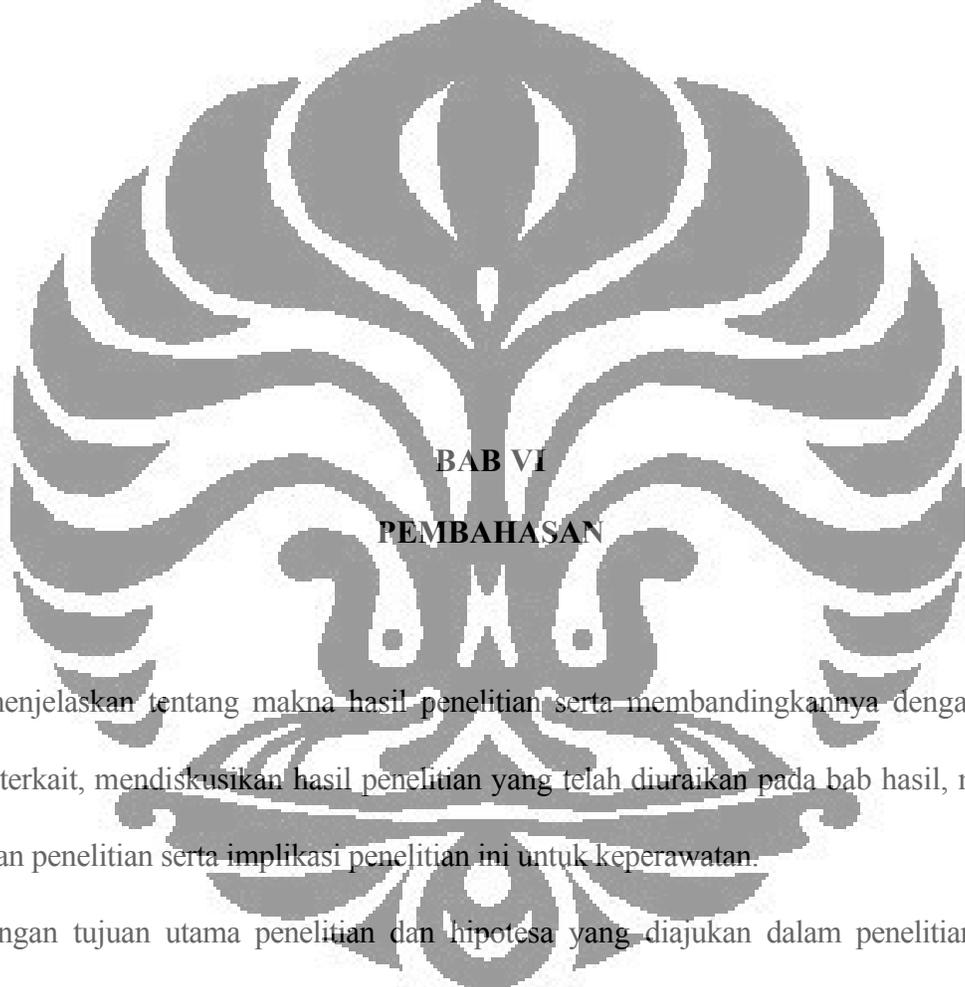
Tabel 5.7 menunjukkan proporsi responden yang mengikuti KB pada kelompok intervensi adalah sebesar 81,3% (26), sedangkan pada kelompok kontrol hanya 25% (8). Hasil uji statistik dengan menggunakan *chi-square* menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan keikutsertaan KB antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol $p=0,000$, ($p<0,05$). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa setelah mendapat intervensi konseling kelompok intervensi mempunyai peluang 8,273 kali (2,62-26,10) untuk mengikuti program KB dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi konseling.

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Pemilihan Kontrasepsi Yang Ikut Dalam Program KB
Di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh NAD Tahun 2008

Variabel		Kelompok			
		Intervensi		Kontrol	
		n	%	n	%
Jenis kontrasepsi	Kondom	4	15,4	1	12,5
	Pil KB	4	15,4	0	0
	Suntikan	7	26,9	6	75,0
	IUD/Spiral	10	38,5	1	12,5
	Implan/ Susuk KB	1	3,8	0	0
Jumlah		26	100	8	100

Tabel 5.8 menunjukkan proporsi responden pada kelompok intervensi yang menggunakan kontrasepsi adalah sebanyak 26 orang dari 32 responden. Prosentase jenis kontrasepsi yang dipilih oleh kelompok intervensi adalah IUD/spiral yaitu sebanyak 38,5%. Sedangkan

proporsi responden pada kelompok kontrol yang menggunakan kontrasepsi hanya 8 dari 32 responden dengan prosentase mayoritas (75%) menggunakan kontrasepsi suntikan.



BAB VI PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang makna hasil penelitian serta membandingkannya dengan teori dan penelitian terkait, mendiskusikan hasil penelitian yang telah diuraikan pada bab hasil, menjelaskan keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian ini untuk keperawatan.

Sesuai dengan tujuan utama penelitian dan hipotesa yang diajukan dalam penelitian ini, maka pembahasan hasil diarahkan pada variabel independent yaitu perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan keikutsertaan KB pada kelompok yang diberikan intervensi konseling dan kelompok yang tidak diberikan intervensi konseling.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Interpretasi hasil penelitian dijelaskan sesuai dengan tujuan penelitian yaitu mengidentifikasi efektifitas konseling terhadap sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi.

1. Karakteristik Responden

Responden kelompok intervensi berjumlah 32 responden dan kelompok kontrol 32 responden, seluruhnya berjumlah 64 responden. Perolehan responden seluruhnya digunakan dari seluruh desa yang berada wilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Banda Aceh NAD, perolehan dari desa Desa Doy, Desa Lamteh, Desa Pangodeah, dan Desa Pango Raya sebagai kelompok kontrol dan Desa Lambhuk, Desa ilie, Desa Ceurih, Desa Ie Masen Ulee Kareng, dan Desa Lamglumpang sebagai kelompok intervensi. Pengambilan responden adalah total populasi didasarkan pada kriteria inklusi dan semua responden belum pernah mendapatkan konseling KB dari petugas kesehatan setempat.

Hasil analisis uji homogenitas dengan menggunakan uji *chi-square* untuk umur, tingkat pendidikan, agama, pekerjaan dan jumlah anak pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara. Menurut pendapat Polit dan Hungier (2001), bahwa hasil penelitian dikatakan valid jika karakteristik responden tidak ada perbedaan bermakna (homogen). Demikian juga pendapat dari Notoatmojo (2003), pada penelitian kuasi eksperimen dengan rancangan *pre post test design*, jika pada awalnya kedua kelompok mempunyai sifat yang sama, maka perbedaan hasil penelitian setelah diberikan intervensi dapat disebut sebagai pengaruh dari intervensi yang diberikan.

2. Perbedaan Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB Sebelum dan Setelah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Sikap suami dalam pengambilan keputusan KB sebelum intervensi menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan sikap kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan nilai p value = 0,792. Beberapa hal yang dapat diasumsikan oleh peneliti terhadap hasil penelitian ini adanya hal yang mempengaruhi sikap dan pandangan internal responden terhadap program KB diantaranya adalah karakter individu laki-laki pada masyarakat Aceh, kekentalan budaya yang mengakar pada masyarakat Aceh dan prinsip agama yang dipegang teguh bertolak belakang dengan program KB selama ini. Berdasarkan informasi yang diperoleh peneliti bahwa selama ini masyarakat belum begitu maksimal mendapatkan konseling dan masyarakat belum terpapar terhadap informasi KB secara formal. Selama ini mereka hanya mengetahui program KB dari media massa, kerabat, saudara dan teman.

Demikian juga halnya dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB setelah intervensi, didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan saat posttest pada kedua kelompok $p = 0,109$. Suciati (2005) mengatakan bahwa sikap atau afektif sangat berkaitan dengan perasaan, emosi, sistem nilai dan sikap hati yang menunjukkan penerimaan atau penolakan. Sikap terbentuk karena adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Interaksi menimbulkan hubungan saling mempengaruhi diantara individu yang satu dengan yang lainnya sehingga terjadi hubungan timbal balik yang akhirnya menimbulkan sikap

yang akan mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu (Azwar, 1998). Dalam hal ini responden tidak memberikan tanggapan yang sebenarnya atau berusaha menutup-nutupi pandangan yang sebenarnya terhadap program keluarga berencana yang bertolak belakang dengan prinsip yang diyakini, sehingga hasil sikap yang diperoleh tidak sesuai dengan hasil akhir keikutsertaan KB responden.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2007) bahwa sikap merupakan reaksi atau respon tertutup terhadap suatu objek atau stimulus, sikap tidak dapat dilihat tetapi hanya ditafsirkan. Hal ini juga dipertegas oleh Pender (1996) bahwa sikap juga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain karakteristik individu, pengalaman yang pernah diperoleh dan suasana psikologik individu tersebut. Karakteristik individu dalam hal ini laki-laki sangat dominan pengambilan keputusan karena budaya patrilineal masih cukup dirasakan pada masyarakat Aceh. Pengalaman yang pernah diperoleh diasumsikan oleh peneliti adalah persepsi yang salah dari pengalaman sebelumnya saat menggunakan kontrasepsi yang menyebabkan responden merasa trauma dan tidak ingin mengubah pandangannya terhadap hal yang pernah dirasakan baik yang terjadi pada dirinya, teman, kerabat atau keluarganya yang pernah mengalami hal buruk tentang kontrasepsi. Sedangkan suasana psikologik yang dapat mempengaruhi sikap adalah berhubungan dengan kesibukan yang dijalani oleh responden yang terkadang membuat mereka kurang nyaman dalam mendengar penjelasan peneliti.

3. Perbedaan Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB Sebelum dan Setelah Dilakukan Intervensi Pada Kelompok Intervensi.

Perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB sebelum dan setelah dilakukan intervensi konseling pada kelompok intervensi menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa konseling yang diberikan pada kelompok intervensi sangat bermanfaat untuk meningkatkan sikap positif dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi. Menurut Allport, 1935 (dalam Azwar, 2005) komponen sikap terdiri dari tiga yaitu: 1) komponen kognitif, berupa kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek, komponen ini juga sering disebut pandangan terutama menyangkut masalah isu atau problem kontroversial. Berdasarkan komponen ini bagaimana keyakinan atau pendapat atau pemikiran suami terhadap pengambilan keputusan KB; 2) Komponen afektif, menyangkut kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek. Aspek emosional inilah yang berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang. Berdasarkan komponen ini, bagaimana suami menilai bahwa program KB dan pemilihan kontrasepsi, apakah bermanfaat atau mempunyai dampak terhadap dirinya; 3) Komponen psikomotor, yang merupakan komponen sikap yang mempunyai kecenderungan untuk bertindak. Dari hasil penelitian yang dilakukan tergambar bahwa sikap responden telah mencapai pada komponen yang ketiga yaitu komponen sikap psikomotor dimana responden telah cenderung untuk bertindak atau bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu, dalam hal ini responden telah menentukan pilihan kontrasepsi yang digunakan .

Sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi yang tergambar dalam hasil penelitian ini juga telah menepis anggapan selama ini tentang sikap suami yang

tidak mau terlibat dalam program KB. Pada dasarnya informasi dan konseling yang selama ini dibutuhkan oleh masyarakat terutama oleh para suami tidak diterima bahkan belum pernah diperoleh seperti halnya konseling yang diberikan oleh peneliti. Hal lain yang sebelumnya terjadi adalah berhubungan dengan permasalahan dalam pelaksanaan program keluarga berencana seperti isu gender yang sangat menyolok yaitu akses laki-laki terhadap informasi dan pelayanan KB masih sangat terbatas serta anggapan KB urusan perempuan, masih sangat sedikit laki-laki yang mengetahui manfaat KB bagi diri dan keluarganya, masih dominannya suami dalam pengambilan keputusan KB dan kesehatan reproduksi (Poerwoeningrum, http://www.bkkbn.go.id/difor/research_detail.php?rchid=13, diperoleh tanggal 16 Januari, 2008).

Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Chapagain (2006) di Nepal dimana terdapat 75% suami istri berkolaborasi dalam pengambilan keputusan kontrasepsi. Penelitian tersebut juga menyimpulkan bahwa terdapat 80% diantara suami yang menjadi pemimpin rumah tangga dan 20% yang tidak menjadi pemimpin rumah tangga mengambil keputusan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan KB.

4. Perbedaan Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB Sebelum dan Sesudah Periode Pelaksanaan Konseling Pada Kelompok Kontrol

Perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB sebelum dan sesudah periode pelaksanaan konseling pada kelompok kontrol menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna. Sikap positif dalam pengambilan keputusan KB yang diambil oleh kelompok kontrol yang

tidak diberikan konseling belum tentu mencerminkan sikap yang sebenarnya, karena kemungkinan saja sikap kelompok kontrol tersebut berada pada tahap menerima, belum pada tahap selanjutnya dari domain sikap yaitu bertanggung jawab. Oleh karena itu pengukuran sikap sebaiknya dilakukan berulang-ulang atau lebih dari satu kali untuk menjamin konsistensi dan hasil pengukuran sikap yang diukur. Meskipun sikap pada kelompok kontrol lebih baik, namun tidak mempengaruhi perilaku menjadi baik atau positif. Hal ini sesuai dengan teori bahwa sikap yang baik belum tentu menentukan perilakunya menjadi baik juga. Hal ini juga dibuktikan oleh jumlah keikutsertaan KB pada kelompok kontrol yang ternyata hanya 8(25%) dari 32 responden.

Penelitian yang hampir sama juga dikemukakan oleh Hardee, Hull, Irwanto, Poerwandari, Prasadja dan Sunarno (1997) yang menunjukkan bahwa pengambilan keputusan kontrasepsi pada wanita di Sumatera Selatan dan Lampung secara kuantitatif terlihat wanita berperan secara aktif dalam pengambilan keputusan kontrasepsi. Tetapi data hasil wawancara mendalam dibuktikan bahwa ternyata wanita tidaklah dalam posisi yang kuat dalam pengambilan keputusan seperti hasil data kuantitatif. Wanita-wanita merasa dalam perangkap yang kaku dari sudut agama dan budaya, yang menentukan keputusan adalah para suami, termasuk kebutuhan, keselamatan fisik dan kesejahteraan keluarga. Wanita mengalami sedikit tekanan dan kecemasan, waktu mereka lebih banyak merawat anak-anak, sedangkan suami lebih banyak waktu untuk aktivitas pekerjaan dan masyarakat. Hal ini jelas menyatakan bahwa mempunyai anak adalah tugas wanita kepada suami (seperti sudut pandang Islam) dan tidak mengherankan bila keluarga berencana akhirnya menjadi pertimbangan bagi wanita.

Pada dasarnya, di Indonesia kesehatan dan kesejahteraan ibu pada usia reproduksi, termasuk dalam hal ini permasalahan keluarga berencana masih sangat dipengaruhi oleh aspek sosial, budaya dan agama, dimana adanya kecenderungan bahwa laki-laki dan keluarga kurang mengetahui dan kurang tanggap terhadap kondisi kesehatan ibu. Fenomena lain yang terjadi adalah pelayanan kesehatan kurang terjangkau oleh masyarakat kurang mampu, walaupun saat ini pemerintah juga telah menerapkan kebijakan baru untuk menanggung biaya pelayanan kontrasepsi permanen melalui ASKESKIN/ Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin. Di lain pihak pemimpin agama cenderung mensosialisasikan dan mengajarkan kepada masyarakat untuk mempunyai banyak anak dan masih banyak anggota masyarakat yang beranggapan bahwa banyak anak banyak rejeki (Depkes RI, 2001; Supratikno, Wirth, Achadi, et al, 2002; Nachbar, Baume & Parekh, 1998; Nurbianti, 2007. <http://www.kompas.com/ver1/kesehatan/0607/02/092510.htm> diperoleh tanggal 28 November 2007; Sheila, 2006, <http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article-detail.php?artid=31> diperoleh tanggal 25 Februari 2008).

Hal lain juga terlihat bahwa sifat patrilineal laki-laki Aceh sangat sulit mengikutsertakan pasangannya untuk mendiskusikan pengambilan suatu keputusan dalam keluarga dan informasi yang selama ini diperoleh hanya sebatas pengetahuan yang belum ada klarifikasinya. Hal ini juga ditambah lagi dengan KB masih menjadi masalah kontroversial bagi sebagian masyarakat Aceh yang masih memegang teguh ajaran Islam kuno yang masih berprinsip KB adalah perbuatan dosa dan haram menurut agama serta masih adanya anggapan bahwa setiap anak yang lahir ke dunia pasti mempunyai rejeki masing-masing. Oleh karena itu pengaruh dari

pemuka agama atau dalam istilah bahasa Aceh disebut “Teungku” sangat bermanfaat untuk merubah pandangan masyarakat yang keliru terhadap program KB yaitu melalui kerjasama lintas sektoral dengan berbagai pihak terkait terutama pemerintah daerah.

5. Proporsi Jumlah Keikutsertaan KB dan Pemilihan Jenis Kontrasepsi

Proporsi jumlah keikutsertaan KB pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan keikutsertaan KB dengan p value = 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi konseling yang diberikan pada kelompok intervensi sangat bermanfaat untuk meningkatkan sikap positif responden terhadap keikutsertaan dan pilihan kontrasepsinya. Konseling merupakan suatu kegiatan percakapan tatap muka dua arah antara klien dengan petugas yang bertujuan memberikan bantuan mengenai berbagai hal yang berkaitan dengan pemilihan metode kontrasepsi, sehingga calon akseptor mampu mengambil keputusan sendiri tentang keikutsertaannya dan pilihan kontrasepsi yang terbaik bagi dirinya. Keberhasilan konseling juga dipengaruhi oleh konselor yang mempunyai minat dan sikap yang positif terhadap program KB, memiliki pengetahuan tehnik tentang KB, memiliki ketrampilan komunikasi, memperlakukan klien dengan ramah, sabar dan empati dan terbuka, menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti, dan yang terpenting mampu membina hubungan saling percaya (BKKBN, 2006. http://www.bkkbn.go.id/diftor/research_detail.php?rchid=19, diperoleh pada tanggal 17 januari 2008).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, peneliti menggali beberapa hal yang berhubungan dengan anggapan responden dan istrinya tentang jenis kontrasepsi. Selama ini sebenarnya

masyarakat masih keliru dan ketakutan dengan jenis kontrasepsi yang akan digunakan. Misalnya jenis kontrasepsi IUD, adanya anggapan masyarakat bahwa jenis kontrasepsi ini akan memberikan dampak yang buruk bagi pemakainya, ketidaknyaman bagi suami dalam berhubungan bahkan ketakutan bila pemakaian IUD mengalami kegagalan maka spiral akan lengket pada kepala janin saat lahir. Tetapi setelah responden mendapatkan konseling terlihat bahwa mayoritas jenis kontrasepsi yang digunakan oleh responden adalah jenis kontrasepsi efektif seperti IUD/spiral yaitu sebesar 38,5%. Ini membuktikan bahwa dengan konseling yang benar dan tepat responden yakin dengan alat kontrasepsi yang mempunyai efektifitas cukup tinggi, tidak menimbulkan efek sistemik, hanya memerlukan pemasangan satu kali, mudah dilepas jika menginginkan anak (*reversible*) sehingga dapat merencanakan kehamilan berikut dengan terencana serta kesadaran responden akan pentingnya kesehatan istrinya dari efek sistemik yang sebagian besar berdampak pada kesehatan reproduksi wanita (Sinsin, 2004).

Efektifitas suatu metode kontrasepsi bervariasi tergantung dari cara penggunaan yang akurat dan tepat. Kontrasepsi oral dan IUD merupakan metode yang efektif, tetapi pada beberapa wanita tidak meyakini metode ini karena efek samping dan faktor agama (Gorrie, McKinney, Murray, 1998). Untuk menghindari kegagalan maka informasi dan pendidikan yang diberikan juga harus akurat dan nyata, seperti konseling yang telah dikemas dan dipelajari oleh peneliti sedemikian rupa sehingga jumlah keikutsertaan KB dan pemilihan jenis kontrasepsi yang dipilih oleh responden sesuai dengan tingkat efektifitas dari kontrasepsi tersebut.

6. Analisis Pengaruh Variabel Karakteristik Terhadap Sikap Suami Dalam Pengambilan

Keputusan KB

a. Pengaruh umur responden dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB ($p=0,552$). Antara responden yang berumur lebih dari atau sama dengan 30 tahun atau kurang dari 30 tahun persentase hampir sama bersikap positif dalam pengambilan keputusan KB. Menurut teori yang dikemukakan oleh Siagian (1995) semakin bertambah umur seseorang maka semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa, makin bijaksana dalam mengambil suatu keputusan, mampu berpikir rasional, mampu mengendalikan emosi dan makin toleran terhadap pandangan orang lain. Tetapi di lain pihak terkadang semakin muda umur seseorang maka akan semakin mudah orang tersebut untuk menerima suatu informasi dan mengadopsi informasi tersebut.

b. Pengaruh tingkat pendidikan dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB ($p=1,000$). Antara responden dengan tingkat pendidikan rendah dan responden dengan tingkat pendidikan tinggi persentasenya hampir sama bersikap positif dalam pengambilan keputusan KB. Hasil analisis ini berbeda dengan pendapat yang dikemukakan oleh Suliha (2002) bahwa tingkat pendidikan formal menuju tingkat intelektual atau tingkat pengetahuan seseorang. Hal ini dapat dipahami bahwa dengan pendidikan yang lebih tinggi seseorang mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memahami informasi yang kemudian menjadi pengetahuan yang dimilikinya. Dari hasil penelitian ini peneliti berasumsi bahwa pendidikan tidak sepenuhnya bergantung pada

tingkat pendidikan formal yang telah diselesaikan oleh responden, tetapi pengetahuan juga bisa diperoleh manusia karena adanya dorongan rasa ingin tahu dan berdasarkan pengalaman yang telah dilalui seseorang.

c. Pengaruh jenis pekerjaan dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan jenis pekerjaan dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB ($p = 1,000$). Antara responden yang bekerja sebagai pegawai dan responden yang bekerja non pegawai persentasenya hampir sama bersikap positif dalam pengambilan keputusan KB. Hal ini dapat terjadi karena informasi tentang program KB bukan merupakan hal yang baru dimasyarakat dan terpaparnya informasi KB tidak mengenal batas dan kelas sosial. Menurut Herarti, (2004) selain mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan di unit pelayanan KB, masyarakat juga mendapatkan informasi KB melalui Pembantu Pembina Keluarga Berencana Desa (PPKBD), kader kesehatan, radio, TV dan melalui komunikasi *person to person*. Hasil sebuah penelitian menyatakan bahwa proporsi terbesar pria mengetahui sumber pelayanan KB adalah puskesmas 41%, Bidan Praktek Swasta (BPS) sebanyak 27 %, bidan desa 20 %, dan Apotik atau toko obat 12 %. Televisi merupakan sumber informasi KB yang dominan dikemukakan pria 50 %, Koran dan majalah 23 %, radio 19 %, poster 18 %, pamphlet 11 %. 45 % pria tidak pernah akses terhadap sumber informasi KB dari media (Winarni, 2006. http://www.bkkbn.go.id/diftor/research_detail.phd?rchid=18, diperoleh tanggal 17 Januari 2008).

d. Pengaruh Jumlah anak dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan jumlah anak dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB ($P=0,1,000$). Antara responden yang mempunyai anak kurang atau sama dengan 2 orang dan responden yang mempunyai anak kurang dari 2 orang persentasenya hampir sama bersikap positif dalam pengambilan keputusan KB. Asumsi peneliti dalam hal ini, responden pada kelompok intervensi mempunyai sikap positif terhadap pengambilan keputusan KB adalah pada dasarnya responden telah memahami tentang program KB dan pentingnya partisipasi pria dalam program KB.

Keterlibatan suami dalam mewujudkan hak-hak reproduksi menjadi sangat penting karena: 1) pria adalah partner dalam reproduksi dan seksual; 2) pria bertanggung jawab secara sosial dan ekonomi, sehingga keterlibatan pria dalam pengambilan keputusan untuk menentukan jumlah anak ideal dan jarak kelahiran akan memperkuat ikatan bathin yang lebih kuat antara suami istri; 3) pria secara nyata terlibat dalam fertilitas dan mempunyai peran penting dalam memutuskan kontrasepsi yang akan digunakan; 4) partisipasi pria dalam pelaksanaan program KB dan kesehatan reproduksi diharapkan mampu mengubah pandangan bahwa KB hanya hak dan tugas perempuan saja (Widodo, 2004. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel10304-04.htm>, diperoleh tanggal 17 Januari 2008).

Jadi secara umum dapat disimpulkan bahwa perbedaan sikap suami yang diberikan intervensi sepenuhnya hanya karena intervensi, bukan pengaruh dari karakteristik individu. Hal ini dapat diartikan bahwa konseling yang diberikan tidak hanya meningkatkan sikap positif suami, tetapi dapat merubah perilaku menjadi akseptor KB.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan sesuai yang dapat diidentifikasi oleh peneliti, antara lain:

1. Peneliti merasa bahwa konseling yang diberikan 1 kali belum begitu efektif bagi semua responden, seharusnya konseling dilakukan lebih dari satu kali agar responden merasa lebih paham dan puas terhadap informasi yang diterima, sehingga pada akhirnya keputusan dapat diambil dengan tepat.
2. Penelitian ini menggunakan desain *quasi experimental pre and post test* dengan melibatkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pengukuran terhadap sikap hanya dilakukan satu kali pada awal dan satu kali pada akhir penelitian. Rancangan yang mungkin lebih baik adalah *times series design* dengan melakukan beberapa kali pengukuran sebelum dan setelah intervensi agar hasil penelitian lebih valid.
3. Sikap responden yang berusaha menutupi yang sebenarnya dan kontroversial tentang KB perlu disikapi dengan keterlibatan pemuka agama sebelum konseling diberikan.
4. Keterpaparan responden dari informasi yang diterima dari berbagai sumber tidak dapat dikendalikan, terutama karena program KB bukan hal baru diketahui oleh masyarakat.
5. Materi konseling disusun dan dikemas sendiri oleh peneliti secara sederhana dan belum diuji keabsahannya, sehingga belum dapat dipastikan apakah materi yang sudah disiapkan sudah cukup membekali responden dalam mengambil keputusan KB.
6. Jumlah sampel pada penelitian yang dilakukan sudah sesuai dengan jumlah sampel yang ditetapkan awal, tetapi akan lebih baik jika penelitian ini dilakukan dengan menggunakan populasi yang lebih besar.

C. Implikasi Terhadap Pelayanan dan Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi tenaga kesehatan profesional terutama perawat maternitas yang nantinya juga akan bekerja dan berada diantara masyarakat. Ini merupakan fakta bahwa konseling pada pasangan usia subur sangat diperlukan untuk mencegah kesalahan persepsi terhadap program KB serta dapat memberikan implikasi terhadap pelayanan keperawatan, diantaranya :

1. Perawat maternitas sebagai praktisi dan pendidik dapat merencanakan serta berperan besar dalam memberikan konseling yang efektif bagi pasangan usia subur yang dapat bekerjasama dengan perawat komunitas.
2. Perawat maternitas sebagai konselor bekerjasama dengan tim kesehatan lain untuk membuat program layanan konseling di klinik maupun di masyarakat sebagai salah satu bentuk pelayanan perawat terhadap asuhan keperawatan yang diberikan bagi pasangan usia subur, terutama juga bagi calon pengantin sebagai calon akseptor KB.
3. Dengan Pemberian konseling yang efektif oleh perawat maternitas diharapkan suami dapat mengambil keputusan dan memberikan dukungan penuh terhadap program KB dan dapat menentukan jenis kontrasepsi bersama pasangannya.
4. Penelitian ini dapat memberikan kontribusi terhadap jumlah akseptor yang masih rendah, selain itu juga dapat dijadikan rujukan bagi penelitian tentang program KB dan efektifitas konseling di masa yang akan datang.
5. Untuk khasanah keilmuan keperawatan maternitas hasil penelitian ini dapat menjadi bahan untuk penelitian lebih lanjut, terutama dalam melakukan konseling yang efektif serta bekerjasama dengan instansi terkait untuk membuat kemasan leaflet yang menarik dan cocok

diterapkan pada berbagai kalangan masyarakat.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan analisis dan hasil pembahasan, maka dikemukakan beberapa simpulan dan saran, sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Adanya perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi.
2. Adanya perbedaan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB sebelum dan sesudah periode pelaksanaan konseling pada kelompok kontrol.
3. Terdapat perbedaan prosentase jumlah keikutsertaan KB pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana prosentase pada kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol.
4. Tidak ada pengaruh antar karakteristik responden dengan sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi pada kelompok intervensi.

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Peneliti merekomendasikan kepada petugas kesehatan dimasyarakat dan klinik-klinik pelayanan KB untuk melakukan dan mensosialisasikan konseling untuk meningkatkan pengetahuan dan memantapkan pilihan metode kontrasepsi yang dipilih oleh pasangan usia subur. Dalam hal ini pelayanan kesehatan perlu bekerjasama dengan instansi terkait seperti BKKBN dan Dinas Kesehatan setempat.

2. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan bagi profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya keperawatan maternitas dalam memberikan intervensi konseling KB bagi pasangan usia subur.

3. Bagi Instansi/Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

Perlu membuat jadwal konseling secara regular pada setiap Puskesmas dan menyiapkan pelatihan bagi tenaga konselor agar konseling yang diberikan kepada masyarakat berhasil dan sukses sehingga pengguna kontrasepsi memahami metode yang digunakan secara jelas.

BKKBN juga dapat mengikutsertakan pemuka agama dalam mensosialisasikan program KB terutama bagi daerah-daerah yang sangat mengagungkan pemuka agama.

4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat dilanjutkan dengan rancangan penelitian *times series design* yaitu dengan melakukan konseling dan mengukur sikap lebih dari satu kali. Jumlah sampel yang

digunakan untuk penelitian berikut juga harus menggunakan jumlah populasi yang lebih besar dan area penelitian yang lebih luas. Penelitian lanjut yang dapat dilakukan diantaranya adalah:

- a. Melakukan penelitian tentang efektifitas konseling terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi.
- b. Melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi.
- c. Melakukan penelitian tentang hubungan konseling terhadap tingkat keikutsertaan KB.
- d. Melakukan penelitian tentang hubungan partisipasi pasangan terhadap pengambilan keputusan kesehatan reproduksi wanita pada calon pengantin.

DAFTAR PUSTAKA

Affandi, B. (2006). Kontrasepsi masa kini. <http://www.kompas.co.id/kesehatan/0701/24.htm>, diperoleh pada tanggal 18 Februari 2008.

Alaszewski, A., Ayer, S., & Manthorpe, J. (2000). *Managing risk in community practice: Nursing, risk and decision making*. Toronto: Bailliere Tindall.

Arikunto, S. (1998). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Astari, A. M. (2005). *Studi kualitatif pengambilan keputusan dalam keluarga terkait dengan komplikasi perinatal di Kab. Cianjur, Jawa Barat*. Jakarta: Thesis: tidak dipublikasikan.

Azwar, A. (1998). *Sikap manusia*. Edisi 2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

_____. (2005). *Sikap manusia teori dan pengukurannya*. Edisi ke2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

BKKBN, (2006). Konseling keluarga berencana. http://www.bkkbn.go.id/diftor/research_detail.php?rchid=19, diperoleh pada tanggal 17 Januari 2008.

_____. (2006). Konseling kontak pria membantu klien memantapkan pilihannya. http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article_detail.php?artid=42, diperoleh pada tanggal 17 Januari 2008.

Bobak, I. M., Lowdwemilk, D. L., & Jensen, M. D (2005). (Alih bahasa Wijayarini, M.A., & Anugrah). *Buku ajar keperawatan maternitas*. (4th Ed). Jakarta: EGC.

Breslin, E. T., & Lucas, V.A. (2003). *Women's health nursing: Toward evidence based practice*. St. Louis: Saunders.

Chapagain, M. (2006). Conjugal power relations and couples' participation in reproductive health decision-making: Exploring the links in nepal. *Gender Technology and Development*, 10(2), 159-189

Departemen Kesehatan RI. (2003). *Profil kesehatan reproduksi Indonesia 2003*. Jakarta: Depkes RI.

_____ (2001). *Strategi nasional making pregnancy safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Endang, P. (2004). Gender dan permasalahannya. <http://www.glorianet.org/keluarga/pria/priakes.html>, diperoleh tanggal 18 Januari 2008.

Federico, R., Leon, Monge, Rosa, Zumarán, Adriana et al. (2001). Length of counseling sessions and the amount of relevant information exchanged: A study in peruvian clinics. http://Findarticles.com/p/article-s/mi_aa3876/is_2001.03/ai_n83939592, International Family Planning Perspectives. Mar 2001.

Friedman, M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family nursing: Research, theory & practice*. (5th Ed). New Jersey : Prentice Hall.

Friedman, M. (1998). *Keperawatan keluarga, teori dan praktik*. Edisi 3. Jakarta: EGC.

Gorrie, T. M., McKinney, E. S., & Murray, S. S. (1998). *Foundations of maternal-newborn nursing*. (2th Ed). Philadelphia: W.B.Sauder Company.

Hanvey, L. (2000), *Family centered maternity and newborn care: National guidelines a*

paper describing the history, process of development, and over of the content. (4th Ed). Canada: Canada Publish.

Hartanto, H. (2004). *Keluarga berencana dan kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

Hardee. K., Hull. T., Irwanto., Prasadja.H., Poerwandari. E.K., & Sunarno. N. (1997) in the shadow of men: Reproductive decision-making and women's psychological well-being in Indonesia. http://www.apa.org/au/upload/2004-64_herartri_pdf. Journal of population 4(2):87-114.

Hastono, P. S. (2001). *Modul analisis data*. Depok: FKM-UI.

Herarti, R. (2004) *Family planning decision-making: case studies in West Java, Indonesia*. Paper presented at 12 th Biennial Conference of Australian Population Council. On Population and Society: issues, research. Policy, Canberra, Australia.

Jacobson, J. (1997). *Kesehatan wanita: Harga dari sebuah kemiskinan*. Dalam buku kesehatan wanita sebuah perspektif global oleh Merge Koblinsky dkk (terjemahan). Yogyakarta: Gamapress.

Jalaludin, R. (1991). *Psikologi komunikasi*. Edisi revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Kountor, R. (2005). *Metode penelitian*. Jakarta: Penerbit PPM.

Lowdermilk, D.L., & Perry, S.E. (2003). *Maternity nursing*. (6th Ed). St Louis: Mosby Year Book Inc.

Machfoedz. (2005). *Pendidikan kesehatan promosi kesehatan*. Jakarta: Penerbit Ramayana.

May, K.A. & Mahlmeister, L.R. (1999). *Maternal and neonatal nursing: family centered care*. (4thEd). Philadelphia: JB Lippincott.

_____ (1990). *Comprehensive Maternal Nursing: nursing process and childbearing family*. (2thEd). Philadelphia: JB Lippincott.

Nachbar, N., Baume, C., & Parekh A. (1998). Assessing safe motherhood in the community : A guide to formative research. MotherCare, USAID. http://www.jsi.com/intl/mothercare/cd_manual/index.htm diperoleh tanggal 28 Nopember 2006.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____ (2003). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurbianti, (2007). Sadar, setelah terbebani banyak anak, <http://www.kompas.com/ver1/kesehatan/0607/02/092510.htm> diperoleh tanggal 28 November 2007.

Nursalam. (2001). *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV Sagung Seto.

Quekett, D. J. (2005). The IUS. http://www.hcd2.bupa.co.uk/fact_sheet/html/ius.html. diperoleh tanggal 18 Februari 2008.

Parwieningrum, E. (2002). Isu gender, klien dan pemberi pelayanan dalam KB-KR. http://www.bkkbn.go.id/diftor/research_detail.php?rchid=13, diperoleh tanggal 16 Januari, 2008).

Philips, C. E. (1996) *Family centered maternity and newborn care*. (4thEd). Philadelphia: Lippincott.

Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. St. Louis: Mosby Year Book Inc.

Program Pascasarjana Fakultas Ilmu keperawatan UI. (2004). *Panduan penulisan tesis*. Jakarta: tidak dipublikasikan.

Puslitbang KB dan KR, BKKBN Pusat. (2004). Perlu keputusan bersama dengan pasangan dalam penggunaan kontrasepsi pria. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel10304-04.html>, diperoleh tanggal 17 januari 2008.

Raharjo. (2004). Satu pria berperan turunkan angka kematian ibu, <http://www.glorianet.org/keluarga/pria/priakes.html> diperoleh tanggal 15 januari 2008.

Rahman, A. (2004). *Pemberdayaan perempuan dikaitkan dengan 12 area of area concern/ 12 bidang kritis (isu Beijing)*. Jakarta: Tidak dipublikasikan.

Reeder, S. J., Martin, L. L., & Griffin, K.D. (1999). *Maternity nursing, family: Newborn & women's health care*. (8thEd). Philadelphia: Lippincott.

Robbins, S. P. (1998). *Perilaku organisasi: konsep, kontroversi, aplikasi*. Edisi 8. Jakarta: PT Prenhallindo.

Sabri, L. & Hastono, P. S. (2008). *Statistik kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: Rajawali press.

Saifuddin, A. B. (2003). *Buku panduan praktis pelayanan kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Salter, C., Johnston, H. B., & Hengen, N. (1997). Care for postabortion complications: Saving women's lives. *Population Reports*, L(10). Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program. Sharma, R. and Desai, S. (1992). Vitamin A in pregnancy: A review. *Indian Journal of Maternal and Child Health* 3(2):36-40.

Sheila, 2006, *Pelayanan vasektomi gratis melalui Askeskin*, <http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article-detail.php?artid=31> diperoleh tanggal 25 Februari 2008).

Siagian, P. S. (1995). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.

Sinsin, I. (2004). Pandai-pandaiilah memilih alat kontrasepsi, http://www.medicastore.com/med/hot_topik.php?id=30&iddtl=&idobat=&UID=20080125125713202.73.108.97 diperoleh tanggal 25 Januari 2008

Sriudiyani, I. A. (2003). Studi peran perempuan dalam pengambilan keputusan didalam keluarga untuk bidang KB-KR. [http://www.bkkbn/difor/research_detail .php online121](http://www.bkkbn/difor/research_detail.phponline121), diperoleh pada tanggal 16 Januari, 2008).

Suciati. (2005). *Toksonomi tujuan instruksional*. Jakarta: PAU-PPAI UT Dirjen Dikti Depdiknas.

Suliha, U. (2002). *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan*. Jakarta: EGC.

Suprihastuti, D. (2000). Pengambilan keputusan penggunaan alat kontrasepsi pria di

Indonesia (Analisis lanjut hasil SDKI, 1997). <http://www.hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel0-91.html>. diperoleh tanggal 26 Januari 2008.

Supratikno, G., Wirth, M.E., & Achadi, E. (2002). A district-based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in south Kalimantan, Indonesia. *Bulletin of World Health Organization*, 80(3), 228-235.

Swasono, M. F. (1998). *Kehamilan, kelahiran, perawatan ibu dan bayi dalam konteks budaya*. Jakarta: UI press.

Swanburg, A. C. (1996). *Management and leadership for nurse managers*. London: Jones and Bartlett Publishers International.

Yakob, A. (2006). KB dipandang dari hukum islam. <http://myquran.org/forum/index.php/topik.7645.0.html>, diperoleh pada tanggal 26 Januari 2008.

Yaswirman, A. (2006). Aktualisasi nilai-nilai Islam dalam meningkatkan partisipasi pria dalam program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel10306-06.htm> diperoleh tanggal 22 Januari 2008.

Youngkin, E. Q. & Davis, M. (1998). *Women's health: A primary care clinical guide* (2th Ed). Stamford: Appleton & Lange.

Widodo, A. (2004). Isu gender, klien dan pemberi pelayanan dalam KB-KR. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/artikel10304-04.htm>, diperoleh tanggal 17 Januari 2008.

Wiknjastro, H. (2002). *Ilmu kebidanan*. Edisi 3. Cetakan keenam. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

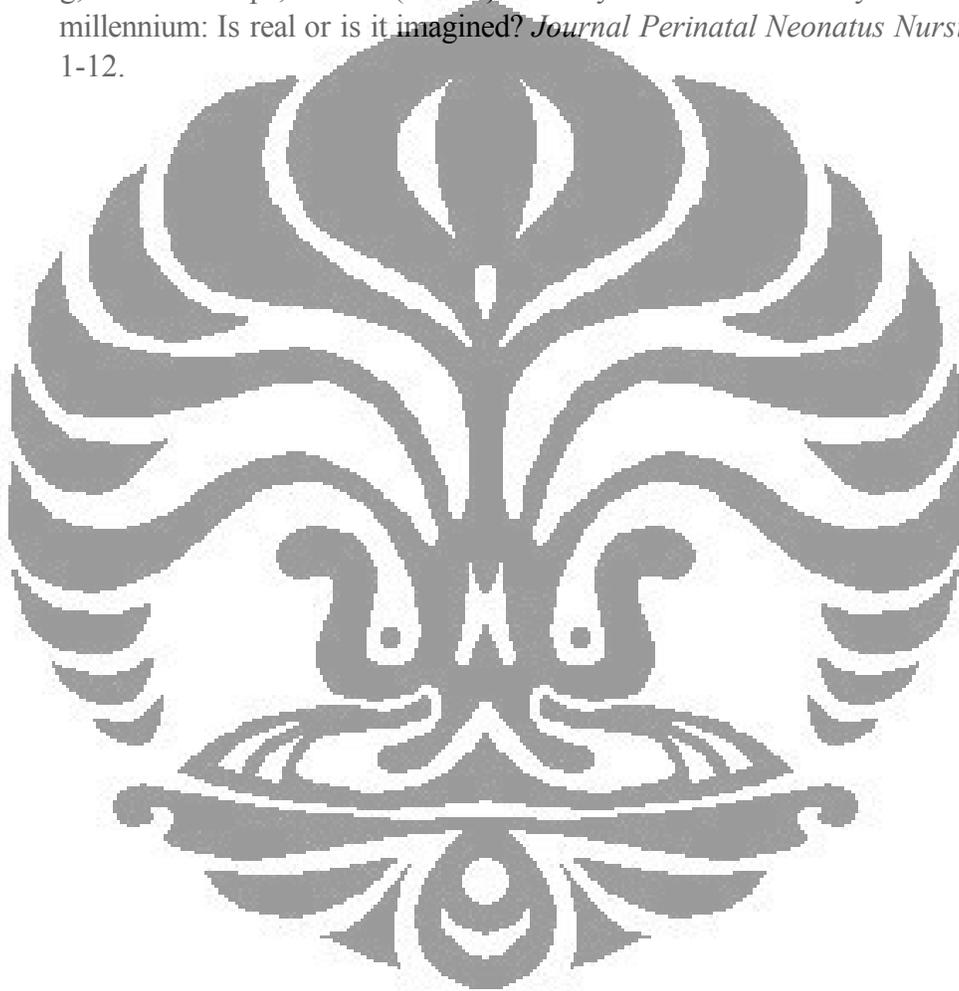
_____ (2007). *Ilmu kandungan*. Edisi 2. Cetakan kelima. Jakarta:

Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Winarni. E. (2006). Partisipasi pria ber-KB. <http://www.bkkbn.go.id/diftor/research/detail.phd?rchid=18>, diperoleh tanggal 17 Januari 2008.

Wonodirekso. S. (1991). *Keluarga berencana alami: Pedoman penyelenggaraan pelayanan*. Bandung: ITB.

Zwelling, E. & Philips, C. R (2001). Family centered maternity care in the new millennium: Is real or is it imagined? *Journal Perinatal Neonatus Nursing*, 15 (3) ; 1-12.



Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya :

Ns. Darmawati, S.Kep

Mahasiswa program Magister (S2) kekhususan keperawatan Maternitas

Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia, dengan NPM :

0606026704.

Bermaksud mengadakan penelitian tentang Efektifitas Konseling Terhadap Sikap Suami dalam Pengambilan Keputusan KB dan Pemilihan Kontrasepsi Diwilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh. Maka bersama ini saya jelaskan beberapa hal sebagai berikut :

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi sikap suami dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi diwilayah kerja Puskesmas Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk meningkatkan sikap positif suami dalam program KB dan pemilihan kontrasepsi.
2. Penelitian ini tidak akan memberikan dampak negatif pada responden
3. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaanya.
4. Bapak berhak mengajukan keberatan pada peneliti ini, jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi Bapak, dan selanjutnya akan dicarikan penyelesaian berdasarkan kesepakatan yang terbaik.

Demi memenuhi etika dalam penelitian ini, saya memohon agar bapak bersedia menandatangani lembar persetujuan yang ada dibawah ini.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (Inisial) :

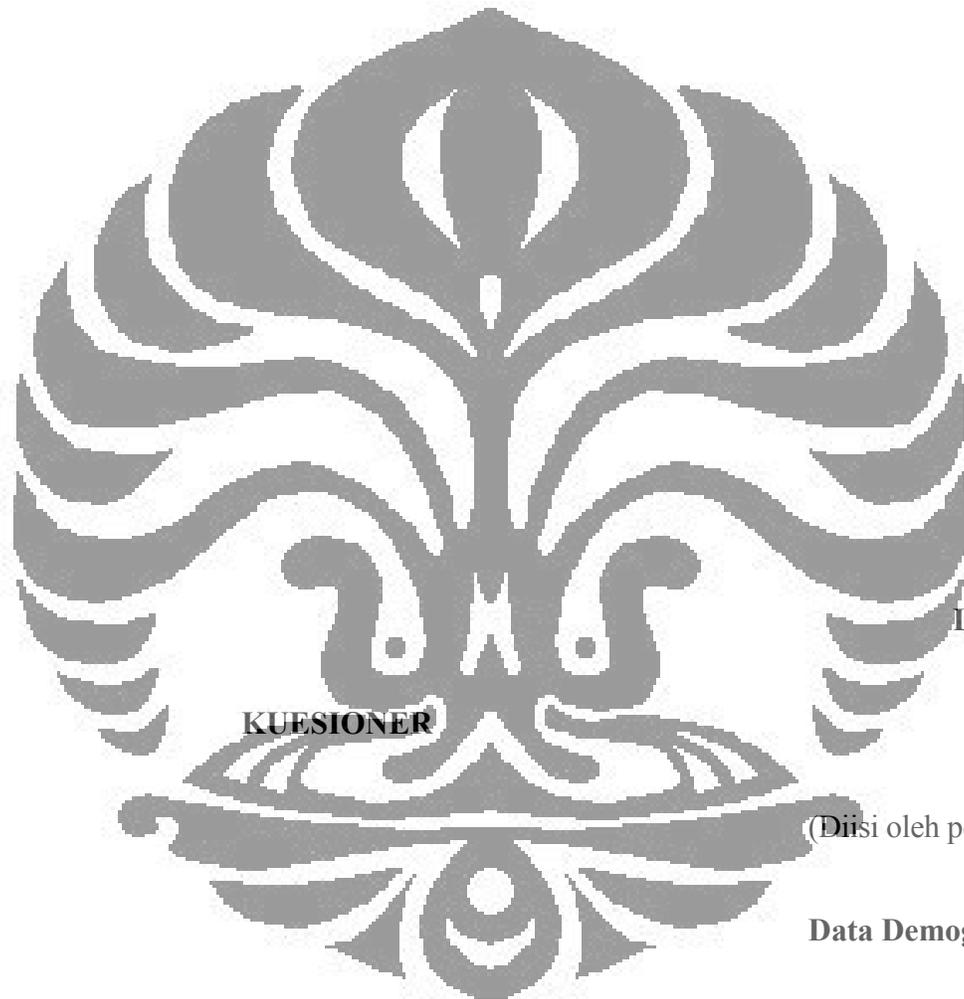
Alamat :

Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa setelah mendapat penjelasan penelitian dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat penelitian, maka dengan ini saya secara sukarela bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran serta tanpa paksaan dari siapapun.

Banda Aceh, Maret 2008

Yang Menyatakan



Lampiran 2

KUESIONER

(Diisi oleh peneliti)

A.

Data Demografi.

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah pertanyaan dengan baik sebelum menjawab
2. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan cara menuliskan jawaban atau memberikan tanda *checklist* (v) pada kolom jawaban yang sesuai dengan pilihan saudara

a. Umur:
Tahun

b. Pendidikan Terakhir

1. SD
2. SMP
3. SMA
4. PT

c. Agama

1. Islam
2. Kristen Katolik
3. Kristen Protestan
4. Hindu
5. Budha

d. Pekerjaan

1. PNS
2. Pegawai Swasta/
BUMN
3. Tani/Nelayan
4. Buruh/Tukang

5.	Wiraswasta
6.	Lain-lain,
sebutkan.....	
e.	Jumlah Anak yang telah
dimiliki	
1.	1 orang
2.	2 orang
3.	3 orang
4.	Lebih dari 3 orang

B. Sikap Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB

Petunjuk Pengisian : Pilihlah jawaban yang paling mewakili pendapat anda dengan memberikan tanda *checklist* (V) pada kolom yang tersedia

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1	Program KB dapat mensejahterakan keluarga				
2	Program KB merupakan hal yang harus disosialisasikan dalam masyarakat				
3	Program KB membuat isteri dapat memperhatikan pertumbuhan anak-anak				
4	Secara turun temurun keluarga saya tidak ada yang menggunakan KB				
5	KB merupakan hal yang tabu dibicarakan dalam budaya Aceh				
6	Kami percaya hanya pada jenis KB kalender yang alami				

7	Dengan mengikuti KB isteri lebih memperhatikan kebutuhan sehari-hari saya				
8	Pengambilan keputusan dalam keluarga tentang kontrasepsi merupakan urusan saya sebagai kepala keluarga				
9	KB pada masyarakat Aceh hal yang memalukan bila diketahui orang lain				
10	Suami juga dapat menggunakan kontrasepsi tertentu jika istri berisiko menggunakan kontrasepsi				
11	Suami merupakan orang yang berhak memutuskan pemilihan kontrasepsi				
12	Dengan penggunaan kontrasepsi kesehatan istri saya terjaga				
13	Para suami di Aceh mendukung isteri menggunakan alat kontrasepsi				
14	KB tidak mempengaruhi frekuensi berhubungan saya				
15	Kontrasepsi bukan sesuatu yang malu bila digunakan oleh laki-laki di Aceh				
16	Penggunaan kontrasepsi mempengaruhi keinginan berhubungan suami isteri				
17	Minum kunyit sudah merupakan alat kontrasepsi yang alami				
18	KB hal yang lumrah dibicarakan oleh laki-laki di Aceh				
No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
19	Dalam ajaran agama dijelaskan tentang pengaturan kelahiran				
20	Saya merasa takut berhubungan suami isteri bila menggunakan kontrasepsi				
21	Kesehatan Isteri semakin terjaga dengan pengaturan kehamilan				
22	Penggunaan kontrasepsi membuat hubungan rumah tangga kami harmonis				
23	Kontrasepsi dapat menyebabkan peranakan menjadi kering				

24	Pengambilan keputusan dalam keluarga kami diskusikan termasuk penggunaan kontrasepsi				
25	Kontrasepsi akan membuat hubungan seksual menjadi terganggu				
26	Komunikasi yang terbuka membuat isteri nyaman menggunakan kontrasepsi				
27	Istilah banyak anak banyak rezeki sudah tertanam dalam keluarga saya				
28	Pemakaian kontrasepsi baik diberikan sebelum ibu mulai berhubungan seksual setelah melahirkan				
29	Kontrasepsi merepotkan isteri saya untuk mengingat jadwal kunjungan ulang				
30	Kami hanya menggunakan alat kontrasepsi yang murah				
31	Semua jenis kontrasepsi memberikan dampak yang buruk bagi sipemakai				
32	Penggunaan kontrasepsi merupakan kewajiban bersama suami isteri				
33	Saya memberi ijin kepada isteri untuk menggunakan kontrasepsi jika diberikan secara cuma-cuma				

C.

Closed Ended

Questions

Berilah tanda *check list* (v) pada kolom yang tersedia dibawah ini, apabila pertanyaan pertama jawabannya “**Tidak**”, jangan dilanjutkan ke pertanyaan selanjutnya.

1. Apakah bapak dan ibu sudah memutuskan untuk ikut dalam program KB:

Ya

Tidak

2. Jenis kontrasepsi apa yang telah dipilih oleh bapak dan ibu:

KB Alamiyah

Kondom

Diafragma

Pil KB

Suntikan

IUD/Spiral

Implan/Susuk KB

Kontrasepsi Mantap

UNIVERSITAS INDONESIA

PROTOKOL INTERVENSI

**PEMBERIAN KONSELING TERHADAP SIKAP SUAMI DALAM
PENGAMBILAN KEPUTUSAN KELUARGA BERENCANA DAN
PEMILIHAN KONTRASEPSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ULEE KARENG KOTAMADYA BANDA ACEH
NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

PADA 5 DESA DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS ULEE KARENG KOTAMADYA BANDA ACEH
NANGGROE ACEH DARUSSALAM

Oleh
DARMAWATI
0606026704

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN ILMU
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

Lampiran III

PROSES PELAKSANAAN INTERVENSI

PEMBERIAN KONSELING

**1. Persiapan pemberian
paket intervensi**

**a. Penyusunan pemberian
konseling**

Pemberian konseling adalah salah satu bentuk pendidikan kesehatan yang diperuntukkan bagi para suami yang mempunyai istri dalam masa post partum. Tujuan pemberian konseling adalah untuk meningkatkan keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan KB dan akhirnya dapat memilih salah satu jenis kontrasepsi, sehingga pemberian konseling diharapkan para suami dapat berpartisipasi dan terlibat aktif dalam setiap

pengambilan keputusan KB dan dapat mendampingi istri saat memilih kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi fisik istrinya bahkan mungkin suami dapat menggunakan kontrasepsi yang sesuai bagi mereka. Pemberian konseling ini terdiri dari *booklet* yang berisi materi mengenai pemahaman suami tentang sikap dalam pengambilan keputusan KB dan alat peraga berbagai jenis alat kontrasepsi.

Isi *booklet* meliputi :

- 1). Partisipasi suami dalam KB
- 2). Pengertian kontrasepsi
- 3). Jenis kontrasepsi
- 4). Keuntungan dan kerugian kontrasepsi
- 5). Efek Samping kontrasepsi

2.

Sasaran intervensi

pemberian konseling

Responden yang mendapat intervensi pemberian konseling adalah para suami yang memiliki istri dalam masa post partum yang telah menyatakan kesediaannya menjadi responden dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden yang telah diukur sikap mereka dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi dengan menggunakan kuesioner yang

dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan mengacu pada konsep teori tentang program keluarga berencana dan konsep kontrasepsi.

**3. Waktu pelaksanaan
intervensi pemberian konseling**

Intervensi pemberian konseling dilaksanakan setelah responden diukur sikap mereka dengan instrumen kuesioner yang dikembangkan sendiri oleh peneliti.

**4. Prosedur Intervensi
Pemberian Konseling**

Pemberian konseling akan dilaksanakan dirumah masing-masing responden dengan waktu 60 menit dengan menggunakan prinsip konseling KB, terdiri dari :

1) Pendahuluan selama 5 menit

Memberi salam kepada responden secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya.

2) Menanyakan pada responden informasi tentang dirinya selama 5 menit. Bantu klien untuk berbicara mengenai tentang pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, selama kehidupan keluarganya. menanyakan apakah telah pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya.

3) Menguraikan materi kepada responden selama 30 menit mengenai pentingnya partisipasi suami dalam program KB, dan efektifitas masing-masing metode kontrasepsi.

4) Membantu responden menentukan pilihannya dengan memberikan penjelasan yang sesuai

dengan kondisi reproduksi saat ini atau pengalaman sebelumnya selama 5 menit. Dorong responden untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan dan tanggapihlah secara terbuka.

- 5) Menjelaskan kembali secara lengkap bagaimana efektifitas kontrasepsi dan jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya yang nyata selama 10 menit.
- 6) Mengingatkan kembali kepada responden untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai dengan jenis kontrasepsi yang telah dipilih. Akhirnya peneliti mengucapkan salam penutup selama 5 menit. *Booklet* ditinggalkan untuk dibaca kembali oleh responden dan istrinya dalam meningkatkan pengetahuan dan pengambilan keputusan yang sesuai dengan keinginan mereka.

UNIVERSITAS INDONESIA
**KONSELING UNTUK SUAMI DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN KELUARGA BERENCANA
DAN PEMILIHAN KONTRASEPSI**

Disusun Oleh
Darmawati

Program studi magister Ilmu keperawatan
Kehususan keperawatan Maternitas
fakultas ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
2008

Pendahuluan

Pentingnya Partisipasi Suami Dalam Pengambilan Keputusan KB

Sikap positif suami sangat diharapkan oleh wanita dalam merencanakan kontrasepsi yang akan digunakan untuk itu langkah awal yang dapat dilakukan oleh laki-laki dalam mempromosikan kesehatan dan keselamatan ibu adalah merencanakan keluarganya dengan pembatasan kelahiran dan membuat jarak kelahiran paling sedikit 2 tahun, hal ini penting bagi kesehatan ibu dan anak, sehingga dalam hal ini suami sangat berperan dalam pengambilan keputusan KB dan pemilihan kontrasepsi.

Pengertian suami dalam pengambilan keputusan Keluarga berencana dan pemilihan menjadi sangat penting karena:

1. Suami adalah pasangan dalam reproduksi dan seksual, sehingga sangat beralasan apabila laki-laki dan perempuan berbagi tanggung jawab dan peran secara seimbang dalam kesehatan reproduksi.
2. Suami bertanggung jawab secara sosial dan ekonomi, sehingga keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan untuk menentukan jumlah anak yang ideal dan jarak kelahiran akan memperkuat ikatan bathin yang lebih kuat antara suami istri dalam kehidupan berkeluarga
3. Suami secara nyata terlibat dalam kesuburan dan mempunyai peran penting dalam memutuskan kontrasepsi yang akan digunakan oleh istrinya
4. Partisipasi pria dalam pelaksanaan program KB dan kesehatan reproduksi diharapkan mampu mengubah pandangan bahwa KB hanya hak dan tugas perempuan saja, melainkan merupakan hak bersama laki-laki dan perempuan

ω Seorang istri akan merasa bahagia apabila kebutuhan kesehatannya mendapat perhatian dari suami. Keterbukaan dan komunikasi yang baik dalam keluarga akan menciptakan keluarga yang sakinah, mawaddah dan warrahmah yang pada akhirnya dapat meningkatkan derajat kesehatan keluarga secara umum.

ω

Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah suatu cara untuk menunda kesuburan, menjarangkan kehamilan dan menghentikan kesuburan seseorang baik secara alamiah maupun dengan menggunakan obat-obatan atau alat-alat tertentu.

Pemilihan Metode Kontrasepsi

Syarat-syarat metode kontrasepsi yang baik adalah :

- | | |
|--|----------------------|
| a. | Aman/tidak berbahaya |
| b. | Dapat diandalkan |
| c. | Sederhana, sedapat- |
| dapatnya tidak usah dikerjakan oleh dokter | |
| d. | Murah |
| e. | Dapat diterima oleh |
| orang banyak | |

f. Pemakaian jangka lama

Jenis Metode kontrasepsi :

- a. Alamiah Keluarga Berencana
- b. Pertahanan Metode Kontrasepsi
- c. Hormonal Metode Kontrasepsi
- d. Dalam Rahim Metode Kontrasepsi
- e. Mantap Metode Kontrasepsi

Keuntungan, kerugian dan efek samping dari kontrasepsi

1. Kontrasepsi Keluarga berencana alamiah (KBA)

- ⊗ Keluarga berencana alami adalah cara merencanakan dan menghindari kehamilan berdasarkan pengamatan sejumlah gejala dan tanda alami yang menunjukkan masa subur dan tidak subur pada saat akan haid.
- ⊗ Dasarnya adalah dengan menentukan periode/masa subur, yang terjadi sekitar waktu masa subur, umumnya kira-kira 14 hari sebelum haid berikutnya atau menghindari sanggama selama kurang lebih 7-18 hari, termasuk masa subur dari tiap siklus.

a. Macam-macam metode KBA adalah:

1). Metode suhu badan basal tubuh

- ⊗ Dasarnya : peninggian suhu badan basal 0,2-0,5°C pada waktu masa subur.

Tehnik metode suhu badan basal:

- ⊗ Umumnya digunakan thermometer khusus dengan ukuran yang diperbesar (basal thermometer), meskipun thermometer

biasa dapat dipakai juga.

- ⊗ Waktu pengukuran harus pada saat yang sama setiap pagi dan setelah tidur nyenyak sedikitnya 3-5 jam serta masih dalam keadaan istirahat mutlak.
- ⊗ Pengukuran dilakukan secara ;
 - Mulut (3 menit)
 - Rektal atau Anus(1 menit), ini cara terbaik
 - Vaginal

2). Teknik metode kalender

- ⊗ Dasarnya : menentukan waktu ovulasi dari data haid yang dicatat selama 6-12 bulan terakhir.

Tehnik nya adalah :

- ⊗ Mengurangi 18 hari dari siklus haid terpendek, untuk menentukan awal dari masa suburnya
- ⊗ Mengurangi 11 hari dari siklus haid terpanjang, untuk menentukan akhir dari masa suburnya.

3). Teknik metode lendir serviks

- ⊗ Dasarnya : Perubahan siklus dari lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen.
- ⊗ Teknik metode lendir serviks : perhitungan dimulai pada hari pertama diketahui adanya lendir setelah haid dan berlanjut sampai dengan hari keempat setelah gejala puncak.

4). Teknik metode suhu gejala

- ⊗ Dasarnya: kombinasi antara bermacam metode KB alamiah untuk

menentukan masa subur.

Keunggulan cara KBA adalah :

- ⊖ Tidak menimbulkan efek samping pada tubuh
- ⊖ Penggunaan yang benar dapat meningkatkan kewaspadaan diri dan pengetahuan tentang fungsi reproduksi manusia
- ⊖ Dapat meningkatkan keterlibatan suami, kerjasama dan komunikasi, serta pembagian tanggung jawab antara pasangan suami istri dalam hal KB.

Kekurangan KBA adalah :

- ⊖ Masa yang diperlukan untuk menuntun pengguna sekitar 3 bulan
- ⊖ Sangat memerlukan tanggung jawab dan kerjasama pasangan suami istri
- ⊖ Pengguna harus terus menerus membuat catatan harian tanda kesuburan.
- ⊖ Pasutri mengalami tekanan emosi karena harus berpantang senggama selama 8-16 hari

- ⊖ **Secara umum tidak ada efek samping dari KBA**

b. Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode KB tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

Keuntungannya :

- ⊖ Efektif bila digunakan dengan benar, tidak ada efek samping

⊗ Dapat digunakan setiap waktu dan tidak membutuhkan biaya

Sedangkan Kekurangannya adalah :

⊗ Efektifitas tergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus.

⊗ efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis. Sanggama terputus dapat digunakan setiap waktu setelah persalinan.

⊗ Secara umum tidak ada efek samping dari Senggama terputus ini

2. Kontrasepsi secara mekanis

1). Kontrasepsi secara mekanis untuk pria

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual.

Keuntungan kondom:

- ⊗ Dapat memberi perlindungan terhadap penyakit kelamin dan penyakit kelamin lainnya.
- ⊗ Tidak ada kerugian pemakaian kondom hanya Efek samping kondom kadang-kadang ada alergi terhadap bahan untuk membuat karet.

2). Kontrasepsi secara mekanis untuk wanita

- ⊗ Kondom untuk perempuan juga berguna untuk menghalangi pertemuan antara sperma dengan sel telur, salah satu alat yang sering

digunakan adalah spermisida.

- ⊗ Spermisida adalah bahan kimia digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, suppositoria dan krim.

Keuntungan cara ini ialah:

- ⊗ Hampir tidak ada efek sampingan;
- ⊗ Dengan motivasi yang baik dan pemakaian yang betul, hasilnya cukup memuaskan
- ⊗ Dapat dipakai sebagai pengganti pil atau AKDR pada wanita-wanita yang tidak boleh mempergunakan pil atau AKDR oleh karena suatu sebab.

Kekurangan spermisida adalah :

- ⊗ Diperlukan motivasi yang cukup kuat;
- ⊗ Umumnya hanya cocok untuk wanita yang terpelajar;
- ⊗ Pemakaian yang tidak teratur dapat menimbulkan kegagalan. Umumnya diafragma vaginal tidak menimbulkan banyak efek sampingan.
- ⊗

Efek samping mungkin disebabkan oleh reaksi alergik terhadap obat-obat spermatasida yang digunakan, atau oleh karena terjadi perkembangbiakan bakteri yang berlebihan dalam vagina jika diafragma dibiarkan terlalu lama terpasang. Spermisida dan diafragma sebaiknya digunakan sampai 6 minggu setelah persalinan.

2. Kontrasepsi hormonal

a. Kontrasepsi Hormonal Oral.

Salah satu kontrasepsi oral yang sering digunakan adalah pil kombinasi yang terdiri dari 3 jenis yaitu :

- ⊗ Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif
- ⊗ Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif
- ⊗ Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Keuntungan pil kombinasi adalah :

- ⊗ Memiliki efektifitas yang tinggi bila digunakan setiap hari
- ⊗ Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- ⊗ Tidak mengganggu hubungan seksual
- ⊗ Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- ⊗ Membantu mencegah kehamilan diluar kandungan, kanker ovarium, kanker endometrium dan kista ovarium.

Kerugiannya pil kombinasi adalah :

- ⊗ Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari
- ⊗ Mual, terutama pada 3 bulan pertama
- ⊗ Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama
- ⊗ Pusing
- ⊗ Berat badan naik sedikit

- ⊖ Tidak boleh diberikan pada wanita yang menyusui.

Efek samping dari pemakaian pil kombinasi terdiri dari :

- ⊖ Efek samping ringan berupa penambahan berat badan, perdarahan diluar daur haid, mual, depresi, alopesia (kebotakan), kandidiasis (bakteri), tidak datang haid setelah pil, retensi cairan, dan keluhan-keluhan pencernaan.
- ⊖ Sedangkan efek samping berat adalah tromboemboli, yang mungkin terjadi karena peningkatan aktivitas faktor-faktor pembekuan, atau mungkin juga karena pengaruh vaskuler secara langsung.

PIL KB ‘mini’ (hanya mengandung progestin saja)

Bila pemakaian pil KB terpadu, atau memiliki masalah kesehatan yang menyebabkan harus menghindari pil KB terpadu, mungkin masih bisa meminum pil KB ‘mini’ atau pil progestin ini. Tapi khasiatnya jauh lebih kecil ketimbang pil terpadu.

Dalam masa menyusui, pil progestin akan manjur, seperti telah dibuktikan oleh banyak pemakainya. pil ini, tidak seperti pil yang mengandung estrogen, tidak mempengaruhi pengeluaran ASI.

Yang sebaiknya menghindari pil ini adalah perempuan yang harus menghindari segala jenis metoda KB hormonal, atau yang menjalani pengobatan untuk kekejangan. Khasiat pil progestin akan menurun bila diminum pada saat yang sama dengan pengobatan itu.

Efek-efek samping pil ‘mini’ :

⊖ Pendarahan tidak teratur atau bercak-bercak darah

Ini merupakan efek samping yang paling umum. Jika merasa amat terganggu, kembali ketempat pelayanan kesehatan untuk membantu menghentikan munculnya bercak-bercak.

⊖ haid tidak datang (amenorrhoe)

b. Kontrasepsi hormonal suntikan

Suntikan hormonal merupakan jenis kontrasepsi hormonal yang diberikan setiap 1 hingga 3 bulan sekali. Suntikan progestin, misalnya Depo Provera yang diberikan injeksi intramuscular (I.M) di daerah bokong biasanya dan dilakukan sebulan sekali yaitu jenis obat cyclofem.

Keuntungan metode ini ialah:

- ⊗ efektifitas tinggi
- ⊗ sederhana pemakaiannya
- ⊗ tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- ⊗ membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan diluar kandungan.
- ⊗ menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- ⊗ cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anak.

Kekurangan metode ini ialah:

- ⊗ sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur
- ⊗ dapat menimbulkan amenorrhoe
- ⊗ Perubahan berat badan merupakan efek samping tersering;
- ⊗ terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

Efek samping dari kontrasepsi suntikan adalah

- ⊗ menurunkan keinginan berhubungan suami isteri, gangguan emosi
- ⊗ jerawat
- ⊗ sakit kepala
- ⊗ Kontrasepsi ini sebaiknya digunakan sebelum 6 minggu

setelah persalinan, bagi klien yang menyusui jangan menggunakan kontrasepsi progestin, tetapi bagi ibu yang tidak menyusui dapat segera dimulai setelah persalinan.

c. **Implan Hormonal**

Implan progestin (*norplant system*) adalah suatu metode yang efektif sampai saat ini. Terdapat enam kapsul yang fleksibel sekitar 1,5 inc yang disisipkan kedalam subkutan dibagian lengan atas dengan anastesi lokal. Implant dipasang untuk jangka waktu 5 tahun efektif.

Efek samping adalah sakit kepala, peningkatan berat badan, jerawat, sakit kepala dan suasana hati berubah. Pelepasan implan akan sulit bila kapsul terlalu dalam ditanamkan. Pemasangan dan pelepasan harus dilakukan oleh petugas kesehatan yang ahli. Pada wanita menyusui harus menunggu sampai 6 minggu setelah persalinan.

4. **Alat kontrasepsi dalam rahim atau IUD**

- ⊗ IUD adalah benda kecil, biasanya plastik yang dimasukkan kedalam uterus. IUD berbentuk spiral atau bentuk yang lain seperti bentuk T dan lain-lain yang dibuat dari bahan plastik halus atau berlapis tembaga.
- ⊗ Satu atau beberapa benang yang ada didalamnya akan kelihatan sampai di vagina dimana fungsi dari benang ini dapat memperlihatkan apakah IUD masih pada posisi yang tepat atau tidak.

Keuntungan dari pemakaian IUD antara lain:

- ⊗ Efektivitas tinggi;
- ⊗ Metode jangka panjang (10 tahun perlindungan)
- ⊗ Sangat aman bagi pemakai yang selektif terhadap pemakaian alat kontrasepsi
- ⊗ Menjadi pertimbangan bagi wanita yang memiliki kesulitan dan mengingat atau harus meminum pil setiap hari
- ⊗ Tidak mempengaruhi hubungan seksual dan tidak mengganggu atau merusak jika ingin kembali kesuburan
- ⊗ Dapat digunakan selama laktasi

Sedangkan kerugian dari pemakaian IUD adalah :

- ⊗ Pemasangan alat membutuhkan kemampuan ahli
- ⊗ Dapat terjadi peningkatan pola perdarahan dan bercak-bercak darah, saat haid akan lebih sakit dan haid lebih lama dan banyak
- ⊗ Pemakai akan merasa nyeri saat pemasangan
- ⊗ Pemakai harus mengontrol posisi benang AKDR secara teratur dan keberadaan benang dapat dirasakan oleh pasangan.

Penggunaan AKDR dapat dipasang langsung setelah persalinan, sewaktu seksio sesarea(operasi pada saat melahirkan) atau 48 jam setelah persalinan. Jika tidak langsung dipasang maka dapat ditunda sampai 4-6 minggu setelah persalinan dan jika ada air susu ibu atau haid sudah dapat, pemasangan dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan.

5. Kontrasepsi Mantap Wanita Dan Pria

a. Tubektomi Pada Wanita

Keuntungan tubektomi ialah:

- ⊖ Motivasi hanya dilakukan satu kali saja, sehingga tidak diperlukan motivasi yang berulang-ulang
- ⊖ Efektifitas hampir 100%, tidak mempengaruhi keinginan berhubungan suami isteri.
- ⊖ Kegagalan dari pihak pasien tidak ada. Sehubungan dengan waktu melakukan metode dengan operasi, dapat dibedakan antar metode operasi setelah bersalin dan metode operasi dalam setelahnya. Tubektomi setelah melahirkan dilakukan 48 jam setelah persalinan dan jika tidak dilakukan segera, dapat ditunda sampai 6 minggu setelah persalinan

b. Vasektomi Pada Laki-Laki

Sudah dikenal oleh Negara-negara lain di dunia. Di Indonesia vasektomi tidak termasuk dalam program KB nasional. Vasektomi tidak memerlukan alat-alat yang banyak, dapat dilakukan secara poliklinis, dan umumnya dilakukan dengan menggunakan anastesi lokal.

Indikasi vasektomi pada dasarnya ialah untuk pasangan suami-isteri yang tidak menghendaki kehamilan lagi dan pihak suami setuju/ bersedia bahwa tindakan kontrsepsi dilakukan pada dirinya. Sebetulnya tidak ada kontraindikasi vasektomi, hanya apabila ada kelainan lokal atau umum yang dapat mengganggu sembuhnya luka operasi, kelainan itu harus disembuhkan dahulu.

Keuntungan vasektomi ialah:

- ⊖ tidak menimbulkan kelainan fisik maupun mental
- ⊖ tidak mengganggu libido seksualitas
- ⊖ dapat dikerjakan secara poliklinis. Vasektomi dapat dilakukan setiap saat sesuai dengan keinginan pasien

Penutup

Sikap positif suami sangat berpengaruh pada keberhasilan penggunaan kontrasepsi, dengan adanya partisipasi dan dukungan dari suami, istri akan lebih percaya diri dan merasa nyaman dalam memilih kontrasepsi yang diinginkan oleh keduanya.

Daftar Pustaka

- Gorrie. T. M., McKinney. E. S., & Murray. S. S. (1998). *Foundations of maternal-newborn nursing*. (2thEd). Philadelphia: W.B.Sauder Company.
- Hartanto, H. (2004). *Keluarga berencana dan kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Saifuddin, A. B. (2003). *Buku panduan praktis pelayanan kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, H. (2002). *Ilmu kebidanan*. (3thEd). Cetakan keenam. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- _____ (2007). *Ilmu kandungan*. (2thEd). Cetakan kelima. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Wonodirekso. S. (1991). *Keluarga berencana alami: pedoman penyelenggaraan pelayanan*. Bandung: ITB.

Youngkin, E. Q. & Davis, M. (1998). *Women's health: A primary care clinical guide* (2thEd). Stamford: Appleton & Lange.