



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGAMBILAN KEPUTUSAN PEMAKAIAN KONTRASEPSI
PADA IBU GRANDE MULTIPARA DI KAPUPATEN
TANGERANG: STUDI *GROUNDED THEORY***

Oleh

**DYAH JULIASTUTI
0606028760**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGAMBILAN KEPUTUSAN PEMAKAIAN KONTRASEPSI
PADA IBU GRANDE MULTIPARA DI KABUPATEN
TANGERANG: STUDI *GROUNDED THEORY***

Tesis

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Maternitas**

Oleh:

**DYAH JULIASTUTI
0606028760**

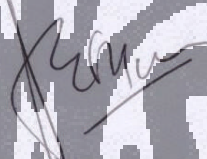
**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul '**Pengambilan Keputusan Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara di Kabupaten Tangerang: Studi *Grounded Theory***' ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan kekhususan Keperawatan Maternitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

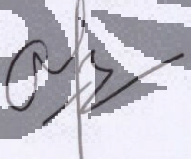
Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I,



(Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc., PhD)

Pembimbing II,



(Yati Afyanti, SKp, MN)

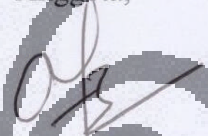
LEMBAR TIM PENGUJI TESIS

Jakarta, 18 Juli 2008

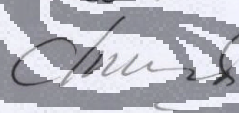
Ketua,


(Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD)

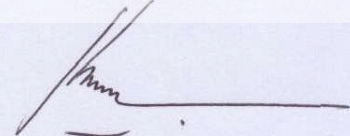
Anggota,


(Yati Afianti, SKp, MN)

Anggota,


(Candra Widjajanti, SKp, M.Kep, Sp.Mat)

Anggota,


(Henny Permatasari, SKp, M.Kep, Sp.Kom)

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kepada Allah SWT, atas bimbingan dan ridho- Nya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul "Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara di Kabupaten Tangerang: Studi *Grounded Theory*". Tesis ini disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan kekhususan Keperawatan Maternitas.

Dalam penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapatkan dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Peneliti menyampaikan rasa hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dra. Setyowati, S.Kp, M.App.Sc, PhD, selaku pembimbing I yang telah memberikan ide, bimbingan, dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
2. Yati Afiyanti, S.Kp, MN, selaku pembimbing II yang juga telah memberikan ide, bimbingan, dan arahan dalam penyusunan tesis ini
3. Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI.
5. Dra. Junaity Sahar, S.Kp, M.App.Sc, PhD, selaku koordinator mata ajar Riset Kualitatif yang telah memberikan pengarahan dalam penyusunan tesis ini.

6. Seluruh dosen pengajar Program Magister Keperawatan, Universitas Indonesia, khususnya keperawatan maternitas, dan seluruh staf akademik yang telah membantu selama proses belajar mengajar.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, yang telah memberikan izin bagi peneliti untuk melakukan penelitian ini di Puskesmas Ciputat.
8. Kepala Puskesmas Ciputat, yang telah memberikan izin bagi partisipan untuk mengumpulkan data pemakaian kontrasepsi dan mendapatkan data calon partisipan.
9. Semua partisipan penelitian dan kader kesehatan di Kabupaten Tangerang, serta tenaga kesehatan di Puskesmas Ciputat yang telah meluangkan waktunya dan berkontribusi dalam proses pengumpulan data.
10. Keluarga besarku tercinta, yang selalu memberikan dukungan, doa dan sayangnya yang luar biasa dan tiada putus.
11. Rekan-rekan mahasiswa Program Magister Keperawatan, yang telah memberikan motivasi dan dukungannya.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan atas amal baik mereka dan memberikan limpahan rahmat-Nya. Semoga tesis ini bermanfaat bagi semua pihak.

Jakarta, Juli 2007

Peneliti

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Dyah Juliastuti

Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara di Kabupaten Tangerang: Studi *Grounded Theory*

xii + 140 hal + 2 tabel + 9 skema+ 8 lampiran

Abstrak

Tingginya angka kematian ibu di Indonesia secara langsung diakibatkan oleh perdarahan, eklamsia dan infeksi. Kematian juga terjadi akibat empat 'terlalu' (terlalu banyak, terlalu tua, terlalu muda, terlalu dekat). Tujuan penelitian ini adalah dikembangkannya konsep tentang proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara. Penelitian kualitatif ini dilakukan dengan menggunakan metode *grounded theory* dengan pendekatan feminis. Delapan orang partisipan direkrut secara *theoretical sampling* di Kabupaten Tangerang, Banten. Data yang dikumpulkan dilakukan *content-analysis* sampai tercapai saturasi. Penelitian ini mengidentifikasi konsep yang menggambarkan proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara, yaitu "kemauan tidak hamil/ melahirkan lagi mengharuskan ibu grande multipara memilih dan memakai kontrasepsi yang tepat". Lima tema utama yang mendukung konsep tersebut adalah "kemauan untuk tidak hamil dan melahirkan lagi", "cara memilih kontrasepsi yang paling tepat", "faktor internal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi", "faktor eksternal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi", "pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi" dan "dampak pemakaian/ penghentian pemakaian kontrasepsi". Oleh karena itu diharapkan perawat dapat menyediakan waktu untuk melakukan pengkajian komprehensif tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara, meningkatkan pengetahuan tentang kontrasepsi dan ketrampilan negosiasi ibu grande multipara, dan memberikan konseling KB bagi ibu grande multipara dan suaminya secara adekuat.

Kata kunci: Pengambilan keputusan, kontrasepsi, ibu grande multipara
Daftar Pustaka, 87 (1990-2008)

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, Juli 2008

Dyah Juliastuti

Contraceptive Decision Making of Grand Multiparous Women in Kabupaten Tangerang:
Grounded Theory Study

xii + 140 pages + 2 tables + 9 schemas+ 8 appendixes

Abstract

The high maternal mortality rate in Indonesia is caused directly by hemorrhage, eclampsia and infection. Maternal mortalities also happen because of four 'too' (too much, too old, too young, too close). The aim of this research is to develop a concept about contraceptive decision making of grand multiparous women. This qualitative grounded study was conducted using a grounded theory method with feminism approach. Eight participants were recruited by theoretical sampling in Kabupaten Tangerang. The collected data were analyzed by content until saturated. This study identified a concept that describes the process of grand multiparous women contraceptive decision making, which is "the desire not to pregnant or giving birth again obligates grand multiparous women to choose and utilize the appropriate contraceptive". Five main themes that support the concept are "the desire not to pregnant and giving birth anymore", "the way to choose the most appropriate contraceptives", "internal factors affecting contraceptive decision making", "external factors affecting contraceptive decision making", "contraceptive decision making" and "affects of contraceptive utilization/ discontinuation". It is recommended that the nurse should spend more time for assessing factors affecting contraceptive decision making of grand multiparous women comprehensively, increasing the contraceptive knowledge and negotiating skill of grand multiparous women, and providing contraceptive counseling for grand multiparous women and their husband adequately.

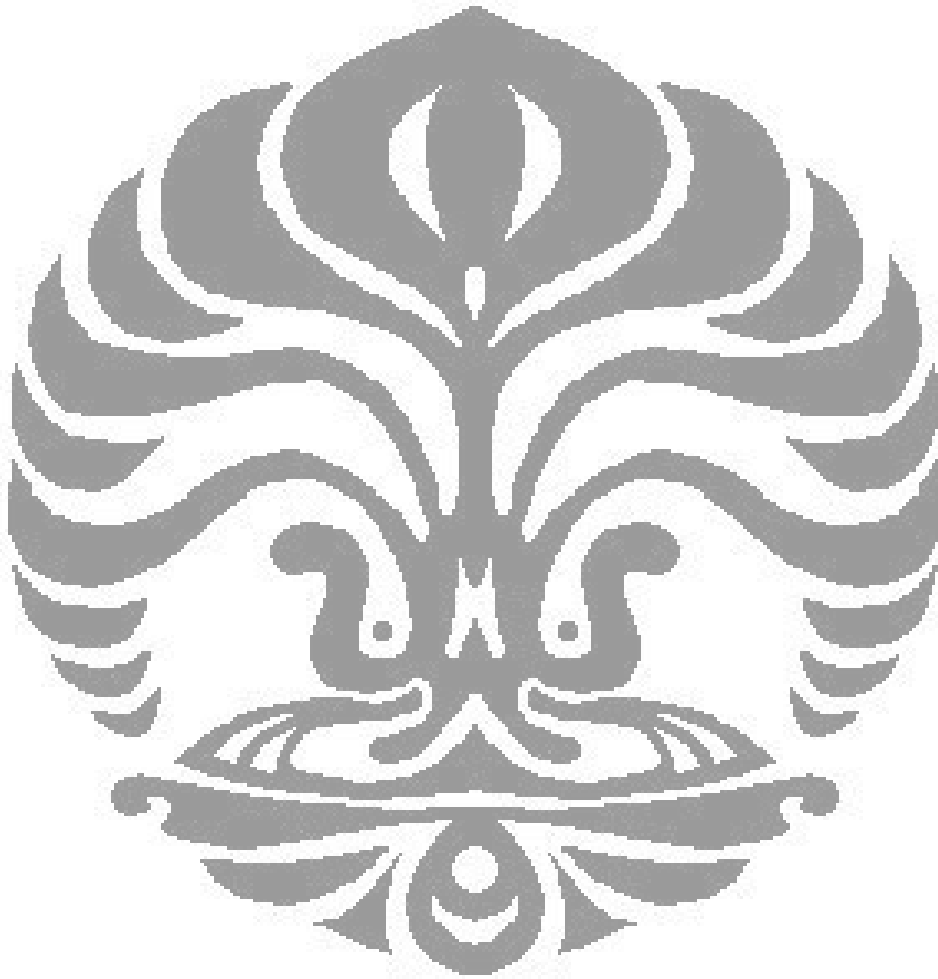
Key words: Decision making, contraceptive, grand multiparous women
References, 87 (1990-2008)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan	13
D. Manfaat Penelitian	15
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Kontrasepsi	17
B. Konsep Pengambilan Keputusan	25
C. Pengambilan Keputusan dalam Kesehatan Reproduksi	29
D. Kerangka Teoritis Penelitian	39
BAB III : METODOLOGI PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	41
B. Partisipan	43
C. Waktu dan Tempat Penelitian	45
D. Etika Penelitian	46
E. Prosedur Pengumpulan Data	48
F. Alat Pengumpulan Data	51
G. Rencana Analisis Data	53
H. Validasi Data	56
BAB IV : HASIL PENELITIAN	
A. Karakteristik Penelitian	58
B. Hasil Penelitian	62
C. Hasil <i>Grounded Theory</i> Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara	110
BAB V : PEMBAHASAN	
A. Interpretasi Hasil Penelitian	113
B. Keterbatasan Penelitian	125
C. Implikasi Keperawatan	126
BAB VI : SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	130
B. Saran	132
Daftar Pustaka	135
Lampiran-lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Karakteristik Beberapa Metode Kontrasepsi	19
Tabel 2. Alokasi Waktu Penelitian	46

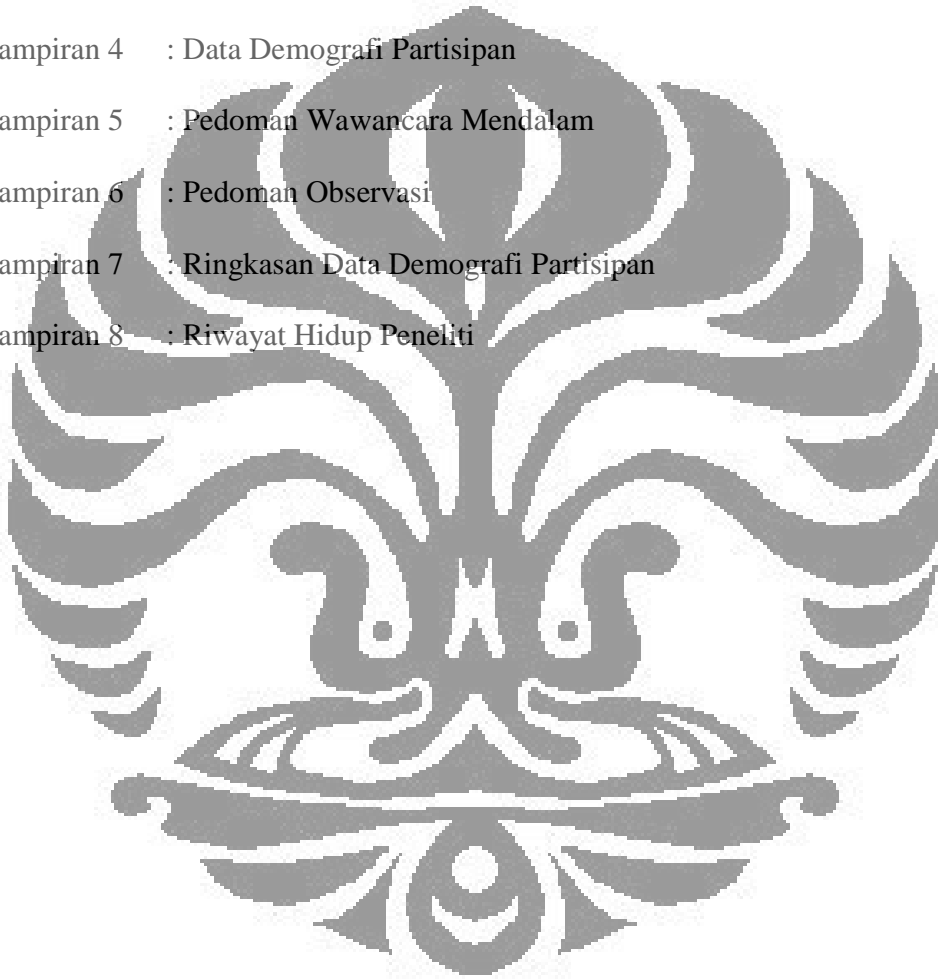


DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Teoritis Pengambilan Keputusan Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara	40
Skema 3.1. Proses Pengembangan <i>Grounded Theory</i>	56
Skema 4.1. Analisis tema “Kemauan untuk Tidak Hamil dan Melahirkan Lagi”	64
Skema 4.2. Analisis tema “Cara Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi”	71
Skema 4.3. Analisis tema “Faktor Internal yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi”	79
Skema 4.4. Analisis tema “Faktor Eksternal yang mempengaruhi pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi”	89
Skema 4.5. Analisis Tema ”Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi”	100
Skema 4.6. Dampak Pemakaian/ Penghentian Pemakaian Kontrasepsi	106
Skema 4.7. Hasil Penelitian <i>Grounded Theory</i> ” Proses Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara” ..	110

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Perizinan Penelitian
- Lampiran 2 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan
- Lampiran 4 : Data Demografi Partisipan
- Lampiran 5 : Pedoman Wawancara Mendalam
- Lampiran 6 : Pedoman Observasi
- Lampiran 7 : Ringkasan Data Demografi Partisipan
- Lampiran 8 : Riwayat Hidup Peneliti



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan kesehatan di suatu negara. AKI di Indonesia relatif tinggi dibandingkan dengan negara lain di ASEAN yaitu sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI & WHO, 2003; Depkes RI, 2006); artinya lebih dari 18.000 ibu tiap tahun atau dua ibu tiap jam meninggal oleh sebab yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas.

Perempuan usia reproduksi di Indonesia menghadapi ancaman kematian disebabkan oleh berbagai faktor terkait kehamilan dan persalinan. Survei Kesehatan Rumah tangga (2001) menunjukkan bahwa penyebab langsung kematian ibu tertinggi terdiri dari perdarahan (28%), eklamsia (24%), dan infeksi (11%), sedangkan penyebab tidak langsung antara lain kurang energi kronis (37%) dan anemia dengan Hb kurang dari 11gr% (40%). Menurut SDKI 2003/4 komplikasi yang terjadi pada persalinan meliputi partus lama (30,5%), perdarahan (7,2%), demam (4,5%), kejang (1,4%), lainnya (3,1%) (Depkes RI & WHO, 2003; Depkes RI, 2004).

Kematian ibu juga dinyatakan terjadi karena tiga 'terlambat' dan empat 'terlalu', yaitu terlambat memutuskan untuk mencari pertolongan medis, terlambat membawa ke fasilitas kesehatan, dan terlambat ditangani, serta terlalu muda menikah, terlalu sering hamil, terlalu banyak melahirkan, dan terlalu tua untuk hamil. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002/2003 terdapat 9,4% persalinan yang 'terlalu banyak' dalam lima tahun terakhir. Angka ini merupakan angka tertinggi dari empat 'terlalu' (Depkes RI & WHO, 2003). Selain itu, kurangnya cakupan dan kualitas pelayanan obstetrik emergensi turut meningkatkan resiko kematian pada ibu dan bayinya (GOI-UNICEF, 2001).

Di Indonesia, kesehatan dan kesejahteraan ibu pada usia reproduksi (termasuk ibu dengan paritas tinggi) sangat dipengaruhi oleh aspek sosial, budaya, dan agama, dimana terdapat kecenderungan bahwa suami dan keluarga kurang mengetahui dan kurang tanggap terhadap kondisi kesehatan ibu sebelum dan sesudah kehamilan, serta menganggap kejadian komplikasi yang terjadi pada masa itu sebagai kejadian normal. Di sisi lain, pelayanan kesehatan kurang terjangkau oleh masyarakat kurang mampu. Pemimpin agama cenderung mengajarkan masyarakat untuk mempunyai banyak anak dan masih banyak anggota masyarakat yang beranggapan bahwa banyak anak banyak rejeki (Depkes RI, 2001; Iskandar & Hull, 1996; Supratikno, Wirth, Achadi, et al, 2002; Nachbar, Baume & Parekh, 1998; Nurbianti, 2007, ¶4, <http://www.kompas.com/ver1/Kesehatan/0607/02/092510.htm> diperoleh tanggal 28 November 2007).

Kejadian kematian dan morbiditas pada perempuan Indonesia dapat lebih menurun jika program keluarga berencana (KB) dengan menggunakan metode kontrasepsi modern dapat efektif memenuhi kebutuhan perempuan usia reproduksi dalam mengontrol kesehatan reproduksinya. Tanpa mengesampingkan pentingnya pelayanan kesehatan yang aman bagi ibu hamil dan bersalin, pelayanan kontrasepsi turut memberikan andil dalam menurunkan AKI dengan menurunkan kejadian kehamilan dan persalinan yang tidak diinginkan atau yang beresiko tinggi, serta memungkinkan terjadinya penurunan angka aborsi. Hal ini akan sejalan dengan paradigma baru kesehatan reproduksi yang dicetuskan dalam Konferensi Internasional Populasi dan Pembangunan (ICPD), di Kairo pada tahun 1994 (Alcalá, 1994; Depkes RI & WHO, 2003; Catino, 1999).

Pelaksanaan program KB cukup berhasil dilaksanakan di Indonesia yang ditunjukkan dengan adanya penurunan yang signifikan pada angka kesuburan wanita (*Total Fertility Rate/ TFR*) dari 5,6 pada tahun 1968 menjadi 2,3 kelahiran per wanita pada tahun 2003; hal ini menunjukkan bahwa saat ini rata-rata perempuan Indonesia memiliki 2 sampai 3 anak selama hidupnya. Keberhasilan program KB juga ditunjukkan dengan adanya peningkatan angka peserta KB aktif atau *contraceptive prevalence rate (CPR)* secara nasional dari 52% pada tahun 1994 menjadi 64,24% pada tahun 2004 (Depkes RI & WHO, 2003; Depkes RI, 2006). Mini Survei Pemantauan Peserta KB Aktif tahun 2005 di 31 propinsi di Indonesia menyatakan bahwa prevalensi peserta KB di Indonesia adalah 66,2% dengan pemakaian metode kontrasepsi suntikan (34%), pil (17%), IUD (7%), implant/ susuk KB (4%), MOW (2,6%), MOP (0,3%) dan kondom (0,6%) (Iswarati, 2006).

Di lain sisi, tidak dapat dipungkiri bahwa masih banyak terjadi kasus penghentian atau kegagalan kontrasepsi atau kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi yang mengakibatkan terjadinya kehamilan tak diinginkan atau tidak direncanakan dan aborsi pada perempuan yang telah menikah. SDKI 2002/3 menunjukkan bahwa 7% kehamilan di Indonesia merupakan kehamilan yang tidak diinginkan, 8,6% perempuan tidak terpenuhi kebutuhan kontrasepsinya, dan tingkat penghentian pemakaian kontrasepsi setelah 12 bulan berselang mencapai 20,7%, serta 14,4% perempuan menyatakan alasan tidak memakai kontrasepsi adalah karena adanya efek samping. Penelitian di Bali menunjukkan bahwa 71% perempuan yang melakukan aborsi telah menikah (Depkes RI & WHO, 2003). Alasan perempuan menikah melakukan aborsi antara lain kegagalan kontrasepsi, masalah kesehatan dan kemiskinan (Anshor, 2001, ¶5, <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/ma42aborsi.html> diperoleh tanggal 28 Januari 2008).

Pemakaian kontrasepsi sering kali kurang dapat dipertahankan keberlanjutannya (terjadi penghentian pemakaian) disebabkan adanya ketidakadekuatan konseling KB oleh tenaga kesehatan, kurangnya informasi, keterbatasan pilihan akan metode KB yang ditawarkan, kegagalan metode KB, masalah kesehatan, keterbatasan dana dan akses untuk mendapatkan metode KB yang tepat, hambatan pasangan/ suami, keluarga dan komunitas, serta rendahnya persepsi ibu terhadap risiko kehamilan (Cline, 2005; Depkes RI & WHO, 2003; Irwanto, Poerwandari & Hardee, 1998; Iswarati, 2006; Matheny, 2004).

Kesuksesan pelaksanaan program KB akan lebih baik lagi jika perempuan usia reproduksi mampu melakukan pengambilan keputusan yang tepat terkait

pengontrolan reproduksinya. Pada umumnya proses pengambilan keputusan kontrasepsi pada perempuan usia reproduksi didasari oleh adanya upaya menemukan yang paling cocok atau tepat bagi dirinya. Dasar pemilihan kontrasepsi adalah pengetahuan, pengalaman, dan evaluasi terhadap apa yang paling sesuai dengan konteks situasi kehidupan mereka saat ini (Noone, 2004). Proses pengambilan keputusan kontrasepsi juga dipengaruhi oleh tujuan personal, nilai-nilai keluarga, sistem dukungan, dan keefektifan pengontrolan kehamilan (Chung-Park, 2007).

Di Indonesia, pengambilan keputusan dalam pemilihan kontrasepsi pada perempuan usia reproduksi dipengaruhi faktor sosial, ekonomi, budaya dan program pemerintah. Studi kualitatif oleh Irwanto, et al. (1998) di area rural dan urban Sumatra Selatan dan Lampung menunjukkan bahwa masalah ekonomi sangat mempengaruhi partisipan untuk mengatur reproduksinya. Nilai-nilai budaya masyarakat, agama dan persepsi tentang bias gender mempengaruhi keputusan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam program KB. Perempuan umumnya tidak membuat keputusan reproduksi secara mandiri. Herartri (2004) menemukan bahwa keputusan pasangan suami istri untuk mengontrol fertilitas terfasilitasi dengan adanya akses perempuan mendapatkan informasi dan pelayanan kontrasepsi yang disediakan oleh program keluarga berencana pemerintah.

Dilema antara upaya pemenuhan hak-hak individu reproduksi perempuan dan kebutuhan untuk membiarkan pasangan atau keluarga memutuskan waktu, jarak, dan jumlah anak terjadi di Indonesia. Studi fenomenologi oleh Herartri (2004) di Jawa Barat menunjukkan bahwa walaupun pria merupakan kepala keluarga, perempuan

merupakan pembuat keputusan utama terkait masalah reproduksi termasuk metode keluarga berencana dan jumlah anak. Sementara itu, menurut Sriudiyani (2003), yang melakukan penelitian kualitatif di Provinsi Jawa timur, NTB, dan Bengkulu, peran perempuan masih terbatas pada pengambilan keputusan didalam keluarga atau urusan domestik keluarga, sedangkan suami masih sebagai pengambilan keputusan yang dominan.

Perawat turut membantu kliennya dalam membuat keputusan dengan melihat prioritas kebutuhan klien berdasarkan pemikiran yang kritis dan memberikan klien informasi atau sumber-sumber yang membantunya dalam mengambil keputusan (Reeder, Martin & Koniak-Griffin, 1997). Pemberi pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk perawat maternitas dan komunitas perlu memahami bagaimana proses pengambilan keputusan tersebut terjadi sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan perempuan usia reproduksi.

Tidak terpenuhinya kebutuhan kontrasepsi, penghentian penggunaan kontrasepsi, kegagalan kontrasepsi, serta kurang tersedianya pelayanan kesehatan aborsi legal bagi kehamilan yang tidak diinginkan mengakibatkan masih banyaknya kejadian kehamilan/ persalinan terlalu 'banyak' atau kehamilan paritas tinggi atau diistilahkan dengan grande multipara. Grande multipara didefinisikan sebagai paritas/ riwayat kehamilan dengan lima atau lebih kelahiran bayi sebelumnya pada usia gestasi 20 minggu atau lebih, dan disebut sebagai salah satu faktor risiko yang secara tidak langsung mengakibatkan terjadinya berbagai komplikasi kehamilan dan persalinan (Bugg, Atwal & Maresh, 2002; Humprey, 2003; Mosby, 2006; Roman, et al, 2004).

Walaupun belum ditemukan sumber data yang secara spesifik menyebutkan tentang jumlah ibu grande multipara di Indonesia, secara tidak langsung kelompok ini disebutkan dalam survei berikut. SDKI tahun 1997 menunjukkan bahwa diantara perempuan usia reproduksi, sekitar 22% melaporkan telah memiliki empat orang anak atau lebih, dan menurut SDKI tahun 2002/3, sebanyak 6,7% perempuan menikah saat itu telah melahirkan lebih dari tiga kali (Depkes RI & WHO, 2003). Menurut informasi yang dihimpun oleh Kompas di beberapa provinsi, kecenderungan masyarakat ekonomi rendah memiliki lebih dari enam anak kini makin kuat. Bahkan sejumlah keluarga korban gempa bumi di DI Yogyakarta dan korban banjir di Sulawesi Selatan mempunyai 12 anak (Nurbianti, 2007, ¶16, <http://www.kompas.com/ver1/Kesehatan/0607/02/092510.htm> diperoleh tanggal 28 Nopember 2007).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan paritas tinggi memiliki risiko mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan yang lebih tinggi dibandingkan ibu dengan paritas rendah. Adapun masalah-masalah yang sering terjadi pada ibu grande multipara dan dapat mengakibatkan terjadinya kematian ibu dan bayinya, meliputi: anemia, hipertensi pada kehamilan, plasenta previa, solusio plasenta, diabetes mellitus, malpresentasi janin, memanjangnya fase aktif dan hambatan dilatasi serviks pada kala I persalinan, IUFD, makrosomia, kelainan kongenital, dll. Masalah-masalah ini dapat memicu terjadinya persalinan dengan induksi dan instrumentasi, seksio saeraria, dan perdarahan post partum pada ibu grande multipara. Beberapa faktor terkait paritas tinggi yang mengakibatkan terjadinya komplikasi tersebut adalah makin memburuknya kondisi organ reproduksi ibu, rendahnya angka

kunjungan ANC, dan kondisi ekonomi dan akses mendapatkan pelayanan kesehatan yang kurang baik (Abu Heija, al-Chalabi & el-Iloubani, 1998; Aliyu et al., 2005; Babinszki et al., 1999; Eidelman et al., 1998; Haniff et al., 2007; Jacqueumyn et al., 2006; Lyrenäs, 2002; Maymon et al., 1998; Roman et al., 2004; Simonsen et al., 2005; Wiknyosastro, Saifuddin & Rakhimhadhi, 1999).

Kasus komplikasi kehamilan dan persalinan pada ibu grande multipara masih banyak ditemukan di negara berkembang, termasuk Indonesia dan menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya kematian dan morbiditas ibu. Hasil penelitian di beberapa daerah di Indonesia menunjukkan bahwa bertambahnya paritas meningkatkan prevalensi anemia, plasenta previa dan solusio plasenta secara bermakna (Herlina & Djamilus, 2005; Wardana & Karkata, 2007; Wiknyosastro, Saifuddin & Rakhimhadhi, 1999). Sementara itu, penelitian oleh Rukmini dan Wiludjeng (2007) di lima rumah sakit umum daerah di Indonesia menunjukkan bahwa pada kasus kematian maternal setengahnya memiliki anak lebih dari tiga, dan kejadian eklampsia dan perdarahan (sebagai penyebab utama kematian) meningkat dengan bertambahnya paritas ibu.

Studi pendahuluan (yang dilakukan pada saat peneliti melakukan praktek Aplikasi Keperawatan Maternitas Lanjut pada bulan Oktober sampai dengan bulan Nopember 2007 di RSUP Fatmawati, Jakarta Selatan -salah satu Rumah Sakit Umum yang menjadi tempat rujukan bagi warga di Kabupaten Tangerang) menunjukkan bahwa satu atau dua ibu grande multipara melahirkan dan dirawat per minggu. Beberapa ibu grande multipara yang dirawat di rumah sakit tersebut menyatakan bahwa mereka pernah memakai satu sampai dua jenis metode kontrasepsi, memiliki

masalah dengan metode kontrasepsi, kurang mengerti tentang bahaya dan komplikasi kehamilan dan persalinan, dan memiliki keterbatasan biaya untuk hidup sehari-hari (Emardiah, Komunikasi Personal, Oktober-Nopember 2007).

Data kesehatan reproduksi di Provinsi Banten menunjukkan bahwa Angka Kematian Ibu di Provinsi Banten pada tahun 2002 sebesar 350 per 100.000 kelahiran hidup, menurun menjadi sebesar 310 per 100.000 pada tahun 2004. Penyebab utama kematian ibu masih didominasi oleh pendarahan yang terkait erat dengan kualitas pelayanan persalinan dan kondisi kesehatan ibu hamil (Provinsi Banten, 2007, <http://www.banten.go.id/index.php?link=dtl&id=726> diperoleh tanggal 11 Februari 2008). Survei tentang kematian ibu di Kabupaten Serang dan Pandeglang, Banten, yang dilakukan oleh Impact & PUSKA-FKM UI (2006) menunjukkan bahwa rata-rata angka kematian ibu di dua kabupaten tersebut adalah 429 per 100.000 kelahiran dimana kematian yang terjadi pada ibu paritas tinggi (>3) adalah 39,4% di tahun 2004 dan 30,6% di tahun 2005.

TFR Provinsi Banten adalah 2,6 per wanita usia subur; berarti angka ini sama dengan TFR secara nasional. Hal ini menunjukkan bahwa program KB di Provinsi Banten memberi kontribusi yang positif dalam rangka menahan laju pertumbuhan penduduk. Jumlah pencapaian peserta baru s/d bulan Juli adalah sebesar 55,79 % dan Peserta Aktif adalah 86,84 %. Pencapaian tersebut bukanlah angka yang kecil karena dengan kondisi masyarakat Banten yang masih sulit untuk menerima program KB secara utuh (BKKBN Provinsi Banten, 2007, http://www.bkkbn.go.id/banten/news_detail.php?nid=4, diperoleh pada 17 Januari 2008). Sementara itu, data yang

terkait dengan jumlah perempuan usia reproduksi berdasarkan paritas belum ditemukan.

Kabupaten Tangerang merupakan daerah dengan jumlah penduduk tertinggi di Provinsi Banten dan pemakaian metode kontrasepsi untuk pengontrolan kehamilan di daerah ini sudah cukup baik. Survei kinerja kesehatan daerah berdasarkan indikator Kabupaten Tangerang Sehat tahun 2006 menunjukkan bahwa hampir sebagian besar perempuan usia reproduksi menggunakan salah satu alat/ cara kontrasepsi. Kebanyakan responden memilih untuk menggunakan alat/cara suntik (70%), dan pola ini hampir sama untuk setiap kecamatan (PKBIK UI, 2006, http://www.pkbik.ui.ac.id/print.php?type=N&item_id=8, diperoleh tanggal 17 Januari 2008).

Studi pendahuluan yang telah dilakukan dengan melakukan komunikasi personal terhadap seorang ibu dengan paritas delapan di Kecamatan Ciputat, Kabupaten Tangerang, didapatkan pernyataan bahwa ibu pernah memakai kontrasepsi pil, tetapi mengalami perdarahan. Walaupun ibu sering mengalami sakit kepala dan memiliki varises, saat ini ibu memakai kontrasepsi suntik karena ibu tidak ingin hamil lagi dan takut untuk memakai spiral (IUD). Pengambilan keputusan untuk menggunakan metode kontrasepsi dibuat ibu bersama-sama dengan suaminya. Ibu mendapatkan pelayanan kontrasepsi secara gratis dari Layanan Kesehatan Cuma-Cuma (LKC). Sedangkan komunikasi personal dengan seorang ibu dengan paritas empat menunjukkan bahwa suaminya menggunakan metode kontrasepsi (kondom) karena ibu menjadi gemuk dan sering sakit kepala saat menggunakan kontrasepsi hormonal

(pil atau suntik), serta ibu merasa takut untuk menggunakan IUD (Yani, Komunikasi Personal, 21 Maret 2008).

Berbagai penelitian dalam dan luar negeri telah dilakukan terkait dengan pemasalahan kontrasepsi, termasuk penelitian tentang pengambilan keputusan dalam pemilihan kontrasepsi, namun kerangka teori komprehensif terkait pola-pola atau proses pengambilan keputusan kontrasepsi pada ibu paritas tinggi/ grande multipara belum pernah dikembangkan. Marquis dan Huston (1998) menyatakan bahwa setiap individu memiliki nilai-nilai, pengalaman hidup, pilihan, dan keinginan/ keberanian mengambil risiko yang berbeda-beda yang mempengaruhinya dalam proses pengambilan keputusan. Dalam suatu studi retrospektif terhadap 800 perempuan dari berbagai suku yang ingin memakai alat kontrasepsi, Matteson dan Hawkins (1997) menyimpulkan bahwa pemilihan kontrasepsi adalah sesuatu yang individual, multifaktorial, dan merupakan proses yang kompleks.

Penggunaan pendekatan *grounded theory*, untuk mengembangkan kerangka proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu post partum grande multipara ditujukan untuk membentuk kerangka kerja dan dasar pengetahuan keperawatan maternitas yang komprehensif terkait area ini. Metode penelitian kualitatif *grounded theory* digunakan pada penelitian ini untuk mengeksplorasi proses yang terjadi pada saat ibu grande multipara melakukan interaksi sosial dalam melakukan pengambilan keputusan sesuai perspektif mereka. Menurut Speziale dan Carpenter (2003) tujuan penelitian *grounded theory* adalah untuk menemukan penjelasan teoritis lengkap mengenai fenomena tertentu. Penelitian *grounded theory* ini menggunakan pendekatan feminis dimana partisipan perempuan diposisikan

sebagai pusat penelitian dan pengalaman perempuan menjadi sumber utama pengetahuan dalam penelitian ini.

B. Rumusan Masalah

Tingginya angka kematian ibu di Indonesia secara langsung diakibatkan oleh perdarahan, eklamsia dan infeksi, dan secara tidak langsung oleh Kurang Energi Kronik (KEK) dan anemia. Kematian juga terjadi akibat komplikasi persalinan, tiga 'terlambat', empat 'terlalu' (termasuk terlalu banyak), kurangnya cakupan pelayanan obstetrik dan pengaruh faktor sosial, budaya dan agama (Depkes RI, 2004; Depkes RI & WHO, 2003). Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan AKI adalah dengan menurunkan kejadian kehamilan dan persalinan yang tidak diinginkan atau yang beresiko tinggi (termasuk paritas tinggi), serta menurunkan angka aborsi melalui penggalakan program keluarga berencana.

Pelaksanaan program keluarga berencana di Indonesia menghadapi berbagai kendala, termasuk ketidakadegan konseling, keterbatasan informasi yang diterima (calon) akseptor KB, masalah kesehatan, dana, akses ke pelayanan KB dan hambatan suami/ keluarga dan masyarakat (Cline, 2005; Depkes RI & WHO, 2003; Irwanto, Poerwandari & Hardee, 1998; Iswarati, 2006; Matheny, 2004). Hal ini mempengaruhi perempuan usia reproduksi dalam mengambil keputusan untuk memilih dan memakai metode kontrasepsi tertentu. Selain itu, nilai-nilai budaya masyarakat, agama, dan persepsi tentang bias gender turut mendorong atau menghambat perempuan untuk berpartisipasi dalam program KB (Herartri, 2004; Irwanto et al., 1998)

Eksplorasi terhadap pengalaman ibu grande multipara dalam mengambil keputusan kontrasepsi akan dilakukan untuk mengembangkan intervensi-intervensi yang dapat digunakan dalam mencegah terjadinya penghentian, kegagalan dan kemauan tidak pemakaian kontrasepsi. Eksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi akan membentuk hipotesa tentang jenis intervensi pelayanan kesehatan yang tepat bagi perempuan usia reproduksi, khususnya pada ibu grande multipara. Jika intervensi-intervensi tersebut berhasil dikembangkan maka diharapkan dapat memberikan dampak yang signifikan dalam menurunkan angka kematian ibu, dengan menurunkan angka kesuburan wanita (TFR), angka kehamilan yang tidak diinginkan, angka aborsi, angka komplikasi kehamilan dan persalinan, serta dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Berdasarkan pertimbangan diatas, suatu penelitian kualitatif dengan metode *grounded theory* perlu dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian tentang: (1) bagaimana proses pengambilan keputusan tentang pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara, (2) faktor-faktor apa yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara, dan (3) konsekuensi-konsekuensi apa yang dihadapi ibu grande multipara dalam membuat keputusan kontrasepsi.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Dikembangkannya konsep tentang pola-pola atau proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara di Kabupaten Tangerang dalam mengontrol reproduksinya.

2. Tujuan Khusus

- a. Diperoleh gambaran tentang pengetahuan ibu grande multipara terkait kesehatan reproduksi, khususnya metode kontrasepsi.
- b. Diidentifikasinya gambaran tentang pengaruh pengalaman melahirkan dan merawat anak terhadap keputusan ibu grande multipara dalam memilih, menggunakan atau tidak menggunakan, dan mengganti metode kontrasepsi tertentu.
- c. Diidentifikasinya faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan ibu grande multipara dalam memilih, menggunakan atau tidak menggunakan, dan mengganti metode kontrasepsi tertentu.
- d. Diidentifikasinya keputusan-keputusan kontrasepsi yang pernah dibuat ibu grande multipara.
- e. Diidentifikasinya tindakan yang dilakukan oleh ibu grande multipara jika keputusannya untuk menggunakan tertentu tidak sesuai dengan keinginan orang lain.
- f. Diidentifikasinya gambaran tentang dampak pemakaian kontrasepsi tertentu terhadap kesejahteraan ibu grande multipara.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi partisipan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kesempatan pada ibu grande multipara untuk mengekspresikan perasaan dan pikirannya terkait pengalaman dalam mengambil keputusan tentang pengontrolan kehamilan dengan menggunakan metode kontrasepsi. Partisipan akan mendapat kesempatan untuk berbicara, didengar dan mengekspresikan dirinya tanpa paksaan. Penelitian ini akan memberikan kesempatan pada partisipan untuk menceritakan pengalaman dan pandangan budayanya terkait pembuatan keputusan dalam memilih atau tidak memilih metode kontrasepsi. Dengan mengkomunikasikan dan merefleksikan pengalaman mereka, partisipan mungkin dapat memiliki pemahaman baru, memahami ketidaksesuaian dalam hidupnya, dan termotivasi untuk merubah hidupnya.

2. Bagi tenaga kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi masukan bagi perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam memahami proses pengambilan keputusan dalam pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan kontrasepsi. Diharapkan perawat dan tenaga kesehatan lainnya dapat memberikan pelayanan kesehatan yang tepat pada ibu paritas tinggi dan meningkatkan kualitas hidup mereka sesuai dengan konteks sosial budaya dan kebutuhannya.

3. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan pendidikan keperawatan

Penggunaan *grounded theory* dengan pendekatan feminis sebagai metodologi penelitian memperkaya penelitian keperawatan, dimana penelitian ini membantu meningkatkan pemahaman dan pemberdayaan perempuan dalam prosesnya. Selain itu penelitian diharapkan dapat berguna dalam membuat acuan pengembangan kurikulum pendidikan keperawatan dalam membekali peserta didik tentang asuhan keperawatan pada perempuan paritas tinggi/ grande multipara.

4. Bagi penelitian selanjutnya

Studi ini dapat dijadikan sumber untuk melakukan penelitian lanjutan terutama tentang pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi dan kesehatan reproduksi pada perempuan, dan menjadi sumber inspirasi dalam melaksanakan penelitian kualitatif, khususnya penelitian *grounded theory*.

5. Bagi pembaca

Menambah wawasan pembaca tentang proses pengambilan keputusan dalam pemakaian kontrasepsi pada ibu yang memiliki banyak anak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan tentang tinjauan pustaka yang meliputi konsep kontrasepsi, konsep pengambilan keputusan, pengambilan keputusan reproduksi, dan kerangka teoritis penelitian

A. Konsep Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti 'mencegah' atau 'melawan' dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/ mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. Ada dua pembagian metode kontrasepsi, yaitu metode kontrasepsi sederhana/ tradisional dan metode kontrasepsi modern/ metode efektif (Hartanto, 2004; Mosby, 2006; Maryani, 2002, ¶6. <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/032002/pus-1.htm> diperoleh tanggal 25 Februari 2008).

Metode kontrasepsi sederhana/ tradisional terdiri atas kontrasepsi tanpa alat dan kontrasepsi dengan alat/ obat. Kontrasepsi sederhana tanpa alat dapat dilakukan dengan senggama terputus (*withdrawal*), pantang berkala, dan laktasi. Sedangkan

kontrasepsi dengan alat/ obat dapat dilakukan dengan menggunakan kondom, diafragma, *cervical cap*, krim, jelly, atau *vaginal tablet* (Hartanto, 2004; Maryani, 2002, ¶7, <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/032002/pus-1.htm> diperoleh tanggal 25 Februari 2008).

Metode kontrasepsi modern/ metode efektif dibedakan atas kontrasepsi tidak permanen dan kontrasepsi permanen. Kontrasepsi tidak permanen dapat dilakukan dengan pil, AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim: IUD, IUS), suntikan, dan norplant/ susuk. Sedangkan cara kontrasepsi permanen (sterilisasi) dapat dilakukan dengan metode mantap, yaitu dengan tubektomi sebagai Metode Operasi Wanita/ MOW dan vasektomi sebagai Metode Operasi Pria/ MOP (Hartanto, 2004; Maryani, 2002, ¶8, <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/032002/pus-1.htm> diperoleh tanggal 25 Februari 2008).

Sampai saat ini belum ada suatu metode kontrasepsi yang 100% ideal. Ciri-ciri kontrasepsi yang ideal meliputi daya guna, aman, murah, estetik, mudah didapat, mudah digunakan, tidak mempengaruhi hubungan seksual, efek samping minimal, reversibel dan pemakaian jangka panjang (Hartanto, 2004; Reeder, Martin, & Koniak-Griffin, 1997; Wiknyosastro, Saifuddin & Rakhimhadhi, 1999). Setiap metode kontrasepsi memiliki kelebihan dan kekurangan, yang membuat sebagian perempuan kesulitan menentukan pilihan kontrasepsi yang tepat, sehingga mungkin terpaksa memilih metode yang tidak cocok dengan konsekuensi yang merugikan atau bahkan tidak menggunakan metode KB sama sekali. Ringkasan karakteristik beberapa metode kontrasepsi dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 2.1. Karakteristik Beberapa Metode Kontrasepsi (Diadaptasi dari: Sinsin, 2004)

METODE	KEUNGGULAN	EFEK SAMPING	EFEKTIVITAS (PRAKTIS)
KONDOM	Memberikan perlindungan terhadap penyakit kelamin	Alergi terhadap bahan pembuat kondom	80 % - 90 %
PIL	Siklus Haid teratur Frekuensi Koitus tidak perlu diatur Harga relatif murah	Efek karena kelebihan estrogen (mual, retensi cairan, sakit kepala, nyeri pada payudara, keputihan) Efek karena kelebihan progesteron (pendarahan tidak teratur, nafsu makan dan berat badan bertambah, cepat lelah, depresi, alopesia, libido kurang, jerawat, darah haid sedikit, keputihan) Efek sampingan berat (Trombo-emboli, termasuk trombophlebitis, emboli paru-paru dan trombosis otak)	90 % - 96 %
SUNTIK	Tidak mempengaruhi laktasi	Mengganggu siklus haid, yaitu pendarahan tidak teratur	95 % - 97 %
SUSUK/ IMPLAN	Kontrasepsi jangka panjang	Mengganggu siklus haid, yaitu pendarahan tidak teratur dan amenore	97 % - 99 %
IUD	Hanya 1x pasang dalam jangka panjang Tidak ada efek sistemik Cocok untuk penggunaan secara masal Reversibel	Pendarahan Rasa nyeri dan kejang perut Gangguan pada suami Ekspulsi (pengehuaran sendiri)	94 % - 95 %
IUS	Hanya 1x pasang dalam jangka panjang. Tidak ada efek sistemik Reversibel	Perdarahan irreguler Ekspulsi	99%
VASEKTOMI/ MOP	Kontrasepsi yang paling efektif Dilakukan hanya satu kali Tidak mempengaruhi libido	Hampir tidak ada	99,4% - 99,8 %
TUBEKTOMI/ MOW			99,5% - 99,9%

1. Angka dan Pola Pemakaian Kontrasepsi

SDKI 2002/2003 menunjukkan bahwa angka peserta KB aktif (*contraceptive prevalence rate*) nasional adalah 57% pada perempuan menikah. Metode kontrasepsi modern yang paling umum dipakai adalah suntik (28%), AKDR (6%) dan pil (6%). Sterilisasi merupakan metode kontrasepsi yang paling jarang dipilih, dimana hanya 4% perempuan menikah yang disterilisasi, sementara angka sterilisasi pada pria hanya 0,4 %. Metode kontrasepsi tradisional seperti metode kalender (periodik), senggama terputus (*withdrawal*), dan lain-lain digunakan hanya oleh 3,6 % perempuan usia reproduksi yang menikah (Depkes & WHO, 2003). Berbagai hasil survei menunjukkan bahwa perempuan Indonesia memilih menghentikan pemakaian kontrasepsi pada periode waktu tertentu dan menggunakan tiga jenis atau lebih metode kontrasepsi dalam kehidupannya (Buttenheim, 2006).

2. Dampak Positif: Efektifitas dan Keuntungan Pemakaian Kontrasepsi Modern

Efektifitas metode kontrasepsi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang memakai kontrasepsi dan memilih metode kontrasepsi tertentu. Petugas pelayanan KB umumnya seringkali ditanyakan tentang metode apa yang paling efektif atau paling ampuh. Dalam studi yang dilakukan terhadap 2000 perempuan Nigeria yang mencari pelayanan kontrasepsi, 73,4% pengguna IUD dan 97,6% perempuan yang disterilisasi menyatakan bahwa efektifitas merupakan faktor penting pemilihan metode kontrasepsi tersebut (Konje, et al., 1998).

Selain dapat mencegah terjadinya kehamilan yang terlalu banyak, terlalu dini, terlalu tua, dan terlalu dekat, pemakaian kontrasepsi modern juga dapat meningkatkan kualitas hidup perempuan. Studi oleh Irwanto, et al. (1998) menunjukkan bahwa: (1) metode kontrasepsi modern tertentu menimbulkan perasaan senang bagi perempuan karena tidak memberikan efek samping dan memberikan kebebasan atau banyak waktu luang bagi perempuan untuk beraktifitas di dalam dan di luar rumah, (2) akseptor KB modern merasa lebih puas terhadap hubungannya dengan yang orang lain, merasa memiliki kontrol yang lebih besar terhadap kehidupan reproduksinya, merasa memiliki kemampuan penanganan stres yang lebih baik, merasa lebih puas terhadap perawatan anak dan tanggung jawab domestik, serta lebih mampu memenuhi kebutuhan ekonomi dan sosialnya dibandingkan pengguna metode kontrasepsi tradisional.

3. Dampak negatif: Efek samping dan risiko metode kontrasepsi modern

Beberapa kontrasepsi modern memiliki berbagai efek samping yang dapat menimbulkan perasaan ketidakpuasan, penghentian pemakaian, atau pergantian metode kontrasepsi. SDKI 2002/ 2003 menunjukkan bahwa dari 21% perempuan menikah yang memilih tidak melanjutkan pemakaian kontrasepsi, 14,4% menyatakan adanya efek samping sebagai alasan penghentian (Depkes RI & WHO, 2003).

Pemakaian metode kontrasepsi modern (hormonal) menjadi kurang disukai karena menimbulkan perubahan/ gangguan fisik, penurunan libido/ gangguan

hubungan seksual, penurunan harga diri dan perasaan malas pada perempuan (Douthwaite, et al, 1998; Khan, 2001; Meirik, Farley, & Sivin, 2001). Seorang perempuan yang tinggal di daerah urban Lampung mengalami masalah perdarahan, pusing dan rambut rontok ketika menggunakan kontrasepsi suntik, dan merasa tidak menarik lagi, sehingga ia berhenti menggunakan kontrasepsi. Setelah tiga kali melahirkan kembali, ia mencoba menggunakan kontrasepsi pil yang mengakibatkan ia sering sakit kepala, mudah marah dan kehilangan keinginan seksualnya (Irwanto et al., 1998).

Selain adanya efek samping, kontrasepsi modern hormonal juga memiliki risiko terjadinya gangguan kesehatan pada pemakaian jangka panjang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pil KB dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara, serangan jantung, dan stroke (Mayo Clinic, 2006; Federation of European Cancer Societies, 2002; Virginia Commonwealth University, 2005). Sementara itu, perempuan pengguna implant lebih berisiko memiliki penyakit kantung empedu dan hipertensi dibandingkan perempuan yang memilih MOW atau AKDR. Sedangkan perempuan pengguna MOW dan AKDR lebih berisiko menderita infeksi panggul/ PID (Meirik, Farley, & Sivin, 2001)

4. Sumber dan Akses Kontrasepsi Modern

Sumber metode kontrasepsi modern mengalami pergeseran dalam dekade terakhir dimana masyarakat semakin tergantung pada *supplier* dari sektor swasta. SDKI 2002/3 menunjukkan bahwa pangsa swasta meningkat pesat hingga 63% (dari 40% di tahun 1997), sementara pangsa pemerintah turun menjadi 28% (dari

43% di tahun 1997). Sisanya, pelayanan KB bagi 8% perempuan didapat dari sumber-sumber lain seperti pos yandu, polindes, pos KB, keluarga dan teman. Sebagian besar akses kontrasepsi dari akseptor KB aktif (46%) adalah melalui bidan di desa atau perawat. Mereka yang bergantung pada pusat pelayanan kesehatan pemerintah, kebanyakan mengakses kontrasepsi di puskesmas (20% dari semua akseptor KB aktif) (Depkes RI & WHO, 2003).

Tidak berbeda jauh dari hasil SDKI diatas, menurut Mini Survey tahun 2005 di 31 propinsi, sumber pelayanan KB yang dominan adalah sumber pelayanan swasta, dengan persentase 55 %, sedangkan sumber pelayanan pemerintah 40% dan sumber lainnya 4,8% (Iswarati, 2006, http://www.bkkbn.go.id/ditfor/research_detail.php?rchid=19 diperoleh tanggal 10 Januari 2008).

5. Biaya Penggunaan Kontrasepsi

Jumlah anak yang dimiliki oleh keluarga miskin umumnya lebih banyak dari keluarga kaya. Salah satu penyebab yang dapat menghambat perempuan dengan status ekonomi rendah untuk mengontrol kehamilannya adalah minimnya biaya yang harus dikeluarkan untuk menggunakan metode kontrasepsi modern dan kurangnya akses untuk mendapatkan MOP/ MOW, metode kontrasepsi yang sangat rasional, efektif dan efisien (REE) bagi pasangan suami-isteri yang sudah memiliki jumlah anak yang cukup dan tidak menginginkan anak lagi. Secara umum, biaya penggunaan metode kontrasepsi berbeda-beda tergantung sumber dan akses mendapatkannya.

Untuk mengatasi permasalahan masyarakat miskin dalam hal akses untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi, BKKBN menyediakan alat kontrasepsi gratis bagi keluarga miskin (Baroto, 2004, http://pikas.bkkbn.go.id/article_detail.php?aid=20, diperoleh tanggal 26 Februari 2008). Selain itu, saat ini pemerintah juga telah menerapkan kebijakan baru untuk menanggung biaya pelayanan kontrasepsi permanen melalui ASKESKIN/ Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Sheilla, 2006, <http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article-detail.php?artid=31> diperoleh tanggal 25 Februari 2005).

6. Alasan Tidak Menggunakan/ Berhenti Menggunakan Kontrasepsi

Secara umum alasan tidak ber-KB yang paling dominan dikemukakan oleh perempuan dalam Mini Survei 2005 adalah baru melahirkan (17,5%), selain itu karena alasan yang berkaitan dengan kesehatan perempuan dan merasa menopause (15%). Alasan lain yang relatif lebih rendah, yaitu mengalami histerektomi (8,6%), mengalami efek samping (7,8%), jarang kumpul (7,1%) dan tidak nyaman (5,8%) (Iswarati, 2006, http://www.bkkbn.go.id/ditfor/research_detail.php?rchid=19 diperoleh tanggal 10 Januari 2008).

Menurut SDKI 2002/2003, diantara para perempuan yang berhenti memakai kontrasepsi setelah 12 bulan pemakaian, alasan yang umumnya diberikan adalah: ingin hamil (34%) dan efek samping (14,4%) (Depkes RI & WHO, 2003). Menurut Cline (2005), penghentian KB yang cukup tinggi dapat disebabkan oleh ketidakadekuatan konseling oleh tenaga kesehatan, kurangnya ketersediannya pilihan metode kontrasepsi, kegagalan metode, dan masalah kesehatan.

Sedangkan, Matheny (2004) menyebutkan bahwa penghambat utama penggunaan kontrasepsi di Indonesia adalah kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi, penolakan sosial, atau adanya efek samping.

B. Konsep Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan dapat diartikan sebagai sebuah hasil proses mental/ proses kognitif yang mengarah pada pemilihan suatu tindakan diantara berbagai alternatif yang ada. Hasil dari proses pengambilan keputusan adalah suatu pilihan, dimana pilihan tersebut dapat berupa suatu pendapat atau suatu tindakan (Wikipedia, 2008, ¶1, http://en.wikipedia.org/wiki/Decision_making diperoleh tanggal 20 Februari 2008).

Dowie (1999, dalam Alaszewski et al., 2000) menyatakan bahwa pengambilan keputusan berfokus pada proses pemilihan, dan suatu keputusan didefinisikan sebagai suatu “pilihan diantara pendapat-pendapat/ strategi-strategi/ kebijakan-kebijakan yang ada” (hlm. 72). Secara implisit, proses memilih merupakan suatu kegiatan evaluasi terhadap berbagai hasil yang mungkin terjadi atas pilihan yang berbeda-beda. Oleh sebab itu, seseorang yang akan melakukan pengambilan keputusan perlu mengumpulkan dan menggunakan informasi yang ada untuk membantu proses pemilihan dan mencegah terjadinya ketidakpastian (Alaszewski & Alaszewski, 2000 dalam Alaszewski et al., 2000).

Seseorang yang melakukan pengambilan keputusan harus mampu memilih solusi yang terbaik untuk menyelesaikan permasalahannya. Suatu keputusan dibuat jika

terdapat pilihan yang menguntungkan. Jika terdapat berbagai pilihan yang menguntungkan, si pengambil keputusan harus mampu membuat prioritas kebutuhan yang dihasilkan dari suatu pemikiran kritis, yang terdiri atas: penemuan fakta, menyortir informasi, membuat keputusan, dan mengaplikasi solusi/ pilihan terhadap masalah (Reeder, Martin, Koniak-Griffin, 1997). Keputusan yang diambil oleh perempuan terkait metode kontrasepsi tidak harus selalu yang terbaik atau yang paling ideal, namun setidaknya merupakan pilihan yang paling dapat diterima atau paling penting atau paling cocok bagi dirinya dan suami/ keluarganya saat ini (Noone, 2004).

Pengambilan keputusan merupakan suatu proses yang dipelajari manusia sejak kecil dan akan terus dilakukan selama manusia tersebut masih dalam keadaan sadar. Cepat atau lambat seseorang mengambil suatu keputusan tidak menjamin dihasilkannya suatu keputusan yang bijak/ rasional. Pengambil keputusan yang sukses adalah “seseorang yang memiliki keinginan dan kemampuan untuk membuat keputusan yang berkualitas tanpa adanya kekacauan mental atau emosi” (Marquis & Huston, 1998, hlm. 3). Pengambilan keputusan dapat dipelajari melalui pengalaman hidup, namun tidak semua orang belajar untuk mengambil keputusan yang tepat dengan metode *trial and error* ini. Hal ini juga dapat terjadi pada pengambilan keputusan kontrasepsi, dimana perempuan melakukan proses *trial and error* pada 2-3 jenis metode kontrasepsi, sebelum akhirnya mengambil keputusan akhir -untuk menggunakan atau tidak menggunakan metode kontrasepsi- (Buttenheim, 2006).

Suatu pengambilan keputusan dapat dilihat atau dikaji dari berbagai perspektif. Perspektif psikologi menggali keputusan individu melalui konteks kebutuhan-kebutuhan yang ada dan pilihan-pilihan yang dimilikinya, serta nilai-nilai yang dicarinya. Perspektif kognitif melihat proses pengambilan keputusan sebagai suatu proses yang berkelanjutan dan terintegrasi dengan interaksi terhadap lingkungan. Sedangkan, pada perspektif normatif, analisis keputusan-keputusan individu harus memperhatikan kelogisan pengambilan keputusan, rasionalisasi dan arah pilihan (Wikipedia, 2008, ¶2, http://en.wikipedia.org/wiki/Decision_making diperoleh tanggal 20 Februari 2008).

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) ada tiga tipe proses pengambilan keputusan, yaitu: secara konsensus, akomodasi, dan *de facto*. Pengambilan keputusan secara konsensus merupakan cara yang paling sehat. Secara konsensus, suatu tindakan dilakukan jika disetujui oleh semua orang yang terlibat didalamnya, sehingga muncul komitmen dan kepuasan dalam menjalankan tindakan yang dipilih. Keputusan secara konsensus diambil melalui suatu diskusi dan negosiasi.

Pengambilan keputusan secara akomodasi merupakan sebuah persetujuan atas ketidaksetujuan dimana keputusan yang dihasilkan tidak berhasil menyatukan perbedaan yang ada. Dengan cara ini, tidak semua orang yang terlibat dalam pengambilan keputusan merasa yakin bahwa keputusan tersebut merupakan yang terbaik. Mereka harus merasa terpaksa atau mencoba berkompromi demi menghasilkan sebuah keputusan (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Sementara itu, pengambilan keputusan secara *de facto* terjadi ketika sebuah keputusan muncul tanpa adanya perencanaan. Pengambilan keputusan seperti ini biasanya muncul pada mereka yang tidak terorganisasi, memiliki banyak masalah, bersikap pasrah dan merasa tidak berdaya dalam menentukan nasibnya. Norma budaya biasanya menjadi penghambat terjadinya komunikasi yang terbuka dan pengambilan keputusan secara aktif (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Contoh nyata pengambilan keputusan *de facto* sering terjadi diantara pasangan suami istri Asia, dimana hubungan seksual dan keluarga berencana mungkin menjadi area yang tertutup untuk di komunikasikan, sehingga kehamilan menjadi hasil dari sebuah pengambilan keputusan *de facto*.

Dalam mengambil sebuah keputusan yang baik, manusia dapat terpengaruh oleh bias individual yang muncul dari adanya: perbedaan nilai, pengalaman hidup serta pilihan individu (*individual preference*) dan keinginan individu untuk mengambil risiko. Keputusan-keputusan yang dibuat oleh seseorang dipengaruhi secara sadar ataupun tidak sadar oleh sistem nilai yang diyakininya. Nilai-nilai ini akan mempengaruhi pengumpulan dan pemrosesan data, serta membatasi alternatif pilihan yang ada sehingga ditemukan pilihan akhir (Marquis & Huston, 1998).

Setiap pembuat keputusan juga membawa pengalaman masa lalunya dalam membuat keputusan, termasuk pengalaman pendidikan. Semakin banyak pengalaman yang dimiliki, maka semakin banyak alternatif pilihan yang ia bisa pertimbangkan dalam pengambilan keputusan. Dan, pembuat keputusan juga mungkin melihat adanya risiko atas berbagai alternatif pilihan, dan memilih alternatif yang paling sedikit

membutuhkan biaya. Risiko fisik, ekonomi, dan pengeluaran waktu dan energi merupakan risiko yang muncul dalam proses pengambilan keputusan (Marquis & Huston, 1998). Hal ini sesuai dengan penelitian Noone (2004) yang menyatakan bahwa perempuan memilih metode kontrasepsi didasarkan pengetahuan, pengalaman dan evaluasi terhadap apa yang menurutnya paling cocok dalam konteks situasi kehidupannya saat ini.

C. Pengambilan Keputusan dalam Kesehatan Reproduksi

ICPD, Kairo (1994) mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, dan tidak semata-mata karena tidak adanya penyakit atau gangguan dalam semua hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Salah satu resolusi utama yang dihasilkan dari konferensi tersebut adalah menciptakan lingkungan yang menyenangkan bagi perempuan (dan pria) sehingga mereka mampu membuat keputusan sendiri tentang kehidupannya (Catino, 1999; Harcourt, 1999)

Pendekatan yang menghargai hak-hak kesehatan reproduksi diupayakan untuk dilaksanakan agar mampu memberikan kepuasan dan kehidupan seksual yang aman bagi perempuan dan pria melalui peningkatan kemampuan mereka dalam memutuskan kapan dan seberapa sering bereproduksi. Perempuan dan pria memiliki hak-hak untuk mendapatkan informasi dan memiliki akses terhadap metode keluarga berencana yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima yang akan membawa mereka melalui kehamilan dan persalinan yang aman (Depkes RI & WHO 2003; WHO, 1998). Hak reproduksi yang dimaksud adalah:

- Hak bagi setiap pasangan dan individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab menentukan jumlah anak, selang waktu dan kapan melahirkan.
- Hak untuk mendapatkan informasi dan sarana untuk mewujudkannya.
- Hak untuk memperoleh standar kesehatan seksual dan reproduksi tertinggi.
- Hak untuk mengambil keputusan tentang reproduksi tanpa diskriminasi, tanpa tekanan dan kekerasan.

Proses pengambilan keputusan reproduksi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang membentuk persepsi, norma dan keyakinan yang dianut, dan perilaku individu terhadap kondisi reproduksinya. Keputusan menggunakan kontrasepsi mungkin muncul dari keinginan untuk mencegah kehamilan, untuk mengontrol atas jumlah anak yang dilahirkan, atau memberikan jarak kehamilan (Herartri, 2004; Ladewig et al., 2002). Sementara itu, faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi pengambilan keputusan reproduksi seseorang, antara lain:

1. **Faktor Gender, Sosial, Budaya dan Agama**

Gender diartikan sebagai karakteristik pria dan perempuan yang dibentuk secara sosial. Perbedaan sosial antara kedua jenis kelamin ini dipelajari, berubah seiring perubahan waktu dan tahapan kehidupan manusia, serta berbeda-beda di setiap budaya. Walaupun pengaruh gender berbeda di setiap budaya, hampir semua budaya menunjukkan bahwa perempuan memiliki status yang lebih rendah dari pria. Gender biasanya dikaitkan dengan perbedaan biologis dan variabel sosial seperti status ekonomi dan tingkat pendidikan (Fischman, Wick & Koenig, 1999). Gender mempengaruhi akses seseorang terhadap pelayanan kesehatan,

perilaku dan status kesehatan, serta bagaimana kebijakan dan program kesehatan dikembangkan dan diimplementasikan (Macintyre, Hunt & Sweeting, 1996; Matamala, 1998; Vlassoff & Moreno, 2002).

Pengambilan keputusan dalam kesehatan reproduksi merupakan suatu interaksi yang kompleks atas berbagai faktor kekuatan (*power*) dan budaya. Penelitian kualitatif cross-sectional oleh Sriudiyani (2005) di tiga propinsi di Indonesia, menunjukkan bahwa peran perempuan masih terbatas pada pengambilan keputusan didalam keluarga atau urusan domestik keluarga, sedangkan suami masih sebagai pengambilan keputusan yang dominan. Dan, terdapat anggapan bahwa suamilah yang harus dihormati dalam pengambilan keputusan karena sudah berlaku umum dalam masyarakat serta dianut secara turun. Mengutip pernyataan Menteri Pemberdayaan Perempuan Indonesia (2007):

Ada beberapa penyebab rendahnya partisipasi kaum laki-laki dalam mendukung program KB. Di sebagian daerah, kaum laki-laki masih menempatkan perempuan sebagai subordinat. Akibatnya, mereka bahkan tidak bisa membuat keputusan penting terkait fungsi reproduksinya, seperti kapan mereka menikah, menggunakan alat kontrasepsi yang cocok, serta memiliki anak dengan jumlah dan jarak sesuai dengan kondisi kesehatan reproduksi mereka. Struktur sosial dan budaya yang ada dalam masyarakat juga menempatkan perempuan sebagai satu-satunya pemegang tanggung jawab reproduksi karena hal itu dianggap sebagai kodrat kaum perempuan. Untuk itu, hal pokok yang mesti dilakukan untuk meningkatkan pemenuhan hak reproduksi perempuan adalah memberikan pemahaman yang benar mengenai tanggung jawab reproduksi untuk mengubah pola pikir yang salah dari kaum lelaki tentang hak reproduksi perempuan. (Swasono, 2007, ¶3, <http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=188647> diperoleh tanggal 25 Januari 2008)

Walaupun fakta membuktikan bahwa pengetahuan pria tentang manfaat ber-KB dan aksesnya terhadap informasi dan pelayanan KB masih terbatas, serta

keikutsertaannya ber-KB masih rendah, pria umumnya masih mendominasi dalam mengarahkan perempuan untuk memakai kontrasepsi, memilih tipe kontrasepsi, dan mengakhiri pemakaian (Drennan, 1998; Parwieningrum, 2006, ¶2, <http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article-detail.php?artid=36> diperoleh tanggal 25 Januari 2008). Keputusan yang dibuat 'bersama-sama', tidak membuat perempuan mampu mendapatkan hak reproduksi dan hak membuat keputusan. Hal ini dapat terjadi karena adanya ketidakseimbangan kekuatan gender dalam hubungan, ketidakseimbangan peran gender tradisional, dan ketidakseimbangan pengaturan biaya yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terkait (Chapagain, 2006).

Barnett (1998), yang melakukan analisa terhadap hasil penelitian *Family Health International* (FHI) tentang pengambilan keputusan keluarga berencana di 10 negara (termasuk Indonesia), menyatakan bahwa anggota keluarga, khususnya suami sangat mempengaruhi perempuan dalam menggunakan kontrasepsi dan mempertahankan keberlanjutannya. Suami atau pasangan biasanya terlibat dalam diskusi tentang kontrasepsi, walaupun keterlibatannya berbeda-beda. Di Indonesia, perempuan menyatakan bahwa walaupun pria merupakan kepala rumah tangga, keputusan kontrasepsi dibuat secara bersama-sama, dan hanya sebagian kecil perempuan yang menggunakan kontrasepsi tanpa sepengetahuan suaminya. Pendapat suami sangat mempengaruhi perempuan dalam menggunakan kontrasepsi, walaupun perempuanlah yang bertanggung jawab memilih metode kontrasepsi yang akan dipakai.

Survei di empat propinsi yang dilakukan oleh PPK-UI (2002 dalam Depkes RI & WHO, 2003) guna memperoleh pemahaman terhadap kapasitas penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi dasar menunjukkan adanya bias gender dalam pengetahuan tentang metode kontrasepsi, dimana 74% perempuan mengetahui tiga jenis metode KB, sementara kurang dari 60% pria mampu menyebutkan hal tersebut, dan pengguna metode kontrasepsi terbanyak adalah perempuan.

Pengambilan keputusan dalam pemakaian kontrasepsi dinyatakan oleh Surbakti (1999) masih didominasi oleh perempuan (70%) yang menyatakan bahwa keputusan berada dipihak mereka sendiri. Hanya 46% responden pria menyatakan bahwa keputusan tersebut berada di pihak mereka. Walaupun partisipasinya dalam KB masih rendah, pria memberikan kebebasan luas pada perempuan untuk menentukan metode kontrasepsi dimana 51% responden pria yang tidak memakai kontrasepsi menyatakan bahwa hal tersebut merupakan “urusan istri saya” (Depkes & WHO, 2003).

Pernyataan Surbakti diatas berbeda dengan hasil penelitian triangulasi oleh Irwanto, et al. (1998) menunjukkan kurangnya kemampuan perempuan untuk membuat keputusan kontrasepsi sendiri, dimana sebagian besar responden menyatakan bahwa pengontrolan reproduksi berada ditangan suami-istri secara bersama-sama (64%), dan hanya sebagian kecil yang menyatakan berada ditangan istri saja (31,5%), atau menyatakan berada ditangan suami (4,6%). Selain itu, walaupun beberapa perempuan mampu membuat keputusan untuk dirinya sendiri, mereka merasa kurang puas terhadap kesejahteraan dirinya dan

merasa lebih terbebani oleh tanggung jawab mengurus keluarga. Sedangkan sebagian besar perempuan yang mendiskusikan masalah kontrasepsi bersama suaminya, hanya sebagian kecil saja yang pernah meminta suaminya untuk menggunakan kontrasepsi.

Permasalahan gender dalam komunikasi pasangan suami istri mempengaruhi persepsi individu terhadap pemilihan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi dan kontrasepsi (Agadjanian, 2002). Oleh karena itu, pria dan perempuan seharusnya mencari informasi yang benar tentang kontrasepsi dan kesehatan reproduksi sehingga dapat secara seimbang berpartisipasi serta memperoleh manfaat yang sama dari informasi dan pelayanan KB/ kesehatan reproduksi. Sudah waktunya pria dan perempuan saling mendiskusikan permasalahan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi tanpa ada salah satu pihak yang mendominasi dalam pembahasan maupun pengambilan keputusan. Dukungan aktif dari suami akan mendorong perempuan untuk menggunakan kontrasepsi, meningkatkan kepuasan suami-istri, dan mengefektifkan penggunaan metode kontrasepsi (Irwanto, et al, 1998; WHO, 2002; Khan, 2001).

Selain suami, anggota keluarga lain juga turut mempengaruhi perempuan dalam menggunakan atau tidak menggunakan kontrasepsi tertentu. Di beberapa negara, orangtua, dan mertua memandang cucu sebagai sesuatu yang penting sebagai penerus garis keturunan, penerus usaha keluarga, atau sebagai pemberi dukungan ekonomi bagi orang tua kelak (Barnett, 1998). Studi fenomologi di Jawa Barat (Herartri, 2002) tentang pengambilan keputusan KB menunjukkan bahwa

sebagian perempuan menggunakan kontrasepsi di awal pernikahan atas petunjuk ibunya karena mereka menikah terlalu muda, tetapi ibu tidak lagi terlibat dalam pemilihan kontrasepsi setelah kelahiran anak pertama.

Teman baik perempuan juga turut mempengaruhi pengambilan keputusan kontrasepsi oleh perempuan, terutama pada perempuan yang mengambil keputusan tersebut untuk pertama kali (Kuss, 1997; Sadana & Snow, 1999).

Irwanto, et al (1998) menyatakan bahwa keputusan perempuan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam program KB dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya dan agama masyarakat. Seorang ibu menyatakan bahwa ia tidak memakai kontrasepsi karena percaya bahwa anak adalah kuasa Tuhan dan membawa rejeki. Hal senada diungkapkan oleh pasangan Tarsana dan Jumilah yang memiliki lima anak dan menyatakan bahwa sebelumnya mereka beranggapan bahwa banyak anak banyak rezeki. Hanya setelah pendapatannya tidak mencukupi kebutuhan sehari-hari, Ibu Jumilah mulai serius memakai metode kontrasepsi. (Nurbianti, 2007, <http://www.kompas.com/ver1/Kesehatan/0607/02/092510.htm> diperoleh tanggal 28 Nopember 2007).

2. Faktor Kebijakan Pemerintah/ Program Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana Indonesia dimulai usaha-usaha membatasi kelahiran secara individual di tahun 1950an, sampai menjadi program pemerintah di tahun 1970. Saat ini program KB Indonesia merupakan program KB pemerintah terbesar ketiga di dunia. Ketika dibentuk pada tahun 1970, tujuan

program ini adalah untuk mengurangi dan mengontrol pertumbuhan penduduk, serta meletakkan dasar untuk diterimanya Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKBBS). Sejak Pelita V program KB nasional berubah menjadi Gerakan KB Nasional, yang merupakan gerakan masyarakat dalam menghimpun dan mengajak segenap potensi masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam melembagakan dan membudayakan NKKBS (Wiknyosastro, Saifuddin & Rakhimhadhi, 1999).

Tujuan Gerakan KB Nasional adalah mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia.

Kebijakan pemerintah yang menunjang pelayanan kontrasepsi, adalah:

- Menggunakan pola pelayanan kontrasepsi rasional sebagai pola pelayanan kontrasepsi kepada masyarakat, berdasarkan kurun reproduksi sehat serta paritas.
- Penyediaan sarana dan alat kontrasepsi yang bermutu dalam jumlah yang cukup dan merata dengan prinsip pelayanan kafeteria.
- Meningkatkan mutu pelayanan kontrasepsi agar sesuai dengan standar pelayanan baku, mulai dari pelayanan penyaringan calon akseptor baru, konseling, pelayanan kontrasepsi, pelayanan rujukan, kunjungan ulang, termasuk pelayanan efek samping, komplikasi dan kegagalan.

- Menumbuhkan kemandirian masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kontrasepsi maupun dalam mengelola pelayanan kontrasepsi (Wiknyosastro, Saifuddin & Rakhimhadhi, 1999).

Dasar Gerakan KB nasional didukung oleh adanya UU no. 10/ 1992 tentang perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera yang terdiri atas beberapa pernyataan tentang keluarga dan pengambilan keputusan dalam keluarga di Indonesia, dan hak-hak serta kewajiban pasangan terkait kontrasepsi. Menyikapi ICPD Kairo (1994), tahun 2000 Gerakan KB Nasional membuat visi baru, yaitu "Keluarga Berkualitas di tahun 2015", dengan misi utama memberdayakan dan memotivasi masyarakat untuk membangun keluarga kecil dan berkualitas tinggi. Kesehatan reproduksi wanita menjadi salah satu program utama dalam gerakan ini. Kesehatan reproduksi akan ditingkatkan dengan menggunakan strategi perbaikan kualitas pelayanan KB yang sejalan dengan peningkatan partisipasi pria, partisipasi dan pemberdayaan komunitas, serta pemberdayaan perempuan (BKKBN, 2001).

Menurut Heratri (2004) program KB memainkan peran penting dalam mempengaruhi masyarakat Jawa Barat untuk mengadopsi norma keluarga kecil. Program ini membangun jaringan antara tenaga pelayanan KB di lapangan dan kader-kader pelayanan KB yang membuka akses kontrasepsi bagi masyarakat di daerah rural. SDKI 2002/3 menunjukkan bahwa walaupun kombinasi metode yang dipakai berbeda secara signifikan, disparitas kota-desa dalam angka peserta KB aktif mulai menghilang (61 dan 60 %) (Depkes RI & WHO, 2003). Hal ini

sesuai dengan Freedman & Freedman (1992 dalam Herartri, 2004) yang menyatakan bahwa perbedaan sosial ekonomi dalam pemakaian kontrasepsi akan menurun jika terdapat program KB yang kuat.

3. Pelayanan Keluarga Berencana

Pemberi pelayanan kontrasepsi harus peka terhadap isu gender dalam upaya memenuhi secara seimbang kebutuhan akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi klien laki-laki dan perempuan. Efektivitas pelaksanaan program kesehatan reproduksi dan keluarga berencana sedikit banyak tergantung kepada pemahaman peran gender dari pemberi pelayanan kesehatan reproduksi dan KB (Parwieningrum, E., 2006, <http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article-detail.php?artid=36> diperoleh tanggal 25 Januari 2008)

Peningkatan kualitas pelayanan KB juga dapat dilakukan dengan cara memperbaiki alur pasien dan melibatkan perawat sebagai pemberi pelayanan. Cara seperti ini tidak hanya akan mengurangi biaya pelayanan tetapi juga akan memperbaiki jumlah klien yang akan dilayani. Sebuah klinik di Guatemala membuktikan keefektifan program pelayanan yang melibatkan perawat tersebut dengan meningkatkan jumlah klien yang dapat dilayani per hari (Matheny, 2004).

Peran penting perawat (tenaga pelayanan KB) dalam memberikan pelayanan KB adalah membantu pasangan untuk memilih dan menggunakan metode kontrasepsi yang efektif. Oleh karena itu, perawat harus memahami filosofi dan

keyakinan dirinya tentang kontrasepsi guna mencegah terjadinya bias informasi. Berbagai metode kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi telah tersedia bagi masyarakat, namun kesemuanya memiliki risiko tertentu, dan keefektifannya dapat menurun jika terdapat ketidaktepatan penggunaan (Reeder, Martin, Koniak-Griffin, 1997).

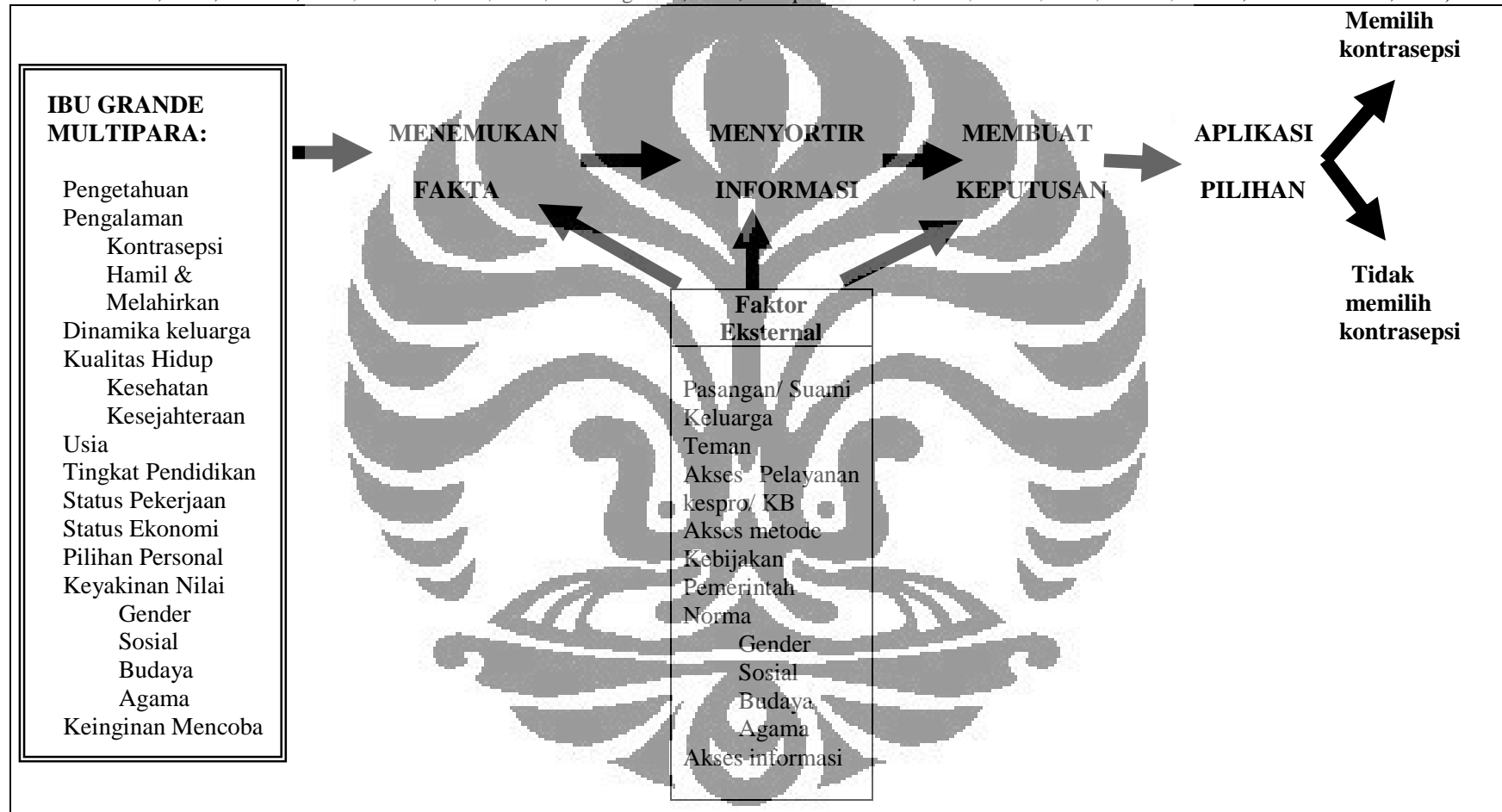
4. Akses Informasi

Selain mendapatkan informasi kontrasepsi dari tenaga kesehatan di unit pelayanan KB (swasta/ pemerintah), masyarakat juga mendapatkan informasi KB melalui Pembantu Pembina Keluarga Berencana Desa (PPKBD), kader kesehatan, radio, TV, dan melalui komunikasi *person to person* (Herartri, 2004).

D. Kerangka Teoritis Penelitian

Berbagai pustaka (yang telah disebutkan diatas) mengarahkan pada perumusan kerangka teoritis proses pengambilan keputusan kontrasepsi pada ibu grande multipara.

Skema 2.1. Kerangka Teoritis Proses Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara (Friedman, Bowden & Jones, 2003; Herartri, 2004; Irwanto, et al., 1998; Ladewig et al., 2002; Marquis & Huston, 1998; Noone, 2004; Reeder, Martin, Koniak-Griffin, 1997)



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *grounded theory* yang mengeksplorasi suatu proses sosial dalam pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi sehingga dapat mengembangkan suatu teori atau konsep yang dapat menjadi salah satu dasar pelayanan keluarga berencana pada ibu grande multipara. Berdasarkan pendekatan *grounded theory*, peneliti membangun teori dari data empiris yang merupakan proses sosial yang terjadi dalam interaksi perilaku manusia, atau disebut sebagai *symbolic interactionalism* (Speziale & Carpenter, 2003). Teori yang dihasilkan dalam penelitian ini adalah sebuah skema analitik yang abstrak dari fenomena (pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi), yang terkait dengan sebuah situasi tertentu- yaitu situasi kehidupan natural ibu grande multipara (Creswell, 1998).

Metode *grounded theory* dalam penelitian ini merumuskan teori secara induksi, dimana teori muncul dari proses observasi spesifik terhadap berbagai pengalaman dan bergerak menuju gambaran keadaan yang lebih umum pada fenomena yang diminati (Speziale & Carpenter, 2003). Sesuai prinsip induksi, maka teori pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi dikembangkan berdasarkan

pengalaman, pengetahuan, dan interaksi sosial ibu grande multipara terhadap masalah kesehatan terkait.

Penelitian *grounded theory* ini bergerak dengan teori feminis kritis. Pendekatan teori feminis kritis menuntun peneliti dalam proses perumusan teori baru dengan berpegang prinsip bahwa pengetahuan merupakan sesuatu yang diciptakan oleh peneliti dan partisipan. Menggunakan teori feminis kritis ini, peneliti melihat dinamika, sesungguhnya dari sebuah realitas terkait pengambilan keputusan dalam pemakaian kontrasepsi (Denzin & Lincoln, 1994 dalam Speziale & Carpenter, 2003).

Teori feminis digunakan dalam penelitian ini karena peneliti akan menggali lebih mendalam tentang pengalaman perempuan, khususnya ibu yang memiliki banyak anak. Para peneliti feminis sangat menghargai perempuan dan pengalamannya, sehingga mereka melakukan berbagai studi yang memandang dunia dari perspektif perempuan dalam, bersikap kritis terhadap isu-isu terkait perempuan, dan melakukan perbaikan terhadap kehidupan perempuan (Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti feminis kritis berupaya menggali pemahaman terhadap fenomena yang diminati bersama-sama dengan partisipan dan mengutamakan subyektifitas (Denzin & Lincoln, 2003; Speziale & Carpenter, 2003).

B. Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu grande multipara yang tinggal di wilayah Kabupaten Tangerang, Banten. Pemilihan sampel dilakukan dengan tehnik *theoretical sampling*, dimana peneliti memilih sampel yang dianggap paling mampu/

paling baik berkontribusi dalam pembentukan teori (Creswell, 1998). Pemilihan sampel didasarkan pada analisis data yang sudah dikumpulkan dan pada kebutuhan mengeksplorasi sebuah kategori (Chenitz & Swanson, 1986 dalam Noone, 2002). Dengan tehnik ini, data dihasilkan dari proses pengumpulan, pengkodean dan penganalisaan data yang dilakukan bersama-sama (Speziale & Carpenter, 2003). Studi *grounded theory* menggunakan *theoretical sampling* untuk mengembangkan kategori-kategori yang muncul dan membuat kategori tersebut lebih pasti dan berguna; menyaring ide-ide; dan membantu peneliti dalam mengidentifikasi batasan-batasan konsep dan menunjukkan kesesuaian dan relevansi kategori-kategori yang ditemukan (Denzin & Lincoln, 2003).

Adapun kriteria partisipan dalam penelitian ini adalah: (1) perempuan usia reproduksi/ usia subur, (2) memiliki riwayat melahirkan bayi pada usia gestasi 20 minggu atau lebih (mencapai viabilitas) sebanyak lima kali atau lebih, (3) pernah menggunakan minimal dua jenis metode kontrasepsi modern yang berbeda, (4) pernah/ sedang menggunakan salah satu metode kontrasepsi dalam satu tahun terakhir, (5) perempuan yang dapat berbahasa Indonesia, dan (6) perempuan yang dapat menceritakan pengalamannya dengan lancar. Pernah menggunakan minimal dua jenis metode kontrasepsi menjadi salah satu kriteria sampel guna meningkatkan kedalaman hasil penelitian dengan menggali pengambilan keputusan dalam pemakaian kontrasepsi yang dilakukan secara berulang atau melihat proses *trial and error* dalam pemilihan kontrasepsi.

Partisipan di rekrut berdasarkan rujukan dari Puskesmas Ciputat, Kabupaten Tangerang. Ibu grande multipara yang berpotensi menjadi partisipan diidentifikasi oleh peneliti bersama tenaga kesehatan puskesmas dan kader kesehatan di lingkungan terkait. Berdasarkan alamat dan data yang diperoleh tersebut, calon partisipan dihubungi dan dikunjungi oleh peneliti ditemani oleh kader kesehatan setempat agar peneliti dapat melakukan pendekatan interpersonal dan pengkajian awal. Jika calon partisipan memenuhi syarat menjadi partisipan dan bersedia menjadi partisipan penelitian ini, maka peneliti melakukan pendekatan yang lebih intensif terhadap partisipan guna meningkatkan hubungan saling percaya antara partisipan dan peneliti. Setelah terbina hubungan saling percaya, peneliti membuat kontrak tentang waktu dan tempat wawancara.

Walaupun Creswell (1998) dan Loiselle & Profetto-McGrath (2004) merekomendasikan peneliti *grounded theory* untuk mewawancarai 20-30 orang partisipan, dalam penelitian ini hanya melibatkan delapan orang partisipan. Pengumpulan data dihentikan setelah dilakukan sembilan kali wawancara terhadap kedelapan partisipan tersebut dan telah tercapai saturasi data, yaitu tidak terdapat pengkodean baru atau tidak ada data berbeda yang terkumpul kembali (Hutchinson, 2001 dalam Speziale & Carpenter, 2003).

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret s.d. Juli 2008 di Kabupaten Tangerang, Banten (*lihat tabel 2*). Provinsi Banten dipilih menjadi tempat penelitian karena provinsi ini merupakan salah satu provinsi terbaru di Indonesia dengan angka

kematian ibu masih diatas angka rata-rata nasional, dan belum banyak penelitian kesehatan pada ibu grande multipara yang dilakukan di provinsi ini. Walaupun angka akseptor KB aktif cukup tinggi (diatas 80%) di provinsi ini, belum ditemukan data yang menyatakan angka penghentian KB dan jumlah ibu grande multipara. Kabupaten Tangerang, merupakan daerah urban dan penyangga ibukota Jakarta, dengan penduduknya yang multi budaya.

Tabel 3.1. Alokasi Waktu Penelitian

Uraian Kegiatan	Bulan				
	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Persetujuan Dinas Kesehatan Kab.Tangerang					
Eksplorasi & pemilihan lokasi penelitian					
Identifikasi & perekrutan partisipan					
Wawancara & Observasi					
Pengumpulan dokumen lapangan					
Penulisan transkrip dan analisis data					
Penulisan laporan					
Penulisan draft artikel publikasi					
Desiminasi hasil					

D. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah sesuatu yang dipertimbangkan sebelum melakukan penelitian. Sebelum melakukan penelitian di lapangan, peneliti meminta persetujuan/ perizinan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, dan Puskesmas Ciputat. Setelah mendapatkan persetujuan untuk melakukan penelitian di lapangan, peneliti memberikan informasi tertulis dan menjelaskan tentang tujuan dan prosedur

penelitian yang dilakukan, resiko dan manfaat berpartisipasi dalam studi ini (*lihat lampiran 1*). Kemudian, peneliti meminta persetujuan partisipan untuk terlibat dalam penelitian ini dengan rasa sukarela (*self determination*). Partisipan diminta untuk menandatangani Lembar Persetujuan menjadi Partisipan (*lihat lampiran 2*) sebagai tanda kebersediaan mengikuti penelitian.

Selama penelitian berlangsung, peneliti selalu berusaha meyakinkan partisipan bahwa segala informasi yang telah disampaikan dijamin kerahasiaannya (*confidentiality*) serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian, dan akan segera dimusnahkan bila semua data sudah tidak digunakan lagi. Upaya yang juga dilakukan peneliti untuk menjaga kerahasiaan partisipan adalah dengan membuat nomor kode partisipan (*anonymity*), menyimpan *soft copy* rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat yang terjamin kerahasiaannya, dan menghapus isi rekaman setelah kegiatan penelitian selesai. Partisipan juga diberikan kesempatan untuk meminta kembali surat persetujuan yang telah ditandatanganinya selama penelitian berlangsung.

Peneliti juga meyakinkan partisipan bahwa mereka terlindungi dengan memperhatikan aspek kebebasan bagi partisipan untuk bersedia atau tidak bersedia mengikuti atau memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian. Partisipan juga diberi kebebasan dalam menentukan waktu dan tempat wawancara, agar dapat menjaga kenyamanan partisipan (*protection from discomfort*) (Polit, Beck & Hungler, 2001). Selain itu, sebelum menggunakan *voice recorder*, peneliti meminta

persetujuan partisipan untuk merekam wawancara dan menjelaskan tujuannya. Partisipan dapat bebas menolak jika tidak ingin direkam suaranya.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Setelah mengurus perizinan, melakukan uji coba wawancara pada ibu grande multipara dengan menggunakan pedoman wawancara, dan mendapatkan partisipan penelitian, peneliti melakukan proses pengumpulan data. Peneliti dalam studi ini menggunakan metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam (*semistructured, open-ended*), observasi partisipan, ulasan dokumen dan studi literatur sebagai sumber data (Speziale & Carpenter, 2003).

Wawancara pada studi ini dilakukan untuk menggali berbagai informasi terkait pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan peneliti kepada partisipan dikembangkan dari pedoman wawancara dan jawaban-jawaban partisipan. Pedoman wawancara sudah diujicobakan terlebih dahulu kepada seorang ibu grande multipara sebelum digunakan dalam penelitian ini guna menyempurnakan bahasa, tingkat pemahaman partisipan terhadap pertanyaan, kedalaman pertanyaan, penggalan terhadap isu terkait, dan untuk memperbaiki alur pertanyaan. Pedoman wawancara menggunakan pertanyaan terbuka dan tidak bersifat kaku, dimana pertanyaan berkembang sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara, tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan dalam penelitian ini. Jika partisipan mengalami kesulitan dalam menjawab pertanyaan, maka peneliti memodifikasi bentuk pertanyaan sehingga lebih mudah untuk dipahami.

Sebelum melakukan wawancara peneliti mengambil data demografi partisipan (*lihat lampiran 3*) untuk mendapatkan gambaran singkat partisipan. Wawancara mendalam pada studi ini dilakukan pada tempat dan waktu yang disepakati oleh partisipan dan peneliti. Setiap wawancara berlangsung selama \pm 60-90 menit. Hasil wawancara direkam dengan *voice recorder* dan sesegera mungkin dituliskan secara verbatim dalam suatu deskripsi tekstual (*transkrip*) setelah setiap wawancara selesai.

Total wawancara yang dilakukan adalah sebanyak sembilan kali pada delapan orang partisipan. Wawancara lanjutan (*follow-up interview*) hanya dilakukan pada partisipan utama beberapa hari sesudah wawancara pertama, dimana saat itu transkrip/ data wawancara pertama selesai dianalisa dan dikategorisasikan oleh peneliti, serta diverifikasi oleh *second coder*. Wawancara lanjutan ini lebih singkat dibandingkan wawancara pertama dan bertujuan untuk membuat perbaikan atau koreksi jika terdapat kesenjangan (*gap*) dari data yang diperoleh dari wawancara pertama, mengklarifikasi informasi yang kurang jelas dan memverifikasi/ mengkonfirmasi pengalaman partisipan. Wawancara pada partisipan selanjutnya berlanjut sampai kategori-kategori hasil tersaturasi. Wawancara pada partisipan kedua dilakukan, setelah data wawancara kedua pada partisipan pertama selesai dianalisa.

Selain wawancara peneliti juga melakukan observasi pada partisipan. Observasi partisipan dilakukan peneliti untuk mengobservasi orang-orang, aktifitas-aktifitas dan aspek fisik lingkungan terkait dengan hal-hal yang berhubungan dengan penelitian ini, antara lain observasi suasana dan reaksi non-verbal partisipan saat

wawancara, saat partisipan berinteraksi dengan suami/ keluarga dan saat partisipan mengunjungi pelayanan kesehatan/ pelayanan KB. Observasi dalam penelitian ini digunakan untuk meningkatkan '*confirmability*' data dengan menggunakan sumber selain data wawancara (Bowling, 2002). Kegiatan observasi ini menghasilkan dokumen berupa catatan lapangan (*field notes*).

Catatan lapangan sebagai media observasi disusun peneliti setiap kali melakukan dan menyelesaikan wawancara mendalam, atau setelah mengobservasi peristiwa-peristiwa yang terkait proses pengambilan keputusan kontrasepsi partisipan. Catatan lapangan berisi deskripsi tentang tanggal, waktu, suasana/ tatanan lingkungan, serta ekspresi wajah, perilaku, dan respon non verbal partisipan selama dan sesudah proses wawancara, serta pada saat partisipan melakukan interaksi sosial dengan anggota keluarga, masyarakat sekitar dan pemberi pelayanan kesehatan. Catatan ini berguna untuk mengkonfirmasi apa yang dikatakan partisipan dan bagaimana ia mengatakannya. Catatan lapangan kemudian ditranskripsikan untuk melengkapi data wawancara (Speziale & Carpenter, 2003).

Studi dokumen dilakukan untuk memperoleh data dari dokumen terkait, termasuk memo yang dibuat peneliti dan dokumen publik. Memo dibuat oleh peneliti terkait proses pengambilan keputusan kontrasepsi pada ibu grande multipara. Peneliti menuliskan pengalaman sehari-hari dalam melakukan wawancara dan observasi pada partisipan. Peneliti juga menganalisa dokumen publik terkait, seperti data statistik tentang akseptor KB dan karakteristik ibu grande multipara setempat.

Studi literatur dilakukan untuk membandingkan tema-tema dan hasil teori yang terbentuk dengan berbagai pustaka atau hasil penelitian sebelumnya.

F. Alat Pengumpulan Data

Karena tujuan utama penelitian *grounded theory* adalah untuk menggambarkan dan memahami perilaku pada suatu situasi sosial tertentu, maka peneliti berupaya menjadi bagian dari penelitian ini untuk memahami perspektif partisipan. Peneliti adalah alat pengumpulan data utama dalam penelitian ini yang berperan sebagai observer, interviewer dan partisipan. Partisipasi peneliti dalam penelitian ini berpotensi menambah kekayaan data dan analisis (Gillis & Jackson, 2002; Speziale & Carpenter, 2003).

Peneliti sebagai alat pengumpul data menggunakan tehnik pengumpulan data wawancara mendalam (*semistructured, open-ended*), observasi partisipan dan ulasan dokumen. Alat bantu pengumpulan data terdiri dari: pedoman wawancara, *voice recorder* dan pedoman observasi. Pedoman wawancara (*lihat lampiran 4*) disusun berdasarkan tinjauan pustaka dan disusun agar pertanyaan yang diajukan peneliti dapat berorientasi pada tujuan penelitian. *Voice recorder* digunakan untuk merekam isi wawancara sehingga peneliti dapat lebih berkonsentrasi pada proses pengumpulan data/ kegiatan wawancara, dan lebih leluasa memperhatikan respon non verbal dan keadaan lingkungan yang akan dimasukkan dalam catatan lapangan. Uji coba kelayakan pakai terhadap *voice recorder* dilakukan sebelum kegiatan wawancara berjalan.

Catatan lapangan dalam penelitian ini adalah catatan lapangan yang dibuat pada waktu wawancara (*lihat lampiran 4*) –menyatu dengan pedoman wawancara- dan catatan lapangan yang dibuat sesudah/ diluar waktu wawancara (*lihat lampiran 5*). Secara umum, kegiatan observasi partisipan dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan sembilan dimensi utama situasi sosial (Spradley, 1980 dalam Speziale & Carpenter, 2003), yaitu ruang (rincian gambaran rumah/ tempat wawancara dan tempat partisipan mendapatkan metode kontrasepsi), obyek (rincian benda yang ada disekitar tempat wawancara atau tempat klien mencari pelayanan KB), aktifitas (aktifitas klien berbincang-bincang dengan tenaga kesehatan kader, berinteraksi dengan anak-anak dan suami, dll), *event* (kunjungan ke pelayanan KB yang dilakukan ibu), aktor (peneliti, partisipan, tenaga kesehatan, kader, suami dan anggota keluarga lainnya), waktu, tujuan, dan perasaan yang ditunjukkan selama proses penelitian berlangsung.

G. Analisis Data

Proses analisa data dilakukan peneliti sejak awal pengumpulan data. Proses pengumpulan data, pengkodean dan analisa data dilakukan secara sirkuler dan simultan (Hutchinson, 2001 dalam Speziale & Carpenter, 2003).

Transkrip hasil wawancara dan observasi pertama yang didapatkan oleh peneliti langsung diberi kode dan dianalisa sebelum dilakukan wawancara berikutnya. Beberapa hari kemudian, transkrip-transkrip yang dihasilkan dibaca dan diberi kode kembali. Pengkodean yang berulang memberikan hasil yang sama dan membentuk kekonsistenan data. Data yang telah diberi kode diverifikasi oleh *second coder* yang

merupakan ahli dalam bidang penelitian kualitatif untuk persetujuan (agreement) dan meningkatkan reabilitas (Miles & Huberman, 1994 dalam Speziale & Carpenter, 2003).

Data dilihat dari berbagai sudut pandang, termasuk sudut pandang perawat, ibu grande multipara, pengguna kontrasepsi, dan peneliti. Data diberi kode secara manual menggunakan metode *open coding*, *axial coding* dan *selective coding* (Strauss & Corbin, 1990 dalam Creswell, 1998).

Pada tahap *open coding*, peneliti memeriksa data dari transkrip wawancara dan transkrip catatan lapangan baris per baris untuk melihat pemikiran dan makna yang terkandung didalamnya, serta melakukan pengkodean *in vivo*. Aktifitas, peristiwa dan obyek yang sama dikelompokkan dalam kategori-kategori yang terkait dengan fenomena. Kategori-kategori ini membentuk sub kategori yang disebut sebagai *properties* (karakteristik yang memberi arti dan makna kategori) dan *dimensions* (batasan kategori yang merupakan satu kesatuan waktu, frekuensi, angka, durasi, tingkat, intensitas dan pemicu). Proses *open coding* memecilkan data ke dalam set kategori (Creswell, 1998; Denzin & Lincoln, 2003).

Pada tahap *axial coding*, peneliti mengidentifikasi kategori tunggal (*core category*) yang menjadi fenomena sentral yang diminati dan mulai mengeksplorasi keterkaitan antar kategori/ sub kategori yang dapat menjawab pertanyaan kapan, dimana, mengapa, siapa dan bagaimana konsekuensinya. Hubungan antara kategori-kategori atau sub-sub kategori diidentifikasi berdasarkan: kondisi/ faktor penyebab, strategi

khusus (aksi/ interaksi yang dihasilkan fenomena sentral), konteks (latar belakang dimana fenomena terjadi), kondisi intervensi (kondisi yang berdampak pada fenomena), dan konsekuensi/ hasil (Creswell, 1998; Denzin & Lincoln, 2004).

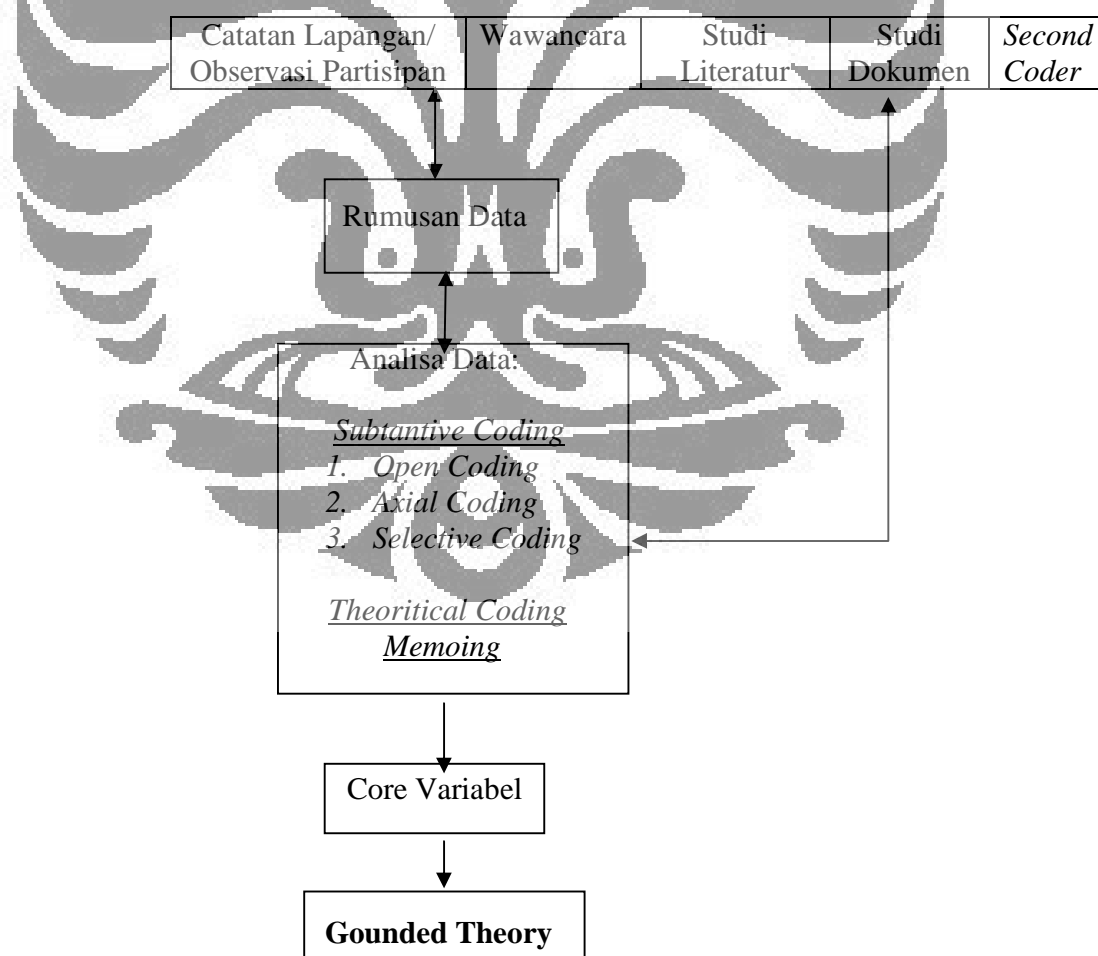
Pada tahap *selective coding*, peneliti mengintegrasikan kategori-kategori utama, dan menyaringnya sehingga terbentuk sebuah skema teoritis. Pada tahap ini proposisi/ hipotesa sementara tentang fenomena terkait dihasilkan (Creswell, 1998; Denzin & Lincoln, 2003).

Kategori-kategori hasil pengkodean dimodifikasi dan diintegrasikan kedalam bentuk konsep melalui proses *theoretical coding* dan *memoing*. *Theoretical coding* memberikan arah pada pemikiran peneliti dan memberikan abstrak pada teori yang dihasilkan dalam penelitian ini dengan menggunakan hasil pengkodean sebelumnya. Menggunakan *memoing*, peneliti mengidentifikasi dan mencatat kategori-kategori umum yang dihasilkan dari data. Penulisan memo (*memoing*) dilakukan untuk mendorong peneliti melihat data dan kode dengan cara yang baru dan mengarahkan peneliti dalam proses pengumpulan data selanjutnya. Penulisan memo membantu peneliti dalam memfokuskan analisis dan keterlibatannya dalam penelitian ini (Denzin & Lincoln, 2003; Speziale & Carpenter, 2003).

Kategori-kategori yang selanjutnya muncul diklarifikasi kembali pada partisipan dan peneliti ahli di bidang *grounded theory* dan kesehatan reproduksi dengan menggunakan pendekatan analisa *constant comparative* (Glasser & Strauss, 1967 dalam Speziale & Carpenter, 2003) guna pengembangan konsep teori yang

dihasilkan. Tema-tema dan kategori-kategori terus diidentifikasi dan diklarifikasi sampai kategori tersaturasi dan penelitian ini berhasil mengembangkan kategori-kategori inti (*core categories*). Saturasi data dicapai setelah dilakukan delapan kali wawancara dan di konfirmasi kepada satu orang partisipan. Pada saat hipotesa telah berhasil di bentuk, peneliti membandingkannya dengan teori-teori yang telah pernah dikembangkan sebelumnya melalui studi literatur terkait. Kerangka teori yang berhasil dikembangkan terdiri dari dari berbagai variabel inti (*core variable*) yang siap untuk di verifikasi kembali oleh partisipan penelitian ini (Speziale & Carpenter, 2003).

Skema 3.1. Proses Pengembangan *Grounded Theory*
(diadaptasi dari Speziale & Carpenter, 2003)



Peneliti memvalidasi teori yang dihasilkan dengan melakukan pengoreksian hasil interpretasi yang melibatkan partisipan. Hasil penelitian dianggap dapat dipercaya (*trustworthiness*) karena partisipan telah menyetujui hasil interpretasi. Pengecekan hasil pengembangan teori dilakukan oleh empat orang partisipan yang dilakukan pada akhir bulan Juni 2008, yang memvalidasi hasil analisis data. Penelitian selesai pada saat teori yang dihasilkan disebut sebagai pernyataan yang akurat dan beralasan (*reasonably*), serta dapat dipercaya seperti yang divalidasikan oleh partisipan.

H. Keabsahan Penelitian

Dalam penelitian ini, kepercayaan terhadap data (*trustworthiness of data*) dibangun oleh peneliti dengan cara memperhatikan dengan seksama dan mengkonfirmasi informasi-informasi yang ditemukan. Tujuan validasi data dalam suatu penelitian kualitatif adalah agar dapat menampilkan semua informasi atau data yang telah ditemukan dari fenomena yang dipelajari secara akurat. Teknik operasional yang dapat meningkatkan keakuratan dalam penelitian kualitatif adalah *credibility, dependability, confirmability, and transferability* (Speziale & Carpenter, 2003).

Credibility meliputi berbagai aktifitas yang dapat meningkatkan kemungkinan penemuan hasil yang dapat dipercaya (Speziale & Carpenter, 2003). *Credibility* hasil penelitian ini dicapai melalui upaya peneliti memverifikasi dan mengklarifikasi hasil-hasil temuan (transkrip, hasil analisis/ teori) kepada partisipan penelitian. Partisipan diberikan kesempatan untuk mengoreksi transkrip wawancara, observasi dan dokumen, serta menyatakan persetujuan atau ketidakpersetujuan hasil analisis data dan teori yang ditemukan dalam penelitian ini. Hal ini dilakukan untuk melihat

apakah partisipan mengenal hasil penelitian sebagai pengalaman nyata mereka. Kegiatan triangulasi metode pengumpulan data dengan wawancara, observasi, dan ulasan dokumen terkait meningkatkan *credibility* hasil penelitian.

Karena peneliti merupakan alat pengumpul data dalam penelitian ini maka peneliti merupakan salah satu kriteria *credibility* yang penting (Patton, 1990 dalam Koehn, 2003). Peneliti telah menyelesaikan mata ajar riset kualitatif dan telah memiliki pengalaman lapangan dalam pemberian pelayanan kontrasepsi dan pelayanan keperawatan pada ibu grande multipara. Walaupun peneliti belum memiliki pengalaman melakukan penelitian kualitatif, peneliti mendapatkan dukungan dari staf ahli penelitian kualitatif dan kesehatan reproduksi dari Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

Dependability merupakan suatu kestabilan data atau proses penelitian dari waktu ke waktu dengan menggunakan *inquiry audit* (Polit & Hungler, 2004). Seluruh materi hasil penelitian termasuk transkrip, code, tema, kategori, *core variable*, dan teori dipersiapkan untuk diaudit oleh tim ahli penelitian kualitatif/ pembimbing penelitian ini dalam proses analisis data dan pengembangan teori.

Confirmability merupakan kegiatan pengobjektifan dan netralisasi hasil interpretasi data, dan tercapai persetujuan tentang relevansi dan arti data diantara dua orang atau lebih (Polit & Hungler, 2004). Untuk mencapai hal ini peneliti berupaya merekam dan mencatat berbagai informasi terkait, menggunakan *theoretical sampling* dalam pemilihan partisipan, dan melakukan tehnik *constant comparative* dalam proses

penganalisaan data. *Theoretical sampling* dan *constant comparative* terus dilakukan sampai tercapai saturasi data. Data mencapai saturasi setelah dilakukan wawancara sebanyak sembilan kali pada delapan orang partisipan.

Transferability adalah kemungkinan bahwa hasil penemuan memiliki makna yang sama pada populasi lain dalam situasi yang sama. Peneliti bertanggung jawab menyediakan *data base* yang dapat memenuhi aspek *transferability* (Speziale & Carpenter, 2003). Oleh karena itu, peneliti memiliki tanggung jawab untuk menyediakan laporan hasil penelitian dengan rincian yang memadai sehingga peneliti lain dapat memutuskan apakah hasil penelitian ini dapat digunakan pada populasi lain dengan situasi yang sama.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bagian ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan, yang bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara. Bagian ini terdiri dari uraian tentang karakteristik partisipan, analisis data yang muncul dari perspektif partisipan tentang pengalamannya dalam membuat keputusan untuk memakai atau tidak memakai kontrasepsi, dan pengembangan model pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara.

A. Karakteristik Partisipan

Peneliti mewawancarai 8 orang partisipan dari bulan April 2008 s.d. Juni 2008. Dua belas orang ibu grande multipara di data untuk terlibat dalam penelitian ini, namun dua orang di eksklusi karena memberikan alamat rumah yang tidak tepat dan satu orang di eksklusi karena sudah mengalami menopause. Orang keempat di eksklusi karena telah di steril lebih dari satu tahun.

Partisipan 1 (P1), 38 tahun, adalah seorang ibu rumah tangga yang bersuku Sunda dan berpendidikan akhir kelas II SD. Ia pernah hamil dan melahirkan bayi yang

hidup sebanyak 8 kali, namun anak yang hidup sampai sekarang hanya 5 orang. Tiga orang anak (anak ke-2, 3, dan 4) meninggal saat usia kurang dari 3 bulan. Ibu mengalami permasalahan/ kesulitan melahirkan pada saat melahirkan anak ke-7, yang membuatnya harus dirujuk oleh bidan yang menangani persalinan ke RSUD Kerawang. Anak pertama yang hidup berusia 22 tahun, sementara anak terakhir (anak ke-8) berusia 6 tahun. Kematian anak yang berturut-turut membuat ibu memutuskan untuk memakai kontrasepsi. P1 pernah memakai dua jenis metode kontrasepsi, yaitu suntik dan pil, sedangkan suaminya pernah dilakukan sterilisasi (MOP), namun mengalami kegagalan. Walaupun memakai kontrasepsi, kehamilan terus terjadi kembali karena ibu menghentikan pemakaian kontrasepsi akibat mengalami efek samping kontrasepsi yang dipakainya. Ibu memakai metode kontrasepsi suntik saat ini, walaupun ibu sering kali mengalami sakit kepala dan memiliki varises yang menonjol di kedua kakinya.

Partisipan 2 (P2), 45 tahun, adalah seorang pedagang (sayuran dan kebutuhan sehari-hari) yang bersuku Jawa dan berpendidikan akhir kelas 1 SD. Ia pernah hamil dan melahirkan bayi yang hidup sebanyak 5 kali, dan kelima anak tersebut masih hidup sampai sekarang. Anak pertama ibu berusia 28 tahun, sementara anak terakhir berusia 16 tahun. Tekanan ekonomi membuat ibu memutuskan memakai kontrasepsi sejak anak terakhirnya lahir. Ibu pernah memakai metode kontrasepsi pil dan suntik. Metode kontrasepsi yang dipakainya saat ini adalah suntik. Ibu mengeluhkan keinginannya untuk berhenti memakai kontrasepsi karena faktor kebosanan memakai kontrasepsi dan berhentinya menstruasi selama suntik KB, sehingga ia mengalami keraguan tentang kesuburannya.

Partisipan 3 (P3), 37 tahun, adalah seorang ibu rumah tangga yang bersuku Betawi dan berpendidikan akhir kelas 6 SD. Ia pernah hamil dan melahirkan anak yang hidup sebanyak 5 kali, tetapi anak pertamanya yang lahir prematur meninggal saat berusia 15 hari. Anak terbesar yang hidup (anak kedua) berusia 22 tahun, sementara anak terkecil berusia 8 tahun. Saat kelahiran anak terakhir, P3 mengalami kesulitan melahirkan yang membuatnya hampir di rujuk ke rumah sakit. Persalinan yang sulit menimbulkan trauma melahirkan bagi ibu. Ibu pernah memakai kontrasepsi pil dan suntik, dan saat ini ia memakai kontrasepsi suntik.

Partisipan 4 (P4), 35 tahun, adalah seorang ibu rumah tangga, bersuku betawi dan memiliki pendidikan SD. Ia pernah hamil sebanyak 7 kali, dimana 6 lahir hidup dan 1 mengalami IUFD saat kehamilan berusia 9 bulan. Anak tertua yang berusia 24 tahun sementara yang terkecil (anak keenam) berusia 5 tahun. Kelahiran 3 anak yang terakhir dilakukan di rumah sakit karena ibu mengalami kesulitan saat melahirkan. P4 pernah memakai kontrasepsi pil dan suntik. Saat ini ibu memakai kontrasepsi pil yang tiga bulan, dan berencana menggantinya dengan yang satu bulan sekali.

Partisipan 5 (P5), 35 tahun, adalah seorang ibu rumah tangga yang bersuku Sunda dan berpendidikan akhir SMA. Ia pernah hamil sebanyak 5 kali, dimana 4 lahir hidup dan 1 mengalami IUFD saat usia kehamilan 6 bulan. P4 pernah memakai metode kontrasepsi pil dan suntik. Metode kontrasepsi dipakai sejak kelahiran anak pertama. Penghentian pemakaian kontrasepsi dilakukan karena ingin punya anak lagi dan karena efek samping metode kontrasepsi. Saat ini ibu memakai metode kontrasepsi suntik.

Partisipan 6 (P6), 37 tahun, adalah seorang ibu rumah tangga, yang berjualan nasi uduk di pagi hari. Ia bersuku Jawa dan berpendidikan akhir kelas IV SD. P6 pernah hamil dan melahirkan anak sebanyak 5 kali. Semua masih hidup, dimana yang tertua berusia 19 tahun, sementara yang termuda berusia 11 bulan. Pada persalinan yang terakhir ibu mengalami hipertensi yang membuatnya harus dirujuk ke rumah sakit dan melahirkan dengan bantuan vakum. Hasil pemeriksaan kesehatan yang terakhir menunjukkan bahwa ibu memiliki hipertensi, sehingga ibu tidak bisa memakai metode kontrasepsi hormonal. Ibu pernah memakai kontrasepsi implant, suntik dan pil. Saat ini suami partisipan yang menggunakan kondom sebagai metode kontrasepsi.

Partisipan 7 (P7), 36 tahun, adalah seorang buruh, bersuku Jawa dan berpendidikan akhir kelas VI SD. Ia pernah hamil sebanyak 5 kali dan melahirkan 6 anak, sepasang diantaranya kembar. Anak partisipan yang hidup saat ini hanya 5 orang, karena satu anak (yang kembar) meninggal saat usia 2,5 tahun akibat diare kronis yang terlambat di berikan bantuan akibat kendala biaya. Dari kelima persalinan, hanya pada persalinan pertama partisipan melahirkan di bidan, sedangkan persalinan selanjutnya dilakukan sendiri di rumah. Pada persalinan terakhir, P7 mengalami perdarahan post partum yang ditangani oleh bidan di rumah partisipan. Anak tertua partisipan berusia 16 tahun dan anak terkecil berusia 6 tahun. Partisipan pernah memakai pil dan suntik sebagai metode kontrasepsi, dan saat ini metode kontrasepsi yang dipakainya adalah suntik per 3 bulan.

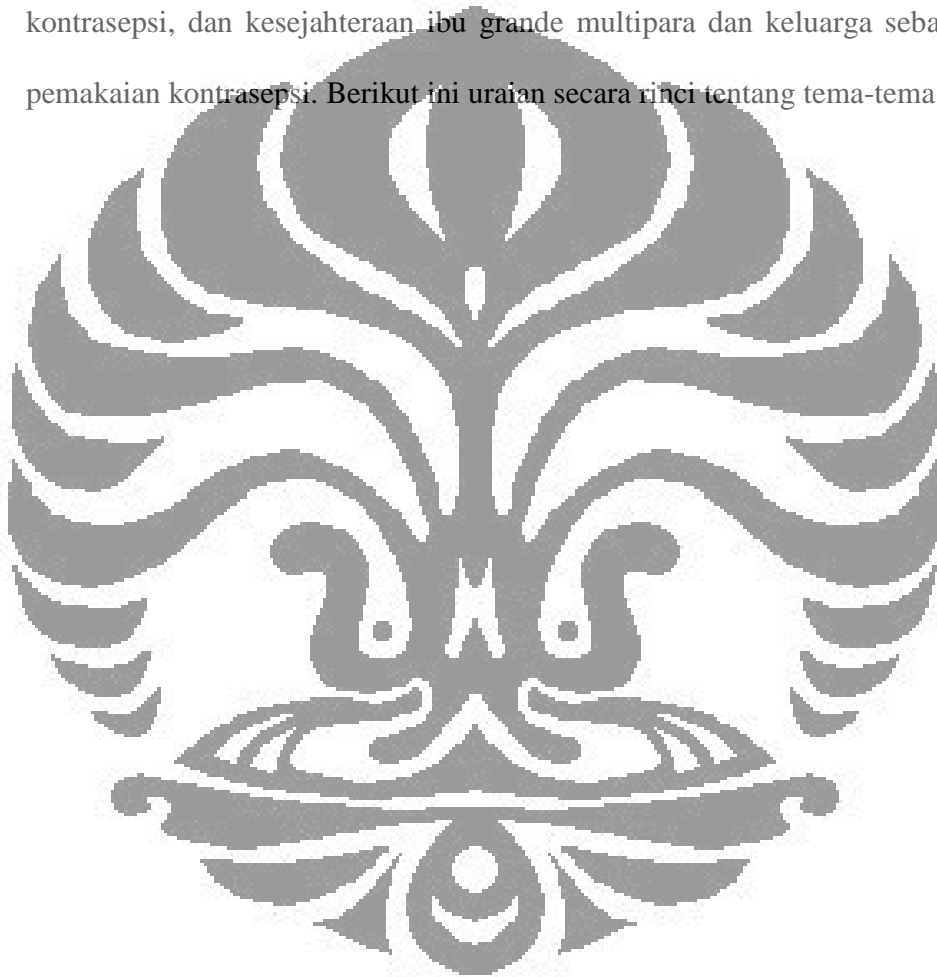
Partisipan 8 (P8), 36 tahun, adalah seorang ibu rumah tangga, bersuku Sunda dan berpendidikan akhir kelas II SMP. Partisipan pernah melahirkan anak sebanyak 6 kali, dimana anak pertama meinggal di rumah sakit akibat prematur. Anak kedua partisipan berusia 16 tahun, sementara anak kelima berusia 2,5 tahun dan anak terkecil (keenam) berusia 1,5 tahun. Partisipan pernah memakai metode kontrasepsi pil, suntik dan senggama terputus. Saat ini partisipan memakai metode kontasepsi suntik per satu bulan.

Sesuai dengan kriteria partisipan, maka sebagian besar pernah memakai minimal dua jenis kontrasepsi. Umumnya semua partisipan memakai salah satu metode kontrasepsi dan hanya satu partisipan (P6) yang suaminya menggunakan kondom. Pada umumnya partisipan pernah memakai metode kontrasepsi pil dan suntik, dan hanya satu partisipan yang pernah memakai spiral dan implant. Rata-rata partisipan memiliki lima orang anak yang hidup (lampiran 6).

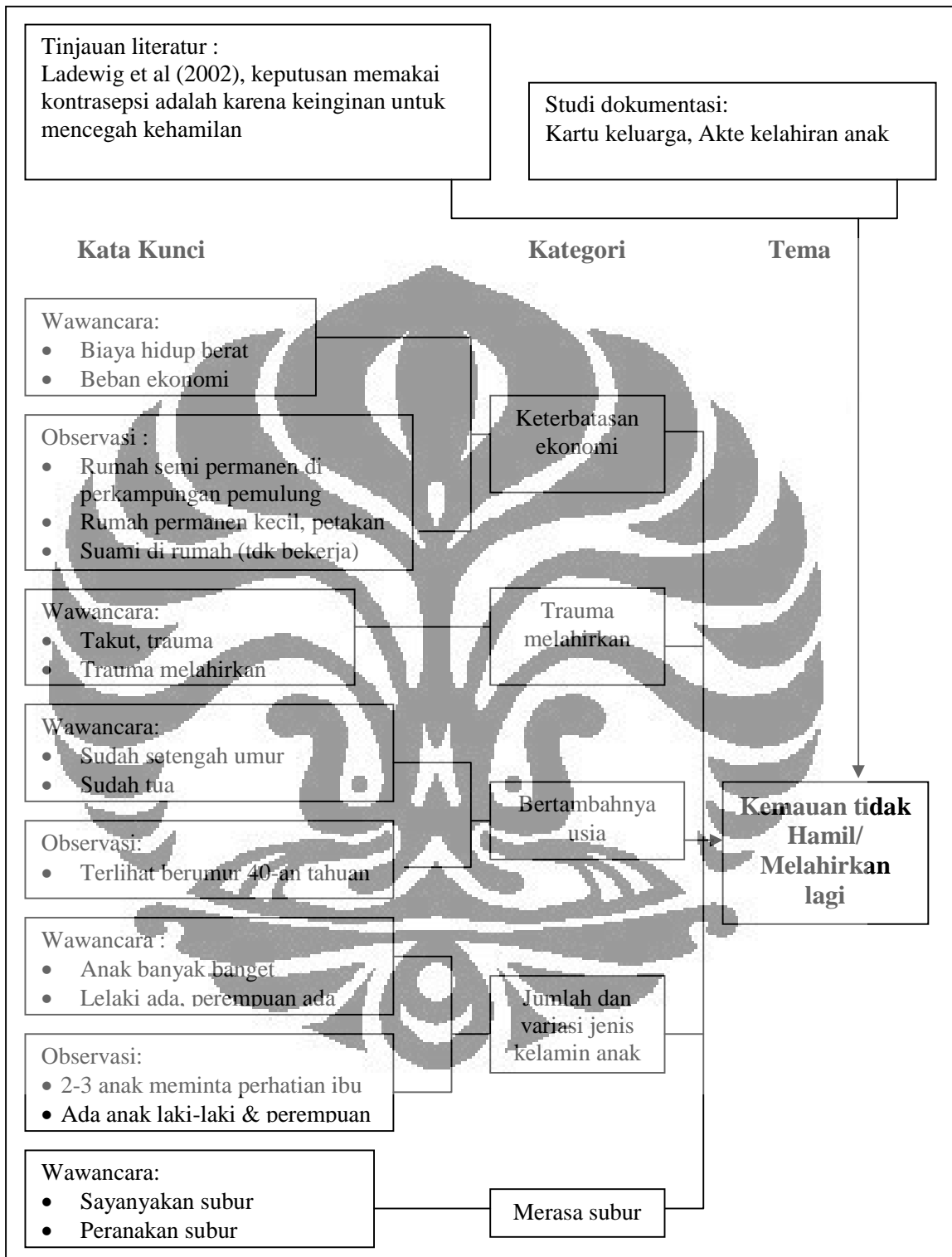
B. Hasil Penelitian

Peneliti melakukan analisa transkrip wawancara, yang dilengkapi dengan catatan lapangan hasil observasi (kegiatan wawawancara, kunjungan ke unit pelayanan kontrasepsi, kunjungan kader ke rumah partisipan, kegiatan yang dilakukan di dalam dan di luar rumah), studi dokumen terkait, memo teori/ proses yang peneliti buat dan studi literatur. Saat berbagai konsep mulai bermunculan, peneliti mengaitkan dan menganalisanya menggunakan tinjauan literatur yang telah dipersiapkan sebelumnya. Data-data yang diperoleh di banding satu dengan lainnya menggunakan metode *constant comparative*. Adapun tema-tema utama yang ditemukan dari

penelitian ini terkait dengan proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara adalah: kemauan untuk tidak hamil/ melahirkan lagi, cara memilih kontrasepsi yang paling tepat, faktor internal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi, faktor eksternal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi, pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi, dan kesejahteraan ibu grande multipara dan keluarga sebagai dampak pemakaian kontrasepsi. Berikut ini uraian secara rinci tentang tema-tema tersebut:



Skema 4.1. Analisis Tema “Kemauan untuk Tidak Hamil dan Melahirkan lagi”



Tema 1: Kemauan untuk Tidak Hamil dan Melahirkan lagi

Kemauan untuk tidak hamil dan melahirkan lagi merupakan perhatian utama yang menjadi titik awal pengambilan keputusan memakai kontrasepsi. Semua partisipan menyatakan bahwa mereka mengambil keputusan memakai kontrasepsi dikarenakan *"tidak ingin hamil lagi"*, *"takut melahirkan lagi"*, atau *"tidak ingin punya anak lagi"*. Seorang partisipan yang sudah pernah delapan kali melahirkan mengatakan:

"...takut hamil lagi, buktinya ku Akbar, 2 kali berhenti disuntik hamil lagi."
(P1)

Kemauan tidak hamil lagi juga diungkapkan oleh seorang partisipan yang memiliki lima orang anak:

"Sudah nggak mau (punya anak lagi)... sudah capek. Ngelahirinnya sudah capek. Sudah nggak mau hamil lagi." (P6)

Seorang partisipan yang lima kali melahirkan anaknya dirumah tanpa bantuan tenaga kesehatan karena tidak punya biaya melahirkan, mengatakan:

"Takut hamil lagi. Yang terakhir ini... sudah takut hamil lagi. Ingat usia kita. Nggak boleh punya anak lagi..." (P7)

Berbagai kategori yang membentuk tema "kemauan untuk tidak hamil dan melahirkan lagi", yaitu keterbatasan ekonomi, jumlah anak yang banyak, sudah lengkapnya variasi jenis kelamin anak yang dimiliki, bertambahnya usia, trauma melahirkan bermasalah, dan merasa masih subur.

1. Keterbatasan ekonomi

Tujuh dari delapan orang partisipan menyatakan adanya keterbatasan ekonomi keluarga yang menimbulkan permasalahan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, khususnya yang terkait dengan pengasuhan anak. Hal ini menjadi pemicu

munculnya kemauan tidak hamil lagi. Kebutuhan keluarga semakin meningkat dengan bertambahnya jumlah anggota keluarga. Biaya untuk sekolah anak dan biaya kesehatan menjadi pusat perhatian perhatian orang tua besar. Banyaknya jumlah anak yang harus dipenuhi kebutuhannya menguatkan keinginan semua partisipan untuk memakai kontrasepsi. Ketika ditanya kenapa ibu sudah tidak ingin punya anak lagi, seorang partisipan yang memiliki lima anak usia sekolah dan pernah mengalami kekecewaan karena ketidakmampuannya membiayai pengobatan anaknya yang sakit, menjawab:

" Sudah banyak anaknya (terseenyum). Biaya hidupnya sudah berat. Kita kan hidupnya masih ngontrak (tertawa). Biaya sekolahnya gede. Biaya kesehatan juga... Itu yang paling ditakutin banget. Ditakutin banget... Ingat waktu anak saya sakit, nggak bisa ngobatin. Kalau ingat sakiiii.... Sakit hati (mata berkaca-kaca). Bukan sakit hati karena anak pergi gitu. Sakit hati sama diri saya sendiri. Kenapa saya nggak bisa ngobatin. Mungkin itu takdir juga sih. Sakitnya cuma tiga hari. Muntaber. Waktu memang lagi benar-benar nggak punya. Pas dibawa ke dokter, obat belum diminum, sudah langsung nggak ada." (P7)

Keterbatasan ekonomi partisipan dapat terlihat dari keadaan tempat tinggal partisipan. Hasil observasi menunjukkan bahwa tujuh dari delapan partisipan tinggal di rumah yang ukurannya sangat terbatas untuk menampung seluruh anggota keluarga yang rata-rata berjumlah tujuh orang. Bahkan dua diantaranya tinggal di rumah semi permanen di perkampungan pemulung. Pengamatan yang dilakukan pada keluarga partisipan selama beberapa kali kunjungan rumah, dapat terlihat bahwa empat dari delapan suami partisipan berada di rumah dan tidak bekerja pada jam-jam sibuk bekerja.

2. Trauma Melahirkan

Kemauan untuk tidak punya anak lagi juga dipicu oleh adanya trauma melahirkan. Lima dari delapan partisipan pernah mengalami masalah saat melahirkan yang menimbulkan trauma bagi ibu untuk hamil dan melahirkan kembali. P3 yang seorang ibu rumah tangga dan suaminya tidak bekerja menyatakan bahwa pengalaman melahirkan bermasalah dan faktor ekonomi membuatnya malas untuk hamil dan melahirkan kembali, apalagi kehamilan terakhir merupakan kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Ia mengatakan:

"Setelah kelahiran anak ketiga, masih kepengin punya anak lagi. Terus yang ini (anak kelima), yang sekarang, kecolongan. Sudah nggak ingin punya anak lagi. Sudah malas sama ngelahirin. Ya Allah, ternyata ada lagi. Terus suntik. Suntik berhenti, eh malah ada yang ini. Yang ini malah susah lahirnya (menggelengkan kepala). Susah... saya mah sampai di infus. Ya Allah, sampai terasa, ingat.... (raut wajah ketakutan). Ibu sudah malas ngelahirin. Sudah males deh pokoknya. Sudah nggak kepengen (tertawa)....kalau melahirkan pan badannya capek ya. Keduanya ekonomi. Kan kalau ngelahirin punya anak mah sudah enak saja ya... Yang kesononya entar bebannya berat. Buat ekonomi seharian, buat sekolah. Kurang itu mah. Jadinya ribet. Kalau anak ngeluh dari sekolahan, ada ini itu, jadi nunda. Makanya ibu mah malas hamil lagi mah. Makanya ekonomi di rumah sudah kurang..." (P3)

Seorang partisipan yang mengalami hipertensi kehamilan dan harus di vakum saat melahirkan mengatakan:

"Darah saya tinggi. Sakit waktu di vakum. Trauma, mendingan normal ya? Mendingan ngeden sendiri. Sakitnya tuh...(raut wajah takut, geleng-geleng kepala) Saya sudah nggak mau anak lagi... Takut, saya sudah tua. Takut ada kelainan lagi. Takut, trauma sama yang ini. Kaki saya pada bengkak waktu ngelahirin ini." (P6)

Pernyataan P6 ini juga merupakan representasi dari dua partisipan lainnya yang merasa sudah terlalu tua untuk melahirkan kembali.

3. Bertambahnya usia

Bertambahnya usia dianggap menimbulkan penurunan tenaga untuk melahirkan, dan kelelahan untuk merawat anak. Seorang partisipan yang telah berumur 45 tahun mengatakan:

” Tapi akunya yang takut. Takut hamil lagi. Aku kan sudah nggak sehat. Maksudnya tenaganya sudah nggak kuat. Ngeluarin anak kan tenaganya di habis... Aku KB supaya nggak hamil lagi. Makanya aku, obat apa ya...supaya nggak hamil lagi. Namanya aku ya sudah setengah umur.” (P2)

Senada P6 dan P2, partisipan lain yang 10 tahun lebih muda dari P2 dan pernah melahirkan sebanyak tujuh kali mengatakan:

”Sudah tua, nggak mau hamil lagi (tertawa). Sudah nggak ada pikiran punya anak lagi. Sudah capek. Ngurusin anaknya sudah capek.” (P4)

Hasil pengamatan terhadap partisipan, terlihat bahwa sebagian besar partisipan terlihat lebih tua dari usia yang sebenarnya dan terlihat berusia 40-an tahun padahal rata-rata mereka berusia kurang dari empat puluh tahun.

4. Jumlah dan variasi jenis kelamin anak

Penyebab lain yang membuat ibu grande multipara berkemauan untuk tidak melahirkan lagi adalah jumlah dan variasi jenis kelamin anak. Lima dari delapan partisipan menganggap bahwa anaknya banyak atau cukup, dan satu atau dua kelahiran terjadi diluar keinginan ibu dan suaminya. Seorang partisipan yang sudah memiliki enam anak hidup dan satu anak meninggal, mengatakan:

”...Sudah takut, nggak mau hamil lagi. Sudah anak enam saja. Nanti dari cucu saja. Sudah nggak ingin punya anak.... Dulu mah nggak pakai perencanaan berapa-berapa. Pengennya tiga, empat gitu. Nggak tahunya banyak banget.” (P4)

Kecukupan anak tidak hanya dilihat dari jumlahnya tetapi juga dari variasi jenis kelamin anak yang dimiliki. Lima dari delapan partisipan menyatakan bahwa anak sudah cukup karena ia telah memiliki anak laki-laki dan perempuan. P5 yang pernah melahirkan 4 anak yang hidup dan satu anak yang meninggal, mengatakan:

"Alhamdulillah deh, cukup tuh, dua anak laki-laki, dua perempuan. Sudah nggak mau lagi deh." (P5)

Sementara seorang partisipan yang pernah melahirkan sebanyak delapan kali (tiga meninggal) mengatakan :

"Kalau punya anak perempuan melulu, pasti kan penasaran pengen punya anak laki-laki. Kalau laki-laki melulu, biarpun lahirnya susah-susah saya mah pasti pengen punya perempuan. Sekarang mah namanya laki-laki perempuan sudah ada, cukuplah gitu. Lelaki tiga, perempuan dua." (P1)

Umumnya partisipan terlihat sibuk mengurus kebutuhan rumah tangga dan anak-anaknya, baik dibantu oleh anggota keluarga lainnya, ataupun seorang diri. Saat partisipan di wawancara di rumahnya, dua/ tiga anak partisipan meminta perhatian ibu dan terlihat bahwa ada anak laki-laki dan perempuan di rumah. Anak perempuan yang sudah besar terlihat membantu ibu mengurus adik-adiknya yang masih kecil.

5. Merasa Subur

Enam dari delapan partisipan merasa atau pernah diberitahu orang lain bahwa dirinya masih subur sehingga berisiko tinggi hamil lagi jika tidak memakai kontrasepsi. Keyakinan bahwa dirinya masih subur inilah yang membuat ibu

ketakutan akan hamil lagi kalau tidak memakai kontrasepsi, seperti yang dikatakan oleh dua partisipan berikut:

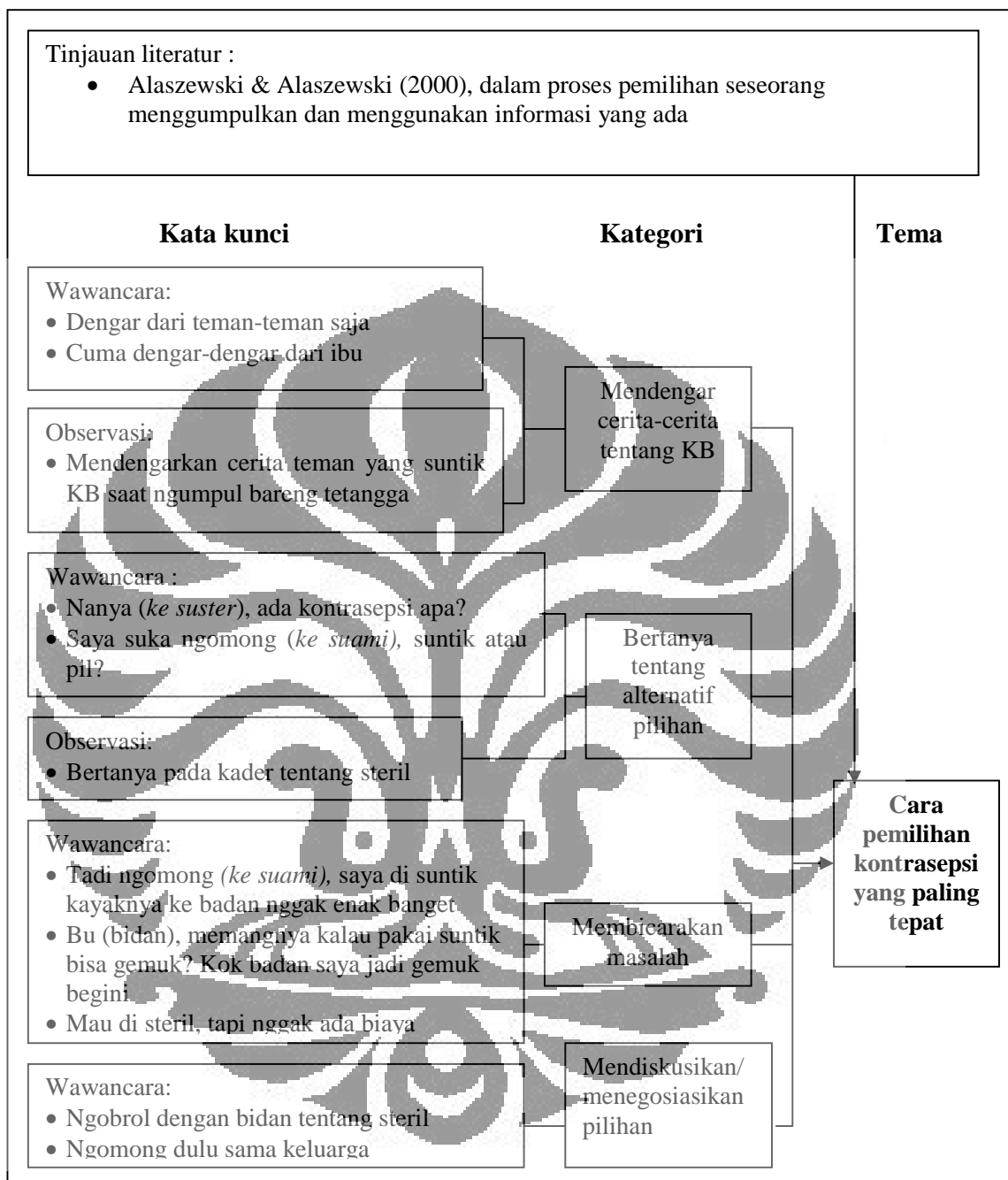
"Ya itu ibunya bersyukur ada KB. Bisa mengurangi kehamilan bagi ibu. Alhamdulillah ada KB. Kalau nggak ada ibu bingung. Ibu kan kata orang peranannya subur. Kata Bu dukun, ibu kan lahirannya di dukun ya, ini mah peranakan subur, harus KB. Kalau nggak KB ada anaknya lagi, kata dia begitu. Ya iya deh nurutin. Bu dukun bilang gitu, peranakan subur. Ya ibu takut. Kalau ada anak lagi, ya beban ya. Ibu bingung. Kata ibu trauma ya, ada suami. Tapi ibu benar-benar nggak mau ada lagi." (P3)

"Sudah nggak ingin punya anak lagi. Ini juga sesudah yang ketiga, sudah nggak kepengen. Sudah makan obat supaya nggak punya anak lagi. Tapi sayanya kan subur." (P4)

Studi dokumentasi terhadap akte kelahiran anak dan kartu keluarga dilakukan pada beberapa orang partisipan untuk memastikan tanggal kelahiran anak yang menentukan jarak waktu kehamilan dan mengingatkan ibu kembali akan berbagai kontrasepsi yang dipakai diantara dua waktu kelahiran.

Kemauan tidak hamil atau melahirkan lagi menjadi dasar pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ladewig et al (2002) bahwa keputusan menggunakan kontrasepsi mungkin muncul dari keinginan untuk mencegah kehamilan, untuk mengontrol jumlah anak yang dilahirkan, atau memberikan jarak kehamilan.

Skema 4.2. Analisis tema “Cara pemilihan kontrasepsi yang paling tepat”



Tema 2: Cara Pemilihan Kontrasepsi yang Paling Tepat

Ibu grande multipara yang menjadi partisipan penelitian ini mengatasi kemauannya untuk tidak hamil/ melahirkan lagi dengan memakai metode kontrasepsi. Pemilihan terhadap berbagai metode kontrasepsi yang ada dilakukan oleh partisipan guna dapat melakukan pengambilan keputusan memakai kontrasepsi yang tepat. Cara-cara yang digunakan oleh ibu grande multipara dalam rangka memilih berbagai alternatif pilihan metode kontrasepsi yang akan dipakainya adalah dengan: 1) mendengar (*listening*) cerita-cerita tentang KB, 2) bertanya (*asking*) tentang alternatif pilihan, 3) membicarakan (*talking about*) masalah pemakaian kontrasepsi, dan 4) mendiskusikan/ menegosiasikan (*discuss & negotiate*) pilihan kontrasepsi dengan teman, suami, keluarga, kader atau tenaga kesehatan (skema 4.2).

1. Mendengar cerita-cerita tentang KB

Mendengar (*listening*) cerita-cerita tentang KB dilakukan partisipan dalam proses pemilihan metode kontrasepsi yang akan dipakai. Pengetahuan partisipan tentang kontrasepsi meningkat dengan mendengarkan pengalaman orang lain dalam memakai kontrasepsi tertentu. Ibu yang berkeinginan memakai metode kontrasepsi biasanya mendengarkan dan mengamati pengalaman orang lain untuk menjadi bahan pertimbangan dalam memilih kontrasepsi yang akan dipakainya. Lima dari delapan partisipan mengatakan bahwa ia mengetahui metode kontrasepsi/ KB dari mendengar cerita orang-orang disekitarnya baik yang memakai atau tidak memakai metode kontrasepsi tertentu. Mendengarkan cerita, seringkali diikuti oleh kegiatan mengamati/ melihat secara langsung metode kontrasepsi yang dipakai oleh orang yang bercerita. Salah seorang

partisipan yang pernah memakai kontrasepsi pil dan suntik ditanyakan tentang bagaimana ia mengetahui metode kontrasepsi, mengatakan:

” Dengar dari teman-teman saja. Ada yang nyaranin, sudah pakai spiral saja. Nggak ah... habis tetangga pakai spiral hamil. Iya... ada. Waktu itu di Kedaung, ada... Di kampung, tetangga kita juga ada, orang pakai spiral hamil.... Pernah dengar...pernah liat susuk. Yang orang pakai disini (memegang tangan), kayak pentulan korek api kan? Lima bijikan disini. Aku sudah lihat dua orang pakai begitu. Nggak tertarik... takut saja. Entar kayak gitu didalam jalan.... Ngedenger-denger juga sih steril. Tapi aku nggak tahu apa itu. Aku nggak tahu, ada juga katanya, nggak punya anak lagi. Kalau lahir, peranakannya diambil, atau apa gitu. Sudah gitu-gitu saja. Cuma dengerin orang ngomong. Kondom pernah dengar juga, tapi nggak pernah pakai.” (P7)

Sementara partisipan lain yang juga pernah memakai pil dan suntik, mendengarkan cerita tentang permasalahan metode kontrasepsi tertentu bukan dari orang yang mengalaminya sendiri dan tidak bertemu langsung dengan orang tersebut. Walaupun diragukan kebenarannya, cerita tersebut membuat P3 merasa takut untuk memakai metode kontrasepsi tersebut. Ia mengatakan:

”Kalau orang tua pernah bilang, saudara KB spiral sampai keluar. Jadinya Ibu (saya) ngeri. Tapi benar atau nggak, Ibu nggak tahu. Soalnya Ibu belum ngelihat dari mata sendiri. Cuma dengar dari ibunya Ibu.” (P3)

Pengamatan terhadap kegiatan P6 ketika membeli sayur dan mengobrol dengan ibu lainnya (P5) yang memakai kontrasepsi suntik, menunjukkan bahwa ibu dengan serius mendengarkan pengalaman temannya yang bercerita tentang masalah tidak adanya menstruasi dan sakit-sakit badan. P6 yang saat ini sedang tidak memakai metode kontrasepsi karena suaminya yang memakai kondom, berencana memakai kontrasepsi kembali dan sedang mempertimbangkan berbagai metode yang ada. Salah satunya dengan mendengarkan pengalaman orang lain memakai kontrasepsi suntik yang belum pernah dipakai oleh P6.

2. Bertanya tentang alternatif pilihan

Cara lain yang digunakan oleh partisipan dalam memilih kontrasepsi adalah dengan bertanya pada orang lain tentang alternatif pilihan. Semua partisipan menanyakan alternatif pilihan metode kontrasepsi yang ada pada tenaga kesehatan, kader kesehatan, teman atau keluarga. Seorang partisipan yang sudah memakai kontrasepsi sejak kelahiran anak pertamanya, bertanya tentang metode-metode kontrasepsi yang ada pada tenaga kesehatan dan orang tua sebelum memutuskan untuk memakai kontrasepsi tertentu.

"Pas sudah lahiran yang pertama itu. Bu bidan bilang, Ibu mau langsung KB? Ibu mau spiral? Kan saya nggak ngerti waktu itu yah. Terus saya nanya, adanya apa, suster? Ada yang suntik tiga bulan sekali, ada yang sebulan sekali, katanya begitu. Terus ada yang pakai susuk, juga kan... Waktu itu saya hampir-hampir punya tekad mau pasang itu. Ibu saya ngelarang. Nggak boleh capek katanya itu mah. Nggak boleh yang, ibu-ibu yang kerja capek. Terus nggak tuh." (P5)

Menanyakan alternatif pilihan metode kontrasepsi merupakan salah satu upaya yang dilakukan ibu grande multipara dalam memperoleh informasi tentang metode yang paling tepat untuk dirinya dan mencari dukungan atas metode kontrasepsi yang akan dipakainya. Seorang partisipan yang tidak menyelesaikan sekolah dasar mengatakan:

"...saya suka ngomong (ke suami), suntik apa pil ya?" (P1)

Pengamatan terhadap P6 dan P8 yang dikunjungi kader menunjukkan bahwa ibu dan suami berupaya menanyakan tentang metode steril perempuan (MOW) dan metode steril pria (MOP) pada ibu kader.

3. Membicarakan masalah

Membicarakan tentang permasalahan yang dihadapinya saat memakai kontrasepsi tertentu menjadi salah satu strategi partisipan untuk dapat memilih metode lain yang lebih nyaman dipakai. Tujuh dari delapan partisipan membicarakan tentang keinginannya memakai kontrasepsi dan membicarakan masalah yang dihadapinya dalam memakai kontrasepsi tertentu sebelum membuat keputusan untuk memakai metode kontrasepsi tertentu. P5 yang merasakan ketidakcocokan dalam memakai kontrasepsi suntik yang baru dipakainya selama 9 bulan sejak kelahiran anak kelimanya berkata:

"Terus tadi ngomong begini (ke suami), sayanya disuntik kayaknya ke badan nggak enak banget. Kata Bapaknya, ya dirasa-rasain dulu. Kalau enak diterusin, kalau nggak enak ya nggak usah." (P5)

Membicarakan masalah pemakaian kontrasepsi tertentu juga dilakukan partisipan dengan tenaga kesehatan, untuk meyakinkan partisipan bahwa apa yang dipakainya tidak membahayakan dirinya dan menjadi bahan pertimbangan untuk pemakaian kontrasepsi selanjutnya. P7 yang mengalami kenaikan berat badan sebanyak 14 kg sejak memakai kontrasepsi suntik, mengatakan:

"Tapi pakai suntik, saya pernah nanya juga ke Bu I (bidan). Bu I, memangnya kalau pakai suntik itu bisa menyebabkan badan gemuk? Nggak juga. Tapi kenapa badan saya jadi gemuk begini? Apa mungkin kotoran nggak keluar, atau apa, gitukan? Nggak mens." (P7)

P1 yang mengalami mual saat memakai metode kontrasepsi pil, mengatakan:

"Nanyain lagi sama tetangga yang kasih tahu, kok saya enek-enek gitu minum beginian? Oh berarti nggak cocok Ceu Mar, bilang ke bidannya. Bilang ke bidannya, Bu kalau nggak cocok jangan diminum lagi, bisa bahaya... kata dia begitu." (P1)

Partisipan membicarakan masalah yang dihadapinya dalam menggunakan kontrasepsi guna memilih metode yang dirasakannya tepat dan meningkatkan keyakinan dirinya dalam menggunakan kontrasepsi tertentu. P1 yang terpaksa memakai metode kontrasepsi suntik mengatakan:

“...tapi boleh nggak ya dok disuntik? Boleh, tapi ibu punya urat murungkut (varises) nggak? Punya dok... Makanya saya lagi lahiran suruh di steril. Berhubung nggak punya biaya, sekarang terpaksa masuk suntik...” (P1)

4. Mendiskusikan/ menegosiasikan pilihan

Pemilihan metode kontrasepsi juga dilakukan dengan cara mendiskusikan/ menegosiasikan pilihan-pilihan kontrasepsi yang ada sehingga partisipan dapat memutuskan metode kontrasepsi yang akan dipakainya. Saat muncul kebutuhan untuk mengganti metode kontrasepsi dengan metode yang belum pernah dipakai sebelumnya, enam dari delapan orang partisipan mendiskusikan metode tersebut dengan keluarga atau tenaga kesehatan terlebih dahulu. Seorang partisipan yang ingin mengganti metode kontrasepsi suntik yang dipakainya dengan metode sterilisasi (tubektomi/ MOW), melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan tentang keinginannya tersebut. Walaupun tenaga kesehatan tidak menganjurkan partisipan untuk di steril karena umurnya masih kurang dari 40 tahun, partisipan ini berhasil melakukan negosiasi dan meyakinkan tenaga kesehatan tentang keinginannya yang begitu kuat untuk disteril dan mengatakan:

”Saya langsung ke Bu Bidannya kalau ada yang mau diobrolin. Ya kemarin begitu, kata asistennya kalau ada yang mau diobrolin, langsung saja ke Bu Bidan. Langsung di kamar praktek. Ya tetap Bu Bidan bilang, Bu T belum empat puluh, soalnya masih bisa hamil. Ya justru itu, Bu... karena saya masih bisa hamil makanya saya ingin steril. Kalau nggak bisa hamil ngapain saya

steril (tertawa). Ya maksudnya, Bu T, jodoh, pati kan ditangan Tuhan. Gimana kalau Bu T, inimah seandainya ya, pisah dengan suami yang ini, maksudnya meninggal, atau apa... Jadi Bu T punya suami lagi. Terus suami seandainya pengen punya anak lagi. Kalau Bu Tini sudah begini kan, nggak bakalan bisa, katanya. Yah ini mah... saran dari ibu. Tapi itu mah terserah Bu T. Sebenarnya steril itu lebih bagus 40 lewat. Kalau sayakan 36... masih bisa hamil. Saya kira 2 jutaan. Tapi Bu Bidan bilang terakhirnya, nanti deh kalau ada yang kolektifan, biar gratis. Bu L (Kader) juga nawarin begitu....” (P8)

Mendiskusikan tentang metode kontrasepsi yang dipilih dan akan dipakainya kepada anggota keluarga sangat penting bagi enam dari delapan partisipan penelitian ini. Salah seorang partisipan mengatakan:

”Ya, kalau.. bidan bilang nggak boleh suntik atau pil, steril aja. Ya ibu ngikut. Tapi, apa nanti nggak ada pengaruh apa-apa? Nggak ada. Ya sudah ibu ngikut. Tapi ibu ngomong dulu sama keluarga.” (P3)

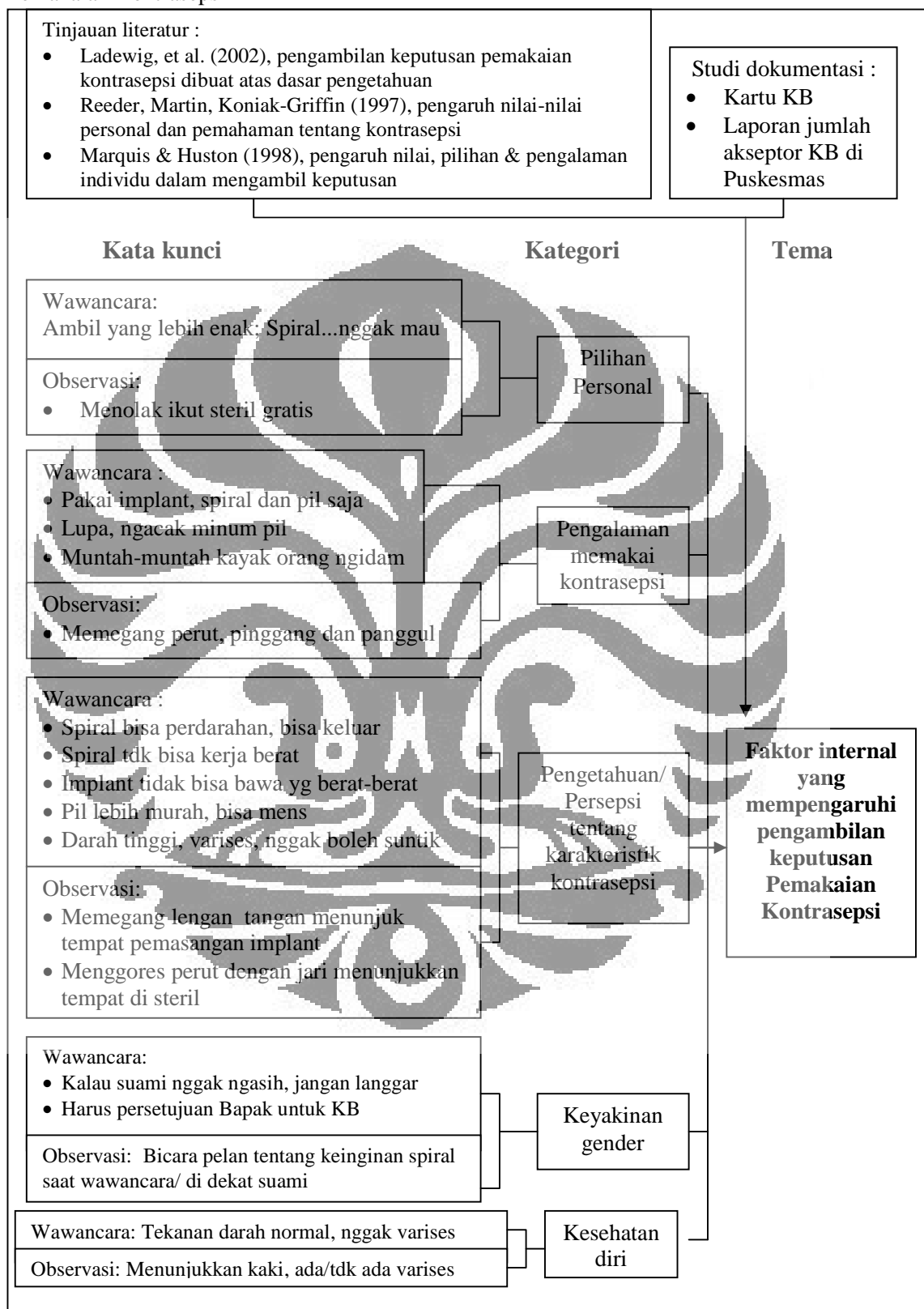
Seorang partisipan melakukan konseling kontrasepsi pada tenaga kesehatan disaat ia menghadapi masalah penggunaan kontrasepsi dan mendiskusikan metode kontrasepsi yang akan dipakainya. Disaat muncul larangan untuk menggunakan metode kontrasepsi tertentu, partisipan berupaya menegosiasikan pilihan kontrasepsi yang ingin dipakainya tersebut. Ia mengatakan:

” Udah tiga tablet, langsung saya enek-enek, muntah-muntah. Enek-enek kayak orang ngidam. Pas gitu saya dibilang lagi sama bidan yang beli pil itu. Bidan lagi saya beli pil di bidan itu lagi satu nggak pa pa, lagi dua nggak pa pa, lagi tiga terus saya enek-enek. Kemudian diperiksa darah saya, oh berarti Ceu Mar darahnya rada tinggi juga. Kalau darah Ceu Mar rada tinggi juga, ga boleh ya, takut, kata dia. Mendingan suntik aja ya, kata ibu bidan, Bidan S. Pas disuntik sama dia, diperiksa, Ceu Mar punya urat ngga? Ya punya, Bu Bidan. Kan urat saya gede-gede begini. Jadi kalau punya urat mah kayaknya ngga bisa. Ih tolong... biarin nggak bisa ge udah lah biarin, kata saya gitu. Saya usahain, soalnya saya takut punya anak lagi. Kata dia, iyalah saya usahain. Tapi biarin, kata dia, kalau sudah disuntik uratnya gede-gede. Udahlah biarin, kata saya. Uratnya gede-gede, biarin, daripada nanti saya nanti saya punya anak lagi. Lahirkan cape juga. Mending kalau lahirnya gampang, kata saya gitu. Udah punya anak mati melulu, sudah tiga, kata saya gitu.” (P1)

Proses memilih dan mempertimbangkan kontrasepsi yang akan dipakai perlu dilakukan oleh ibu grande multipara untuk mendapatkan metode kontrasepsi yang tepat bagi dirinya dan suaminya. Menurut Alaszewski dan Alaszewski (2000), secara implisit proses memilih merupakan suatu kegiatan evaluasi terhadap berbagai hasil yang mungkin terjadi atas pilihan yang berbeda-beda. Oleh sebab itu, seseorang yang akan melakukan pengambilan keputusan perlu mengumpulkan dan menggunakan informasi yang ada untuk membantu proses pemilihan dan mencegah terjadinya ketidakpastian.



Skema 4.3. Analisis Tema “Faktor Internal yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi”



Tema 3: Faktor Intenal Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi

Faktor internal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi merupakan hal-hal yang terdapat dalam diri pengambil keputusan atau ibu grande multipara, yang terdiri atas pilihan personal, pengalaman memakai kontrasepsi, pengetahuan/ persepsi partisipan tentang karakteristik kontrasepsi, keyakinan gender, dan kesehatan diri partisipan (skema 4.3).

1. Pilihan personal

Pilihan personal merupakan keyakinan seseorang memilih metode kontrasepsi yang dianggapnya memberikan kenyamanan saat pemakaian, sehingga ia mau memakai metode kontrasepsi tersebut. Seorang partisipan yang memutuskan untuk memakai metode kontrasepsi tertentu karena memberikan rasa nyaman pada dirinya dan suaminya, mengatakan:

"Kata Bu Bidan, kondisi saya ini bagus buat KB apa saja. KB apa saja bisa, mau pil atau mau implant. Cuma saya ambil yang lebih enak, suntik satu kali untuk 3 bulan (tertawa). Kalau implant (memegang lengan atas), kelihatan. Spiral, katanya Bapaknya nggak ngijinin. Sampai sekarang Bapaknya nggak ngijinin..... Agak nyaman di suntik. Sudah nyoba pil, buktinya ada lagi. Kan lebih gawat itu." (P8)

Senada dengan P8, P5 memilih metode kontrasepsi suntik karena metode tersebut dianggap paling memberikan kenyamanan bagi dirinya dan ia mengatakan:

"Kalau mau pakai spiral itu, ah saya mah takut pendarahan. Kalau yang suntik tiga bulan sekali, saya anggap ini. Ah..nggak pendarahan gitu ya. Pertama kali, dua kali, tiga kali, enak saja dibawanya ke kita, suntik itu. Dipikir suntiknya tiga bulan sekali. Kalau spiral dan lain-lain itu, dipikirknya kalau pil takut lupa saya. Kalau spiral, sudah tahukan nggak dikasih. Jadi sayanya ngambil yang enakya saja." (P5)

Pilihan personal akan keinginan memakai metode kontrasepsi tertentu juga didasarkan pada ketidakinginan atau ketakutan memakai metode kontrasepsi lainnya. Seorang partisipan yang pilihan personalnya adalah metode kontrasepsi suntik mengatakan:

"Spiral...nggak mau. Nggak berani. Biarin deh badan bengkak, nggak apa-apa, suntik saja" (P7)

Hasil pengamatan peneliti terhadap P1, P3, dan P4 yang pilihan personalnya adalah metode suntik menunjukkan bahwa partisipan menolak untuk dilakukannya sterilisasi (MOW) pada dirinya pada saat kader kesehatan menawarkan partisipan untuk mengikuti program sterilisasi gratis.

2. Pengalaman memakai kontrasepsi

Pengalaman memakai metode kontrasepsi dapat dilihat sebagai pengalaman ibu memakai beberapa jenis kontrasepsi, pengalaman kelalaian atau ketidaktepatan pemakaian metode kontrasepsi (yang mengakibatkan terjadinya KTD), dan pengalaman menghadapi efek samping pemakaian metode kontrasepsi tertentu. Semua partisipan pada penelitian ini pernah memakai setidaknya dua jenis metode kontrasepsi. Seorang partisipan yang pernah memakai dua jenis metode kontrasepsi mengatakan:

"Pernah coba pil juga. Karena saya penasaran, kata tetangga. Kan kalau minum, waktunya mens, mens tuh. Kalau saya minum, memang sih kalau pil yang waktu mens, mens tuh saya. Cuma saya ada lupakan. Kalau lupa kan kita harus buru-buru minum lagi ya? Saya bawaannya enek, muntah-muntah. Saya mens, tapi bawaannya enek, muntah-muntah. Terusannya saya, yah tersiksa benar. Yah sudah, saya suntik lagi aja." (P5)

Seorang yang pernah memakai tiga jenis kontrasepsi dan suaminya memakai satu jenis kontrasepsi mengatakan:

"...Pokoknya pakainya implant, spiral dan pil saja.....Bapaknya, pakai kondom." (P6)

Secara umum, tujuh dari delapan partisipan pernah memakai metode kontrasepsi pil dan suntik.

Pengalaman memakai metode kontrasepsi juga menunjukkan adanya ketidaktepatan partisipan dalam pemakaian kontrasepsi tertentu (seperti lupa minum pil atau terlambat suntik). Ketidaktepatan pemakaian metode kontrasepsi pernah dialami oleh enam dari delapan partisipan penelitian ini, dan karena ketidaktepatan pemakaian kontrasepsi ini terjadi KTD. Hal ini biasanya mempengaruhi partisipan dalam memilih metode yang akan dipakainya pada waktu-waktu selanjutnya dan mempengaruhi keputusan partisipan untuk tidak menggunakan metode sejenis kembali. Ketika P3 ditanya tentang masalah yang dihadapinya saat memakai pil KB, ia menjawab:

"Ngacak minumnya, kadang minum, kadang nggak. Lupa ketiduran. (Tertawa). Makanya sudah lama ganti suntik. Kan aman ya, nggak mikir minum itu. Kalau suntik kan merem mata ya sudah. Kalau pil kan kita harus minum dulu mau tidur. Namanya orang mau tidur entar kecolongan. Ya Allah, lupa belum minum pil." (P3)

Hal sama diungkapkan oleh P6 yang juga pernah lupa minum pil KB sehingga terjadi kehamilan:

"Puyeng-puyeng, enek-enek nggak ada. Cuma lupa... jadinya hamil lagi, hamil lagi (tertawa). Yang nomor empat nih. Maksudnya nggak mau punya anak lagi, eh.. di kasih lagi." (P6)

Pengalaman partisipan dalam menghadapi efek samping yang timbul dari kontrasepsi tertentu dimasa lalu akan mempengaruhinya dalam memilih metode kontrasepsi yang akan dipakainya. Efek samping yang umum dialami adalah, mual dan muntah (pada pemakaian kontrasepsi pil), serta penambahan berat badan dan amenore (pada pemakaian kontrasepsi suntik). Semua partisipan penelitian ini pernah mengalami efek samping atas pemakaian metode kontrasepsi tertentu. Seorang partisipan yang tidak ingin memakai kontrasepsi pil kembali mengatakan:

“...Terus saya ikutin dapat berapa bulan ikut keluarga berencana yang pil itu, ternyata saya muntah-muntah, kaya orang ngidam, enek gitu terus, setiap pagi enek kata saya gitu, kok enek-enek gitu?” (P1)

3. Persepsi/ pengetahuan tentang kontrasepsi

Persepsi dan pengetahuan tentang metode-metode kontrasepsi yang ada mempengaruhi ibu grande multipara dalam memilih metode kontrasepsi yang akan dipakainya. Persepsi dan pengetahuannya tentang karakteristik metode kontrasepsi akan mengarahkan ibu untuk memakai/ tidak memakai kontrasepsi tertentu. Karakteristik kontrasepsi yang menjadi pertimbangan ibu grande multipara untuk memakai metode tertentu adalah risiko komplikasi, efek samping, kontra indikasi, keuntungan, cara dan lama pemakaian, dan efektifitas. Semua partisipan pada penelitian ini mempertimbangkan karakteristik berbagai metode kontrasepsi sebelum mengambil keputusan untuk memakai metode kontrasepsi tertentu.

Persepsi tentang risiko komplikasi yang mungkin terjadi pada pemakaian metode kontrasepsi tertentu dapat membuat partisipan ketakutan untuk memakai metode tersebut. Salah satu partisipan menyatakan bahwa ketakutannya untuk memakai IUD adalah karena dianggap dapat mengakibatkan ekspulsi dan perdarahan.

" Ga lah... biarin pun kata dokter suruh masuk spiral apa disteril, saya takut... udahlah suntik aja.....Takutnya ya gini ya... kadang-kadang, kata tetangga, saya mah kata-orang, kata tetangga, ceuna (katanya) kalau suka kerja berat, suka nenteng air ceuna, suka pendarahan ceuna, kadang-kadang itunya (spiral) suka keluar ceuna..." (P1)

Senada dengan P1, P3 mempersepsikan bahwa orang yang memakai IUD tidak boleh kerja keras karena dikhawatirkan dapat mengakibatkan IUD tersebut keluar dari rongga uterus, dan mengatakan:

"Itu yang kayak per yang dimasukin. Ibu dulu sudah pernah mau pakai. Kata Bu Sam, sudah Bu pasang aja. Nggak ah Bu, saya masih takut. Kayaknya belum yakin, masih ngeri. Ya sudahlah, kata Bu Sam gitu. Akhirnya lama-lama pil aja. Banyak aja yang ngomong... spiral nggak boleh kerja keras. Terus entar takut keluar gitu... (Tertawa)...." (P3)

Seorang partisipan yang berpendidikan paling tinggi diantara seluruh partisipan, memikirkan kelebihan dan kekurangan berbagai metode kontrasepsi sebelum memilih metode yang dianggapnya paling cocok untuk dipakai:

"Kalau mau pakai spiral itu, ah saya mah takut pendarahan. Kalau yang suntik tiga bulan sekali, saya anggap ini. Ah..nggak pendarahan gitu ya. Pertama kali, dua kali, tiga kali, enak saja dibawanya ke kita, suntik itu. Dipikir suntiknya tiga bulan sekali. Kalau spiral dan lain-lain itu, dipikirkannya kalau pil takut lupa saya. Kalau spiral, sudah tahukan nggak dikasih. Jadi sayanya ngambil yang enaknya saja. Tapi kalau sudah kelamaan, baru dah nggak enak. Kayak suntik ini, sekali, dua kali enak-enak saja. Tiga kali sudah kesananya, lain." (P5)

Seorang partisipan yang telah memakai metode kontrasepsi suntik selama 16 tahun menyatakan ketidakinginannya memakai kontrasepsi tertentu karena

adanya risiko komplikasi dan cara pemasangan secara invasif. Ia juga mempertanyakan efektifitas kontrasepsi tertentu dalam mencegah kehamilan.

"Kalau pakai susuk aku ngga mau karena aku kerjanya susah, kerjanya berat. Kalau berat ada yang keluar, akunya ya gimana, aku ngga mau. Terus kalau pakai spiral, dibuka-buka, aku nggak mau. Pernah teman saya dikoek-koek, dibaterenin (disenter), wah.. males aku. Dibukain, dipegang-pegang, dipasangin itu alatnya (spiral).Itu... kalau steril kan aku yang dipasang steril. Diikat, disteril disini sedikit (menunjuk perut). Aku juga disuruh kayak begitu. Aku nggak mau, takut.... Takutnya dibelek sininya (memegang perut), terus diikat. Ntar ikatannya copot, bunting juga sih, katanya. Ada orang di kampung saya pasang steril, yang dibelek di sini-sini (menunjukkan pada dua bagian perut), peranakannya diikat, terus ikatannya copot. Hamil lagi. Kadang-kadang diikat katanya ngga bisa apa.... lah ya penyakit. Banyak yang penyakit. Dengarnya kayak begitu. Aku malas. Nih disini (menunjuk perut). Sakit apa ora? Makanya sebulan aku ngga boleh apa-apa. Lah... aku boroboro seminggu kalau ngga kerja, ngga ada pemasukan, orang lagi waktu susah banget." (P2)

Partisipan lain yang suaminya tidak mau memakai kondom, juga mempertanyakan efektifitas metode kontrasepsi:

"Takut bocor (kalau pakai kondom). Kalau Bapaknya ketakutan aja. Bagaimana sih, takut aja." (P5)

Pengetahuan tentang lamanya masa pemakaian kontrasepsi membuat seorang partisipan tertarik untuk memakai suatu metode tertentu dan mengatakan:

"Pakai implant...maksudnya ya biar awet, nggak punya anak lagi gitu. Biar lama. Terus sudah dibuka ya, kemudian di spiral.... Nyari yang lama dikit gitu. Diajak juga sama Bu Pur. Sampai lama juga tuh, lima tahun apa... Pengen ngejarangin anak saja, karena hidup saya susah." (P6)

Adanya persepsi atau pengalaman bahwa IUD dapat mengganggu hubungan suami istri akan menghalangi partisipan untuk memilih metode kontrasepsi tersebut. Dua orang partisipan yang suaminya tidak mengizinkan partisipan memakai IUD, mengatakan:

”Takutnya dia (suami) begini. Dia dengar dari temannya, ya. Spiral pas hubungan (suara dipelankan lagi) itunya nyangkut katanya. Benangnya.” (P5)

”Bapaknya pernah punya istri sebelum saya. Istrinya dulu pakai spiral. Sakit, katanya, ke laki-lakinya. Makanya nggak ngijinin...” (P8)

Seorang partisipan memilih memakai kontrasepsi pil agar menstruasinya lancar, dan mengatakan:

”Pakai pil, yang penting bisa mens gitu setiap bulan? Tapi ya itu, alhamdulillah lancar setiap bulan. Kan kalau pakai suntik itu nggak mens tuh. Nanti pengalaman kebadan biasanya. Tapi saya mah nggak pernah suntik. Karena gendek di dalam gitu, jadinya saya nggak mau gitu.” (P6)

4. Keyakinan Gender

Keyakinan gender adalah keyakinan partisipan akan peran gender tradisional yang mempengaruhinya dalam mengambil keputusan pemakaian kontrasepsi. Empat dari delapan partisipan meyakini pentingnya persetujuan suami untuk memakai metode kontrasepsi tertentu. Pada partisipan yang tidak bekerja, keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi sangat penting karena partisipan beranggapan bahwa biaya untuk mendapatkan metode kontrasepsi berasal dari suami, dan sebagai seorang kepala rumah tangga, suami harus dihargai pendapatnya. Ketika ditanya apakah partisipan membicarakan metode kontrasepsi yang akan dipakainya dengan suaminya, seorang partisipan menjawab:

”Iya, selalu. Kalau Bapak nggak ngijinin, saya nggak pakai....Kita kan dikasih, buat suntikkan keuangannya kan dari Bapak. Iya donk. Harus dibicarakan, itu nomor 1. Kepala rumah tangga kan, dia. Harus ke dia dulu.” (P8)

Seorang partisipan meyakini bahwa ia tidak dapat melanggar atau menentang keputusan suaminya dan mengatakan:

”Terus masalah spiral, saya ngomong sama Bapaknya nggak ada tanggapan. Ibu saya ngomong gini, kalau suami nggak ngasih, jangan sekali-kali ngelanggar. sekecil apapun saya pasti bilang ke Bapaknya.... Sebab kita kan namanya rumah tangga ya, gitu... takutnya... memang kita hidup cuma sama anak dan suami doang, sudah nggak ada orangtua. Sudah nggak ada Bapak gitu. Saya geluh ini itu. Makanya kita senang susah kan sama keluarga” (P5)

Berbeda dengan ibu yang tidak bekerja, ibu yang bekerja lebih berani membuat keputusan sendiri tentang metode kontrasepsi yang akan dipakainya dengan alasan bahwa perempuanlah yang merasakan sakitnya hamil dan melahirkan dan biaya untuk mendapatkan kontrasepsi adalah hasil jerih payahnya sendiri. Ketika ditanya bagaimana ibu membuat keputusan memakai kontrasepsi, seorang partisipan yang bekerja mengatakan:

“Saya jalan sendiri saja. Habis, kalau kita hamil, kita sakit, kita yang ngerasain. Bukan dia.... Kan kita sekarang bisa cari sendiri. Jadi ya sudah, kita ini saja deh. Tapi ya dia tahu.” (P7)

5. Kesehatan diri

Enam dari delapan partisipan memikirkan kesehatan dirinya sebagai persyaratan memakai metode kontrasepsi tertentu. Seorang partisipan yang mengganti metode kontrasepsi yang dipakainya dari pil ke suntik mengatakan:

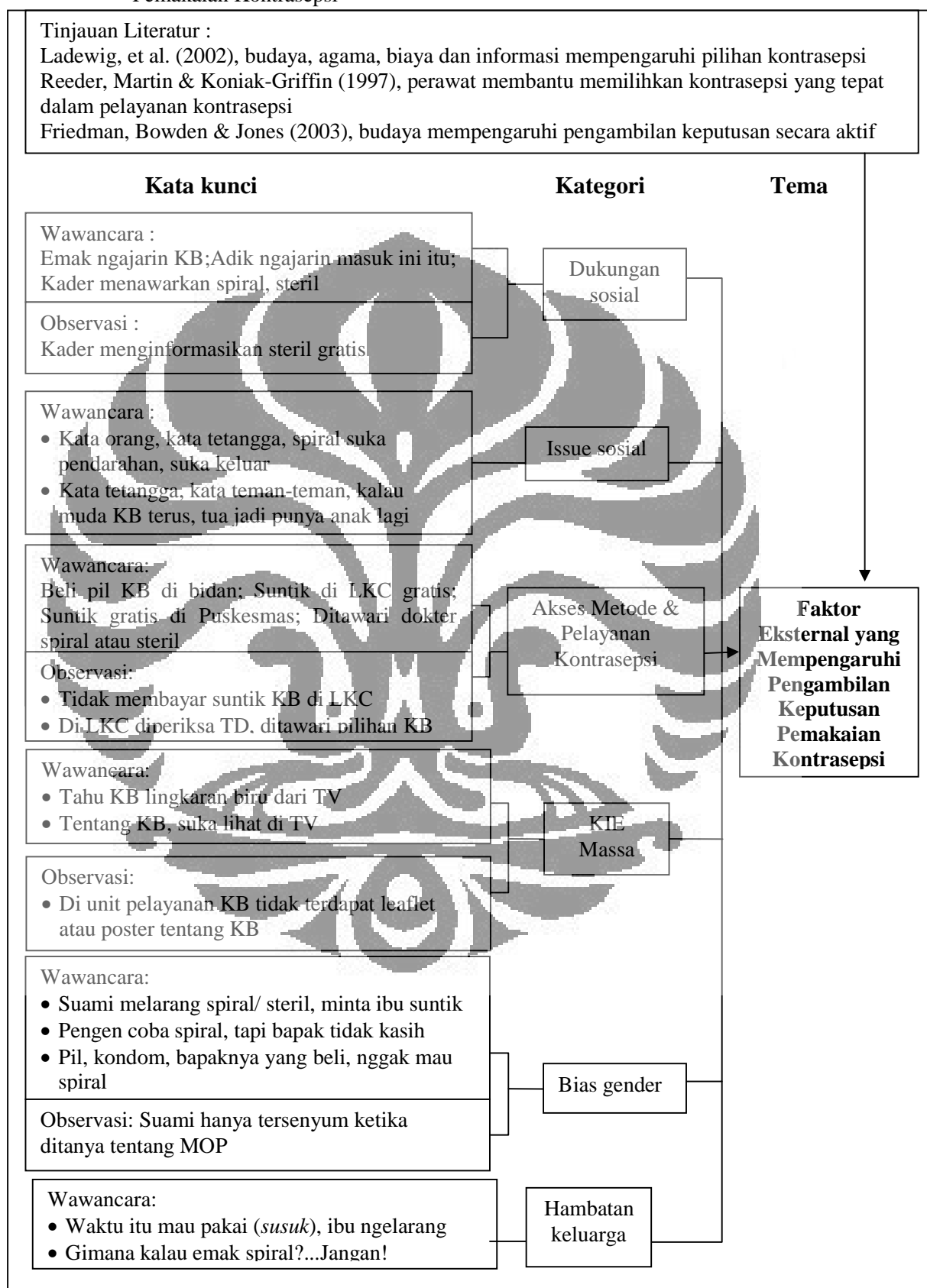
”Waktu pertama KB suka ditanya, dikaki ada varises nggak? Ada urat-urat pada keluar nggak? Nggak. Ya sudah gitu saja. Ditanya dulu sama Bidannya. Katanya kalau varises itu nggak boleh KB. Nggak ada, terus diperiksa tekanan darah normal, ya sudah (disuntik).” (P7)

Tema tentang faktor internal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi didukung oleh pernyataan Ladewig, et al. (2002) bahwa

pengambilan keputusan tentang pemakaian kontrasepsi harus dibuat secara sukarela dengan pengetahuan yang mendalam tentang keuntungan, kerugian, keefektifan metode, efek samping, kontraindikasi dan efek jangka panjang. Reeder, Martin dan Koniak-Griffin (1997) menyatakan bahwa berbagai metode kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi telah tersedia bagi masyarakat, namun kesemuanya memiliki risiko tertentu, dan keefektifannya dapat menurun jika terdapat ketidaktepatan penggunaan. Tidak ada kontrasepsi yang sepenuhnya ideal bagi semua orang, namun adanya kesadaran akan keuntungan metode kontrasepsi akan mendorong seseorang membuat keputusan tentang metode kontrasepsi yang akan dipakainya berdasarkan nilai-nilai personal yang ada dan pemahaman tentang risiko dan keuntungan pemakaian kontrasepsi tersebut.

Studi dokumentasi terhadap kartu KB P1, P2, P3 dan P4 menunjukkan bahwa keempat partisipan tersebut memakai kontrasepsi suntik. Terlihat bahwa P1 dan P3 tidak pernah terlambat untuk disuntik, namun berbeda dengan P2 dan P3 yang pernah terlambat untuk disuntik. Studi dokumentasi terhadap laporan KB bulanan di Puskesmas Ciputat menunjukkan bahwa pada bulan Maret 2008 mayoritas akseptor KB baru memilih metode kontrasepsi suntik, sedangkan diantara akseptor KB aktif, sebagian besar memakai metode kontrasepsi pil.

Skema 4.4. Analisis Tema “Faktor Eksternal yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi”



Tema 4: Faktor Eksternal yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi

Faktor eksternal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi merupakan faktor-faktor diluar diri partisipan yang mendorong atau menghambatnya dalam membuat keputusan untuk memakai kontrasepsi tertentu, yang terdiri atas: dukungan sosial, isu-isu sosial, akses metode dan pelayanan kontrasepsi, KIE massa, bias gender dan hambatan keluarga (skema 4.4).

1. Dukungan Sosial

Adanya suatu dukungan sosial dari teman, suami, orang tua, anak, kader dan tenaga kesehatan membantu semua partisipan dalam memilih dan memakai metode kontrasepsi tertentu. Orang tua (ibu) adalah salah satu anggota keluarga yang rajin mengingatkan dan mengajarkan partisipan untuk memakai kontrasepsi sejak setelah melahirkan.

"Pokoknya saya gini saja, pas sudah empat puluh hari itu, langsung pikiran... Ibu saya sudah ngingatin, sudah KB belum. Belum. Entar saja, Mak, habis mens, kata saya begitu...." (P5)

"Emak teh ngajarin gitu. Mar, daripada lu punya anak lagi, adiknya masih kecil, kasihan kan, masuk-masuk KB apa? Pil ge atau suntik. Habisnya kalau disuntik kata dokter ada uratnya ngga boleh. Masuk pil, ceuna, penjajalan gitu. Ya saya penjajalan masuk pil gitu. Dibilangin ongko sama emak. Jadi emak saya ngerasa kasian sama anak gitu, jangan sampai masih kecil punya adik lagi." (P1)

Selain orang tua, anggota keluarga lainnya turut mendorong partisipan memakai kontrasepsi tertentu. Seorang partisipan yang berkeinginan memakai IUD karena ada keluarga yang memakai IUD, mengatakan:

"Paman saya istrinya sampai sekarang pakai spiral. Dia ngajak saya malah. Sudah pakai spiral saja. Mens tiap bulan lancar. Badan enak, katanya." (P5)

Anak-anak yang sudah besar, pada umumnya tidak setuju kalau partisipan hamil lagi, sehingga mendorong ibu untuk selalu memakai kontrasepsi. Ketidaksetujuan anak untuk ibu hamil lagi disebabkan adanya perasaan malu karena sudah besar masih punya adik lagi, khawatir akan kondisi kesehatan ibu, dan takut kekurangan biaya untuk sekolah. Tiga orang partisipan yang anaknya tidak setuju kalau partisipan hamil lagi, mengatakan:

"Anak-anak lihat mamaknya hamil lagi, malu, katanya. Emak hamil lagi ya? Anak sudah gede semua. Emak juga sebenarnya nggak kepengen. Habis gimana. Minum pil KB ada lagi. Ya sudah kalau habis ini mah, sudah. Jangan ada lagi. Malu kata anak yang nomor empat. Dia lagi masih sekolah tuh. Malu mah, sudah gede ada lagi....Ya sudah mamah, sudah yang terakhir itu, KB lagi. Ya, mamah KB lagi. Tapi jangan di lepas-lepas. Ya nggak dilepas lagi. Takutnya kalau dilepas ada lagi." (P3)

"Kata kakaknya, Jupi (anak ke-5), emak sudahlah jangan punya anak lagi, sudah banyak anaknya. Repot. Setungtung emak cocok KB, terus wae KB na. Kata saya tuh yang gede-gede. Jupi, Udeh. Habisnya, kasihan juga emaknya, lahir melulu, mendingan kalau lahirnya gampang. Kalau susah kayak acan begitu, ceuna, jadinya emak kan repot. Namanya kakaknya gitu, kasihan juga sama saya, meuren. Lahir melulu, kasihan sama saya." (P1)

"Amputaan, anak yang telaki (tertua). Dia marah benar. Memang sebelum yang sekarang lahir, dia bilang, Ibu...sudah ya jangan hamil lagi. Sudah segini saja anaknya, katanya gitu. Eh.. saya hamil lagi. Dia trauma, diakan masih sekolah. Takut gugur kali ya. Saya nggak bisa ngebiayain. Ini... waktu ngelahirin ini, yang ini masuk SD, yang satu masuk SD, terus itu daftar ulang, sama membayar kos, dan biaya ngelahirin ini. Pokoknya yang laki-laki itu marah, sampai sekarang nggak mau gendong adiknya. Marah banget dia (tertawa). Terus sekarang mau berangkat kerja, Jangan pernah hamil lagi. Iya.. makanya saya mau steril gitu." (P5)

Hanya tiga orang dari delapan suami partisipan yang turut mengingatkan ibu untuk memakai kontrasepsi. Peran suami terasa lebih besar pada tahap pemilihan

alternatif metode dan pemakaian metode dibandingkan sebagai pemberi informasi atau dukungan bagi ibu untuk memakai kontrasepsi. Seorang partisipan mengatakan:

“Bapaknya ngomong begini, sudah Mar kalau sepertinya kita punya anak mati melulu, kasian kan kamu lahir, capek, kata bapaknya. Sekarang, mah masuk KB apa ge yang cocok, kata Bapaknya gitu. Kalau pil nggak cocok, suntik kek.” (P1)

Teman partisipan juga mendorongnya untuk memakai kontrasepsi tertentu karena melihat partisipan melahirkan terus. Ketika ditanya darimana partisipan tahu tentang KB, seorang partisipan yang pernah melahirkan enam orang anak menjawab:

“Dari teman-teman saja. Ikut-ikutan jadinya. Jadi kalau mau beli pil, ke bidan gitu. Bidan Nur paling bilang, kamu nih peranakannya subur banget jadi harus KB. Sudah gitu saja. Sering sih disuruh-suruh teman. Sudah sih KB saja, biar nggak punya anak lagi. Sering sih kita disuruh begitu. Teman ngomong gitu. Kadang juga ada yang sebel.. kok punya anak melulu.” (P7)

Kader dan tenaga kesehatan turut memberikan informasi tentang alternatif pilihan kontrasepsi yang sesungguhnya paling efektif untuk mencegah kehamilan pada partisipan. Seorang partisipan mengatakan:

“Dari Bu P (Kader). Dia yang suka ngajak-ngajak. Dia kan aktif di Posyandu... di balita. Kalau ada apa-apa saya dibilangin sama dia gitu. Jadi kalau tanya tentang KB, ke Bu P. Kalau nggak di jelasin Bu P mungkin nggak tahu ya. Setelah melahirkan biasanya ditanya, ibu pakai KB apa? Pakai pil. Entar pil lupa loh. Ini saja, pakai suntik. Cuma suntik sayanya nggak mens-mens. Asal imunisasi, kalau ke Bidan N ditanya juga, KBnya apa, Bu? Saya bilang jujur saja, kondom. Disarankan, suntik saja.” (P6)

Tenaga kesehatan turut mengingatkan partisipan untuk memakai metode kontrasepsi tertentu. Seorang partisipan mengatakan:

"...Waktu itu Ibu N (Bidan) bilang, peranakan kamu masih subur banget nih. Sudah kamu cepat KB. Jadi ya sudah, saya suntik." (P7)

Hasil pengamatan pada P3, P4, P5, P6, dan P8 yang dikunjungi oleh kader kesehatan setempat menunjukkan adanya respon kader terhadap keinginan partisipan memakai kontrasepsi yang cocok dengan menawarkan dan menjelaskan adanya kegiatan MOP/ MOW gratis yang akan diadakan oleh Yayasan Kencana Mandiri pada akhir bulan Juni 2008. Namun dari kelimanya tidak ada yang menyatakan persetujuan untuk mengikuti kegiatan tersebut.

2. Isu sosial

Isu-isu sosial yang umum berkembang di masyarakat tentang permasalahan penggunaan metode kontrasepsi tertentu sering kali membuat partisipan takut untuk memakai metode kontrasepsi tertentu. Dua dari delapan partisipan mengatakan:

"....kadang-kadang, kata tetangga, saya mah kata orang, kata tetangga, ceuna kalau suka kerja berat, suka nenteng air ceuna, suka pendarahan ceuna, kadang-kadang itunya ((spiral)-suka keluar ceuna, tapi saya suka takut juga kalau saya dimasukin gitu. Saya orang susah, kalau ada kenapa-napa, makanya sayanya yang repot..." (P1)

"Kalau orang tua pernah bilang, saudara KB spiral sampai keluar. Jadinya saya ngeri. Tapi benar iya atau nggak, Ibu nggak tahu. Soalnya ibu belum ngeliat dari mata sendiri. Cuma dengar-dengar dari ibunya Ibu. Kalau dari tetangga nggak pernah dengar. Di lingkungan saya saudara semua." (P3)

Namun, pengabaian terhadap isu sosial yang kurang tepat akan dapat meningkatkan keberlanjutan pemakaian kontrasepsi. Seorang partisipan berusaha

mengabaikan pandangan sosial kurang tepat yang dirasakan bisa membuatnya berhenti menggunakan kontrasepsi dan mengatakan:

”Kadang-kadang saya suka mikir begini, suka temen-temen, tetangga pada ngomonglah, kalau ngeriung (ngumpul), kalau KB begini-begini. Kalau kita muda KB terus terus, kalau sudah tua jadi punya anak lagi, katanya ada yang ngomong begitu. Kata saya dinya ati, oh.. kalau sekarang tiga bulan sekali KB, tiga bulan sekali KB, berarti kalau kita setengah tua berhenti punya anak lagi kata saya begitu kayak begitu. Ah, mendingan setung tung cocok KB nggak mau berhenti-berhenti, kata saya begitu di ati sendiri. Biarpun tetangga ngomong gini-gini, sudah ngga didengerinlah. Didenger didengar, ngga dimasukin ke otak, ke ati. Udah sebodo gitu.” (P1)

3. Akses ke pelayanan dan metode KB

Adanya kemudahan akses ke pelayanan kespro/ KB dimana pelayanan dan metode kontrasepsi diberikan secara gratis atau dengan harga yang terjangkau, serta tidak jauh dari tempat tinggal partisipan, mempermudah partisipan mendapatkan metode kontrasepsi yang dibutuhkannya. Tiga dari delapan partisipan mendapatkan pelayanan kontrasepsi gratis dari puskesmas atau LKC, Empat partisipan mendapatkan pelayanan dan metode kontrasepsi dari Bidan Praktek Swasta (BPS) dengan membayar Rp. 12.000 – Rp 18.000 untuk suntik KB (tiga bulan/ 1 bulan), dan satu partisipan mengakses apotik untuk mendapatkan kontrasepsi pil atau kondom. Seorang partisipan yang memakai ASKESKIN untuk mendapatkan metode kontrasepsi gratis mengatakan:

“Pengennya ya.. yang gratis gitu. Makanya Ibu nanya ke Bu Sam, Bu di puskesmas ada suntik KB ngga? Ya, Ibu belum tahu juga deh. Terus karena ibu penasaran, ibu kesana deh. Nanya sama bidannya. Bu, saya mau suntik KB pakai kartu Askes. Langsung ada. Ya, terus sampai sekarang. Alhamdulillah pakai kartu itu terus. Anak sakit juga pakai kartu Askes. Memang adanya itu. Gratis. Cuma nyari ongkos. Lima ribu, pulang pergi kan. Kalau suntik di bidan-bidan kan lima belas, delapan belas ribu. Yah daripada kan buat nyuntik bayar. Mendingan nyuntik di puskesmas, nyari ongkosnya doang lima ribu (tersenyum).” (P3)

Akses ke pelayanan kespro/ KB juga memberikan kesempatan ibu untuk diperiksa kesehatannya guna menentukan kelayakan pemakaian kontrasepsi tertentu. Tujuh dari delapan partisipan mengatakan bahwa dirinya diperiksa oleh tenaga kesehatan terlebih dahulu sebelum mendapatkan metode kontrasepsi yang dibutuhkannya. Seorang partisipan yang mendapatkan metode kontrasepsi dari Puskesmas mengatakan:

"Itu kan sebelum kita suntik di periksa. Periksa darah, sama periksa mata. Mungkin apa kan kalau dari KB, gejala-gejala ke mata suka ada. Alhamdulillah nggak ada, jadi bisa diterusin...." (P3)

Akses mendapat pelayanan dan metode kontrasepsi menjadi terbatas disaat ibu tidak mampu membayar metode kontrasepsi yang ingin dipakainya. Dua dari delapan partisipan yang berkeinginan untuk dilakukan tubektomi setelah melahirkan terakhir, tidak bisa mendapatkan metode kontrasepsi tersebut karena terkendala masalah biaya. Salah seorang partisipan yang telah memiliki lima orang anak yang berumur antara 19 tahun dan 11 bulan mengatakan:

"Dibilangin disuruh steril saja. Ibu kan anaknya sudah banyak. Steril saja. Waktu itu nggak ada biayanya. Waktu itu sih nggak tanya biayanya, tapi takut nggak sanggup bayar. Itu saja deh, uang masuknya sudah satu juta. Ada uang segitu dulu" (P6)

Hasil pengamatan pada P1 pada saat partisipan mengunjungi LKC guna mendapatkan pelayanan kontrasepsi (tanggal 29 Mei 2008) menunjukkan bahwa tenaga kesehatan (bidan) memeriksa tekanan darah ibu sebelum menanyakan metode kontrasepsi apa yang ingin ibu pakai. Tenaga kesehatan tersebut kemudian memberikan metode kontrasepsi yang dipilih ibu, yaitu suntik KB yang tiga bulan.

4. KIE massa

KIE massa melalui berbagai media akan memberikan ibu informasi yang membantu melakukan pemilihan metode kontrasepsi. Dua dari delapan partisipan mengatakan bahwa mereka pernah melihat informasi tentang kontrasepsi/ KB di televisi. Partisipan-partisipan tersebut mengatakan:

"Kalau tentang KB suka liat di TV. Iya, kalau di TV, gini-gini, seperti kalau punya penyakit darah tinggi atau penyakit apa, ngga boleh, harus dikurangin darah dulu, gitu. Ada urat-urat ngga boleh. Oh, iya berarti kita ada urat-urat ngga boleh." (P1)

"Waktu itukan musim keluarga lingkaran biru. Terus ibu ngikut tuh, KB lingkaran biru. Terus enak juga tuh, sampai berapa tahun ikut. Terus pengen berhenti. Terus ada lagi pil microginon. Lingkaran biru tuh, Ibu tahunya dari TV. Ngikut. Terus sudah berapa tahun berhenti. Itukan belum lama. Lingkaran biru itu. Makanya Ibu Sam nyuruh steril. Steril belum berani, Bu. Entar saja kalau umur saya sudah kesanain, saya sudah berani gitu." (P3)

5. Bias gender

Bias gender mempengaruhi dinamika hubungan suami-istri dalam memilih metode pencegahan kehamilan yang cocok bagi ibu dan suaminya. Larangan suami untuk memakai kontrasepsi tertentu akan membatasi pilihan kontrasepsi yang bisa ibu pakai. Larangan suami muncul biasanya dikarenakan suami takut akan terjadi risiko komplikasi dan keterbatasan biaya. Empat dari delapan partisipan dilarang memakai IUD, sedangkan tiga partisipan dilarang untuk tubektomi oleh suaminya. Dua orang partisipan yang dilarang oleh suaminya memakai metode kontrasepsi tertentu mengatakan:

"Bapaknya nggak kepikiran kesitu (pakai kondom). Pokoknya Bapaknya kepikiran, kita mah kudu masuk KB suntik wae.... Nggak boleh itu steril, spiral. Eh nggak....kalau steril yang diikat peranakan, emang kalau ada biaya, memang benar dia nyuruh, kalau ada biayanya. Kalau ditangan (implant), nggak boleh dia. Ah jangan, takut kenapa-kenapa, katanya " (P1).

"Dia (suami) sih kalau dia orangnya enak sih. Tapi, kalau memangnya pakai spiral, nggak ngasih (bicara dengan suara rendah, dan melirik Bapaknya). Tahu alasannya kenapa. Katanya ngedengar suka pendarahan atau apa. Dia takutnya begitu." (P5)

Lima dari delapan partisipan menginginkan suaminya yang menjalani vasektomi/ MOP, tetapi belum ada seorang suamipun yang menyatakan persetujuannya secara serius untuk di vasektomi. Seorang partisipan yang pernah memakai kontrasepsi implant, IUD dan pil serta mengalami permasalahan tekanan darah, mengatakan:

"Nggak mau dia. Sudah pernah ditawarin (steril). Mau nggak Bapaknya yang KB? Nggak ah, kata dia begitu. Nggak tahu gitu, nggak mau dia..'" (P6)

Seorang suami partisipan pernah menyatakan keinginannya untuk steril, tetapi sampai sekarang hal tersebut belum terwujud sampai saat ini. Partisipanlah yang memakai kontrasepsi, walaupun ia mengalami permasalahan menggunakan kontrasepsi suntik dan pil, serta dilarang suami memakai IUD. Ia mengatakan:

"Th... saya capek. Kata saya bagaimana ya? Pakai KB, nggak pakai KB serba salah ya, Pak. Ya... entar. Waktu dulu sih dia pernah ngomong... entar deh saya mau diapa namanya? Disteril. Nggak bahayakan didianya? Katanya sih dia pengen. Ya sudah deh mak, nggak apa-apa, biar nantinya Bapaknya yang KB.... pernah ngomong. Makanya di baik-baikin saja (tertawa). Memang harus diambil hatinya. Susah juga jadi ibu rumah tangga... bebannya berat" (P5)

Bias gender juga terjadi pada pelayanan kespro/ KB, dimana laki-laki kurang dilibatkan didalam pemilihan metode kontrasepsi. Kalaupun suami menemani/ mengantarkan ibu ke unit pelayanan kespro/ KB, mereka tidak terimbas oleh informasi terkait metode kontrasepsi karena tidak ikut ke dalam ruang pelayanan.

Waktu ditanya, apakah suami menemani ibu ke unit pelayanan kesehatan, partisipan menjawab:

"Suka kalau sakit mah, kalau disuntik saya wae(saja). Palingan mah kalau KB saya sendiri" (P1)

"Kalau saya suntik, palingan Bapaknya di luar. Kan bidan itu, paling suntik, nyatat, sudah." (P5)

Hasil pengamatan terhadap unit pelayanan KB di LKC (29 April 2008) pada saat mendampingi P1 untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi menunjukkan bahwa semua orang yang menunggu untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi adalah perempuan. Tidak terlihat seorang laki-laki pun yang mendampingi istrinya untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi.

6. Hambatan Keluarga

Hambatan keluarga dalam proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi terlihat dengan adanya larangan suami, anak atau orang tua (khususnya ibu partisipan) atas keinginan partisipan untuk memakai kontrasepsi tertentu, yang di sikapi oleh partisipan dengan mengikuti perkataan orang-orang tersebut. Empat dari delapan partisipan memiliki keinginan untuk memakai metode kontrasepsi selain suntik, tetapi mengalami hambatan dari orang lain/ keluarganya, yang membuatnya merubah keputusannya memakai metode kontrasepsi tertentu.. Seorang partisipan yang berkeinginan memakai IUD tapi tidak disetujui anak dan suaminya, mengatakan:

"...Pi, kalau emak di suntik KB pan uratnya pada gede-gede nih, gimana kalau emak spiral. Idiiih... Mak, jangan! Takutnya kenapa-kenapa..... Kalau kata anak dan Bapaknya, jangan...ya jangan gitu, saya takut juga" (P1)

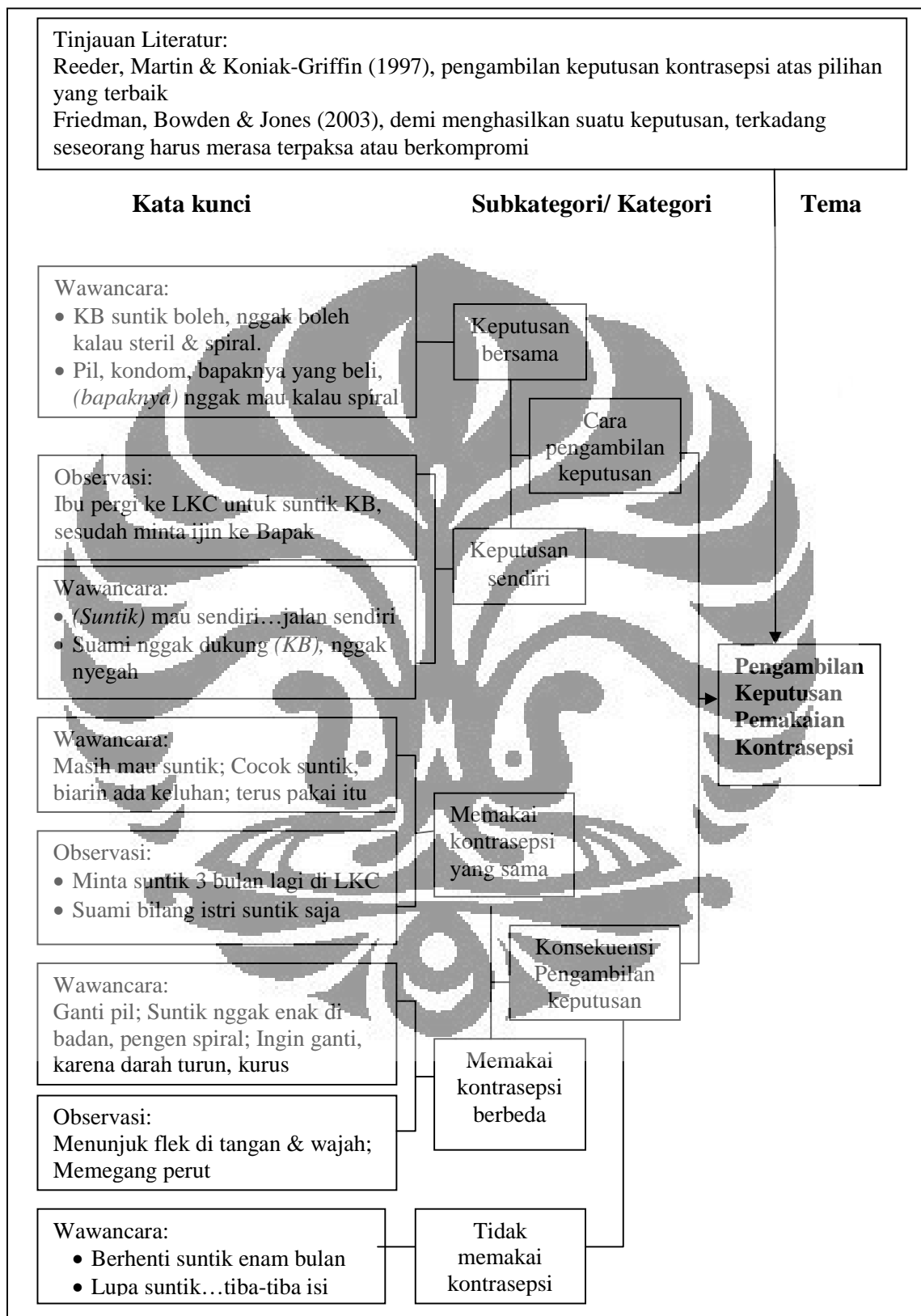
Seorang partisipan yang pernah berkeinginan memakai metode kontrapsi implant mengatakan:

"Waktu itu saya hampir-hampir punya tekad mau pasang itu (susuk). Ibu saya ngelarang. Nggak boleh capek katanya... itu mah. Terus nggak tuh." (P5)

Menurut Ladewig, et al. (2002), banyak faktor eksternal yang mempengaruhi pilihan kontrasepsi seseorang, termasuk praktek budaya, keyakinan agama, perilaku dan pilihan personal, biaya, keefektifan, informasi yang kurang tepat, dan cara pemakaian metode. Setiap pasangan memiliki perbedaan atas metode kontrasepsi yang tepat bagi mereka masing-masing. Peran penting perawat (tenaga pelayanan KB) dalam memberikan pelayanan KB adalah membantu pasangan untuk memilih dan menggunakan metode kontrasepsi yang efektif. Oleh karena itu, perawat harus memahami filosofi dan keyakinan dirinya tentang kontrasepsi guna mencegah terjadinya bias informasi pada akseptor KB (Reeder, Martin & Koniak-Griffin, 1997). Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003), norma budaya biasanya menjadi penghambat terjadinya komunikasi yang terbuka dan pengambilan keputusan secara aktif.

Studi dokumen tentang laporan KB bulanan yang dibuat oleh Puskesmas Ciputat, menunjukkan bahwa pada bulan Maret 2008 sebagian besar akseptor KB baru mencari pelayanan kontrasepsi ke DPS (dokter praktek swasta) dan BPS (bidan praktek swasta).

Skema 4.5. Analisis tema “Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi”



Tema 5: Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi

Setelah melakukan pemilihan dan mempertimbangkan berbagai metode kontrasepsi yang ada, ibu grande multipara akan mengambil keputusan tentang metode kontrasepsi yang akan dipakainya (skema 4.5). Pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi terdiri dari kategori cara pengambilan keputusan dan konsekuensi pengambilan keputusan.

1. Cara pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi

Kategori cara pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi terdiri dari sub kategori keputusan bersama dan sub kategori keputusan sendiri. Empat partisipan mengatakan bahwa keputusan memakai metode kontrasepsi tertentu berada di tangan suami dan partisipan tidak berani melanggarnya. Mereka memilih metode yang disetujui oleh suaminya. Seorang partisipan yang memiliki varises dan sering sakit kepala, tetap harus memakai metode kontrasepsi suntik, karena metode tersebut disetujui oleh suaminya untuk dipakainya, mengatakan:

“Kalau Bapaknya kalau KB suntik boleh dia. Nggak boleh itu steril, spiral. Eh nggak kalau steril yang diikat peranaknya, emang kalau ada biaya, memang benar dia nyuruh, kalau ada biayanya. Kalau ditangan (implant), nggak boleh dia.” (P1)

Seorang partisipan yang pernah memakai implant dan mengalami masalah saat memakai IUD mengatakan:

“Dia (suami) yang beli gitu-gitu. Pil juga Bapaknya yang beli. Kondom Bapaknya. Dianya nggak mau kalau saya pakai spiral”. (P6)

Hasil pengamatan pada P1, sebelum berangkat ke LKC, partisipan berpamitan dan minta izin suaminya untuk pergi ke LKC dan suntik KB.

Empat orang partisipan mengatakan bahwa keputusan pemakaian kontrasepsi berada sepenuhnya ditangannya, tanpa campur tangan suami, karena metode kontrasepsi yang dipakai adalah untuk dirinya. Seorang partisipan yang selalu mengambil keputusan sendiri mengatakan:

“Pakai suntik KB....mau sendiri.....jalan sendiri.” (P7)

Sementara partisipan lain yang saat pertama kali suntik tidak memberitahukan suaminya dan ditanya bagaimana sikap suami atas keputusan ibu memakai kontrasepsi, menjawab:

“Suami nggak dukung, nggak nyegah. Diam, nggak ngerti.” (P2)

2. Konsekuensi Pengambilan Keputusan

Kategori konsekuensi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi terdiri dari tiga sub kategori, yaitu memakai kontrasepsi yang sama, memakai kontrasepsi yang berbeda/ mengganti kontrasepsi dan tidak memakai kontrasepsi.

Keputusan memakai kontrasepsi yang sama muncul dari adanya kecocokan memakai kontrasepsi tersebut. Saat ini, empat dari delapan partisipan mengambil keputusan untuk terus memakai ko

ntrasepsi yang sama dengan yang dipakai sebelumnya. Adapun alasan memakai kontrasepsi yang sama adalah adanya kecocokan. Seorang partisipan yang sudah hampir enam tahun memakai metode kontrasepsi suntik mengatakan:

” ... sekarang masih mau suntik. Kan cuma tiga bulan sekali. Maksudnya nggak bingung-bingung amat sama dana, sama badan, nggak ada keluhan ke badan gitu.....Nggak ada apa-apa. Makanya terus pakai itu. Alhamdulillah

cocok dari anak umur dua tahun sampai sekarang, 8 tahun, nggak ada apa-apa.” (P3)

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa partisipan merasa cocok memakai metode kontrasepsi suntik karena metode tersebut mudah dipakai (hanya perlu 3 bulan sekali disuntik), terjangkau harganya (tidak bingung biaya), bebas dari efek samping, dan terbukti efektif mencegah kehamilan kembali selama 6 tahun pemakaian. Hal ini membuat partisipan memutuskan untuk terus memakai metode kontrasepsi sejenis.

Pengamatan peneliti terhadap P1 yang pergi ke LKC untuk mendapatkan metode kontrasepsi, terlihat bahwa P1 meminta untuk disuntik yang 3 bulan, sama seperti yang metode yang ia pakai sebelumnya. Sebelumnya, di rumah partisipan tersebut, suami partisipan mengatakan bahwa sebaiknya ibu suntik KB saja.

Keputusan untuk mengganti metode kontrasepsi muncul dari adanya ketidakcocokan terhadap efek samping metode kontrasepsi yang sedang dipakai ibu gande multipara. Semua partisipan pernah mengalami ketidakcocokan pemakaian metode kontrasepsi tertentu di masa lalu, yang membuatnya mengganti metode kontrasepsi yang dipakainya. Empat orang partisipan menyatakan ketidakcocokannya memakai kontrasepsi tertentu dan berkeinginan mengganti metode yang dipakainya saat ini. Seorang partisipan yang pernah mengganti metode kontrasepsi yang dipakainya dari suntik ke pil karena merasa badan bertambah gemuk, mengatakan:

”Saya keluhannya begini-begini. Ya sudah, coba deh ganti pil. Ibu kan nggak mens, mungkin pengaruh dari itu, kata Bu Bidan. Ya sudah...ganti pil.” (P8)

Salah seorang partisipan yang terakhir melahirkan dua tahun yang lalu dan saat ini memakai metode kontrasepsi suntik 3 bulan dan akan menggantinya dengan metode suntik 1 bulan, mengatakan:

"...Bulan ini juga ingin ganti suntik yang satu bulan....karena darahnya turun melulu, kurus gitu. Anak saya suntik tiap bulan, gemuk....Dulu saya gemuk kayak anak saya yang nomor pertama tuh (menunjuk anak yang duduk teras rumah). Saya harap suntik tiap bulan bisa gemuk.." (P4)

Seorang partisipan yang anak terkecilnya berusia 9 bulan mengungkapkan keinginannya untuk mengganti metode suntik yang dipakainya dengan IUD dikarenakan adanya penolakan terhadap efek samping (tidak enak badan dan tidak menstruasi) metode kontrasepsi suntik dan mengatakan:

"Saya sih entar pengen nyoba (spiral). Pengen nyoba. Terus tadi ngomong begini, sayanya di suntik kayaknya badan nggak enak banget.....sore suntik, terus bawaan enek, mulut pahit. Sesudah suntik, enek gitu, kayak orang ngidam. Cuma dua hari saja sih. Saya dari situ langsung minum jamu tolak angin terus...nggak enak... badan pada sakit, kayak habis ditonjokin. Makanya saya suka minum nanas tuh biar buat mens. Tapi nggak mens.... Badan pada gimana gitu... apa lagi disini di daerah perut (menekan-nekan perutnya)...Badan sudah kayak gini (menunjukkan adanya bercak-bercak putih di kulit lengannya). Saya kalau sudah begini, pasti nggak cocok. Keluar putih-putih." (P5)

Ketidakcocokan memakai kontrasepsi tertentu bukan saja dirasakan oleh partisipan tetapi juga oleh suaminya, yang membuat mereka memutuskan untuk tidak memakai kontrasepsi tersebut kembali. Salah seorang partisipan mengatakan:

"Pakai spiral....ini pinggang panas (memegang perut, pinggang dan panggul). Terus sama keputihan banyak.Terus Bapaknya bilang, suruh buka saja gitu. Waktu berhubungan (dengan suami), dianya sakit gitu. Saya jujur saja ya... Itunya suka sakit. Empat tahun saya pasang itu, keputihan, panas, pinggal sakit, terus lengket. Bidan ngeluarin nggak bisa. Sama dokter fatmawati. Bidan M nggak sanggup bukannya, terlalu lengket, sudah terlalu ke dalam, akhirnya"

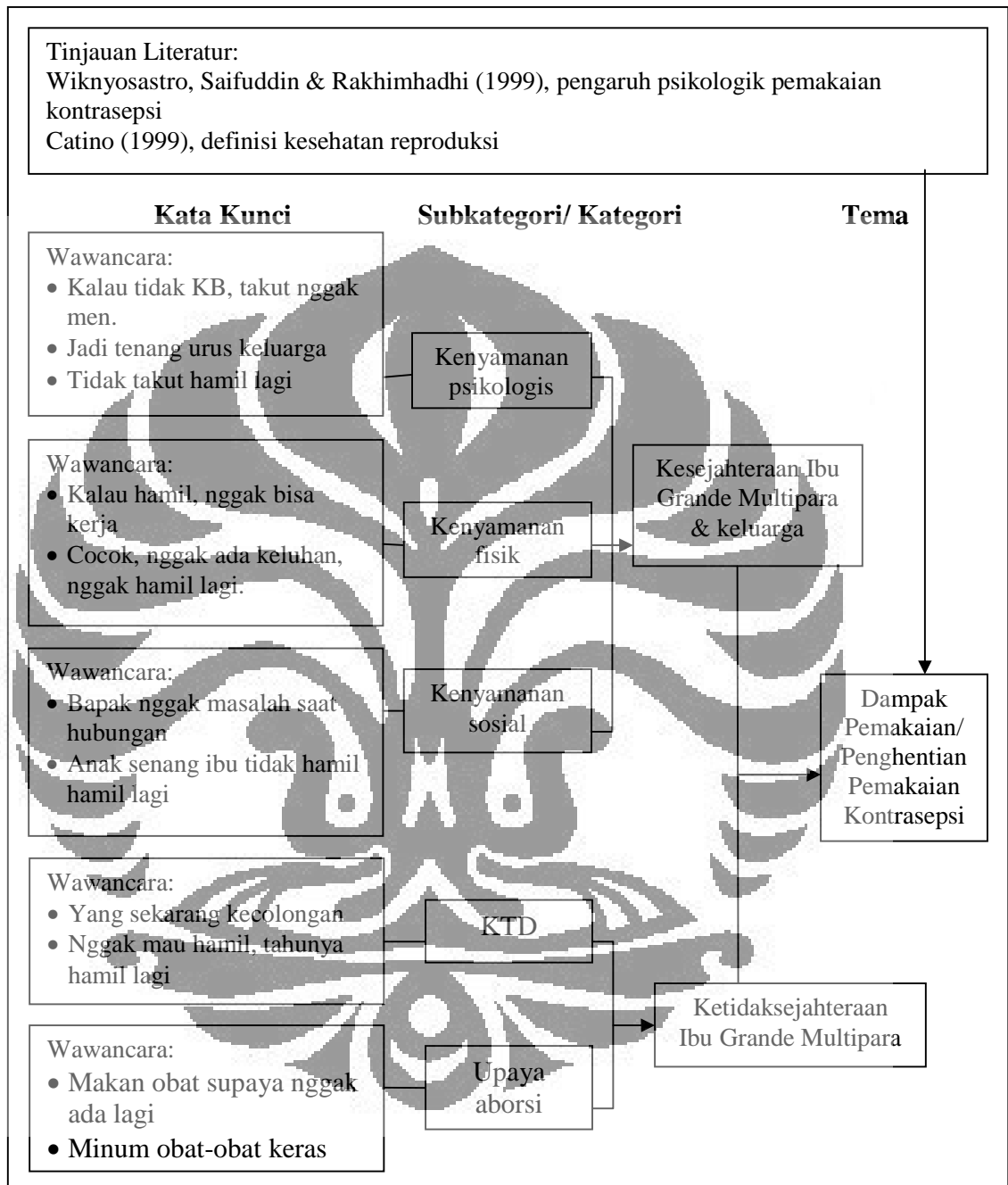
dia panggil dokter fatmawati. Kenapa begitu ya? Waktu di copot, keluar darah, kayak orang mens.....Terus itu pakai pil..” (P6)

Ketidakberlanjutan pemakaian KB terjadi karena ibu sengaja berhenti atau tidak sengaja berhenti (akibat ketidaktepatan pemakaian kontrasepsi). Seorang partisipan yang pernah mengalami dua kali KTD akibat sengaja berhenti KB karena tidak tahan efek samping, mengatakan:

”kemarin disuntik, kok pendarahan begini, sudah merantau, pendarahan begini sesudah disuntik, apakah penyakit? Apa apa? Pas nanya tetangga, udah ceuna kalau pendarahan berhenti dulu, jangan disuntik wae(saja), takutnya kenapa-na. Udah, saya teh berhenti 6 bulan, pas udah dua kali tidak disuntik. Pas dipegang paraji. Wak, kenapa saya enek-enek, pengen muntah? O.. berarti ini ngidam, ceuna. Udah berapa bulan? Ya nggak disuntiknya mah sudah 2 kali. Bener udah 3 bulan. 3 bulan jalan, kata dia. Pas hamil akbar, udah 3 bulan.” (P1)

Menurut Reeder, Martin dan Koniak-Griffin (1997), seseorang yang melakukan pengambilan keputusan harus mampu memilih solusi yang terbaik untuk menyelesaikan permasalahannya. Suatu keputusan dibuat jika terdapat pilihan yang menguntungkan. Jika terdapat berbagai pilihan yang menguntungkan, si pengambil keputusan harus mampu membuat prioritas kebutuhan yang dihasilkan dari suatu pemikiran kritis. Namun, kadang kala tidak semua orang yang terlibat dalam pengambilan keputusan merasa yakin bahwa keputusan tersebut merupakan yang terbaik. Mereka harus merasa terpaksa atau mencoba berkompromi demi menghasilkan suatu keputusan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Skema 4.6. Kesejahteraan Ibu Grande Multipara dan Keluarga sebagai Dampak Pemakaian Kontrasepsi



Tema 6: Dampak Pemakaian/ Penghentian Pemakaian Kontrasepsi

Pemakaian atau penghentian pemakaian metode kontrasepsi tertentu dapat menimbulkan terjadinya kesejahteraan atau ketidaksejahteraan pada ibu grande multipara dan keluarganya (skema 4.6).

1. Kesejahteraan Ibu Grande Multipara dan Keluarga

Kesejahteraan ibu grande multipara dan keluarga sebagai dampak pemakaian kontrasepsi ditunjukkan dengan adanya kenyamanan psikologis, fisik dan sosial.

Kenyamanan psikologis merupakan rasa bebas dari ketakutan akan hamil dan bertambah anak lagi. Lima dari delapan partisipan menyatakan perasaan bebas dari ketakutan akan kemungkinan hamil lagi. Seorang partisipan yang sudah enam tahun memakai kontrasepsi suntik tanpa henti mengatakan:

"...Daripada kita nggak dijaga KB, kita jadinya bunting lagi.. hamil lagi. Kalau kayak pakai KB kan kita sudah dijaga, gitu. Apakah pil, atau suntik, kan ada penjagaan. Kalau kita nggak KB, kita ada ketakutan juga...takutnya nggak men sebulan, takutnya bulan besok." (P1)

Seorang partisipan menyatakan kepuasan memakai kontrasepsi dan mengatakan:

"...pakai KB teh..bikin Ibu tenang urus keluarga... nggak mikir hamil lagi.. hamil lagi..." (P3)

Kenyamanan fisik muncul dari tidak terjadinya kehamilan, melahirkan dan efek samping yang berat atau komplikasi akibat pemakaian kontrasepsi, sehingga partisipan dapat melakukan berbagai aktifitas dengan tenang. Enam dari delapan partisipan merasakan kemanfaatan secara fisik pemakaian kontrasepsi. Seorang

partisipasi yang seorang pedagang dan mulai memakai metode kontrasepsi sejak kelahiran anak kelimanya (16 tahun yang lalu), mengatakan:

"...Kalau bunting lagi, aku nggak bisa kerja.... Sampai anak lima... lah nggak ada kemajuan apa-apa. Belum punya rumah, anak lima... Terus sudah itu suntik sampai sekarang." (P2)

Seorang partisipan yang sudah 6 tahun memakai kontrasepsi suntik mengatakan:

"...sekarang masih mau suntik. Kan cuma 3 bulan sekali. Maksudnya nggak bingung-bingung amat sama dana, sama badan, nggak ada keluhan ke badan gitu... Nggak ada apa-apa, makanya terus pakai itu. Alhamdulillah cocok dari anak umur dia tahun sampai sekarang delapan tahun. Nggak ada apa-apa. Nggak hamil lagi." (P3)

Kenyamanan sosial ditunjukkan oleh penerimaan keluarga terhadap metode kontrasepsi yang dipakai partisipan dan partisipan merasa nyaman karena memakai kontrasepsi yang sesuai permintaan anggota keluarga tersebut. Empat dari delapan partisipan merasa nyaman memakai kontrasepsi tertentu karena tidak mengganggu hubungan suami istri dan suami. Seorang partisipan memakai kontrasepsi yang dianggap tidak mengganggu hubungan suami istri, dan mengatakan:

"...saya ambil yang lebih enak, suntik satu kali untuk tiga bulan (tertawa)... Spiral, Bapaknya nggak ngijinin. Ada pengalaman dia sendiri...Bapaknya pernah punya istri sebelum saya. Istrinya dulu pakai spiral. Sakit, katanya, ke laki-lakinya. Makanya nggak ngijinin. Kalau pakai suntik... Bapaknya nggak ada masalah (saat berhubungan)." (P8)

Tiga dari delapan partisipan mengatakan bahwa anak-anaknya merasa senang karena ibu memakai kontrasepsi dan tidak hamil lagi. Seorang partisipan yang anak tertuanya berumur 22 tahun mengatakan:

"Anak-anak yang perempuan senang karena saya nggak hamil-hamil lagi. Mereka maunya saya terus KB aja." (P1)

2. Ketidaksejahteraan Ibu Grande Multipara

Ketidaksejahteraan terjadi pada ibu grande multipara disaat ibu tidak mampu mentoleransi efek samping yang muncul dari pemakaian kontrasepsi atau tidak tepat waktu dalam memakai kontrasepsi tertentu sehingga partisipan memutuskan untuk menghentikan pemakaian kontrasepsi. Penghentian pemakaian kontrasepsi menimbulkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) pada tujuh dari delapan partisipan penelitian ini dan adanya upaya melakukan aborsi sendiri dengan minum jamu atau makan makanan tertentu. Upaya melakukan aborsi dilakukan oleh empat dari tujuh partisipan yang mengalami KTD. Namun, tidak seorang partisipan pun yang berhasil menggugurkan kandungannya. Seorang partisipan yang pernah melahirkan sebanyak lima kali mengatakan:

“...yang ini (anak ke-5), yang sekarang, kecolongan. Sudah nggak ingin punya anak lagi. Sudah males sama ngelahirin. Ya Allah...ternyata ada lagi.” (P3)

Seorang partisipan yang pernah melahirkan sebanyak tujuh kali dan anak terakhirnya mengalami IUFD mengatakan:

“Sudah nggak ingin punya anak lagi. Ini juga sesudah yang ketiga sudah nggak pengen. Sudah makan obat supaya nggak punya anak lagi, tapi tetap ada..” (P4)

Seorang partisipan yang mengalami KTD akibat lupa minum pil KB, mengatakan:

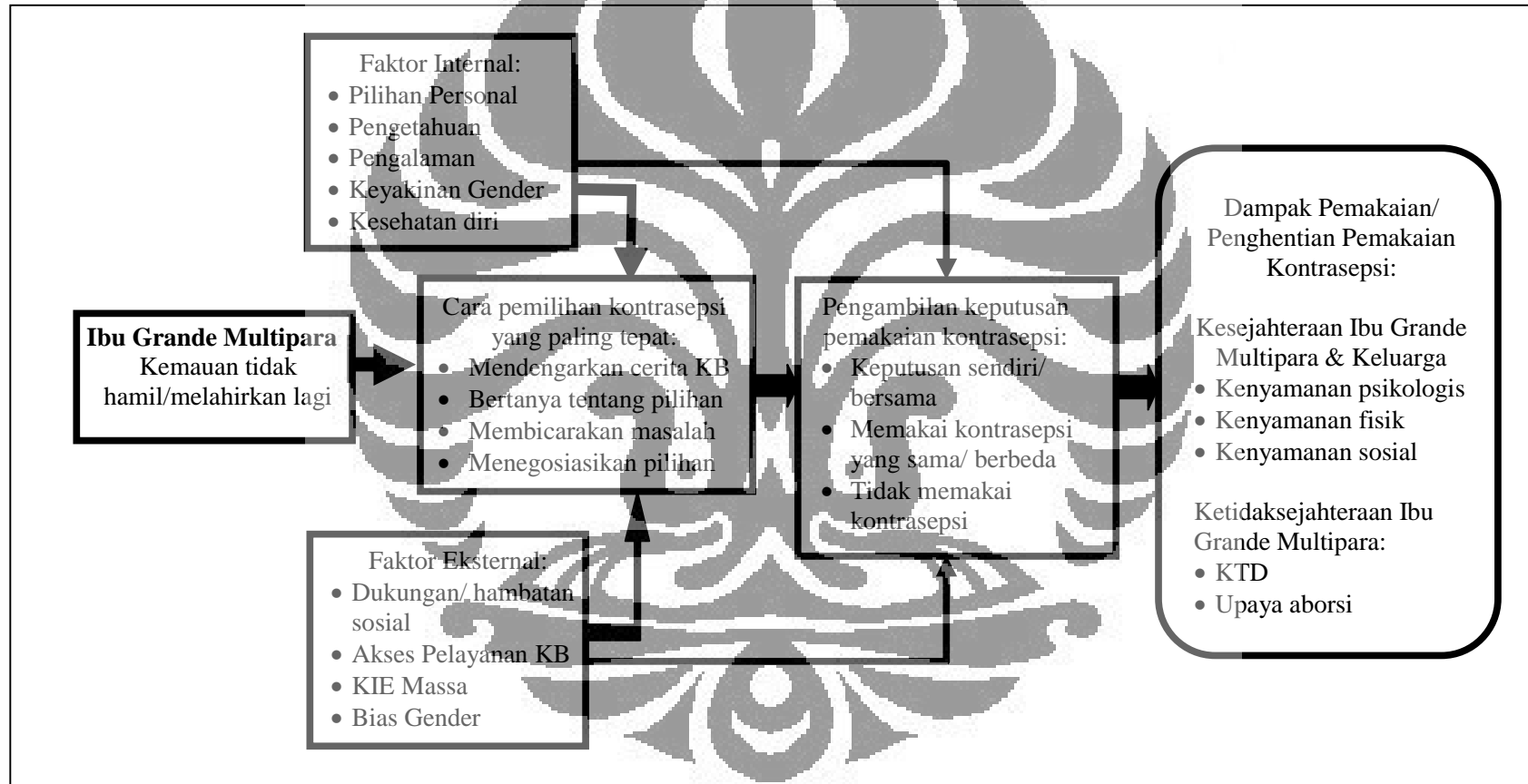
“Pernah minum obat-obat keras, kayak jamu cap becak gitu. Pokoknya yang untuk ngelunturin gitu, untuk orang terlambat bulan. Namanya orang nggak terlambat, orang hamil...ya nggak bisa. Tap kita nggak tahu kan, jadi coba saja.” (P7)

Wiknyosastro, Saifuddin dan Rakhimhadhi (1999) menyatakan bahwa pemakaian kontrasepsi memiliki efek psikologis kepada perempuan, asalkan ia mempunyai motivasi yang baik dan cara memakai kontrasepsi yang disesuaikan dengan persepsi/keyakinan yang bersangkutan dan dengan lingkungannya. Frekuensi kegagalan dalam usaha kontrasepsi dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis, terutama apabila pilihan atas suatu metode kontrasepsi kurang sesuai dengan kepribadian dan kehidupan emosional sang akseptor. ICPD, Kairo (1994) mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, dan tidak semata-mata karena tidak adanya penyakit atau gangguan dalam semua hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya (Catino, 1999).

C. Hasil *Grounded Theory* Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara

Berdasarkan analisis hasil penelitian, peneliti merumuskan suatu *grounded theory* tentang proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara (skema 4.7). Konsep utama dari teori *grounded* ini adalah "kemauan tidak hamil/ melahirkan lagi mengharuskan ibu grande multipara memilih dan memakai kontrasepsi yang tepat". Pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara digambarkan sebagai suatu proses yang muncul dari adanya kemauan untuk tidak hamil dan melahirkan lagi. Hal ini mendorong ibu grande multipara untuk memilih dan memutuskan untuk memakai metode kontrasepsi yang paling tepat bagi ibu grande multipara dan suaminya.

Skema 4.7. Hasil penelitian *Grounded Theory* "Proses Pengambilan Keputusan Pemakaian Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara"



Pemilihan metode kontrasepsi yang tepat dilakukan oleh ibu grande multipara dengan cara mendengarkan cerita tentang KB, bertanya tentang alternatif pilihan, membicarakan masalah dan menegosiasikan pilihan. Cara pemilihan dan pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi sangat dipengaruhi faktor internal (pilihan personal, pengetahuan/ persepsi ibu grande multipara tentang kontrasepsi, pengalaman memakai kontrasepsi keyakinan gender, dan kesehatan diri) serta faktor internal (dukungan/ hambatan sosial, akses ke pelayanan KB, KIE massa, dan bias gender dalam dinamika hubungan suami istri).

Pengambilan keputusan untuk memakai kontrasepsi yang sama atau berbeda (secara bersama-sama atau sendiri) memberikan dampak kesejahteraan pada ibu grande multipara dan keluarganya, yang ditunjukkan dengan adanya kenyamanan psikologis, fisik dan sosial. Sementara itu, keputusan untuk menghentikan pemakaian kontrasepsi akan mengakibatkan ketidaksejahteraan pada ibu grande multipara yang memunculkan kejadian kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) dan upaya melakukan aborsi terhadap kehamilan tersebut.

BAB V

PEMBAHASAN

Bagian ini menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan berbagai implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan cara membandingkan hasil temuan penelitian ini dengan berbagai literatur dan tinjauan pustaka yang telah diuraikan sebelumnya. Keterbatasan penelitian ini dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Sementara implikasi keperawatan pada penelitian ini diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan dan keberlanjutan hasil penelitian ini bagi pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

A. Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini mengidentifikasi enam tema utama penelitian. Tema-tema ini meningkatkan pemahaman terhadap keanekaragaman proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi yang dilakukan oleh ibu grande multipara dan meningkatkan pemahaman tentang faktor-faktor yang mempengaruhi, cara-cara dan konsekuensi dari pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi yang dilakukan tersebut. Kerangka model teoritis yang dikembangkan dalam penelitian ini menjelaskan proses sosial yang terjadi pada saat seorang ibu grande multipara memutuskan untuk

memakai atau tidak memakai kontrasepsi tertentu. Hal ini sesuai dengan prinsip *symbolic interactionalism* yang mendasari *grounded theory* dimana peneliti berupaya membangun teori/ konsep dari data empiris yang merupakan proses sosial yang terjadi dalam interaksi perilaku manusia (Speziale & Carpenter, 2003).

Konsep utama "kemauan tidak hamil/ melahirkan lagi mengharuskan ibu grande multipara memilih dan memakai kontrasepsi yang tepat" merupakan inti dari tema-tema utama yang dihasilkan penelitian ini, yaitu: "kemauan tidak hamil/ melahirkan lagi", "cara pemilihan metode kontrasepsi yang tepat", "faktor internal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi", "faktor eksternal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi", "pengambilan keputusan pemakaian metode kontrasepsi", dan "dampak pemakaian/ penghentian pemakaian kontrasepsi". Istilah "tepat" diartikan sebagai kecocokan pemakaian kontrasepsi bagi ibu grande multipara dan pasangannya.

Adanya pandangan para partisipan dalam penelitian ini bahwa perempuanlah yang merasakan ketidaknyamanan kehamilan dan melahirkan, pentingnya persetujuan suami dalam memilih dan memakai metode kontrasepsi tertentu, kurang berminatnya pasangan/ suami memakai kontrasepsi, dan pengetahuan/ persepsi perempuan tentang kontrasepsi memberikan pengaruh yang kuat bagi ibu grande multipara untuk memilih dan memakai metode kontrasepsi yang bisa diterima oleh pasangannya. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya ketidakseimbangan gender tentang tanggung jawab pencegahan kehamilan kembali yang hampir sepenuhnya menjadi tanggung jawab perempuan.

Upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan metode kontrasepsi membuat perempuan berada dalam suatu dilema, yaitu: memberikan kesejahteraan bagi dirinya dan keluarganya, atau menimbulkan permasalahan kesejahteraan bagi dirinya akibat adanya ketidakcocokan atau penghentian pemakaian kontrasepsi tertentu. Bias gender dalam pemakaian kontrasepsi membuat perempuan berupaya menghargai hak-hak reproduksi hak membuat keputusan pada laki-laki, tetapi mengabaikan hak-hak reproduksi dan membuat keputusannya. Ibu grande multipara harus mampu memilih metode yang bisa diterima oleh pasangannya, walaupun metode tersebut belum tentu cocok untuk dirinya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Noone (2004), yang menyatakan bahwa keputusan yang diambil oleh perempuan terkait metode kontrasepsi tidak harus selalu yang terbaik atau yang paling ideal, namun setidaknya merupakan pilihan yang paling dapat diterima atau paling penting atau paling cocok bagi dirinya dan suami atau keluarganya saat ini.

Keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara dipicu dari adanya fenomena kemauan tidak hamil dan melahirkan lagi. Herartri (2004) menyatakan bahwa keputusan untuk menggunakan kontrasepsi muncul untuk mencegah terjadinya kehamilan. Adanya keterbatasan ekonomi, trauma melahirkan bermasalah, kecukupan jumlah dan variasi jenis kelamin anak, keyakinan masih subur dan bertambahnya usia, menimbulkan kemauan untuk tidak hamil dan melahirkan lagi dan memotivasi ibu untuk memakai kontrasepsi. Pada partisipan penelitian ini, kemauan untuk tidak hamil lagi umumnya muncul dari kesadaran pribadi ibu grande multipara. Hanya sebagian kecil suami partisipan yang mengingatkan ibu untuk memakai kontrasepsi.

Keterbatasan ekonomi keluarga di perberat dengan banyaknya jumlah anak yang dimiliki oleh ibu grande multipara. Banyaknya anak meningkatkan beban keluarga untuk memenuhi kebutuhan makan dan sekolah, sedangkan kehamilan dan melahirkan membutuhkan biaya yang tidak sedikit sehingga membuat ibu grande multipara menolak punya anak lagi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Irwanto, et al (1998) yang menyatakan bahwa masalah ekonomi sangat mempengaruhi perempuan dalam mengatur reproduksinya.

Kemauan untuk tidak hamil dan melahirkan lagi memotivasi ibu grande multipara untuk melakukan pemilihan kontrasepsi dengan mendengarkan cerita-cerita tentang KB, menanyakan alternatif pilihan, membicarakan masalah dan mendiskusikan/mengosiasikan pilihan. Pandangan yang sama dikemukakan pula oleh Alaszewski & Alaszewski (2000) yang menyatakan bahwa seseorang yang akan melakukan pengambilan keputusan perlu mengumpulkan dan menggunakan informasi yang ada untuk membantu proses pemilihan dan mencegah terjadinya ketidakpastian.

Namun, upaya yang dilakukan oleh ibu grande multipara pada penelitian ini masih terbatas pada pencarian informasi dari orang lain. Hanya sebagian kecil partisipan yang memperoleh informasi tentang kontrasepsi dari KIE massa. Hal ini berbeda dengan penelitian kualitatif Noone (2004) di Hawaii, yang menunjukkan bahwa selain menggunakan strategi berbicara kepada orang lain, mendengarkan/ mengamati pengalaman orang lain dan melakukan konsultasi kepada keluarga dan tenaga kesehatan, partisipan juga berupaya mencari informasi tentang kontrasepsi di berbagai media informasi (KIE massa) yang ada. Perbedaan dapat terjadi

dimungkinkan karena partisipan penelitian ini sebagian besar tidak tamat SD dan sebagian besar disibukkan oleh kegiatan mengurus anak yang banyak sehingga kurang berupaya mencari informasi tentang kontrasepsi dari sumber-sumber lainnya.

Pemilihan metode kontrasepsi yang tepat, dilakukan ibu grande multipara dengan mempertimbangkan berbagai faktor internal dan faktor eksternal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi. Faktor internal yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara dalam penelitian ini adalah pilihan personal akan metode yang disenangi, pengalaman ibu sebelumnya dalam memakai kontrasepsi dan pengetahuan atau persepsi tentang metode kontrasepsi tertentu dan keyakinan gender.

Pengalaman memakai kontrasepsi terdahulu, dan pengetahuan/ persepsi tentang metode kontrasepsi akan mempengaruhi pengambilan keputusan ibu grande multipara untuk meneruskan pemakaian kontrasepsi yang dipakai sebelumnya, mengganti metode kontrasepsi yang dipakai atau tidak memakai kontrasepsi. Kecocokan pemakaian kontrasepsi di masa lalu akan membuat ibu memakai kontrasepsi yang sama, sementara ketidakcocokan akibat adanya efek samping kontrasepsi atau ketidaktepatan pemakaian akan mengakibatkan ibu mengganti metode kontrasepsi yang dipakainya atau berhenti memakai kontrasepsi. Hasil penelitian ini sependapat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Noone (2004) yang menyatakan bahwa dasar pemilihan kontrasepsi pada perempuan adalah pengetahuan, pengalaman, dan evaluasi terhadap apa yang paling sesuai dengan konteks situasi kehidupan mereka saat ini, dan Chung-Park (2007) yang menyatakan

bahwa proses pengambilan keputusan kontrasepsi juga dipengaruhi oleh tujuan personal dan keefektifan pengontrolan kehamilan.

Karakteristik kontrasepsi seperti keuntungan, lama pemakaian, efek samping, risiko komplikasi dan cara pemakaian, harga dan ketersediaannya menjadi dasar pertimbangan ibu untuk yakin memakai kontrasepsi tertentu dan menjadi dasar pemikiran suami untuk mengizinkan atau melarang istri memakai kontrasepsi tertentu atau tidak berpartisipasi memakai kontrasepsi. Pengetahuan yang kurang atau persepsi yang salah tentang metode kontrasepsi tertentu akan menimbulkan ketakutan pada ibu grande multipara untuk memakai metode kontrasepsi tertentu. Pengalaman memakai kontrasepsi yang menimbulkan efek samping dan menimbulkan kelalaian pemakaian juga menghalangi ibu grande multipara untuk memakai metode kontrasepsi tertentu. Matheny (2004) menyatakan bahwa penghambat utama penggunaan kontrasepsi di Indonesia adalah kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi, penolakan sosial, atau adanya efek samping. SDKI 2002/ 2003 menunjukkan bahwa dari 21% perempuan menikah yang memilih tidak melanjutkan pemakaian kontrasepsi, 14% menyatakan adanya efek samping sebagai alasan penghentian (Depkes RI & WHO, 2003).

Faktor eksternal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara adalah dukungan sosial, isu sosial, bias gender, akses ke pelayanan dan metode KB dan KIE massa. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Herartri (2004) yang menyatakan bahwa nilai-nilai budaya masyarakat, agama, dan persepsi tentang bias gender turut mendorong atau menghambat perempuan untuk

berpartisipasi dalam program KB. Ada perbedaan yang diperoleh dari hasil temuan penelitian ini jika dibandingkan dengan hasil penelitian Herartri (2004) dan Irwanto et al (1999), yaitu tidak adanya pengaruh agama yang membatasi partisipan dalam memakai kontrasepsi tertentu. Keyakinan agama tidak menghalangi ibu grande multipara dalam penelitian ini dalam memakai kontrasepsi karena hampir semua partisipan telah merasakan sulitnya melahirkan dan merasa beban yang berat dalam merawat anak yang banyak.

Dukungan sosial dari teman, keluarga, kader kesehatan dan akses ke pelayanan kespro/ KB sangat mendukung keinginan ibu grande multipara memakai kontrasepsi sehingga melakukan pemilihan metode. Adanya dukungan sosial tertentu meningkatkan pemahaman partisipan atas metode kontrasepsi tertentu dan meningkatkan kemauan partisipan memakai kontrasepsi. Walaupun demikian, lemahnya "power" yang dimiliki perempuan dalam pengambilan keputusan, sering kali dapat mengagalkan keinginannya memakai metode kontrasepsi tertentu. Jika orang-orang terdekat partisipan (seperti, orang tua, anak, suami, teman dekat) menghalangi atau tidak menyetujui partisipan memakai kontrasepsi tertentu, maka biasanya partisipan mengikuti perkataan orang tersebut. Orang terdekat partisipan yang paling mempengaruhi partisipan dalam pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi adalah suaminya.

Bias gender dalam pemilihan kontrasepsi terlihat jelas saat sebagian besar partisipan kurang mendapat dukungan suaminya dalam memilih kontrasepsi yang tepat. Walaupun istri membicarakan tentang pemakaian kontrasepsi dengan suaminya,

suami cenderung membatasi pilihan kontrasepsi ibu dan kurang ingin berpartisipasi dalam memakai kontrasepsi. Hal ini sesuai dengan Parwieningrum (2006) yang menyatakan bahwa pria umumnya masih mendominasi dalam mengarahkan perempuan untuk memakai kontrasepsi, memilih tipe kontrasepsi, dan mengakhiri pemakaian kontrasepsi.

Selain membatasi metode kontrasepsi yang dapat dipilih oleh partisipan, suami juga mendominasi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi yang dilakukan bersama-sama antara partisipan dan suaminya. Namun, pengambilan keputusan secara bersama-sama tidak berarti membuat partisipan mendapat hak-haknya untuk memakai kontrasepsi yang paling nyaman atau membuat suami mau memakai kontrasepsi. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Surbakti (1999) di seratus desa di Indonesia yang menyatakan bahwa pengambilan keputusan dalam memakai kontrasepsi masih didominasi oleh perempuan (70%), hanya 46% responden pria menyatakan bahwa keputusan tersebut berada di pihak mereka.

Dominasi suami dalam pengambilan keputusan menunjukkan adanya ketidakseimbangan peran gender tradisional (suami dianggap sebagai pemberi nafkah yang harus dihormati), dan ketidakseimbangan kekuatan gender dalam dinamika hubungan suami-istri. Dominasi suami dalam pengambilan keputusan kontrasepsi pada ibu grande multipara umumnya terlihat pada partisipan yang tidak bekerja, karena partisipan menganggap bahwa biaya untuk mendapatkan metode kontrasepsi berasal dari suami dan ia merupakan kepala rumah tangga. Kondisi ini berbeda dengan partisipan yang bekerja, dimana mereka lebih berani membuat keputusan

sendiri tentang metode kontrasepsi yang akan dipakainya dengan alasan biaya untuk mendapatkan kontrasepsi adalah hasil jerih payahnya sendiri dan perempuanlah yang merasakan sakitnya hamil dan melahirkan. Namun, secara umum kondisi pengambilan keputusan kontrasepsi pada para partisipan penelitian ini adalah sama, yaitu tanggung jawab pemakaian kontrasepsi dan pencegahan terjadinya kehamilan kembali berada di tangan perempuan. Hasil temuan penelitian ini sependapat dengan penelitian kualitatif di Nepal yang dilakukan oleh Chapagain (2006) yang menyatakan bahwa keputusan yang dibuat 'bersama-sama', tidak membuat perempuan mampu mendapatkan hak reproduksi dan hak membuat keputusan dikarenakan adanya ketidakseimbangan kekuatan gender dalam hubungan suami istri.

Bias gender dalam proses pengambilan keputusan kontrasepsi pada ibu grande multipara dalam penelitian ini juga disebabkan kurangnya usaha pemberi pelayanan KB untuk melibatkan laki-laki dalam kegiatan konseling KB, sementara laki-laki kekurangan informasi yang benar tentang kontrasepsi dan kurang mau berpartisipasi memakai kontrasepsi. Hak-hak reproduksi laki-laki untuk mendapatkan informasi dan akses ke pelayanan KB terabaikan. Perempuan dijadikan obyek utama program keluarga berencana dalam usaha menekan pertumbuhan penduduk, sedangkan untuk meningkatkan kesejahteraan perempuan seharusnya perempuan menjadi subyek dan disediakan metode kontrasepsi yang berpihak padanya .

Umumnya partisipan yang diminta oleh tenaga kesehatan untuk memakai kontrasepsi tertentu, sementara suami kurang dilibatkan untuk berpartisipasi memakai kontrasepsi. Jika kehamilan yang tidak diinginkan terjadi, maka partisipanlah yang

disalahkan oleh anak, suami, keluarga dan tenaga kesehatan karena tidak memakai kontrasepsi. Hanya satu partisipan yang suaminya mau berpartisipasi memakai kontrasepsi, tetapi itu pun hanya sementara waktu sampai ibu bisa memakai metode kontrasepsi tertentu. Parwieningrum (2006) menyatakan bahwa seharusnya pemberi pelayanan kontrasepsi lebih peka terhadap isu gender dalam upaya memenuhi secara seimbang kebutuhan akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi klien laki-laki dan perempuan.

Walaupun hasil penelitian tidak memunculkan adanya kategori program KB pemerintah sebagai salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada ibu grande multipara, sesungguhnya program ini terintegrasi dengan faktor eksternal lain. Adanya upaya pemerintah mengaktifkan peran kader kesehatan menjadi dukungan sosial yang sangat berarti bagi ibu grande multipara untuk menggunakan kontrasepsi tertentu. Adanya program ASKESKIN turun mempermudah ibu grande multipara mengakses pelayanan dan metode KB. Hal ini sesuai dengan penelitian Herarti (2004) yang menemukan bahwa keputusan pasangan suami istri untuk mengontrol fertilitas terfasilitasi dengan adanya akses perempuan mendapatkan informasi dan pelayanan kontrasepsi yang disediakan oleh program keluarga berencana pemerintah.

Setelah melewati tahap pemilihan kontrasepsi yang sangat penting dalam pembuatan keputusan, ibu grande multipara dihadapkan dengan upaya untuk mempertahankan keberlanjutan pemakaian kontrasepsi dengan melakukan konsultasi pada tenaga kesehatan atas permasalahan yang timbul, agar dapat meningkatkan toleransi terhadap

efek samping kontrasepsi tertentu atau mengganti metode kontrasepsi yang dipakai, serta berupaya meningkatkan keberlanjutan pemakaian kontrasepsi. Pada tahap ini peran suami, keluarga dan tenaga kesehatan sangat berpengaruh terhadap keberlanjutan atau ketidakberlanjutan pemakaian kontrasepsi. Dukungan aktif dari suami akan mendorong perempuan untuk menggunakan kontrasepsi, meningkatkan kepuasan suami-istri, dan mengefektifkan penggunaan metode kontrasepsi (Irwanto, et al, 1998; WHO, 2002; Khan, 2001).

Pengambilan keputusan kontrasepsi pada ibu grande multipara merupakan suatu proses sistemik yang kompleks dan sirkuler melalui proses *trial and error* yang berulang guna menemukan metode kontrasepsi yang paling cocok bagi dirinya dan suaminya. Pemilihan metode kontrasepsi yang akan dipakai menjadi kompleks dikarenakan pada umumnya ibu merasakan ketidakcocokan memakai kontrasepsi tertentu tetapi tidak mampu memilih solusi untuk mengatasi permasalahannya. Hasil penelitian ini didukung oleh Buttenheim (2006) yang menyatakan bahwa pengambilan keputusan dapat dipelajari melalui pengalaman hidup, namun tidak semua orang belajar untuk mengambil keputusan yang tepat dengan metode *trial and error* ini. Berbagai survei menunjukkan bahwa perempuan Indonesia memilih menghentikan pemakaian kontrasepsi pada periode waktu tertentu dan menggunakan tiga jenis atau lebih metode kontrasepsi dalam hidupnya.

Walaupun ibu grande multipara terus kembali menggunakan kontrasepsi yang sama, mereka merasakan kemanfaatan adanya metode kontrasepsi/ program KB dalam mencegah terjadinya kehamilan kembali dan memotivasinya untuk terus memakai

metode kontrasepsi tertentu. Kesejahteraan yang dimanifestasikan dengan kenyamanan psikologis, fisik dan sosial merupakan hasil yang diperoleh dalam upayanya membuat keputusan pemakaian kontrasepsi yang tepat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Irwanto, et al (1998) yang menyatakan bahwa metode kontrasepsi modern tertentu menimbulkan perasaan senang bagi perempuan karena tidak memberikan efek samping dan memberikan banyak waktu luang bagi perempuan untuk beraktifitas di dalam dan di luar rumah. Akseptor KB modern merasa memiliki kontrol yang lebih besar terhadap kehidupan reproduksinya, dan lebih mampu memenuhi kebutuhan ekonomi dan sosialnya.

Pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi yang dilakukan ibu grande multipara juga dapat menimbulkan dampak ketidaksejahteraan bagi ibu grande multipara. Ketidaktepatan pemilihan metode kontrasepsi telah mengakibatkan semua partisipan dalam penelitian ini berupaya mengganti atau menghentikan pemakaian kontrasepsi yang dipakainya. Ketidakberlanjutan pemakaian kontrasepsi karena ketidaktepatan pemakaian dan penghentian pemakaian mengakibatkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan pada hampir semua partisipan, bahkan sebagian diantaranya berupaya atau berkeinginan melakukan aborsi. Hasil beberapa survei menunjukkan bahwa 71% perempuan yang melakukan aborsi telah menikah dan salah satu alasan mereka melakukan aborsi adalah kegagalan kontrasepsi (Depkes RI & WHO, 2003;. Anshor, 2001).

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki banyak keterbatasan dan kekurangan, diantaranya:

1. Keterbatasan waktu penelitian. Kurang tersedia waktu untuk melakukan pendekatan interpersonal dengan partisipan yang lebih mendalam dan untuk melakukan eksplorasi yang lebih komprehensif terkait proses pengambilan keputusan, sehingga kegiatan wawancara hanya dapat dilakukan satu kali pada setiap partisipan, kecuali pada partisipan yang pertama.
2. Kurangnya pengalaman peneliti dalam melakukan studi kualitatif, khususnya studi *grounded theory*. Kemampuan peneliti untuk melakukan triangulasi metode pengumpulan data (wawancara, membuat catatan lapangan dan studi) masih sangat terbatas. Banyak data yang lebih dapat tergalai jika peneliti dapat meningkatkan kemampuannya dalam melakukan wawancara, membuat catatan lapangan dan *memoing*. Keterbatasan kemampuan peneliti melakukan analisa data membuat proses analisa sedikit tersendat dan membutuhkan waktu yang lama.
3. Keterbatasan variasi karakteristik partisipan. Sebagian partisipan berpendidikan rendah (tidak tamat SD, sehingga seringkali sulit memahami pertanyaan yang diajukan atau kesulitan dalam menceritakan pengalaman-pengalamannya. Kurangnya variasi partisipan penelitian dalam hal pengalamannya memakai metode kontrasepsi, dikarenakan keterbatasan jumlah partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Beberapa partisipan kurang terbuka dalam menceritakan pengalamannya, terutama terkait dengan hal-hal sensitif, seperti dinamika hubungannya dengan suami. Mungkin hal ini terjadi karena kurang terbinanya hubungan saling percaya antara partisipan dan peneliti.

C. Implikasi Keperawatan

Penelitian ini memberikan gambaran tentang proses pengambilan keputusan ke pada ibu grande multipara beserta faktor-faktor yang mempengaruhi, hambatan dalam pelaksanaan dan konsekuensinya bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kontrasepsi pada ibu grande multipara. Pemahaman tentang hal ini akan membantu mengarahkan tenaga kesehatan, termasuk perawat, dalam memberikan pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi yang sensitif gender khususnya kepada ibu grande multipara maupun pengguna kontrasepsi pada umumnya.

Walaupun saat ini pelaksanaan pengkajian kontrasepsi telah dilakukan oleh perawat, hanya saja pengkajian yang dilakukan terlalu sederhana dan singkat, sehingga pemberian pelayanan KB sering kurang tepat sasaran dan hasilnya tidak optimal. Hasil penelitian ini mendorong perawat yang memberikan pelayanan kontrasepsi untuk melakukan pengkajian komprehensif tentang pengalaman-pengalaman pemakaian kontrasepsi, faktor-faktor intrernal dan eksternal yang mendukung atau menghambat ibu grande multipara untuk memakai kontrasepsi, harapan ibu terhadap metode kontrasepsi dan pengetahuan ibu tentang berbagai macam metode kontrasepsi.

Perawat dalam memberikan dukungan bagi ibu grande multipara untuk membuat keputusan kontrasepsi yang tepat harus memperhatikan unsur-unsur yang telah dikaji sebelumnya, membuka kesempatan bagi partisipan untuk memilih metode yang paling tepat untuk dirinya dan melibatkan suami dalam proses pemberian informasi dan proses pengambilan keputusan kontrasepsi. Besarnya keterlibatan suami dalam membuat keputusan kontrasepsi seharusnya meningkatkan keinginan perawat untuk

secara aktif melibatkan suami dalam mendukung ibu untuk mendapatkan kontrasepsi dan berpartisipasi memakai kontrasepsi. Perawat harus sensitif terhadap kebutuhan dan permasalahan ibu grande multipara dan suaminya terkait dengan pengambilan keputusan kontrasepsi, termasuk bagaimana meningkatkan partisipasi suami dalam memakai kontrasepsi. Reeder, Martin dan Koniak-Griffin (1997) menyatakan bahwa perawat turut membantu kliennya dalam membuat keputusan dengan melihat prioritas kebutuhan klien berdasarkan pemikiran yang kritis dan memberikan klien informasi atau sumber-sumber yang membantunya dalam mengambil keputusan.

Adanya upaya-upaya yang dilakukan ibu grande multipara dalam proses pemilihan kontrasepsi harus ditanggapi secara serius oleh perawat. Upaya yang dilakukan ibu grande multipara dalam mengontrol reproduksi belum dilakukan secara optimal karena terkendala adanya persepsi yang salah tentang metode kontrasepsi tertentu, dan ketidaksetaraan gender dalam proses pemilihan dan pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi. Perawat seharusnya berupaya meningkatkan pemberdayaan ibu grande multipara sehingga mereka kuat secara ekonomi dan mampu menegosiasikan pilihan kontrasepsi yang tepat untuk dirinya.

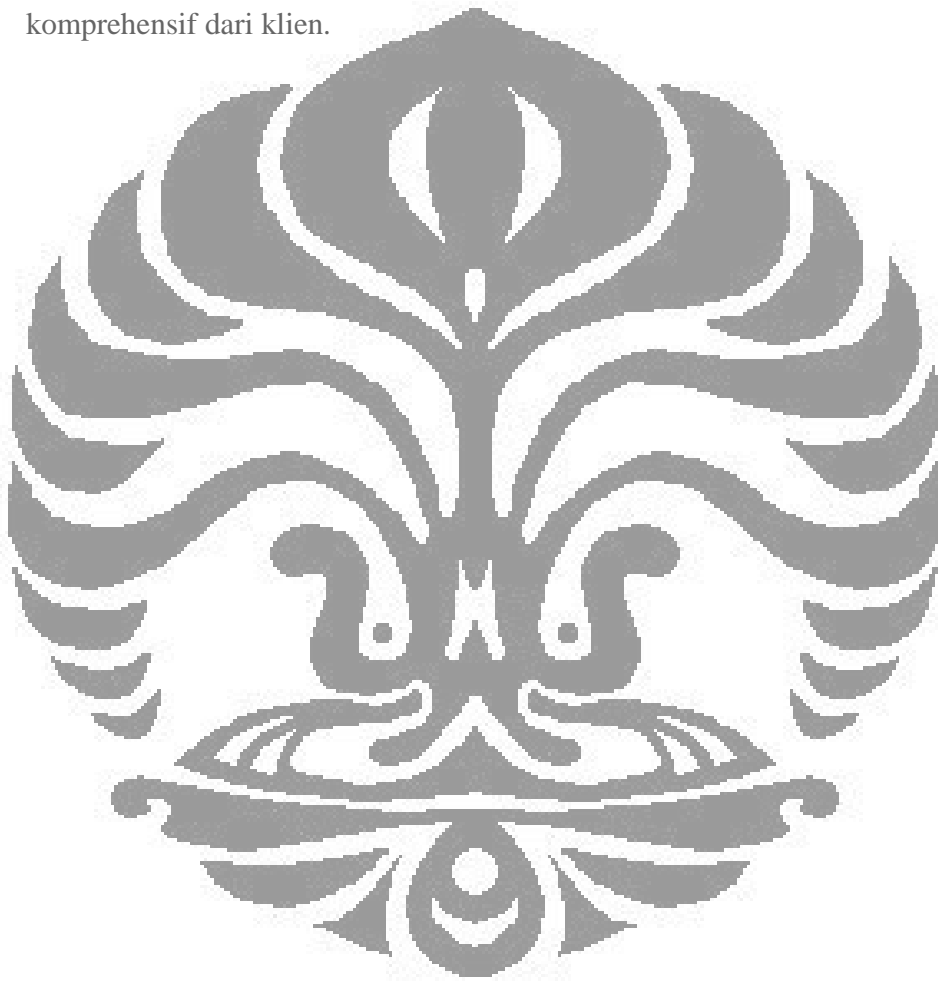
Kurangnya kepedulian perawat dalam memberikan pelayanan kontrasepsi yang adekuat kepada perempuan usia subur dan keluarganya, akan mempengaruhi keefektifan pemilihan dan pemakaian kontrasepsi selanjutnya. Perawat seharusnya dapat meningkatkan kenyamanan ibu grande multipara dan pasangannya dalam memperoleh informasi tentang kontrasepsi yang tepat dan memberikan dukungan atas permasalahan yang timbul. Informasi dan dukungan yang diberikan oleh perawat

kepada ibu grande multipara dan suaminya harus disesuaikan dengan kebutuhan kontrasepsi ibu saat ini, apakah ibu masih ingin melanjutkan metode kontrasepsi yang dipakai, ataukah ingin mengganti metode tersebut. Perawat dan tenaga pelayanan KB lainnya harus memberikan informasi dan alternatif pilihan metode kontrasepsi yang seluas-luasnya dan sesuai dengan konteks sosial ibu grande multipara baik di unit pelayanan kesehatan (unit pelayanan kespro/ KB dan unit perawatan post partum), maupun di komunitas.

Umumnya pelayanan KB yang ada saat ini hanya memberikan pelayanan yang singkat dan cepat, tanpa memberikan pilihan-pilihan yang cukup dan sesuai kondisi pasangan usia subur, termasuk ibu grande multipara dan suami. Permasalahan efek samping pemakaian, ketidaktepatan pemakaian dan tidak adanya komunikasi tentang kontrasepsi yang adekuat diantara pasangan suami istri, kurang di tanggapi dengan cermat oleh perawat maternitas dan komunitas yang memberikan pelayanan KB. Hal ini menimbulkan banyaknya kejadian kehamilan yang tidak diinginkan dan usaha aborsi, yang dapat menurunkan kesejahteraan perempuan dan keluarganya. Perawat perlu menyikapi hal ini dengan bijak, tanpa menyalahkan perempuan atas kegagalan atau ketidaktepatan pemakaian kontrasepsi.

Istitusi pendidikan keperawatan yang mendidik calon-calon perawat profesional telah berupaya memberikan pengetahuan tentang kontrasepsi dan pelayanan KB pada mahasiswa. Pengetahuan yang diberikan sudah sangat lengkap terkait masalah kesehatan reproduksi (termasuk pemakaian kontrasepsi). Hanya saja, pengetahuan

yang diberikan kurang ditunjang dengan praktek pemberian konseling yang sensitif gender dan melibatkan pasangan kurang. Pengalaman praktek melakukan konseling KB di institusi pendidikan seharusnya lebih ditingkatkan guna mempersiapkan mahasiswa untuk terjun ke lahan praktek. Pemberian petunjuk dan format pengkajian kontrasepsi jangan sampai membatasi mahasiswa untuk menggali data yang komprehensif dari klien.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi pada ibu grande multipara sangat dipengaruhi oleh adanya bias gender yang ditunjukkan dengan keyakinan peran gender tradisional ibu grande multipara, kurangnya partisipasi suami dalam upaya mencegah terjadinya kehamilan, dominasi suami dalam pemilihan kontrasepsi dan pengambilan keputusan kontrasepsi yang kurang berpihak pada perempuan, dan adanya hambatan keluarga bagi ibu grande multipara untuk memakai kontrasepsi tertentu. Ketidakseimbangan juga terlihat dari kurangnya upaya tenaga kesehatan untuk melibatkan laki-laki dalam kegiatan pelayanan KB, dan menjadikan perempuan sebagai obyek KB. Hak-hak ibu grande multipara dan suaminya untuk mendapatkan informasi dan akses terhadap metode keluarga berencana yang aman, efektif dan terjangkau kurang terfasilitasi oleh pelayanan KB yang ada. Kurangnya informasi KB yang diterima ibu grande multipara dan suaminya mengakibatkan terbatasnya pengetahuan mereka tentang metode kontrasepsi sehingga meningkatkan ketidaksetaraan gender dalam proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi. Pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi secara bersama ataupun sendiri tidak

membuat suami turut bertanggung jawab dalam pengontrolan reproduksi ibu grande multipara.

Konsep "kemauan tidak hamil/ melahirkan lagi mengharuskan ibu grande multipara memilih dan memakai kontrasepsi yang tepat" yang dihasilkan penelitian *Grounded Theory* ini memberikan suatu gambaran tentang suatu proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi. Cara pemilihan kontrasepsi yang tepat dan pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi dipicu oleh adanya kemauan ibu grande multipara untuk tidak hamil atau melahirkan lagi dan dipengaruhi oleh adanya faktor internal (pilihan personal, pengetahuan/ persepsi tentang kontrasepsi, pengalaman memakai kontrasepsi, keyakinan gender dan kesehatan diri), dan faktor eksternal (dukungan/ hambatan sosial, akses ke pelayanan KB, KIE massa dan bias gender). Pemilihan kontrasepsi yang tepat membuat ibu grande multipara memakai kontrasepsi yang memberikan kenyamanan psikologis, fisik dan sosialnya, sedangkan pemilihan yang tidak tepat dapat mengakibatkan munculnya upaya penggantian metode kontrasepsi yang dipakai atau penghentian pemakaian kontrasepsi. Dampak penghentian pemakaian kontrasepsi adalah ketidaksejahteraan pada ibu grande multipara yaitu terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan adanya upaya melakukan aborsi atas kehamilan tersebut.

B. Saran

1. Bagi Pengelola Pelayanan Kespro/ KB

- a. Diharapkan program KB yang berupaya meningkatkan partisipasi suami dapat dilakukan oleh pengelola pelayanan Kespro/ KB melalui penyediaan konseling bersama pasangan suami istri usia subur yang mendukung hak-hak reproduksi yang seimbang antara perempuan dan laki-laki.
- b. Diharapkan dapat memberikan keringanan biaya bukan hanya untuk pemberian kontrasepsi suntik, pil, dan spiral, tetapi juga dalam memfasilitasi kebutuhan ibu grande multipara dan suaminya untuk di tubektomi/ vasektomi, terutama bagi keluarga yang kurang mampu.
- c. Diharapkan dapat menyediakan metode kontrasepsi yang berpihak pada perempuan, yaitu yang sesuai dengan kebutuhan, terjangkau harganya, tinggi efektifitasnya, tidak menimbulkan efek samping atau berisiko terjadi komplikasi, dan tidak mengganggu hubungan suami istri.
- d. Diharapkan dapat mengefektifkan penyediaan KIE massa yang menjelaskan tentang karakteristik berbagai kontrasepsi, jenis pelayanan KB yang bisa diterima oleh akseptor/ calon akseptor KB dan pentingnya partisipasi suami akan keberhasilan pengontrolan reproduksi dengan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti, bentuk yang bervariasi, serta diletakkan di tempat yang sering dilewati oleh para pengunjung pelayanan kespro/ KB.

2. Bagi Perawat Maternitas dan Komunitas

- a. Diharapkan dapat menyediakan waktu yang lebih intensif untuk melakukan pengkajian dan pemberian asuhan keperawatan pada ibu grande multipara

yang berada di ruang perawatan post partum ataupun yang berada di komunitas agar terpenuhi kebutuhannya akan kontrasepsi. Pemberian asuhan keperawatan terkait kontrasepsi harus termasuk pemberian informasi yang tepat tentang berbagai metode kontrasepsi dan pengajaran tentang ketrampilan bernegosiasi (*negotiating skill*) dalam pemilihan kontrasepsi yang tepat.

- b. Diharapkan mampu berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dan melibatkan suami klien dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada ibu grande multipara.
- c. Diharapkan dapat memberikan pilihan-pilihan kontrasepsi yang tidak terbatas dan efektif mencegah kehamilan bagi ibu grande multipara dan suaminya.
- e. Diharapkan dapat menyediakan waktu yang lebih banyak lagi dalam melakukan KIE massa di komunitas, termasuk pemberian informasi tentang KB kepada laki-laki, melalui berbagai kegiatan kemasyarakatan sehingga dapat menurunkan isu-isu sosial dan persepsi yang kurang tepat tentang kontrasepsi.
- f. Diharapkan dapat melakukan upaya pemberdayaan perempuan yang dapat meningkatkan status ekonomi dan sosial perempuan dengan memfasilitasi diadakannya pelatihan-pelatihan ketrampilan bagi perempuan, termasuk untuk ibu grande multipara.

3. Bagi Pendidikan Keperawatan

- a. Diharapkan materi pemberian konseling kontrasepsi/KB yang sensitif gender dengan metode pembelajaran teori dan praktek yang proporsional dapat dimasukkan dalam mata ajar keperawatan maternitas.

- b. Diharapkan meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam melakukan pengkajian kontrasepsi yang komprehensif pada perempuan usia subur dan suaminya, khususnya pada ibu grande multipara.
- c. Diharapkan meningkatkan kesensitifan mahasiswa program spesialis maternitas dalam mengkaji kebutuhan-kebutuhan dan memberikan asuhan keperawatan pada ibu grande multipara yang hamil, melahirkan ataupun yang berada di komunitas.

4. Bagi Penelitian Keperawatan

- a. Diharapkan peneliti lain yang juga ingin melakukan penelitian *grounded theory* menyediakan waktu yang lebih luang dan lama, meningkatkan kemampuan dalam membina hubungan saling percaya dengan partisipan dan dalam melakukan pengumpulan data, baik secara wawancara, observasi, maupun studi dokumen, serta meningkatkan kemampuannya dalam mengolah data hasil penelitian dengan melibatkan partisipan dan *second coder* ahli dalam proses tersebut
- b. Diharapkan penelitian selanjutnya dapat mengeksplorasi lebih jauh tentang partisipasi suami dalam pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi dengan melibatkan perempuan, laki-laki, keluarga, teman, dan tenaga kesehatan dalam proses pengumpulan datanya.
- c. Diharapkan dapat dilakukan penelitian tentang model pelayanan kontrasepsi bagi ibu grande multipara atau model perubahan perilaku kontrasepsi bagi ibu grande multipara dan suami, serta pada perempuan usia reproduksi lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abu-Hejja A; al-Chalabi H; el-Iloubani. (1998). Abruptio placentae: risk factors and perinatal outcome. *Obstetrics & Gynaecology Research*, 24(2), 141-4
- Agadjanian. (2002). Gender, communication, and contraception in urban Mozambique. *Gender & Society*, 16(2), 194-215.
- Alaszewski, A., Alaszewski, H., Ayer, S., Manthorpe, J. (Eds.). (2000). *Managing risk in community practice*. London: Harcourt Publishers Limited.
- Alcalá, M.J. (1994). *Action for the 21st century reproductive health & rights for all*. New York: Family Care International & International Conference on Population and Development.
- Aliyu, M.H., Salihu H.M., Keith, L.G., Ehiri, J.E., Islam, M.A., Jolly P.E. (2005). High parity and fetal morbidity. *The American College of Obstetrician & Gynecologists*, 105(5):1, 1045-1051.
- American Psychology Association [APA]. (2001). *Publication manual of the American Psychology Association*, 5th ed. Washington, DC: American Psychology Association.
- Anshor, M.U. (2001). Aborsi, antara fakta dan norma. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/ma42aborsi.html> diperoleh tanggal 28 Januari 2008.
- Babinszki A., Kerenyi, T., Torok, O., Grazi, V., Lapinski, R.H. Berkowitz, R.L. (1999). Perinatal outcome in grand and great-grandmultiparity: effects of parity on obstetric risk factors. *American journal of Obstetrics & Gynecology* 181, 669-674
- Barnett, B. (1998). Family planning use often a family decision: Better ways are needed to involve relatives, who may influence contraceptive choices. *FHI's Quarterly Health Bulletin Network*, 18(4), <http://www.reproline.jhu.edu/English/6read/6issues/6network/v18-4/nt1843.html> diperoleh tanggal 12 Februari 2008.
- Baroto, H. (2004). BKKBN tetap menggratiskan alkon bagi keluarga miskin, http://pikas.bkkbn.go.id/article_detail.php?aid=20 diperoleh tanggal 26 Februari 2008.
- BKKBN. (2001). *Visi dan misi Program Keluarga Berencana Nasional*. Jakarta: Badan Koordinasi Keluarga berencana Nasional.
- BKKBN Provinsi Banten. (2007). Review program KB nasional Provinsi Banten 2007, http://www.bkkbn.go.id/banten/news_detail.php?nid=4, diperoleh pada 17 Januari 2008.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health: Investigating health and health services*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press.
- Bugg, G.J., Atwal, G.S. Maresh, M., (2002). Grandmultiparae in a modern setting. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 249-53.
- Buttenheim, A. (2006). *Microfinance programs and contraceptive use: Evidence from Indonesia, On-line Working Paper Series*. Los Angeles: California Center for Population Research.

- Catino, J (Ed.). (1999). *Meeting the Cairo challenge: progress in sexual and reproductive health*. New York: Family Care International, Inc.
- 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
- Chung-Park, M.S. (2007). Contraceptive decision-making in military women. *Nursing Science Quarterly*, 20(3), 281-285.
- Cline, T. (2005). *Hopkins consortium awarded \$14 million for Indonesian program*. Center of Communication, The John Hopkins University, <http://www.jhucp.org/pressroom/2000/08-28.shtml> diperoleh tanggal 27 Oktober 2007.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, California: SAGE Publication, Inc.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2003). *Strategies of qualitative inquiry*: 2nd ed, Thousand Oaks, California: SAGE Publication, Inc.
- Depkes RI. (2004). *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Departemen Kesehatan
- _____. (2006). *Profil kesehatan Indonesia 2004: Menuju Indonesia sehat 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- _____. (2001). *Strategi nasional making pregnancy safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI & WHO. (2003). *Profil kesehatan reproduksi Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Douthwaite, M., Miller, P., Sultana, M., & Haque, M. (1998). Couple communication and sexual satisfaction among withdrawal users in Pakistan. *Reproductive Health Matter*, 6(12), 41-49.
- Drennan, M. (1998). Reproductive health: new perspectives on men's participation. *Population Reports*, series J, 46.
- Eidelman, A.I., Kamar, .R, Schimmel, M.S., Bar-On, E. (1998). The grandmultipara: is she still a risk? *Am J Obstet Gynecol*, 158(2), 389-92
- Federation Of European Cancer Societies. (2002). The pill may increase risk of breast cancer, According to large study of younger women. *ScienceDaily*, <http://www.sciencedaily.com/releases/2002/03/020326073536.htm> diperoleh tanggal 25 Februari 2008.
- Fischman, R.J., Wick, J.G., & Koenig, B.A. (1999). *The use of "sex" and "gender" to define and characterize meaningful differences between men and women in National Institutes of Health 1999, agenda for Research on Women's Health in the 21st century*: Vol. 1. Washington: Office of Research on Women's Health.

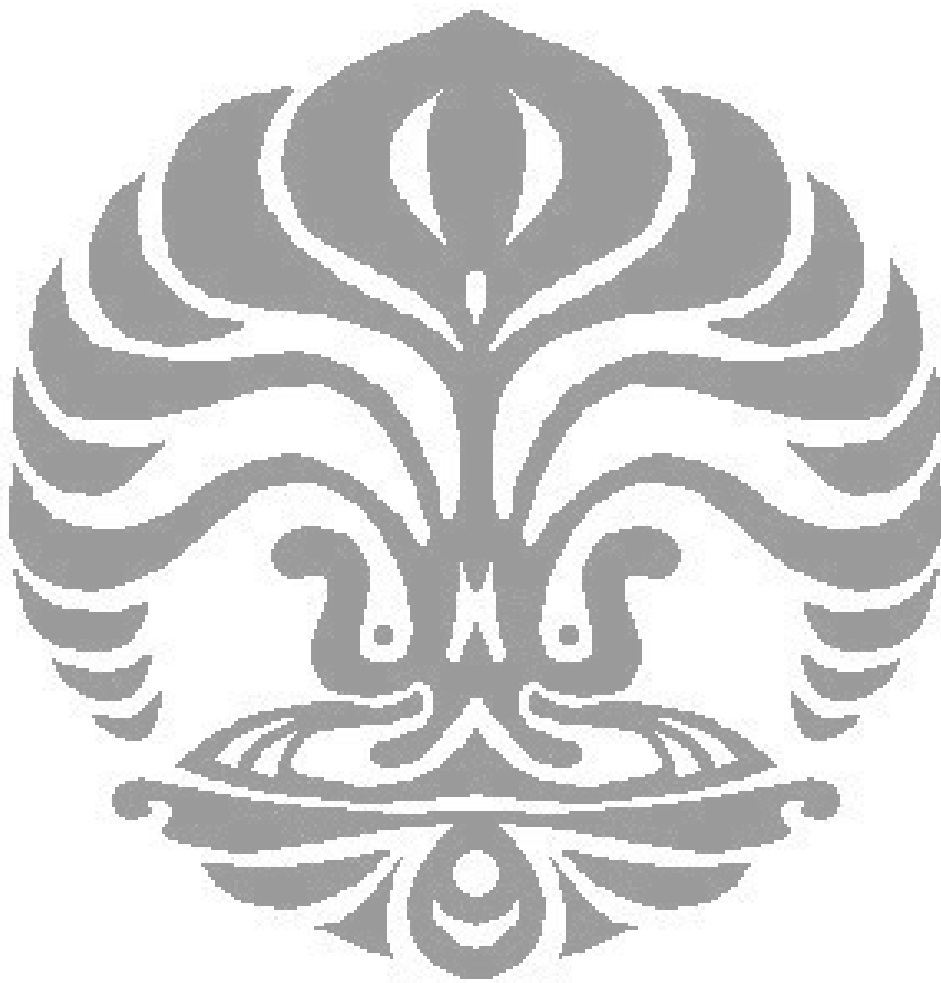
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family nursing: Research, theory & practice*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Gillis, A. & Jackson, W. (2002). *Research for nurses: Methods and interpretation*. Philadelphia: F.A. Davis.
- GOI-UNICEF. (2001). *Challenges for a new generation-The situation of children and women in Indonesia*. Jakarta: GOI-UNICEF.
- Haniff, J., Das, A., Onn, L.T., Sun, C.W., Nordin, N.M., Rampal, S., et al. (2007). Anemia in pregnancy in Malaysia: a cross-sectional survey. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 16 (3), 527-536.
- Harcourt, Wendy. (1999). Reproductive health and rights and the quest for social justice. *Development*, 42(1): 7-14
- Hartanto, H. (2004). *Keluarga Berencana dan kontrasepsi*. 5th ed. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Heratri, R. (2004). *Family planning decision-making: case studies in West Java, Indonesia*. Paper presented at 12th Biennial Conference of Australian Population Council. on Population and Society: issues, research. Policy, Canberra, Australia.
- Herlina, E.N., Djamilus, F. (2005). *Faktor resiko kejadian anemia pada ibu hamil di wilayah kerja puskesmas Bogor*, <http://www.bppsdmk.depkes.go.id/?show=detailnews&kode=88&tbl=infobadan> diperoleh tanggal 28 Nopember 2007.
- Humprey, M.D. (2003). Is grand multiparity an independent predictor of pregnancy risk? A retrospective observational study. *The Medical Journal of Australia*, 179 (6), 294-296.
- Impact & PUSKA-FKM UI. (2006). *Kematian ibu di Kabupaten Serang dan Pandeglang: "Berapa, kapan, dimana, siapa, dan mengapa?"*. Simposium Nasional Komunikasi Hasil Penelitian Impact-Indonesia, Bogor.
- Iskandar, M.B., and Hull, T.(1996). *Re-examining the witnesses of maternal death in Indonesia: Was it simply because her time had come?* Paper presented at the Seminar on Innovative to the Assessment of Reproductive Health. Manila: The International Union for the Scientific Study of Population.
- Irwanto, Poerwandari, E.K., & Hardee, K. (1998). In the shadow of men: Reproductive decision-making and women's psychological well-being in Indonesia. *Journal of Population*, 4 (2), 87-114.
- Iswarati, S.U. (2006). *Pemantauan peserta KB aktif melalui mini survei tahun 2005*, http://www.bkkbn.go.id/ditfor/research_detail.php?rchid=19 diperoleh tanggal 25 Januari 2008.
- Jacquemyn, Y., Senten, L., Vellinga, S., Vermeulen, K., & Martens, G. (2006). Does practice make perfect? An age-matched study on grand multiparity in Flanders, Belgium. *Journal of Perinatal Medicine*, 34 (1), 28-31.

- Khan, M.A. (2001). Side effects and oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh. *Contraception*, 64 (3), 161-167
- Koehn, M.L. (2003). *Negotiating the journey: Preparing for childbirth through education*. Disertasi, The School of Nursing and The Faculty of Graduate School of the University of Kansas.
- Konje, J.C., Oladini, F., Otolorin, E.O., & Lapido, O.O. (1998). Factors determining the choice of contraceptive methods at the Family Palnning Clinic, University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *British Journal of Family Planning*, 24(3), 107-110.
- Kuss, T. (1997). Family experiences of Vietnamese women. *Journal of Community Health Nursing*, 14 (3), 155-168.
- Ladewig, P.W., London, M.L., Moberly, S. & Olds, S.B. (2002). *Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Loiselle, C.G., Profetto-Mc Grath, Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Canadian essensial of Nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lyrenäs, S. (2002). Labor in the grand multipara. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53, 6-12.
- Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as siplè as they seem?. *Social Science & Medicine*, 42 (4), 617-624.
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (1998). *Management decision making for nurses: 124 cases studies*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Maryani, H. (2002). *Cara tepat memilih alat kontrasepsi keluarga berencana bagi wanita*, <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/032002/pus-1.htm> diperoleh tanggal 25 Februari 2008.
- Matamala, M.I. (1998). Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services. *Reproductive Health Matters*, 6 (11), 40-21.
- Matheny, G. (2004). Family planning programs: Getting the most for money. *International Family Planning Perspectives* 30 (3), <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3013404.html> diperoleh tanggal 27 Oktober 2007.
- Matteson, P. & Hawkins, J.W. (1990). Concept analysis of decision making. *Nursing Forum*, 25(2), 4-10.
- Maymon, E., Ghezzi, F., Shoham-Vardi, I., Hershkowitz, R., Franchi, M., Katz, M., et al. (1998). Peripartum complications in grand multiparous women: para 6-9 versus para > or =10. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 81(1), 21-5
- Mayo Clinic. (2006). Oral Contraceptives Increase Risk For Breast Cancer In Some Women, Meta-analysis Finds. *ScienceDaily*, <http://www.sciencedaily.com/releases/2006/10/061030143351.htm> diperoleh tanggal 25 Februari 25, 2008.

- Meirik, O., Farley, T., & Sivin, I. (2001). Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 97 (4): 539-547.
- Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing, & Health Professions*. 7th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.
- 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.
- Noone, J. (2004). Finding the best fit: a grounded theory of contraceptive decision making in women. *Nursing Forum*, 39 (4), 13-12.
- Nurbianti, S. (2007). *Sadai, setelah terbebani banyak anak*, <http://www.kompas.com/ver1/Kesehatan/0607/02/092510.htm> diperoleh tanggal 28 Nopember 2007.
- Parwieningrum, E. (2006). *Isu gender, klien dan pemberi pelayanan dalam KB-KR*, ¶2, <http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article-detail.php?artid=36> diperoleh tanggal 25 Januari 2008.
- PKBIK UI. (2006). *Survey kinerja kesehatan daerah berdasarkan indikator Kabupaten Tangerang sehat tahun 2006*. http://www.pkbik.ui.ac.id/print.php?type=N&item_id=8 diperoleh tanggal 17 Januari 2008.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (2004). *Nursing research: principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Provinsi Banten. (2007). *Sosial budaya daerah*, <http://www.banten.go.id/index.php?link=dtl&id=726> diperoleh tanggal 17 Januari 2008
- Reeder, J.S., Martin, L.L., & Koniak-Griffin, D. (1997). *Maternity nursing: Family, newborn, and women's health care*. 18th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Roman, H., Robillard, P.Y., Verspyck, E., Hulsey, T.C., Marpeau, L., Barau, G. (2004). Obstetric and neonatal outcomes in grand multiparity. *Obstetrics & Gynecologic*, 1003, 1294-1295.
- Rukmini & Wiludjeng, R.K. (2007). Gambaran penyebab kematian di rumah sakit: studi di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang. *Cermin Dunia Kedokteran*, 34(5):158, 249-254.
- Sadana, R. & Snow, R. (1999). Balancing effectiveness, side effects, and work: women's perceptions and experiences with modern contraceptive technology in Cambodia. *Social Science & Medicine*, 49 (3), 343-358.
- Sheilla. (2006). *Pelayanan Vasektomi Gratis melalui Askeskin*, <http://www.bkkbn.go.id/gemapria/article-detail.php?artid=31> diperoleh tanggal 25 Februari 2005.

- Simonsen, S.M.E., Lyon, J.L., Alder, S.C., Varner, M.W. (2005). Effect of grand multiparity on intrapartum and newborn Complications in Young Women. *Obstetrics & Gynecologic* 106 (3), 454-460.
- Sinsin, I. (2004). *Pandai-pandailah memilih alat kontrasepsi*, ¶2,3, http://www.medicastore.com/med/hot_topik.php?id=30&iddtl=&idktg=&idobat=&UID=20080125125713202.73.108.97diperoleh tanggal 25 Januari 2008
- Sriudiyani .(2005). *Studi Peran Perempuan dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga untuk Bidang KB-KR.*, http://www.bkkbn.go.id/ditfor/research_detail.php?rchid=121 diperoleh tanggal 25 Januari 2008.
- Speziale, H.J.S. & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincot William Wilkins.
- Supratikno, G., Wirth, M.E., & Achadi E, et al.(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
- Surbakti, S. (1999). Survei Seratus Desa. Dalam Depkes RI & WHO. (2003). *Profil kesehatan reproduksi Indonesia* (hlm. 48). Jakarta: Departemen Kesehatan
- Swasono, M. H., 2007, ¶3, <http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=188647> diperoleh tanggal 25 Januari 2008.
- Virginia Commonwealth University (2005). Low-dose Oral Contraceptives May Increase Risk For Heart Attack Or Stroke. *ScienceDaily*. <http://www.sciencedaily.com/releases/2005/07/050707055832.htm> diperoleh tanggal 25 Februari 2008.
- Vlassof, C. & Moreno, C.G. (2002). Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations. *Social Science & Medicine*, 54, 1713-1723.
- Wardana, G.A., & Karkata, M.K. (2007). Faktor Risiko Plasenta Previa. *Cermin Dunia Kedokteran*, 34 (5):158, 229-232
- WHO. (1998). *Summary on gender mainstreaming at WHO and women's health activities on gender and health, The gender and health: Technical paper*. World Health Organization, www.who.int/reproductivehealth-whd/GandH/gendef.htm diperoleh tanggal 3 Januari 2008.
- _____. (2002). *Programming for male involvement in reproductive health: Report of the of WHO regional advisers in reproductive health WHO/PAHO, Washington DC, USA, 5-7 September 2001*. Geneva: World Health Organization.
- Wikipedia. (2008). Decision making, [http://en.wikipedia.org/wiki/ Decision_making](http://en.wikipedia.org/wiki/Decision_making) diperoleh tanggal 20 Februari 2008.
- Wiknyosastro, H., Saifuddin, A.B., & Rakhimhadhi, T.(Eds.). (1999). *Ilmu kebidanan*. 5th ed. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Lampiran 1



PENJELASAN PENELITIAN

Yth. Partisipan,

Saya, Dyah Juliastuti (NPM 0606026780), mahasiswa Program Magister Keperawatan (S2) kekhususan Keperawatan Maternitas, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian dengan judul **“Pengambilan Keputusan Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara: Studi *Grounded Theory*”**.

Maka, bersama ini saya jelaskan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi secara mendalam pengalaman dan pengetahuan ibu terkait pengambilan keputusan dalam pemilihan metode kontrasepsi. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.
2. Partisipan yang diikutsertakan dalam penelitian ini adalah ibu yang: pernah melahirkan anak yang mampu hidup sebanyak 5 kali atau lebih; pernah menggunakan minimal 2 jenis metode kontrasepsi modern; pernah/ sedang memakai salah satu metode kontrasepsi modern dalam 1 tahun terakhir; dapat berbahasa Indonesia; masih mengalami menstruasi; dan tidak melakukan sterilisasi lebih dari satu tahun
3. Wawancara akan dilakukan beberapa kali selama $\pm 60-90$ menit atau sesuai kesepakatan yang dibuat oleh peneliti dan partisipan.
4. Selama wawancara dilakukan, partisipan diharapkan dapat menyampaikan pengalaman dan pengetahuannya dengan utuh.
5. Selama penelitian dilakukan, peneliti menggunakan alat bantu berupa catatan dan *voice recorder* untuk membantu kelancaran pengumpulan data.

6. Penelitian ini tidak akan melakukan tindakan yang dapat membahayakan partisipan.
7. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan di simpan di tempat yang terjaga kerahasiaannya, dan akan dimusnahkan setelah lima tahun.
8. Informasi yang partisipan berikan hanya akan digunakan semata-mata untuk kepentingan penelitian ini dan hanya tim penelitian yang memiliki akses terhadap data asli.
9. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya dari partisipan guna menjaga kerahasiaan identitas partisipan.
10. Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan, dan selanjutnya akan dicari penyelesaiannya berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.
11. Partisipasi ibu pada penelitian ini sepenuhnya atas dasar sukarela.

Partisipasi dan kerja sama ibu dalam penelitian ini benar-benar saya hargai. Terima kasih.

Jakarta, Maret 2008

Salam Hormat,

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya bersedia berpartisipasi dengan sukarela dalam kegiatan penelitian dengan judul “ **Pengambilan Keputusan Kontrasepsi pada Ibu Grande Multipara: Studi *Grounded Theory***” yang dilakukan oleh Dyah Juliastuti, mahasiswa Program Magister Keperawatan kekhususan Keperawatan Maternitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Saya sudah membaca dan memahami surat tentang penjelasan penelitian dan sudah mendapatkan semua jawaban atas pertanyaan-pertanyaan terkait kegiatan ini.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan pada penelitian ini akan memberikan manfaat bagi peningkatan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dengan ikhlas dan sungguh-sungguh dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dan dengan penuh kesadaran/ tanpa paksaan dari siapapun.

Tanda tangan Partisipan

Tanggal

Tanda tangan Peneliti

Tanggal

Tanda tangan Saksi

Tanggal

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Nama/ Inisial Partisipan : _____

Umur : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Suku : _____

Agama : _____

Pendidikan terakhir : _____

Jumlah anak yang lahir hidup : _____

Anak	Umur	Jenis Kelamin	Tempat Persalinan	Jenis persalinan	Masalah kehamilan/persalinan
I					
II					
III					
IV					
V					
VI					
VII					
VIII					

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Tanggal : _____ Jam: _____

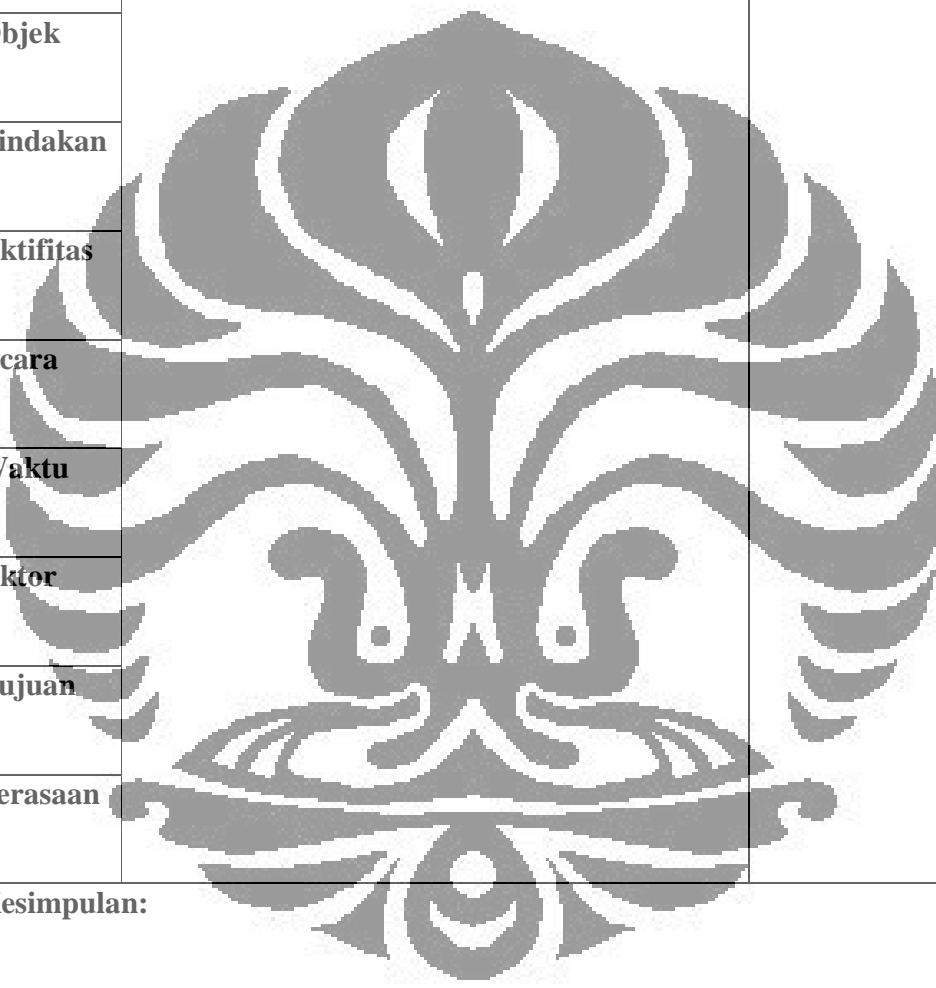
Lokasi : _____

Partisipan : _____

1. Menurut pengalaman ibu, apakah cara KB yang ibu pakai adalah yang terbaik untuk mencegah kehamilan atau mengontrol kehamilan? Jika tidak, bagaimana cara yang terbaik?
2. Tolong ibu menceritakan pengalaman ibu dalam mencegah kehamilan, dimulai dari pengalaman pertama dan seterusnya.
3. Bagaimana, dimana dan kapan ibu pertama kali tahu tentang cara-cara pencegahan kehamilan? Apakah ibu mempelajarinya di sekolah/ dari keluarga/ teman/ masyarakat?
4. Apakah ibu mengetahui bagaimana perempuan lain disekitar ibu (seperti orang tua, kakak, teman, tetangga) menggunakan salah metode KB?
5. Dapatkah ibu menceritakan tentang cara KB yang pernah ingin ibu gunakan tetapi ibu memutuskan untuk tidak memakainya? Mengapa ibu memutuskan untuk tidak menggunakan metode tersebut?
6. Apakah ibu pernah memutuskan untuk menggunakan metode kontrasepsi tertentu tetapi ternyata metode tersebut tidak tersedia?
7. Menurut pendapat ibu, metode KB apa yang ibu pikir tidak akan pernah ibu pilih? Apa yang membuat ibu memutuskan tidak menggunakan metode tersebut?

8. Menurut pendapat ibu, apa pengaruh
 - a. pasangan, teman dan keluarga, tenaga kesehatan atau tenaga KB,
 - b. adanya program ASKESKIN untuk sterilisasi dan KB gratis untuk masyarakat kurang mampu
 - c. penambahan usia ibu
 - d. pengalaman menggunakan berbagai metode berbeda, efek samping
 - e. biaya
 - f. media massa
 - g. rasa takut untuk hamil, pengalaman melahirkan, pengalaman merawat anak
 - h. keyakinan agama dan budayaterhadap keputusan ibu untuk memakai atau tidak memakai kontrasepsi?
9. Bagaimana menurut ibu jika keputusan ibu tentang mencegah kehamilan bertentangan dengan keinginan suami atau orang disekitar ibu lainnya? Pernahkah ibu mengalami saat dimana suami ibu tidak memberikan dukungan atas pilihan ibu akan metode KB tertentu? Bagaimana sikap ibu terhadap hal tersebut?
10. Tolong ceritakan pengalaman ibu hamil selama ini, apakah ibu dan suami menginginkan semua kehamilan tersebut? Apakah ibu merencanakan kehamilan-kehamilan yang ibu alami?
11. Menurut pendapat ibu hal-hal apa saja yang mempermudah atau membantu ibu untuk mengambil keputusan memilih metode kontrasepsi?
12. Jika ibu harus memilih metode lain untuk mencegah kehamilan, bagaimana ibu akan membuat keputusan?
13. Menurut pendapat ibu, bagaimana pengambilan keputusan KB yang ibu lakukan mempengaruhi kehidupan sehari-harinya, termasuk hubungan ibu dengan suami dan anak-anak.

PEDOMAN OBSERVASI

Tanggal Observasi: _____ Jam: _____ No. Observasi : _____		
Lokasi : _____		
Spesifikasi	Catatan Deskriptif	Catatan Reflektif
Ruang		
Objek		
Tindakan		
Aktifitas		
Acara		
Waktu		
Aktor		
Tujuan		
Perasaan		
Kesimpulan:		

Sumber: Descriptive Matrix Guide (Spradley, 1980 dalam Speziale & Carpenter, 2003) & Sample Observation Protocol (Creswell, 1998)

RINGKASAN DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Inisial	Umur	Pekerjaan	Suku	Pendidikan Terakhir	Jumlah Kehamilan >32 mgg	Jumlah Anak Hidup	Metode Kontrasepsi yg pernah Dipakai	Metode Kontrasepsi yang sedang Dipakai
P1	38	Ibu Rumah Tangga	Sunda	SD	8	5	Pil, Suntik	Suntik
P2	45	Pedagang	Jawa	SD	5	5	Pil, Suntik	Suntik
P3	37	Ibu Rumah Tangga	Betawi	SD	5	4	Pil, Suntik	Suntik
P4	35	Ibu Rumah Tangga	Betawi	SD	7	6	Pil, Suntik	Suntik
P5	35	Ibu Rumah Tangga	Sunda	SMA	5	4	Pil, Suntik	Suntik
P6	37	Pedagang	Jawa	SD	5	5	Implant, Spiral, Pil, Kondom	Kondom
P7	36	Buruh	Jawa	SD	5 (1 gemeli)	5	Pil, Suntik	Suntik
P8	36	Ibu Rumah Tangga	Sunda	SMP	6	5	Pil, Suntik, Senggama terputus	Suntik

RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Dyah Juliastuti

Tempat/ Tanggal lahir : Cirebon, 2 Juli 1975

Alamat Rumah : 1) Jl. Jambu I/ 25, Ciputat 15419, Kab. Tangerang,
Banten
2) Komp. PU PWS Jeneberang, Jl. M.E. Saelan, no. C-11
Karunrung, Makassar, Sul-Sel

Telp./ Email : 081317382193/ dyahjuliastuti@hotmail.com

Asal Institusi : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fak. Kedokteran,
Universitas Hasanuddin, Makassar

Riwayat Pendidikan :

1990 – 1993 SMAN 70 Jakarta

1994 – 1999 Program S-1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas
Indonesia

2002 – 2003 London School of Hygiene and Tropical Medicine, bidang Reproductive
and Sexual Health Research

2003 – 2004 London School of Hygiene and Tropical Medicine, bidang Tropical
Nursing

Riwayat Pekerjaan :

1999 – sekarang Staf pengajar PSIK-FK UNHAS

2000 – 2001 Chief Coordinator "Emergency Reproductive Health Support for North
Maluku", BKKBN/ UNFPA

