



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PENGUNAAN AKDR PADA AKSEPTOR KELUARGA  
BERENCANA DI PUSKESMAS KEJAYAN KECAMATAN  
KEJAYAN KABUPATEN PASURUAN PROPINSI JAWA  
TIMUR TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**PRADIAS TRISNAWATI  
0906616956**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JUNI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PENGUNAAN AKDR PADA AKSEPTOR KELUARGA  
BERENCANA DI PUSKESMAS KEJAYAN KECAMATAN  
KEJAYAN KABUPATEN PASURUAN PROPINSI JAWA  
TIMUR TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
sarjana kesehatan masyarakat**

**PRADIAS TRISNAWATI  
0906616956**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2011**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Pradias Trisnawati  
NPM : 0906616956  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebidanan Komunitas  
Angkatan : 2009  
Jenjang : Sarjana

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan AKDR pada Akseptor Keluarga Berencana di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan Propinsi Jawa Timur Tahun 2011**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juni 2011



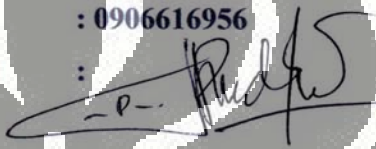
(Pradias Trisnawati)

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

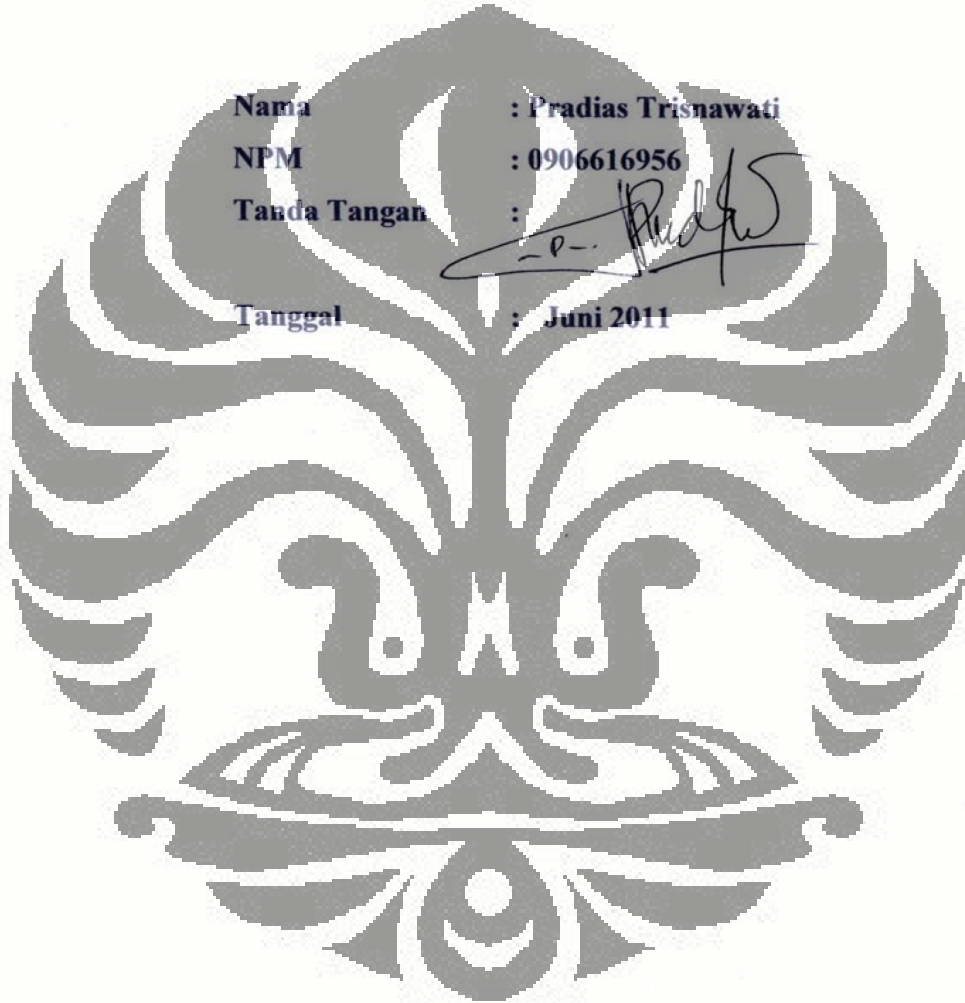
Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Pradias Trisnawati

NPM : 0906616956

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juni 2011





## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Pradias Trisnawati  
NPM : 0906616956  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan  
AKDR pada Akseptor Keluarga Berencana di  
Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan  
Kabupaten Pasuruan Propinsi Jawa Timur Tahun  
2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Agustin Kusumayati, MSc, PhD

Penguji : dr. Tri Yunis Miko Wahyono, MSc

Penguji : Dra. Flourisa J Sudrajat, Apt, MKes

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juni 2011

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masalah perkuliahan sampai pada penyusunan laporan ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan laporan ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

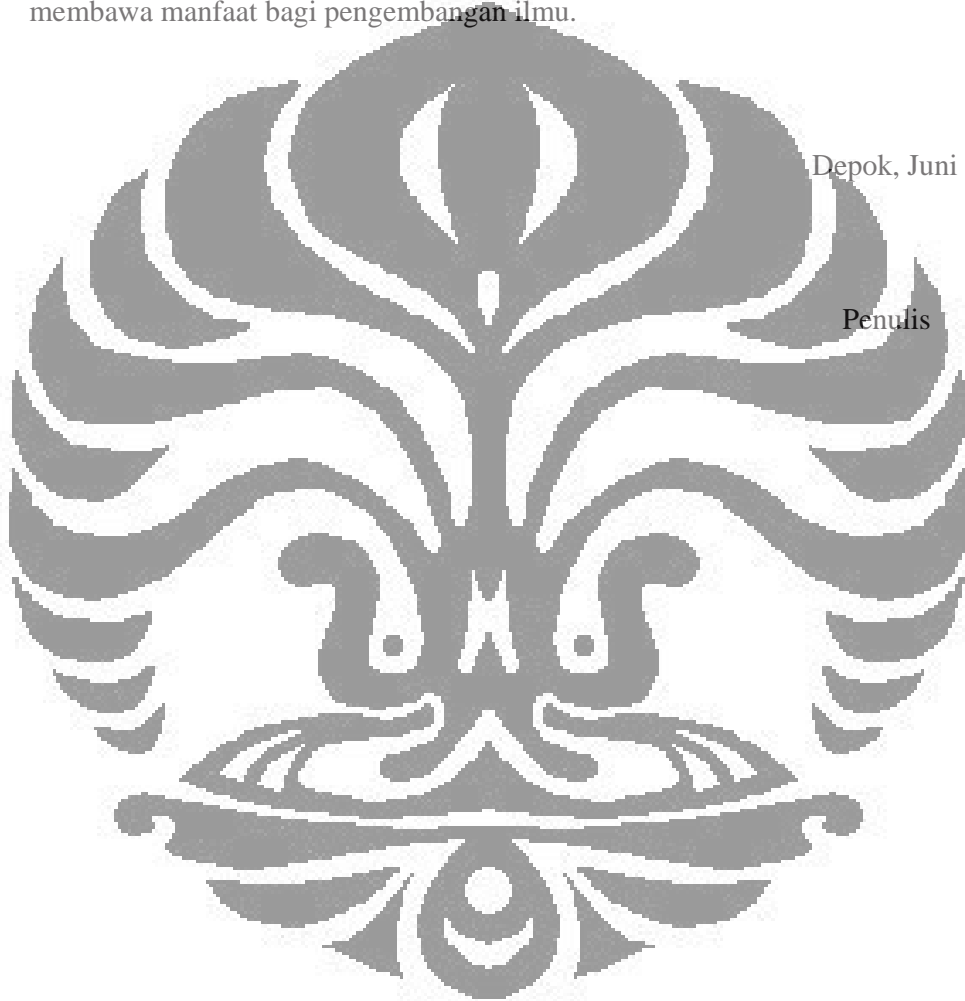
- 1) dr. Bambang Heru, M.Kes, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, yang telah mengizinkan saya untuk melakukan penelitian di wilayah Kabupaten Pasuruan.
- 2) dr. Agustin Kusumayati, M.Sc. Dr.PH, dosen pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
- 3) dr. Soeprpto, Kepala Puskesmas Kejayan dan dr. Halifah Wijaksari Akbaryanti, beserta seluruh staf Puskesmas Kejayan yang telah bersedia membimbing, mengarahkan dan membantu saya selama melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kejayan.
- 4) Bapak dr. Tri Yunis Miko, MSc dan Ibu Dra. Flourisa J Sudrajat, Apt, Mkes sebagai penguji dalam dan luar yang telah meluangkan waktu untuk hadir dan membantu memberikan pengarahan pada skripsi saya ini.
- 5) Kanj mam Rina, Yuk Iin, M.Nur, Erma sang sekretaris dan teman yang lain yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu saya memperoleh data di Puskesmas Kejayan.
- 6) Mama, Papa, Adikku Dwi dan Arif serta keluarga besar yang telah memberikan pengertian, dukungan dana, moral dan doa tulus yang tak ternilai dalam kuliahku dan penyelesaian tugas akhir ini.
- 7) Teman-teman Peminatan Kebidanan Komunitas angkatan II dan seseorang yang penting, terima kasih atas kerjasama dan doanya.

- 8) Bapak dan ibu petugas perpustakaan atas bantuan dan pinjaman buku selama penyusunan skripsi ini.
- 9) Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu dalam kegiatan penelitian ini

Akhir kata, saya berharap Allah Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga laporan ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juni 2011

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Pradias Trisnawati  
NPM : 0906616956  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebidanan Komunitas  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

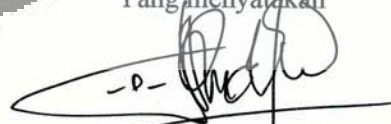
**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGGUNAAN AKDR  
PADA AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS  
KEJAYAN KECAMATAN KEJAYAN KABUPATEN PASURUAN  
PROPINSI JAWA TIMUR TAHUN 2011**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : Juni 2011

Yang menyatakan



(Pradias Trisnawati)

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Pradias Trisnawati  
Tempat/Tanggal Lahir : Pasuruan, 5 Desember 1981  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Telp : 085755404142  
Alamat : Ngopak Rt.02 Rw 07 Desa Arjosari, Kecamatan  
Rejoso Kabupaten Pasuruan Jawa Timur 67181  
Email : diy\_oke1981@yahoo.co.id

### Pendidikan

Tahun 1985-1991 : SDN Kandang sapi 3 Pasuruan  
Tahun 1992-1995 : SLTPN 1 Pasuruan  
Tahun 1995-1998 : SMUN 1 Pasuruan  
Tahun 2003-2006 : Akbid Yayasan Rumah Sakit Islam Surabaya

### Pekerjaan

Tahun 2004-sekarang : Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan

## ABSTRAK

Nama : Pradias Trisnawati  
Program Stud : Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebidanan Komunitas  
Judul : Faktor Yang Mempengaruhi Penggunaan AKDR Pada  
Di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten  
Pasuruan Jawa Timur Tahun 2011

Penelitian ini dilakukan dengan rancangan kasus kontrol antara variabel dependen yaitu penggunaan AKDR dan variabel independen yaitu faktor predisposisi antara lain umur, pendidikan, jumlah anak, lama nikah, pengetahuan, sikap. Faktor pemungki yaitu biaya pemakaian kontrasepsi, pengalaman efek samping akseptor. Faktor penguat yaitu dukungan suami, peran media massa dan kunjungan petugas keluarga berencana. Jumlah sampel penelitian 144, 48 pengguna AKDR sebagai kasus dan 96 pemakai kontrasepsi non AKDR sebagai kontrol. Pengambilan data dilakukan dengan kuisioner pada Maret-Mei 2011. Data dianalisis secara univariat dan bivariat dengan uji t test untuk sikap, uji kolmogorov-smirnov untuk lama nikah, pengetahuan dan biaya kontrasepsi dan chi square untuk variabel yang lain. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, biaya KB dan peran media massa dengan penggunaan AKDR. Untuk itu diharapkan ditingkatkannya penyuluhan agar terjadi juga peningkatan pengetahuan klien tentang AKDR dan terjadi peningkatan cakupan penggunaan kontrasepsi AKDR.

Kata kunci : Penggunaan AKDR, Faktor predisposisi, faktor pemungkin,  
faktor penguat

## ABSTRACT

Name : Pradias Trisnawati  
Study Program : Bachelor of Public Health  
Title : Factors Affecting the Use of an IUD in Family planning Acceptors in Kejayan Public Health Center Subdistrict Kejayan Regency Pasuruan Province East Java in 2011

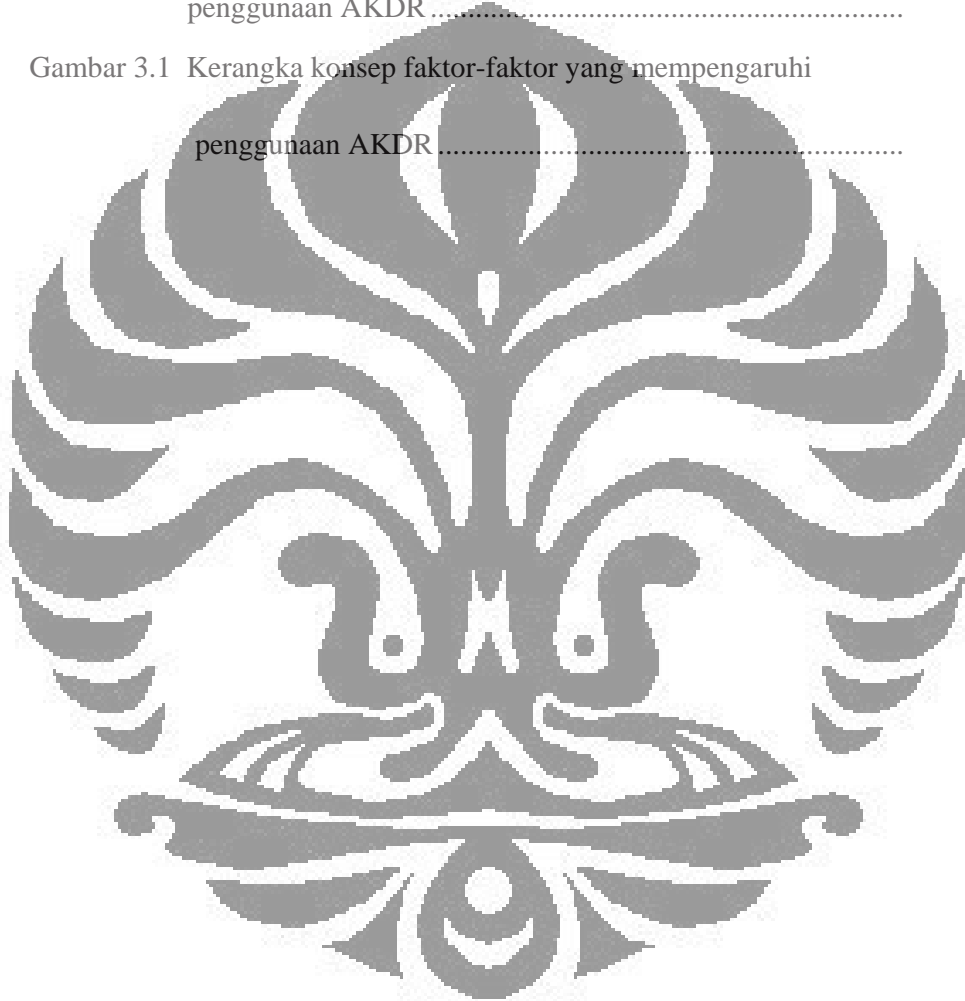
The research was conducted with case-control design between the dependent variable is the using of IUDs and the independent variables are predisposing factors include age, education, number of children, length of marriage, knowledge, attitudes. Enabling factor is the cost of contraceptive use, experience side effects acceptor. Reinforcing factors the husband's support, the role of mass media and visits to family planning officials. The number of 144 samples, as the case of 48 IUD users and 96 non-IUD contraceptive users as controls. Data were collected with a questionnaire in March to May 2011. Data were analyzed with univariate and bivariate t test independent for the attitude test, Kolmogorov Smirnov test for a long marriage, and the cost and knowledge of contraceptive and chi square for the other variables. The results of bivariate analysis indicate that there is a significant relationship between age, education, knowledge, attitudes, the cost of family planning and the role of mass media role with IUD use. For that expected for increased outreach to occur also increases the client's knowledge about the IUD and an increase in coverage of contraceptive IUD.

Key words : The use of IUD, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors



## DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 2.1. Model Teori Precede-Proceed .....	24
Gambar 2.2. Teori Health Belief Model .....	26
Gambar 2.3. Kerangka teori faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan AKDR .....	38
Gambar 3.1 Kerangka konsep faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan AKDR .....	39





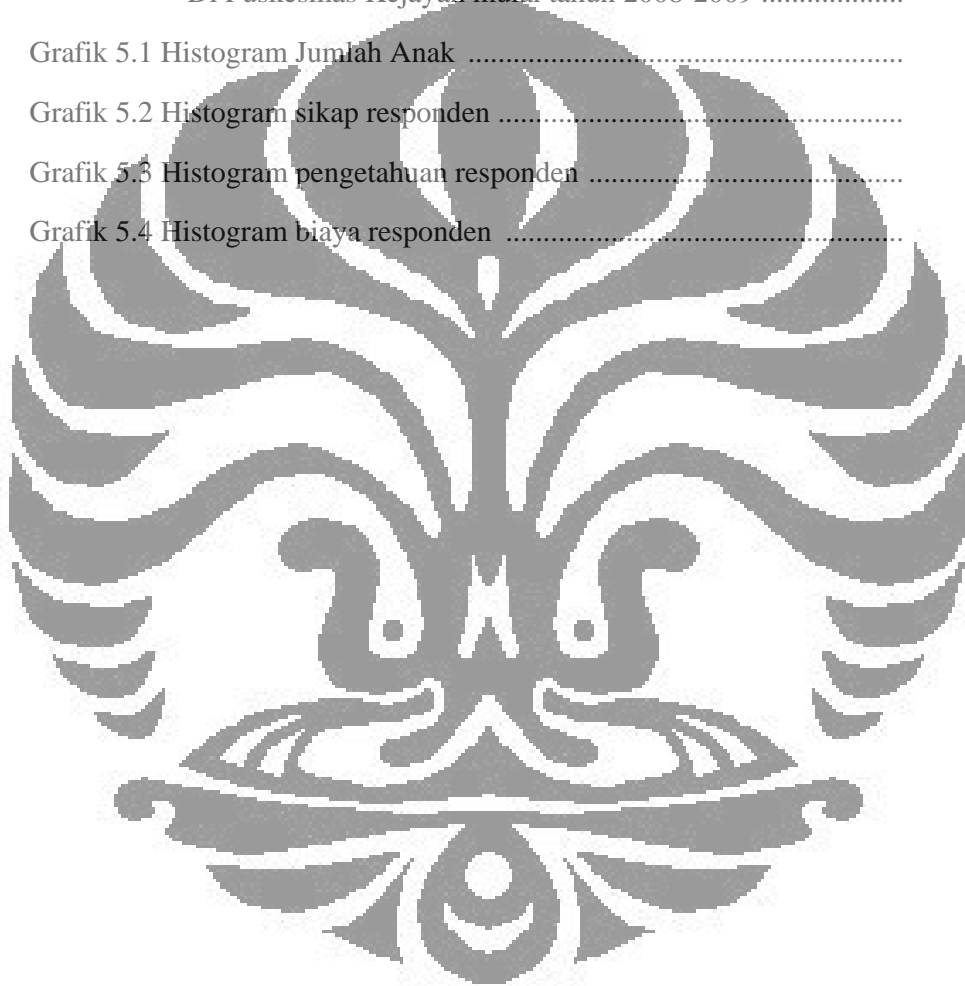
## DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 4.1 Besar sampel menurut hasil penelitian terdahulu .....	47
Tabel 5.1 Gambaran Penggunaan Kontrasepsi Non AKDR .....	52
Tabel 5.2 Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan umur di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kab. Pasuruan tahun 2011 .....	52
Tabel 5.3 Distribusi kasus dan kontrol menurut jumlah anak di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kab. Pasuruan tahun 2011 .....	53
Tabel 5.4 Distribusi kasus dan kontrol menurut tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kab. Pasuruan tahun 2011 .....	54
Tabel 5.5 Gambaran sikap responden tentang kontrasepsi AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	56
Tabel 5.6 Distribusi kasus dan kontrol menurut sikap terhadap AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kab. Pasuruan tahun 2011 .....	57
Tabel 5.7 Gambaran pengetahuan responden tentang kontrasepsi AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	56
Tabel 5.8 Distribusi kasus dan kontrol menurut pengetahuan tentang kontrasepsi AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kab. Pasuruan tahun 2011 .....	59
Tabel 5.9 Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan persepsi terhadap biaya kontrasepsi yang digunakan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kab. Pasuruan tahun 2011 .....	61
Tabel 5.10 Gambaran yang dilakukan akseptor jika kontrasepsi yang dipakai dianggap mahal di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	61
Tabel 5.11 Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan pengalaman efek samping terhadap kontrasepsi yang digunakan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	62

Tabel 5.12 Gambaran efek samping yang sering dialami akseptor kontrasepsi yang di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	62
Tabel 5.13 Gambaran penanganan petugas terhadap efek samping kontrasepsi di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .	63
Tabel 5.14 Distribusi Kasus dan kontrol berdasarkan kunjungan petugas KB di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011	63
Tabel 5.15 Gambaran petugas KB yang berkunjung di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	64
Tabel 5.16 Gambaran yang dilakukan petugas KB saat berkunjung ke rumah masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	64
Tabel 5.17 Distribusi kasus kontrol berdasarkan media responden untuk memperoleh informasi di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	65
Tabel 5.18 Distribusi kasus kontrol berdasarkan dukungan suami di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	66
Tabel 5.19 Gambaran dukungan suami di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011 .....	66
Tabel 5.20 Hasil analisis Bivariat antara variabel umur, jumlah anak, pendidikan dan penggunaan AKDR .....	67
Tabel 5.21 Hasil analisis Bivariat antara variabel sikap, pengetahuan, lama nikah dan penggunaan AKDR .....	69
Tabel 5.22 Distribusi responden menurut pengalaman efek samping dan Persepsi biaya kontrasepsi dengan penggunaan AKDR .....	70
Tabel 5.23 Hasil analisis Bivariat antara variabel biaya saat KB dan penggunaan AKDR .....	70
Tabel 5.24 Hasil analisis bivariat antara variabel kunjungan petugas, peran media massa, dukungan suami dan penggunaan AKDR	71

## DAFTAR GRAFIK

	halaman
Grafik 1.1. Pencapaian KB aktif semua metode selama 3 tahun di Kecamatan Kejayan mulai tahun 2008-2010 .....	3
Grafik 1.2. Angka pncapaian kontrasepsi semua metode selama 3 tahun Di Puskesmas Kejayan mulai tahun 2008-2009 .....	4
Grafik 5.1 Histogram Jumlah Anak .....	55
Grafik 5.2 Histogram sikap responden .....	57
Grafik 5.3 Histogram pengetahuan responden .....	59
Grafik 5.4 Histogram biaya responden .....	61

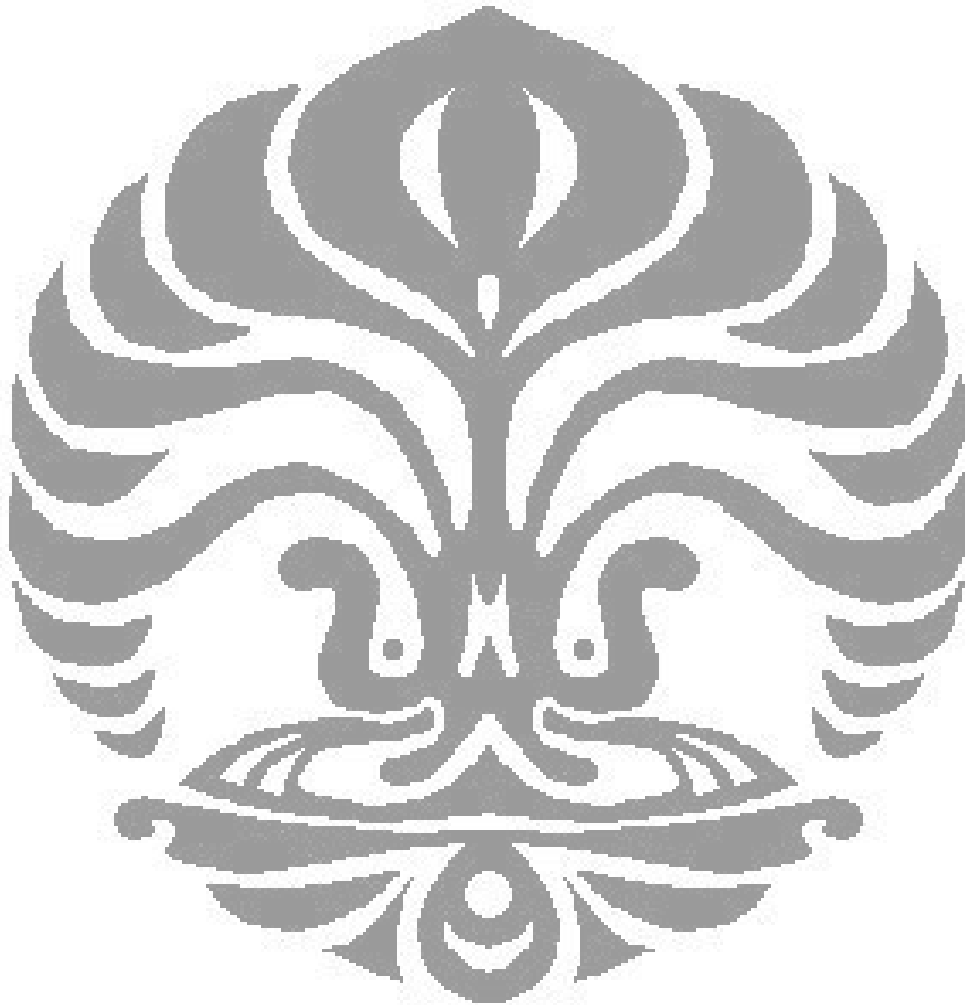


## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan

Lampiran 2. Informed Consent

Lampiran 3. Kuesioner



# BAB 1 PENDAHULAN

## 1.1 Latar Belakang Masalah

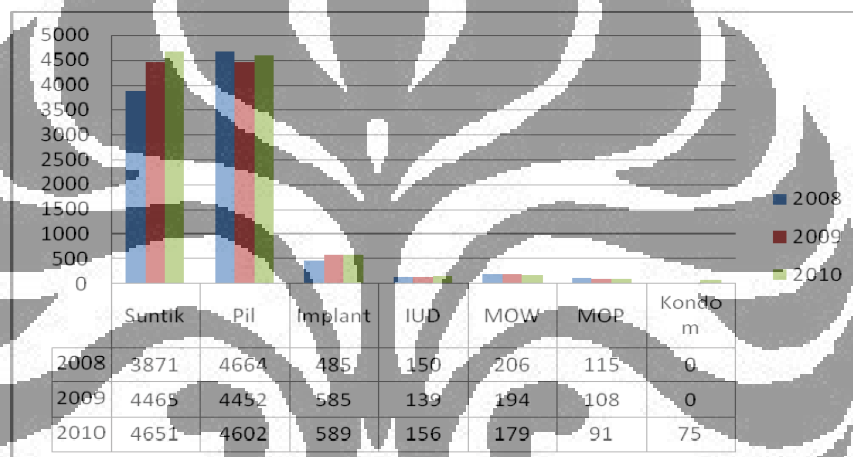
Keluarga Berencana juga merupakan bagian dari Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial sebagaimana dirumuskan dalam Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi (1996) yang merupakan tindak lanjut *International Conference on Population and Development (ICPD)* Kairo pada tahun 1994. Hal ini seiring dengan perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan yang semula berorientasi pada penurunan fertilitas menjadi pengutamakan Kesehatan Reproduksi perorangan dengan menghormati hak reproduksi tiap individu (Departemen Kesehatan, 2004).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 menunjukkan sebesar 228/100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan AKI tahun 2002 yang sebesar 307/100.000 kelahiran hidup, AKI pada tahun 2007 sudah jauh menurun. Namun demikian masih jauh dari target MDGs 2015 yaitu 102/100.000 kelahiran hidup, diperlukan penurunan AKI di Indonesia, dan program KB dari tahun 1970 hingga tahun 2000 telah berhasil menekan angka kelahiran hingga 80 juta jiwa. Dalam laporan tribulan KIA (LB3KIA) pada akhir 2009 angka kematian ibu turun menjadi 83 dari 100.000 kelahiran hidup untuk Jawa Timur sementara itu angka nasional 228 dari 100.000 kelahiran hidup, kesertaan KB di Jatim telah mencapai 67% dari pasangan subur yang ada ([www.d-infokom-jatim.go.id](http://www.d-infokom-jatim.go.id)). Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada tahun 2010 menargetkan bisa menekan 100 juta kelahiran, sehingga dapat dikatakan bahwa program Keluarga Berencana (KB) memiliki peran yang penting dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan merupakan salah satu cara yang digunakan untuk menekan laju pertumbuhan penduduk (Badan Pusat Statistik, 2004). "Program Keluarga Berencana dapat menurunkan AKI 2-3 kali lipat. Dengan program Keluarga Berencana, 4T, yakni hamil dalam usia tua (terlalu tua), hamil dalam usia muda (terlalu muda), terlalu sering hamil, dan terlalu banyak anak dapat diatasi (<http://www.sinarharapan.co.id>). Jatim juga berhasil menurunkan laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) dari 1,71 % tahun 1970 menjadi

0,52 % pada tahun 2009, penurunan rata-rata Angka Kelahiran dari 4,72% tahun 1970 menjadi 1,9% pada tahun 2009, sehingga dalam kurun waktu 40 tahun Jatim mampu menekan laju pertumbuhan penduduk hingga mencapai 28 juta jiwa ([bappeda.jatimprov.go.id](http://bappeda.jatimprov.go.id)).

Dalam hal ini KB juga salah satu cara yang dilakukan untuk menurunkan laju pertumbuhan penduduk di Indonesia. Peserta keluarga berencana aktif dibagi menjadi peserta KB dengan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) yang jenisnya adalah AKDR, MOP/MOW, implant dan peserta KB Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP) yang jenisnya suntik, pil, kondom, obat vagina dan lainnya (Manuaba, 1998). Peserta Keluarga Berencana terbagi menjadi peserta KB Baru dan Peserta KB Aktif. Jumlah Peserta KB Baru 843.104 (10,63 %) dan Jumlah Peserta KB Aktif 4.582.691 (57,77 %) dari jumlah PUS yang ada 7.931.998. Pada tahun 2006 Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) jenis AKDR banyak diminati yaitu sebesar 13,62 %, sedangkan KB non MKJP yang paling banyak dipilih adalah jenis suntik sebesar 50,84 % dari 3.824.832 PUS ([jatim.bps.go.id](http://jatim.bps.go.id)). Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menargetkan akseptor baru pada tahun 2009 bertambah 6,6 juta orang. Berdasarkan data Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Jawa Timur, jumlah akseptor aktif nasional sebanyak 29 juta orang. Jika target akseptor baru sebanyak 6,6 juta tercapai, akan terjadi penambahan akseptor sebesar 22,7 persen. Di Jawa Timur sendiri, akseptor baru ditargetkan, 871.057 orang pada tahun 2009. ([www.indonesia.go.id](http://www.indonesia.go.id)). Peserta KB Aktif di Kab. Pasuruan hingga maret 2010 untuk semua Metode 226.003 akseptor yang terdiri dari 222.267 akseptor wanita dan 3.736 akseptor pria untuk rincian tiap alat kontrasepsi yaitu AKDR 11.432 akseptor, MOW 11.594 akseptor, MOP 2.319 akseptor, kondom 1.417 akseptor, implant 18.161 akseptor, suntik 111.941 akseptor dan pil 69.139 akseptor. Sedangkan akseptor KB baru pada maret 2010 untuk semua metode yaitu 7.950 akseptor yang terbagi menjadi 7816 akseptor wanita dan 134 akseptor pria, sedangkan akseptor per metode yaitu AKDR 111 akseptor, MOW 164 akseptor, MOP tidak ada, kondom 134 akseptor, implant 382 akseptor, suntik 5026 akseptor dan pil 2133 akseptor (Laporan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2010).

Di Kecamatan Kejayan data pemakai kontrasepsi selama tiga tahun terakhir yaitu: pada tahun 2008 akseptor KB aktif sebanyak 9491 orang (73,8%), yang terdiri dari KB suntik 3871, pil 4664, implant 485, MOW 206, AKDR 150, MOP 115 orang. Tahun 2009 akseptor KB aktif sebanyak 9943 orang (74,7%), yang terdiri dari KB suntik 4465, pil 4452, implant 585, MOW 194, AKDR 139, MOP 108 orang. Tahun 2010 akseptor KB aktif sebanyak 10272 orang (76,1%), yang terdiri dari KB suntik 4651, pil 4602, implant 589, MOW 179, AKDR 156, MOP 91 orang (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2010). Adapun trend selama tiga tahun di Kecamatan Kejayan dapat dilihat pada grafik dibawah ini.



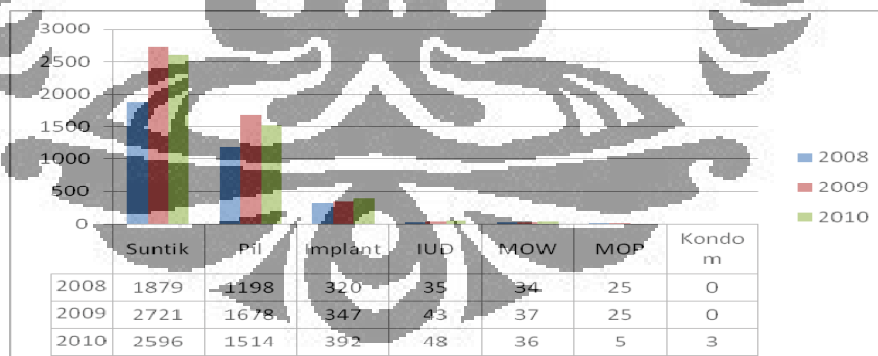
Grafik 1.1 Pencapaian KB aktif semua metode selama 3 tahun di Kecamatan Kejayan mulai tahun 2008-2010.

Dilihat dari data diatas terjadi penurunan minat pada pemakaian kontak dan peningkatan pada pemakaian kontrasepsi hormonal di Kecamatan Kejayan, dan kontrasepsi AKDR tidak terdapat peningkatan yang berarti pada 3 tahun terakhir.

Kecamatan Kejayan merupakan daerah yang cukup luas terbagi menjadi 2 wilayah binaan salah satunya Puskesmas Kejayan. Wilayah Puskesmas Kejayan adalah wilayah dengan penduduk lokal yang agamis dan sangat patuh terhadap apa yang dikatakan oleh tokoh agama, namun disisi lain dengan dibukanya banyak industri di wilayah kerja Puskesmas Kejayan, maka mulai terjadi pergeseran nilai yang ada selama ini, dikarenakan banyaknya pendatang yang menempati wilayah Kejayan. Wilayah kerja Puskesmas Kejayan juga merupakan

daerah jalur perdagangan antara Pasuruan dan kota lain di daerah timur menuju Malang. Dari hal diatas maka di wilayah kerja Puskesmas Kejayan terjadi perpaduan antara sisi masyarakat lokal Kejayan yang agamis dengan masyarakat pendatang dengan berbagai budaya. Hal ini dapat menyebabkan perubahan perencanaan pengembangan suatu program kesehatan yang menjadi tanggung jawab Puskesmas Kejayan, tidak terkecuali program Keluarga Berencana terutama Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).

Puskesmas Kejayan merupakan salah satu puskesmas yang mempunyai akseptor AKDR rendah. Adapun Akseptor Keluarga Berencana aktif pada tahun 2008 sebanyak 3491 akseptor (40,6%), dan untuk tiap metode KB yaitu KB suntik 1879, pil 1198, implant 320, AKDR 35, MOW 34, MOP 25. Akseptor KB aktif untuk tahun 2009 sebanyak 4812 orang (55,2%), yang terdiri dari KB suntik 2721, pil 1678, implant 347, AKDR 43, MOW 37, MOP 25 orang. Untuk tahun 2010 akseptor KB aktif di Puskesmas Kejayan sebanyak 4591 orang (52,6%), yang terdiri dari KB suntik 2596, pil 1514, implant 392, AKDR 48, MOW 36, MOP 5 dan kondom 3 orang, atau pada tahun 2010 pemakai AKDR sekitar 1.04% dari semua akseptor KB aktif (PWS KB 2010) . Untuk melihat trend Pemakaian alat kontrasepsi per metode dapat dilihat grafik dibawah ini.



Grafik 1.2 Angka pencapaian kontrasepsi semua metode selama 3 tahun di Puskesmas Kejayan mulai tahun 2008-2010

Dari data diatas dapat dilihat terjadi penurunan pemakaian beberapa alat kontrasepsi, antara lain kontak dan pil. Pada kontrasepsi AKDR terjadi peningkatan yang tidak terlalu menonjol. AKDR yang pernah menjadi salah satu



kontrasepsi yang paling digemari saat ini mengalami kemunduran. AKDR merupakan alat kontrasepsi yang ekonomis karena dapat digunakan dalam waktu lama dan tidak terlalu sering dilakukan kontrol. AKDR juga merupakan kontrasepsi yang relatif aman dengan kembalinya kesuburan secara cepat saat AKDR dicabut dan tidak mempengaruhi ASI seperti pada kontrasepsi hormonal, yang pada saat ini kontrasepsi hormonal mengalami peningkatan yang pesat tiap tahunnya. Didapatkan data bahwa pemakaian AKDR di Puskesmas Kejayan pada tahun 2009 masih rendah dengan target akseptor baru AKDR 127 orang, didapatkan akseptor KB AKDR aktif hanya 43 orang dengan 21 akseptor baru dan 22 akseptor lama orang atau sekitar 48.8% dibawah target KB yaitu 70% (laporan bulanan puskesmas, 2009).

Kontrasepsi AKDR merupakan salah satu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang non Hormonal yang merupakan salah satu metode kontrasepsi efektif yang diterima oleh masyarakat (Manuaba, 1998). MKJP yang didalamnya termasuk AKDR merupakan cara kontrasepsi jangka panjang yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas dan tingkat kelangsungan pemakaian yang tinggi dengan angka kegagalan yang rendah (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 1991). AKDR merupakan alat kontrasepsi yang bisa digunakan untuk semua perempuan usia reproduksi, setelah melahirkan dan tidak mempengaruhi ASI serta dapat digunakan hingga menopause (panduan praktis pelayanan kontrasepsi, 2003). Dalam masa menjarangkan kehamilan kontrasepsi kombinasi (suntik, implant dan pil) baik digunakan walaupun angka kegagalannya tinggi sehingga menyebabkan kehamilan, hal tersebut dirasa tidak terlalu berbahaya karena akseptor masih pada usia produktif. Sebaliknya pada fase mengakhiri kehamilan tidak dianjurkan memakai kontrasepsi dengan efektifitas rendah namun dianjurkan untuk memakai kontrasepsi dengan efektifitas tinggi seperti AKDR dan kontap (Hartanto, 1996).

Dalam hal ini telah dilakukan penelitian oleh Hidayati (2003) menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan dengan pemakaian kontrasepsi jangka panjang yaitu faktor karakteristik (umur, pendidikan, pekerjaan, lama menikah, jumlah anak hidup), pengetahuan tentang kontrasepsi, sikap terhadap kontrasepsi,

kunjungan petugas KB dan akses media massa. Sedangkan penelitian Farahwati (2009) tentang faktor yang berhubungan dengan pemakaian AKDR meliputi Karakteristik akseptor (umur, Jumlah anak hidup, Pendidikan akseptor, Pengalaman dalam penggunaan kontrasepsi, pekerjaan akseptor), Faktor lingkungan (dukungan suami, pekerjaan suami, tempat pelayanan, jarak ketempat pelayanan) dan faktor program (biaya pelayanan dan ketersediaan alat). Dilihat dari dua penelitian diatas, seorang akseptor dalam memilih alat kontrasepsi dipengaruhi oleh perilaku dalam melihat alat kontrasepsi tersebut.

Dalam hal ini peneliti mengutip dari Teori *Precede proceed* Green dan Kreuter (2006) bahwa perilaku itu dipengaruhi oleh 5 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, faktor penguat, genetik dan lingkungan. Dengan adanya faktor-faktor diatas, maka peneliti ingin meneliti 3 faktor yang mempengaruhi perilaku perilaku, adapun faktor tersebut yaitu faktor penentu (predisposing factors) yang berupa umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, jumlah anak, lama menikah. Faktor pemungkin (enabling factors) berupa biaya pelayanan dan pengalaman akseptor terhadap efek samping suatu kontrasepsi, serta faktor penguat (reinforcing factors) yaitu peran suami, media massa dan kunjungan petugas dalam memilih kontrasepsi yang digunakan. Dengan rendahnya pemakaian kontrasepsi AKDR di puskesmas Kejayan, peneliti ingin melihat faktor-faktor perilaku yang mempengaruhi rendahnya pemakaian AKDR di Puskesmas Kejayan Kabupaten Pasuruan.

### **1.2 Perumusan Masalah**

Rendahnya angka pemakaian AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan yaitu 48 akseptor dari 4591 akseptor KB aktif, atau sekitar 1.04% dari peserta KB aktif.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan Jawa Timur?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **Tujuan Umum**

Diketuainya faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan Jawa Timur.

### **Tujuan Khusus**

1. Diketuainya hubungan antara faktor predisposisi yang meliputi umur, pendidikan, jumlah anak, lama nikah, pengetahuan dan sikap dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan.
2. Diketuainya hubungan antara faktor pemungkin yang meliputi biaya pelayanan dan pengalaman efek samping KB dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan.
3. Diketuainya hubungan antara faktor penguat yang meliputi kunjungan petugas, peran media massa dan dukungan suami dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **Bagi Puskesmas Kejayan**

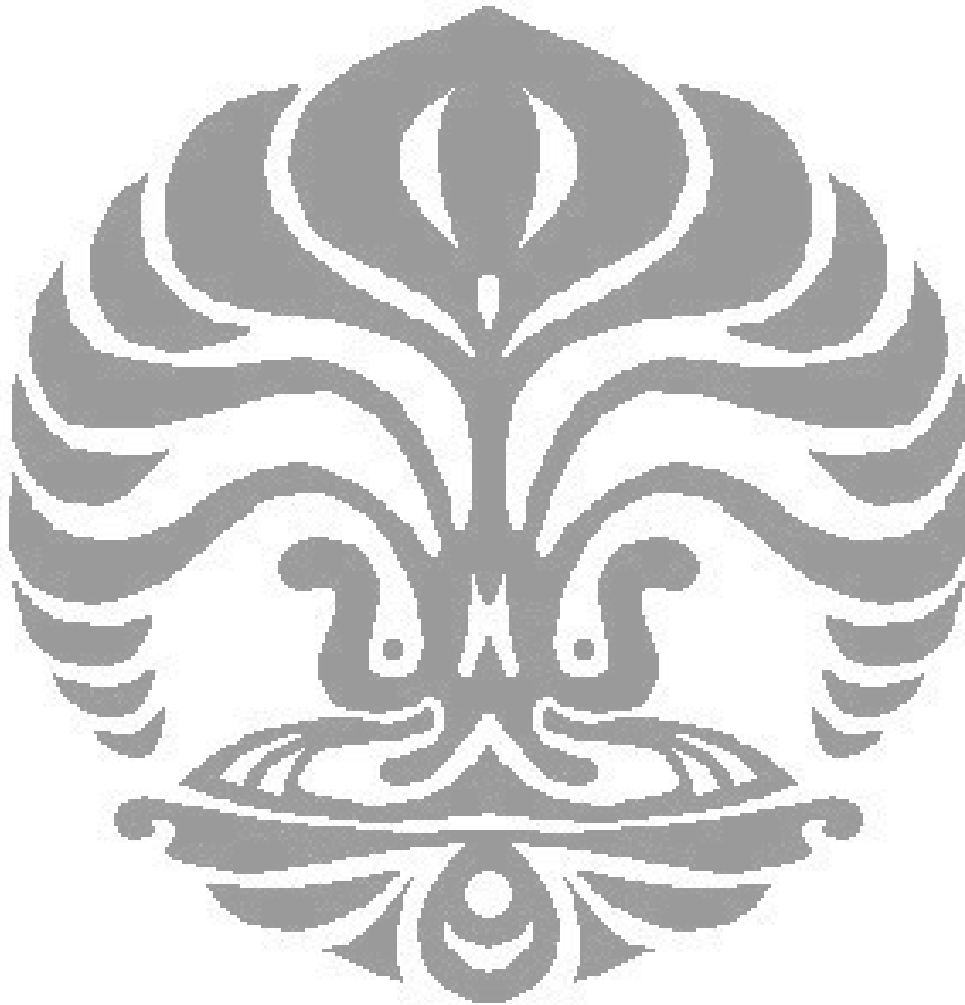
Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar dalam membuat perencanaan kegiatan pengembangan program yang berhubungan dengan kontrasepsi terutama AKDR sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kontrasepsi di Puskesmas Kejayan.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi rendahnya pemakaian AKDR pada akseptor KB di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan. Responden dalam penelitian ini adalah wanita usia 15-49 tahun yang sudah menikah dan memakai kontrasepsi yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan yang bersedia untuk diwawancarai.

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan, pengumpulan data dilaksanakan pada bulan Maret sampai Mei 2011.

Penelitian ini menggunakan rancangan kasus kontrol. Data dikumpulkan secara primer dengan menggunakan kuesioner. Data diolah secara deskriptif maupun analitik untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan AKDR.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pengertian Kontrasepsi**

Kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan yang bersifat sementara ataupun menetap. Kontrasepsi dapat dilakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat/alat, atau dengan operasi. Pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan kontrasepsi, yaitu Menunda kehamilan, artinya pasangan dengan istri berusia di bawah 20 tahun dianjurkan menunda kehamilannya. Kontrasepsi yang diperlukan adalah kontrasepsi dengan reversibilitas yang tinggi dan efektifitas yang relatif tinggi. Kontrasepsi yang bisa digunakan adalah pil, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) mini, cara sederhana. Penggunaan kondom kurang menguntungkan karena pasangan muda masih sering berhubungan (frekuensi tinggi) sehingga akan mempunyai angka kegagalan yang tinggi. Penggunaan AKDR mini bagi yang belum mempunyai anak dapat dianjurkan pada akseptor dengan kontradiksi terhadap pil oral (Sarwono, 2008).

Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan), pada saat wanita berusia 20–35 tahun adalah pilihan yang paling baik untuk melahirkan 2 anak dengan jarak kelahiran 3–4 tahun. Kontrasepsi yang diperlukan adalah kontrasepsi dengan reversibilitas cukup tinggi, efektivitas cukup tinggi, dipakai 3–4 tahun, dan tidak menghambat produksi Air Susu Ibu (ASI). Kontrasepsi yang sesuai untuk tujuan ini adalah AKDR, pil, suntik, cara sederhana, susuk KB dan kontrasepsi mantap (kontap). Alasannya adalah usia 20 – 35 tahun merupakan usia terbaik untuk mengandung dan melahirkan, segera setelah anak lahir, dianjurkan untuk menggunakan AKDR sebagai pilihan utama, pada usia ini memakai kontrasepsi dengan angka kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun tidak berbahaya karena akseptor berada pada usia yang baik untuk mengandung dan melahirkan (Kapita Selektta Kedokteran, 2001).

Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi), merupakan saat di mana usia istri di atas 35 tahun, dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak. Kontrasepsi yang diperlukan adalah kontrasepsi dengan

efektivitas sangat tinggi karena kegagalan dapat menyebabkan kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak, reversibilitas rendah, dapat dipakai untuk jangka panjang, tidak menambah kelainan yang sudah ada. Kontrasepsi yang sesuai: kontrasepsi mantap (tubektomi/vasektomi), susuk KB, AKDR suntikan, pil, dan cara sederhana. Alasannya Ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan tidak hamil lagi atau tidak punya anak lagi karena alasan medis, pilihan utama adalah kontrasepsi mantap, pada kondisi darurat, kontak cocok dipakai dan relatif lebih baik dibandingkan dengan susuk KB atau AKDR, pil kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi (Sarwono, 2008).

## 2.2 Metode KB Sederhana

Metode KB Sederhana adalah metode KB yang dipergunakan tanpa bantuan orang lain. Metode ini akan efektif bila digunakan sesuai dengan perhitungan masa subur. Metode KB Sederhana meliputi:

### Kondom

Kondom adalah selubung karet yang dipasang pada penis selama berhubungan seksual dan terbuat dari lateks, plastik, bahan hewani. Kondom dapat membantu mencegah penularan penyakit menular seksual termasuk HIV. Kondom terdiri dari kondom pria dan kondom wanita. Kondom cukup efektif jika dipakai secara benar setiap kali berhubungan. Angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun (Sarwono, 2006).

### Pantang berkala

Prinsip dari pantang berkala yaitu tidak melakukan senggama pada masa subur. Perlu diketahui bahwa ovulasi terjadi 14+2 hari sebelum hari pertama haid yang akan datang. Ovum mempunyai kemampuan dibuahi dalam 24 jam setelah ovulasi. Yang disebut masa ovulasi yaitu 48 jam sebelum ovulasi sampai 24 jam setelah ovulasi. Jadi jika ingin mencegah konsepsi senggama harus dihindari pada waktu 3 hari menjelang dan setelah ovulasi. Untuk menetapkan ovulasi dianjurkan

menggunakan metode lendir serviks, Metode suhu basal tubuh dan palpasi serviks dengan pencatatan yang teratur (Kapita Selekt Kedokteran, 2001).

### **Metode lendir serviks**

Dilakukan dengan menilai lendir serviks. Sifat cairan vagina bervariasi selama siklus haid. Lendir vagina diperiksa dengan memasukkan jari tangan klien sendiri ke dalam vagina dan mencatat bagaimana lendir tersebut dirasakan tiap hari. Setelah haid berakhir wanita mengalami vaginanya kering selama beberapa hari hal itu disebut sebagai masa kering. Jika setelah itu dirasakan ada lendir yang lengket seperti bubur maka masa subur dimulai, saat itu mungkin telah ada lendir di leher rahim. Saat ovulasi terjadi peningkatan estrogen, lendir menjadi lebih jernih, basah, elastis dan licin. Umumnya wanita merasa basah di vagina pada saat seperti ini, lendir jenis ini yang memungkinkan sperma berenang menuju sel telur selama lima hari. Saat evaluasi hormon progesterone meningkat dan lendir serviks berubah menjadi kurang basah, lebih lengket dan vagina lebih kering. Lendir jenis ini membuat sperma sulit bergerak dan hanya hidup beberapa menit atau beberapa jam. Lendir ini selain mencegah masuknya sperma juga mencegah masuknya bakteri merugikan ke dalam uterus. Jadi akseptor harus mulai mencatat pola lendirnya mulai hari pertama setelah haid terakhir terus menerus sampai 8-10 hari setelah hari terakhir dengan lendir yang basah dan licin atau hari puncak. Hari puncak menunjukkan saat ovulasi sudah dekat atau bahkan ovulasi sedang berlangsung. Karena lendir berubah sepanjang hari, saat terbaik untuk melakukan pencatatan adalah malam hari karena saat itu merupakan lendir yang paling subur (Kapita Selekt Kedokteran, 2001).

### **Suhu Basal Tubuh**

Hormon progesterone yang diproduksi setelah ovulasi bersifat termogenik, sehingga dapat menaikkan suhu tubuh antara 0,05-0,2°C dan bertahan pada tingkat ini sampai saat haid berikutnya. Gunakan thermometer khusus dan pengukuran yang akurat untuk mendeteksi peningkatan suhu tubuh sekecil apapun, akseptor harus menandai catatannya saat merasa tidak enak badan, atau stress. Selama siklus haid akseptor harus melakukan pengukuran suhu tubuhnya



setiap pagi sebelum beranjak dari tempat tidur dan mencatatnya. Jika sudah mendapatkan suhu tertinggi selama 3 hari berturut-turut dan pengukuran berada diatas garis pelindung, maka akseptor sudah masuk pada fase tidak subur dan boleh melakukan senggama dan tidak perlu mencatat lagi suhu tubuhnya sampai siklus haid berikutnya (Sarwono, 2008)

### **Spermisida**

Spermisida adalah bahan kimia yang digunakan untuk menonaktifkan atau melumpuhkan sperma, sehingga memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan membuahi sel telur. Spermisida dikembangkan 2 jam setelah pe bentuk foam, tablet, krim, supositoria, *dissolvable film* dan jeli. Spermisida merupakan salah satu kontrasepsi yang melindungi terhadap IMS. Akseptor harus menunggu 10-15 menit setelah pemakaian sebelum berhubungan seksual. Spermisida akan aktif hingga 1-2 jam setelah pemakaian. Angka kegagalan spermisida 18-29 kehamilan per perempuan per tahun pertama (Sarwono, 2005).

### **Diafragma**

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung yang terbuat dari lateks yang penggunaannya di insersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual. Diafragma digunakan untuk menutup serviks dan menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi. Diafragma digunakan 6 jam sebelum berhubungan seksual dan dapat mencegah IMS jika digunakan dengan spermisida. Angka kegagalan diafragma mencapai 6-16 kehamilan per perempuan per tahun (Sarwono, 2008)

### **Senggama Terputus**

Senggama terputus merupakan metode kontrasepsi tradisional dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya sebelum mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah. Kegagalan sekitar 4-27 kehamilan per 100 perempuan pertahun. Karena semen keluar sebelum mencapai puncak kenikmatan, terlambat mengeluarkan kelamin dan semen tertumpah keluar



namun sebagian masuk genitalia. Hal ini sangat baik untuk suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana, biasa dipakai juga oleh pasangan yang taat beragama yang tidak memakai metode kontrasepsi lain (Sarwono, 2006)

## **2.3 Metode Kontrasepsi Efektif**

### **2.3.1 Metode Kontrasepsi Hormonal**

Sifat khas kontrasepsi hormonal yaitu Komponen estrogen menyebabkan mudah tersinggung, tegang, berat badan bertambah, menimbulkan nyeri kepala, perdarahan banyak saat menstruasi, peningkatan pengeluaran lochea dan peritunakan serviks. Komponen progesterone menyebabkan payudara tegang, acne, kulit dan rambut kering, menstruasi berkurang, kaki dan tangan sering kram, liang senggama kering (Kapita Selekta Kedokteran, 2001).

#### **2.3.1.1 Pil**

Pil adalah alat kontrasepsi minum yang merupakan perpaduan dari estrogen dan progesterone. Keuntungan pemakaian pil adalah tingkat keberhasilan 100% jika diminum sesuai aturan, dapat dipakai untuk pengobatan tegang dan nyeri saat menstruasi, menstruasi tidak teratur dan pengobatan terhadap pasangan yang mandul, endometriosis serta dapat meningkatkan libido. Kerugian pemakaian pil dikarenakan pil harus diminum secara teratur, mempengaruhi ovarium jika dipakai jangka waktu panjang. Adapun penyulit dari pil yaitu bertambahnya berat badan akseptor, rambut rontok, tumbuhnya jerawat, mual muntah dan dapat mempengaruhi fungsi ginjal dan hati (Manuaba, 1998).

Macam pil KB yaitu Minipil yaitu pil yang berisi progestin dosis rendah, pil Kombinasi yaitu berisi kombinasi antara progestin dan estrogen, pil sekuensial yaitu 12 pil pertama hanya mengandung estrogen untuk pil ke 13 dan seterusnya mengandung kombinasi, pil pasca senggama yaitu pil yang dapat digunakan setelah senggama. Pemakaian pil dengan beberapa system yaitu Sistem 28 pil yaitu akseptor meminum pil tersebut terus menerus tanpa berhenti, Sistem 22/21 yaitu akseptor berhenti minum pil saat terjadi withdrawal bleeding lalu meminum pil kembali setelah hari ke 5 haid, jika tidak terjadi perdarahan maka pil diminum

7 hari setelah pil pertama berhenti, pil harus diminum secara teratur dan jika lupa minum 2 buah pil pada hari berikutnya (Kapita Selekta Kedokteran, 2001).

Adapun kontra indikasi pil yaitu kontra indikasi mutlak jika terdapat tromboflebitis atau riwayat tromboflebitis, kelainan serebrovaskular, kelainan fungsi hati, tumor ganas pada payudara dan alat reproduksi, kehamilan dan varises berat, dan kontra indikasi relatif jika ada hipertensi, diabetes, perdarahan abnormal pervaginam tak jelas causa, laktasi, fibromioma uterus, penyakit jantung atau ginjal. Efek samping pil yang biasa terjadi yaitu efek samping ringan adalah penambahan berat badan, perdarahan di luar haid, eneg, depresi, alopesia, melasma, kandidiasis, amenorea pasca pil, retensi cairan dan keluhan gastrointestinal. Jika terjadi mual muntah dan perdarahan hebat segera konsultasi ke dokter. Efek samping berat adalah tromboemboli yang bisa menyebabkan kematian (Sarwono, 2008).

### **2.3.1.2 Suntikan Keluarga Berencana**

Terdapat 2 macam suntikan yaitu yang mengandung progestin yaitu Depo Provera, Depo geston, Depo Progestin, Noristerat yang diberikan 3 bulan sekali, dan yang mengandung progestin yang dicampur estrogen propionate seperti cyclofem dan cycloprovera yang diberikan sebulan sekali. Suntikan diberikan pada hari ke 3-5 pasca persalinan, segera setelah abortus dan lima hari pertama haid dan dilakukan secara intramuscular (Kapita Selekta Kedokteran, 2001).

Suntikan ini sangat efektif dengan efektifitas 0.1-0.4 kehamilan per 100 perempuan. Dengan mekanisme kerja yaitu menghalangi keluarnya FSH dan LH sehingga tidak terjadi pelepasan ovum, mengentalkan lendir serviks, mengubah peristaltic tuba fallopii dan suasana endometrium (Sarwono, 2008).

Pemakaian suntik KB ini mempunyai keuntungan pemakaian 4-12 minggu, bebas berhubungan seks, tidak perlu pemeriksaan dalam, dan tidak mengganggu hubungan suami istri. Suntikan KB dapat diberikan pasca menstruasi, pasca keguguran dan post partum karena tidak mengganggu laktasi. Adapun kerugian suntikan KB yaitu Perubahan pola haid, amenore, mual, sakit kepala, tidak menjamin terhadap IMS, pemulihan kesuburan kemungkinan terlambat,

pertambahan berat badan dan terjadi efek samping serius yaitu serangan jantung, stroke, tumor hati dan terjadi pembekuan darah pada paru dan otak (Sarwono, 2006).

### **2.3.1.3 Susuk KB (Implant)/Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)**

Susuk KB disebut juga Alat KB bawah kulit karena pemakaiannya ditempatkan dibawah kulit pada 1/3 lengan bawah bagian kiri. Ada 2 macam Norplant pemakaian 5 tahun dengan jumlah susuk 6 buah dan sekarang sudah jarang ada, yang sedang digunakan sekarang yaitu Implanon yang dipakai selama 3 tahun dengan jumlah susuk 3 buah. Tingkat kegagalan norplant yaitu 0,2-1 kehamilan per perempuan (Sarwono, 2005). Saat pemakaian yang optimal yaitu saat haid, 7 hari setelah abortus, saat laktasi lebih dari 6 minggu post partum. Pemasangan implant dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih karena pemasangannya cukup rumit dengan berbagai peralatan yang steril (Kapita Selekta Kedokteran, 2001).

Mekanisme kerja susuk KB yaitu menekan ovulasi, membuat lendir menjadi lebih kental, membuat endometrium tidak siap menerima nidasi. Pencabutan susuk KB memerlukan tenaga kesehatan yang terlatih karena memerlukan peralatan yang steril untuk menekan terjadinya infeksi. Dalam pencabutan terdapat beberapa kendala teknis yaitu pemasangan terlalu dalam, pemasangan yang tidak teratur dan pemasangan yang berjauhan. Kendala komplikasi yaitu hematoma dan perdarahan, infeksi dan tidak semua susuk KB dapat dikeluarkan. Pencabutan susuk dapat dilakukan sebelum waktunya dengan permintaan akseptor ataupun jika terjadi efek samping dapat pula dicabut sesuai waktunya (Sarwono, 2008).

Keuntungan susuk KB yaitu digunakan jangka panjang sampai 5 tahun, tidak mengganggu ASI dan senggama, tidak perlu pemeriksaan dalam, pengembalian kesuburan cepat begitu susuk dicabut dan dapat dicabut sesuai keinginan akseptor, dapat melindungi dari kanker endometrium. Dan kerugiannya adalah perubahan pola haid, spotting, amenorea, dan meningkatnya darah haid (Sarwono, 2008)

## 2.3.2 Kontrasepsi Non Hormonal

### 2.3.2.1 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan alat KB yang sudah digunakan sejak dulu yang bermula dari meneliti onta yang dimasuki batu pada alat kandungannya sehingga waktu melakukan perjalanan tidak hamil. Riecher (1909) memasukkan benang sutra tebal kedalam rahim. Grafenberg (1930) membuat cincin dari benang sutra dan perak untuk mengakhiri kehamilan dan hasilnya memuaskan. Pada tahun 1959 Otta dari Jepang membuat AKDR dari plastik dan hasilnya sangat memuaskan dan disebut Ottaring. Beberapa tahun yang lalu di Indonesia banyak dicoba AKDR jenis kedua seperti Marguis, Lippes Loop. Saat ini banyak digunakan AKDR jenis ketiga yaitu Seven Copper, Multiload, Copper T380, Medosa dan Progestasert (AKDR dengan progesterone) (Sarwono, 2005).

Mekanisme kerja AKDR yaitu menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leukosit, makrofag dan limfosit, menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, pematangan endometrium oleh leukosit, makrofag dan limfosit menyebabkan blastokis dirusak oleh makrofag sehingga tidak mampu melakukan nidasi, ion Cu yang dikeluarkan menyebabkan gangguan gerak spermatozoa (Kapita Selekt Kedokteran, 2001).

Pemasangan AKDR dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih karena memerlukan kesterilan dan cara kerja yang aman. AKDR dapat dipasang diluar kehamilan bersamaan dengan menstruasi, segera setelah menstruasi selesai, masa akhir puerperium, tiga bulan pasca persalinan, bersamaan dengan seksio sesaria, bersamaan dengan abortus dan kuretase, hari kedua atau ketiga pasca persalinan. Pencabutan AKDR dilakukan dengan permintaan akseptor sebelum waktunya ataupun saat waktunya habis. AKDR lebih baik dibuka saat menstruasi karena lebih mudah dilakukan. AKDR juga dapat dibuka jika ingin hamil kembali, leukorea yang sulit diobati dan peserta menjadi kurus, terjadi infeksi, terjadi perdarahan, Terjadi kehamilan yang didalamnya ada AKDR kira-kira 50% akseptor akan mengalami keguguran, 50% lainnya dapat hamil sampai aterm. Jika diperiksa

filament AKDR tampak, maka dianjurkan agar AKDR dikeluarkan secara perlahan dan kemungkinan terjadi abortus spontan menjadi 25% (Sarwono, 2008).

Keuntungan AKDR yaitu efektifitas tinggi mencapai 0.6-0.8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama, efektifitas langsung setelah pemasangan, jangka panjang, tidak ada efek samping hormonal dan tidak mempengaruhi ASI dapat digunakan sampai menopause dan dapat mencegah kehamilan ektopik. Kerugiannya yaitu perubahan siklus haid, tidak mencegah IMS, perforasi dinding uterus, infeksi dan endometriosis (Sarwono, 2008). Kontraindikasi AKDR pada wanita terjadi jika hamil, infeksi aktif traktus genitalia, Tumor traktus genitalia, metrorragia, penyakit radang panggul aktif, perdarahan tak jelas kausa, keganasan serviks, kelainan uterus (mioma, polip, jaringan parut seksio), insufisiensi serviks uteri, tumor ovarium, gonorea, servisititis, dismenore, panjang kavum uteri kurang dari 6,5cm (Kapita Selekt Kedokteran, 2001)

### **2.3.2.2 Kontrasepsi Mantap (KONTAP)**

Kontrasepsi mantap atau sterilisasi merupakan metode KB yang paling efektif, murah, aman dan mempunyai nilai demografi yang tinggi. Kontap terbagi 2 yaitu metode operasi pria (vasektomi) dan metode operasi wanita (tubektomi) (Manuaba, 1998).

#### **1. Metode Operasi Pria (Vasektomi)**

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi. Kondisi yang memerlukan perhatian khusus dalam vasektomi infeksi kulit pada daerah operasi, infeksi sistemik yang mengganggu kondisi kesehatan klien, hidrokkel atau varikokel yang besar, hernia inguinalis, filariasis, undescensus testikularis, terdapat masa intraskrotalis, anemia berat, gangguan pembekuan darah atau menggunakan antikoagulansia (Sarwono, 2008).

Metode dalam vasektomi terdiri dari elektrocauteri, Clips, Prop, dan non surgical dengan obat yaitu dengan obat-obatan atau zat kimia seperti ethomol,

Nitras argentii. Kerugian vasektomi adalah tidak segera terjadi sterilitas dan dibutuhkan waktu untuk mengeluarkan sperma antara vas deferens dengan titik ejakulasi (jangka waktu ini antara 1 minggu hingga beberapa bulan tergantung frekwensi coitus 15-20 kali ejakulasi (Sarwono, 2006).

Tiap klien harus melalui proses konseling sebelum melakukan vasektomi dan Informasi bagi klien setelah melakukan vasektomi yaitu mempertahankan band aid selama 3 hari, luka tidak boleh digaruk, boleh mandi setelah 24 jam asal daerah luka tidak basah, setelah 3 hari luka boleh dicuci dengan air dan sabun, pakai penunjang skrotum, minum analgesic setiap 4-5 jam jika nyeri, tidak boleh mengangkat beban berat dan kerja keras selama 3 hari, bersenggama dilakukan sesudah hari ke 2-3, namun harus menggunakan kondom atau alat kontrasepsi lain selama 3 bulan setelah vasektomi atau sampai ejakulasi 15-20 kali, periksa semen 3 bulan pasca vasektomi atau setelah 15-20 kali ejakulasi (Sarwono, 2006).

Komplikasi yang biasa terjadi yaitu saat operasi bisa terjadi reaksi anafilaksis disebabkan oleh penggunaan lidocain dan manipulasi berlebihan pada anyaman pembuluh darah disekitar vasa deferens, komplikasi pasca tindakan berupa hematoma skrotalis, infeksi, abses pada testis, atrofi testis, epididimitis kongesif dan peradangan kronik granuloma di tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibody sperma. Selain itu untuk kontra indikasinya yaitu kesehatan kurang baik, umur klien lebih dari 37 tahun, tidak terjadi ovulasi pada istri, oligospermi, tuba terlalu pendek, perlekatan organ pelvic yang luas serta infeksi pelvik (Sarwono, 2008).

## **2 Metode Operasi Wanita (Tubektomi)**

Tubektomi merupakan prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas seorang perempuan secara permanen. Tindakan yang dilakukan pada saluran telur yang menyebabkan wanita tersebut tidak punya keturunan lagi. Tubektomi merupakan alat kontrasepsi yang paling efektif dengan angka kegagalan kurang dari 1%. Tubektomi dapat dilakukan pasca keguguran, pasca persalinan, pada masa interval, jika dilakukan pada masa interval sebaiknya dilakukan 48 jam



setelah melahirkan karena belum dipersulit dengan edema tuba, infeksi dan alat genital belum menciut (Kapita Selekta Kedokteran, 2001).

Keuntungan dari tubektomi yaitu Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama, bagus bagi klien dengan kehamilan beresiko, pembedahan dilakukan dengan sederhana, dilakukan dengan anastesi local, tanpa efek samping jangka panjang, tidak ada perubahan fungsi seksual, mengurangi risiko kanker ovarium. Adapun keterbatasannya yaitu bersifat permanen sehingga kemungkinan klien menyesal dikemudian hari, rasa tidak nyaman setelah tindakan, dilakukan oleh dokter terlatih, tidak melindungi diri dari IMS (Sarwono, 2008).

Syarat Tubektomi yaitu usia akseptor lebih dari 26 tahun dengan minimal 2 anak, jumlah keluarga sesuai keinginan, beresiko pada tiap kehamilannya, pasca persalinan dan keguguran, paham dan mengikuti prosedur dengan sukarela, akseptor berhak berubah pikiran sebelum melakukan tindakan ini dan harus memperoleh informed consent sebelum tindakan sebagai prosedur yang harus dilakukan. Kontra indikasi pada klien dengan penyakit jantung, pembekuan darah, PRP/ infeksi pelvik, obesitas dan diabetes, anak tunggal atau tanpa anak, hamil, perdarahan pervaginam tak jelas causa, tidak boleh menjalani proses pembedahan, kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas kedepan (Sarwono, 2006).

Komplikasi yang terjadi pada tubektomi yaitu infeksi, luka pada kandung kemih, hematoma, perdarahan, rasa sakit dan emboli gas karena laparaskopi. Tubektomi dapat dilakukan setiap waktu selama siklus menstruasi jika diyakini klien tidak hamil, hari ke 6-13 siklus menstruasi, pasca persalinan(minilaparotomi waktu 2 hari atau 6 minggu atau 12 minggu), pasca keguguran(triulan pertama dan kedua dalam waktu 7 hari selama tidak ada infeksi pelvik (Sarwono, 2006).

Beberapa cara yang dilakukan untuk membuat wanita tidak hamil yaitu radiasi, ovarektomi, histerektomi, tubektomi, ligasi tuba tanpa atau dengan pematangan sebagian tuba, fimbrioteksi, kauterisasi, penyumbatan tuba,

dilakukan dengan penjepitan tuba, zat-zat kimiawi yang mengakibatkan sterilitas (Sarwono, 2008).

## 2.4 Perilaku Dalam Organisasi

Pola perilaku dalam organisasi menurut Gibson, 1985 akan selalu berubah meskipun hanya sedikit. Untuk memahami individu seseorang harus mengamati dan mengakui adanya perbedaan, mempelajari hubungan antar variable yang mempengaruhi perilaku dan menemukan hubungan tersebut. Setelah bertahun-tahun teori dan riset dikembangkan, akhirnya secara umum disepakati bahwa perilaku timbul karena suatu sebab, diarahkan untuk mencapai tujuan, perilaku yang dapat diamati masih dapat diukur, perilaku yang tidak langsung dapat diamati juga penting dalam mencapai tujuan, perilaku termotivasi. Perilaku individu dalam organisasi dipengaruhi oleh 3 variabel yaitu:

1. Variabel Individu (latar belakang: keluarga, tingkat sosial, pengalaman, demografis: umur, asal usul, jenis kelamin, kemampuan dan ketrampilan mental dan fisik)
2. Variabel Organisasi (Sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan)
3. Variabel Psikologis (Persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi)

Kemampuan adalah sifat bawaan yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu yang bersifat mental atau fisik, misal kemampuan untuk mengutarakan kata, ide dan pertanyaan. Persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia disekitarnya, karena setiap orang memberi arti yang berbeda pada tiap stimulus yang didapatkannya. Sikap merupakan faktor penentu perilaku karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap adalah kesiapan siagaan mental yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman dan mempunyai pengaruh tertentu atas tanggapan seseorang terhadap orang lain. Pada pokoknya stimulus tersebut menghasilkan pembentukan sikap yang kemudian mengurus pada satu tanggapan yaitu tanggapan emosional (pernyataan suka atau tidak), tanggapan persepsi



(pernyataan tentang keyakinan) dan tanggapan tindakan (pernyataan tentang perilaku) (Gibson, 1985).

## 2.5 Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku Skinner dalam Notoatmodjo (2007), maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Adapun klasifikasi perilaku kesehatan ada 3 kelompok antara lain:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), adalah usaha yang dilakukan seseorang untuk memelihara dan menjaga kesehatannya agar tidak sakit dan usaha penyembuhan saat sakit. Perilaku ini terdiri dari 3 aspek yaitu perilaku pencegahan dan penyembuhan penyakit, perilaku peningkatan kesehatan dan perilaku gizi (makanan) dan minuman.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) adalah upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan, mulai dari mengobati sendiri sampai mencari pengobatan keluar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan yaitu bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

## 2.6 Domain perilaku

Meski perilaku merupakan respon terhadap stimulus, namun bagaimana seseorang memberikan respon tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari diri orang tersebut. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku, yang dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Faktor Internal, yakni karakteristik seseorang yang bersifat bawaan.
2. Faktor eksternal merupakan faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang, yakni lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan lainnya (Notoatmodjo, 2007).

## **2.6.1 Teori Perilaku**

### **2.6.1.1 Model Teori Precede-Proceed**

Diagnosa pendidikan adalah bagian yang sangat penting dari faktor yang menentukan dalam memulai proses perubahan perilaku. Faktor penyebab perubahan perilaku dapat dilihat dari 3 faktor yang berbeda yaitu: predisposisi, pemungkin dan penguat. Perbedaan pengaruh yang ada dapat mempengaruhi perilaku. Tapi dibutuhkan ketiga faktor diatas untuk motivasi, memfasilitasi dan memelihara perubahan perilaku. Perubahan perilaku dapat mempengaruhi perubahan lingkungan, tapi perubahan lingkungan dapat membantu perubahan perilaku pemungkin faktor secara nyata pada lingkungan. Untuk merubah perilaku tidak hanya dibutuhkan satu faktor namun 3 faktor penyebablah yang dibutuhkan.

#### **1) Faktor Predisposisi**

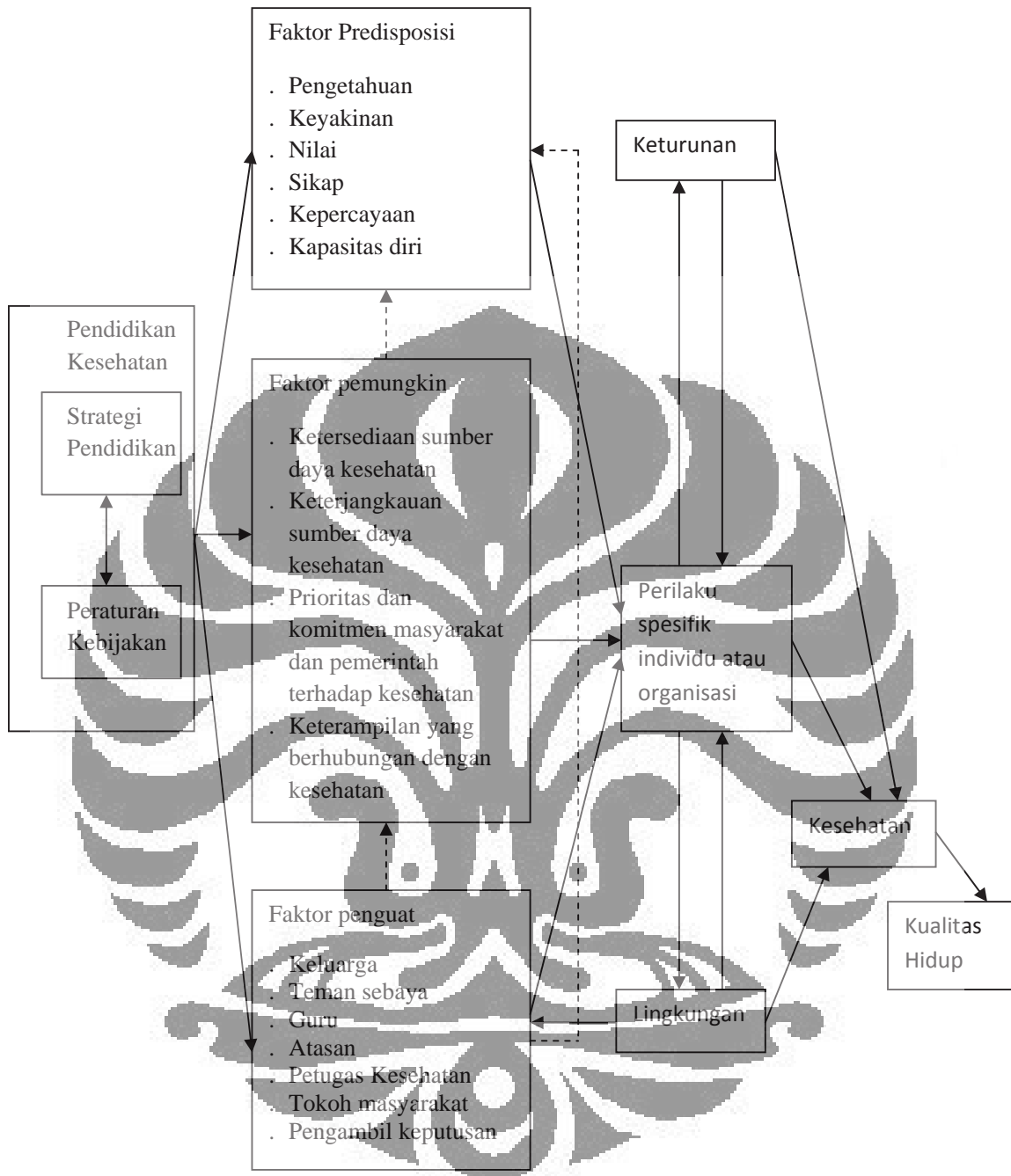
Faktor predisposisi ini merupakan faktor yang diawali dengan perubahan perilaku dapat memberi alasan dan memotivasi seseorang maupun kelompok terhadap keadaan dirinya. Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai dan variable demografi yang ada pada dirinya. Faktor individu dan nilai yang dimiliki mungkin tidak menghasilkan perubahan dalam konteks program kesehatan, namun hal tersebut digunakan dalam meningkatkan produk dan layanan dalam periklanan. Tapi memungkinkan program pendidikan kesehatan ini juga dipengaruhi oleh status ekonomi, umur, jenis kelamin, dan asal usul keluarga yang semua itu merupakan faktor penting predisposing perilaku. Dalam rencana jangka pendek program, kita menaruh predisposing faktor sebagai target untuk dirubah, karena hal tersebut tidak bisa dengan cepat berubah. Identifikasi sosial ekonomi dan geografi dapat membantu perencana untuk merencanakan intervensi yang berbeda dengan kelompok yang berbeda pula.

## 2) Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin dapat memfasilitasi individu atau kelompok dalam melakukan kegiatan. Faktor pemungkin merupakan alat untuk memaksa seseorang agar mampu melakukan perilaku yang sehat. Faktor ini juga merupakan perubahan perilaku yang mengikuti motivasi atau kebijakan di lingkungan. Faktor pemungkin ini misalnya menjaga kebersihan fasilitas, diri sendiri, sekolah, klinik dan tempat umum. Faktor ini juga berupa tersedianya tempat pelayanan kesehatan, Mudahnya akses ke layanan kesehatan, Komitmen pemerintah pada prioritas kesehatan dan kemampuan yang berhubungan dengan kesehatan. Faktor pemungkin juga memasukkan kemampuan baru untuk individu, organisasi dan masyarakat yang membutuhkan untuk membawanya pada perubahan perilaku dan lingkungan. Dalam perubahan rencana dalam faktor pemungkin, perencana kesehatan menaksir penyimpangan yang terjadi di masyarakat. Sumber daya dan kemampuan sangat berguna dalam level masyarakat.

## 3) Faktor Penguat

Faktor penguat merupakan faktor penguat dari faktor-faktor sebelumnya. Faktor ini merupakan konsekuensi dari perubahan yang dilakukan dan mendapat umpan balik baik positif ataupun negatif serta support sosial yang didapatkan. Faktor penguat adalah perilaku yang dicontohkan dan akan dilakukan oleh orang lain secara tetatut dan dalam waktu yang lama. Untuk perilaku yang merupakan prioritas dalam diagnose perilaku reinforcing merupakan determinan perilaku. Faktor yang mengikuti perilaku setelah mendapatkan reward atas ketekunannya. Yang termasuk faktor pendorong ini meliputi keluarga, teman sebaya, guru, majikan, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan yang ada. Dalam perubahan perilaku dapat dilakukan dengan melihat media massa, meniru perilaku yang ada di televise ataupun dari guru dan orang tua. Perilaku ini akan mendapatkan penilaian yang positif ataupun negatif dari masyarakat disekitarnya (Green dan Kreuter, 2005).



Gambar 2.1 Model Teori Precede-Proceed

Sumber: Green and Kreuter, 2005. *Health Program Planning an Educational And Ecological Approach fourth edition*. New York. hal 11-12

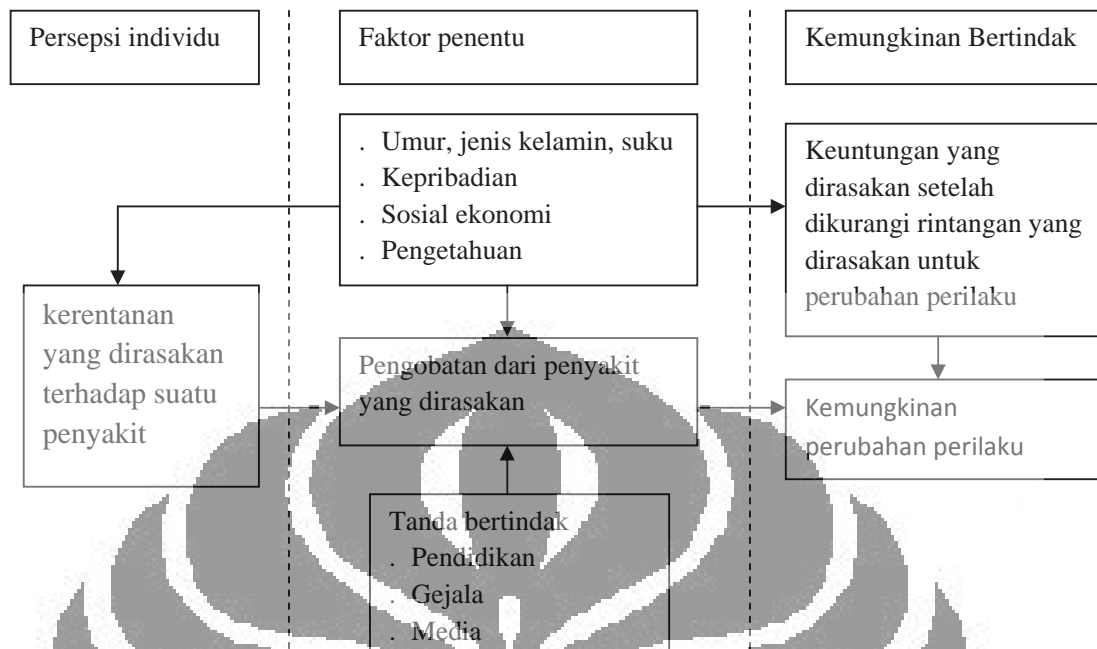
Teori Precede-Proceed tergambar dalam gambar diatas yang menjelaskan bahwa perilaku tertentu yang dilakukan oleh seseorang dipengaruhi oleh faktor

predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat yang sebelumnya juga dipengaruhi oleh pendidikan kesehatan yang telah didapat oleh seseorang. Perilaku seseorang tersebut juga bisa dipengaruhi dan mempengaruhi lingkungan dan genetiknya, sehingga baik atau buruknya perilaku yang telah dilakukan akan dapat mempengaruhi status kesehatannya yang berdampak pada kualitas hidup yang dimiliki seseorang (Green dan Kreuter, 2005).

### 2.6.1.2 Health Belief Models

Menurut Rosenstock, Kirscht, Becker, Janz dalam Glanz, 2002, menjelaskan bahwa perilaku pencegahan penyakit seseorang dapat menimbulkan pengertian yang luas. Pada umumnya seseorang akan memeriksakan kesehatannya jika dia percaya bahwa hal itu akan lebih baik dan jika tidak dilakukan akan beresiko pada dirinya. Jadi seseorang itu mudah terpengaruh terhadap kondisi dirinya. Ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut yakni *Perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan), *Perceived severity* (kekerasan yang dirasakan), *Perceived benefits* (keuntungan yang dirasakan), *Perceived barriers* (rintangan yang dirasakan), dan *cues to action* (isyarat atau tanda-tanda).

Persepsi seseorang mengenai kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit keras tergantung pada beberapa faktor yaitu umur, jenis kelamin, suku, sosial ekonomi dan latar belakang pendidikan. Persepsi dan faktor-faktor tersebut akan menimbulkan suatu perilaku mengenai ancaman yang dirasakan terhadap penyakit tersebut. Perilaku itu timbul juga karena adanya faktor lain misalnya media informasi maupun informasi dari orang lain yang mengetahui mengenai penyakit tersebut. Setelah mengetahui bahwa penyakit itu mengancam dirinya maka seseorang akan menentukan langkah apa yang harus dilakukan untuk pencegahannya. Sebelum mengambil tindakan, faktor latar belakang seseorang juga dapat mempengaruhi perilakunya apakah keputusan yang diambil selanjutnya itu menguntungkan atau malah menjadi penghambat (Glanz, 2002). Faktor faktor diatas dapat lebih jelas diketahui dengan melihat gambar di bawah ini:



Gambar 2.2 Teori Health Belief Model

Sumber : Glanz, Rimer and Lewis, 2002. *Health Behaviour And Health Education Theory, Research, and Practice third Edition*. San Francisco, hal 52

## 2.7 Faktor-faktor yang berhubungan dengan rendahnya cakupan pemakaian AKDR

### 2.7.1 Umur

Umur kurang dari 20 tahun merupakan fase yang baik untuk menunda kehamilan dengan menggunakan pil, AKDR, Implant ataupun suntikan. Dan pada usia 20-35 tahun merupakan fase menjarangkan kehamilan dan pada usia lebih dari 35 tahun merupakan fase menghentikan kehamilan, pada 2 fase ini sangat baik digunakan metode kontrasepsi jangka panjang termasuk AKDR (Sarwono, 2008). Kebutuhan pelayanan KB bervariasi menurut umur, wanita muda cenderung untuk menjarangkan kehamilan dan wanita tua cenderung membatasi kelahiran. Pola kebutuhan untuk ber KB menurut umur dapat digambarkan seperti kurva U terbalik, yaitu rendah pada wanita kelompok umur 15-19 tahun dan wanita kelompok umur 45-49 tahun dan tinggi pada kelompok umur antara 30-34 tahun (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007). Semakin tua umur semakin

besar proporsi menggunakan AKDR baik yang sudah pernah menggunakan ataupun belum pernah menggunakan AKDR (Winarni, 2000).

### **2.7.2 Jumlah Anak**

Dalam noma keluarga kecil bahagia sejahtera disebutkan bahwa anak laki-laki dan perempuan sama saja, namun masih ada juga keluarga yang menginginkan jenis kelamin tertentu dan berusaha terus mendapatkannya terutama berkaitan dengan adat di daerah (Manuaba, 1998). Jumlah anak adalah anak yang tinggal bersama dan diasuh oleh responden yang berupa anak kandung maupun bukan anak kandung (Wawolumaya, 2001). Hubungan antara jumlah anak sebenarnya dan jumlah anak ideal dapat dilihat dari kenyataan bahwa wanita yang mempunyai anak sedikit cenderung ingin anak sedikit. Wanita yang jumlah anaknya lebih banyak cenderung berumur lebih tua dari wanita dengan jumlah anak sedikit. Jumlah anak ideal biasanya lebih kecil dari jumlah anak hidup yang dimiliki. Jumlah anak ideal yang diinginkan adalah 2 orang, hal tersebut kemungkinan telah tertanam sejak 20-30 tahun yang lalu. Wanita di perkotaan dan wanita berpendidikan tinggi cenderung menginginkan jumlah anak yang lebih sedikit daripada wanita di pedesaan dan wanita berpendidikan rendah (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007). Wanita yang memiliki anak 3 atau lebih yang masih hidup memiliki proporsi pemakaian AKDR yang tinggi (Winarni, 2000). Wanita-wanita cenderung mempunyai dua anak atau lebih (Koblinsky, 1997).

### **2.7.3 Pendidikan**

Pendidikan adalah Jenjang pendidikan formal dari suatu institusi tertentu yang mencakup tingkat SD atau sederajat, SMP atau sederajat, SMU atau sederajat dan akademi/perguruan tinggi (Wawolumaya, 2001). Menurut Thaddeus dan Maine dalam Koblinsky (1997) mengatakan bahwa pendidikan dapat meningkatkan akses pelayanan, yaitu meningkatkan akses wanita terhadap informasi, peningkatan harga diri wanita, meningkatkan kemampuan dalam menyerap informasi kesehatan yang baru dan interaksi yang seimbang antara penyedia layanan dan akseptor. Kebutuhan KB yang tidak terpenuhi secara umum turun



dengan naiknya tingkat pendidikan wanita, semakin tinggi pendidikan wanita, semakin rendah presentase wanita yang kebutuhan KB nya tidak terpenuhi. Terpenuhinya kebutuhan KB menunjukkan hubungan positif dengan tingkat pendidikan. Menurut provider dari Bengkulu dalam penelitian Winarni, 2000 akseptor yang menggunakan AKDR umumnya sadar dan mengerti tentang AKDR dan pendidikan umumnya relatif tinggi. Pendidikan menurut SDKI yaitu tidak sekolah, tidak tamat SD, Tamat SD, Tamat SMP, SMA+. Pemakaian alat KB modern meningkat seiring peningkatan jenjang pendidikan wanita, kecuali susuk yang cenderung digunakan untuk wanita yang tidak sekolah (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007).

#### 2.7.4 Pengetahuan

Merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai tingkat yang berbeda-beda, secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan menurut Blom (1908) dalam Notoatmodjo (2005) yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu berarti mengingat dari memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui dan mengukur bahwa orang tersebut tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan yang berhubungan dengan masalah tersebut. Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Adapun kata kerja yang digunakan untuk mengukur tahu seseorang yaitu menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*) interpretasi objek secara benar bukan hanya sekedar tahu dan menyebutkan suatu objek.
3. Aplikasi (*Aplication*) pemahaman tentang sesuatu objek serta dapat menggunakan dan mengaplikasikan objek tersebut pada situasi yang lain.
4. Analisis (*Analysis*) kemampuan untuk menjabarkan suatu objek kemudian mencari hubungan antara komponen yang ada pada masalah atau obyek yang diketahui. Jika pengetahuan seseorang sudah pada tahap analisis

maka orang tersebut sudah dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan membuat diagram atas pengetahuan tersebut.

5. Sintesis (*synthesis*) kemampuan seseorang untuk merangkum pengetahuan yang dimiliki dari suatu komponen dan menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.
6. Evaluasi (*evaluation*), kemampuan seseorang untuk menilai suatu objek tertentu, criteria penilaian ditentukan oleh diri sendiri atau norma yang berlaku dimasyarakat (Notoatmodjo, 2005).

Pengetahuan tentang pengendalian kelahiran dan keluarga berencana merupakan salah satu aspek penting kearah pemahaman tentang berbagai alat dan cara kontrasepsi dan selanjutnya berpengaruh terhadap pemakaian alat/cara KB yang tepat dan efektif. Hampir semua wanita yang pernah kawin dan berstatus kawin mengetahui paling sedikit satu alat/cara KB. Terdapat kecenderungan hampir seluruh wanita diperkotaan mengetahui suatu alat/cara kontrasepsi dan KB modern, sedangkan pengetahuan suatu alat/cara KB dikalangan wanita pedesaan sedikit lebih rendah. Pendidikan dan pengetahuan sangat bergantung, sehingga semakin tinggi pendidikan maka akan semakin banyak pengetahuan tentang alat/cara KB (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007). Pengetahuan tentang kontrasepsi AKDR merupakan salah satu faktor yang dapat menentukan seseorang menggunakan alat kontrasepsi AKDR. Pada umumnya pengetahuan tentang alat KB AKDR yang meningkat akan diikuti oleh makin tingginya tingkat pemakaian kontrasepsi AKDR. Kurangnya pengetahuan tentang resiko AKDR membuat akseptor takut menggunakan AKDR (Winarni, 2000).

Scoring pengetahuan bertujuan menggabungkan beberapa pertanyaan yang menjadi satu variable:

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| 1. Jumlah skor >80% | baik                       |
| 2. 60-80%           | sedang                     |
| 3. Jumlah <60%      | kurang (Wawolumaya, 2001). |

Dalam hal ini harus dilihat beberapa hal yaitu pembobotan skor sesuai dengan tujuan penelitian, biasanya skor pertanyaan antara 1-5, namun ada juga yang membuat skor 0-5, konsisten dalam memberi skor (Wawolumaya, 2001).

### 2.7.5 Sikap

Sikap merupakan kecenderungan seseorang dalam bertindak, berfikir, berpersepsi, dan merasakan suatu objek, ide, situasi dan nilai. Sikap tersebut menentukan apakah seseorang setuju atau tidak setuju terhadap sesuatu objek. Sikap relatif menetap, sikap timbul dari pengalaman, punya segi motivasi dan perasaan, sikap mengandung hubungan tertentu terhadap suatu objek dan dapat dipelajari (Sobur, 2009). Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang yang dianggap penting, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga keagamaan serta emosi dalam diri individu (Azwar, 1998). Menurut teori disonansi kognitif - Secord & backman dalam Azwar 1998 bahwa sikap seseorang itu umumnya konsisten, orang berbuat sesuai dengan sikapnya. Unsur kognitifnya adalah tiap pengetahuan, opini dan kepercayaan mengenai lingkungan, diri sendiri, atau perilaku. Sedangkan pendapat dari beberapa akseptor tentang AKDR yaitu bertujuan untuk membatasi kelahiran bukan menjarangkan dan setiap wanita bisa memakai AKDR (Winarni, 2000).

Metode pengukuran sikap dilakukan melalui skala sikap (*attitude scale*) yaitu metode pemberian pertanyaan tentang sikap yang menggunakan respon subjek sebagai dasar penentuan nilai, skala ini dikenal sebagai metode Likert. Metode ini merupakan sekumpulan pernyataan sikap yang diajukan pada sekelompok subjek yang akan diukur sikapnya terhadap suatu objek psikologis. Pertanyaan sikap dijawab dengan cara subjek diminta menyatakan setuju atau tidak setuju terhadap isi pernyataan. Adapun kategori jawabannya ada lima macam yaitu Sangat setuju (SS), Setuju (S), Entahlah (E), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS). Jawaban dari subjek terhadap tiap pernyataan akan diperoleh distribusi frekuensi respon bagi setiap kategori, yang kemudian secara kumulatif akan dinilai deviasinya menurut distribusi normal, dari sinilah nilai skala dapat ditentukan (Azwar, 1998).

### 2.7.6 Biaya pelayanan Kontrasepsi

Indikator keinginan berKB adalah tingkat kemandirian yang diukur berdasarkan proporsi pemakai alat/cara KB dengan membayar pelayanan yang mereka peroleh. Sebagian besar peserta KB membayar kontrasepsi yang mereka pakai di tempat pelayanan pemerintah, swasta, POLINDES, Posyandu, Pos KB. Kemandirian peserta KB yang tertinggi ada pada akseptor suntik dan yang terendah yaitu AKDR (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007). Hal tersebut dikarenakan sebagian besar wanita yang memakai AKDR, memakai kontrasepsi tersebut secara gratis dari pemerintah. Bagi masyarakat yang takut atau malu menggunakan AKDR, meskipun gratis mereka tetap tidak akan mau (Winarni, 2000). Akseptor KB yang memanfaatkan sektor pemerintah cenderung memperoleh KB gratis. Biaya kontrasepsi AKDR di sektor pemerintah sekitar Rp.45000,00 dan di sektor swasta mencapai Rp.146000,00. Oleh karena itu pelayanan KB di Institusi pemerintah jauh lebih rendah daripada di sektor swasta (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007).

Selain biaya alat kontrasepsi, pengguna kontrasepsi memerlukan biaya untuk memperoleh dan menggunakan kontrasepsi. Harga moneter mungkin bukan merupakan faktor terpenting bagi wanita (Lewis dalam Koblinsky, 1997). Biaya non moneter yang harus mereka pertimbangkan meliputi jarak ke tempat penyediaan kontrasepsi, kehilangan waktu dan biaya transportasi, kerugian akibat menunggu; kehilangan waktu dan biaya transportasi akibat tidak berhasil mendapatkan metode atau pelayanan, serta biaya penyediaan kembali, termasuk faktor-faktor yang serupa dengan yang di atas. Pelayanan yang bermutu rendah, seperti waktu menunggu yang lama, kurangnya privasi, atau interaksi dengan penyedia yang kurang memuaskan, menambah besarnya kerugian finansial (Koblinsky, 1997).

### 2.7.7 Kunjungan petugas Keluarga Berencana

Informasi mengenai alat/cara KB merupakan cara mengatasi kualitas pelayanan KB. Informasi disini dalam bentuk KIE yang dilakukan secara individu ataupun KIE kelompok. Dan petugas yang melakukannya antara lain PLKB,

PPLKB dan petugas medis dan paramedis. Pertemuan KIE kelompok biasanya diatur oleh petugas KB yang akan memberikan informasi tentang KB. Sangat sedikit sekali wanita yang pernah mendapat kunjungan rumah oleh petugas KB, menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia sekitar 4% wanita yang dikunjungi petugas KB. Hal ini mengindikasikan tidak termanfatkannya pelayanan KB dan belum terintegrasinya KB secara penuh terhadap wanita. Sembilan dari sepuluh wanita tidak berdiskusi tentang KB dengan petugas KB maupun petugas pelayanan KB dalam 1 tahun terakhir. Wanita yang dikunjungi petugas KB dan berdiskusi tentang KB lebih banyak di pedesaan daripada di daerah perkotaan. Petugas KB juga lebih banyak berkunjung pada masyarakat yang berusia matang daripada berkunjung pada masyarakat yang masih muda, padahal pada masa inilah masyarakat memerlukan informasi yang banyak tentang apa itu KB. Kesertaan Akseptor dalam AKDR terlihat dari pemberian informasi yang banyak termasuk dari petugas lapangan KB. Menurunnya akseptor AKDR juga terjadi karena kurangnya informasi dan anjuran petugas terhadap pemakaian AKDR. Diperlukan peningkatan pelayanan dan kecakapan dari petugas untuk pemberian informasi tentang kontrasepsi AKDR (Winarni, 2000).

### **2.7.8 Dukungan Suami**

Keputusan dalam mencari layanan kesehatan dapat dibuat oleh wanita itu sendiri, suami, keluarga atau bahkan tokoh masyarakat setempat (Koblinsky, 1997). Budaya di Indonesia wanita yang ber KB atau mencari layanan kesehatan sesuai dengan perkataan dan keputusan suami. Sehingga dalam kondisi ini suami sangat berpengaruh pada apapun yang dilakukan oleh istri dalam pelayanan kontrasepsi. Komunikasi tatap muka antara suami istri merupakan jembatan dalam proses penerimaan dan kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Tidak adanya diskusi tentang alat KB yang dipakai oleh istri dapat menjadi halangan pemakaian kontrasepsi (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007). Terdapat sebagian kecil suami yang melarang istrinya menggunakan AKDR dan kurang mendukung pemakaian AKDR meskipun tidak menghambat dengan alasan tabu, merasa terganggu dan istri yang bekerja berat (Winarni, 2000).

Pendapat suami mengenai keluarga berencana cukup kuat penaruhnya untuk menentukan penggunaan metode keluarga berencana oleh istri (Koblinsky, 1997). Kebiasaan pria Sudan mengenai keluarga berencana menyarankan bahwa pria lah yang membuat keputusan tentang penggunaan kontrasepsi dan bertanggung jawab untuk memperoleh metode tersebut (Khalifa dalam Koblinsky, 1997). Menurut Joseph dan Koblinsky, 1997 di Indonesia umumnya persetujuan suami merupakan faktor yang paling penting dalam menentukan apakah istri akan menggunakan kontrasepsi atau tidak karena suami dipandang sebagai pelindung, pencari nafkah rumah tangga dan pembuat keputusan. Pada beberapa kasus, pedoman hukum, peraturan, dan klinik, mensyaratkan wanita mendapatkan persetujuan suami sebelum memperoleh pelayanan keluarga berencana. Berbagai budaya mendukung kepercayaan bahwa pria mempunyai hak akan fertilitas istri mereka.

#### **2.7.9 Peran Media massa**

Akses terhadap informasi sangat penting dalam meningkatkan pengetahuan sehingga kemungkinan dapat mempengaruhi sikap dan perilaku masyarakat. Media massa sangat penting untuk penyebaran informasi tentang kesehatan dan keluarga berencana. Informasi tentang KB dapat diperoleh melalui Televisi, radio, koran, majalah, poster dan pamflet. Dalam hal ini media massa dibagi menjadi 2 yaitu Media elektronik (televisi, radio dll) dan media cetak (koran, majalah, pamflet, poster dll). Saat ini televisi merupakan media massa yang paling populer diantara yang lain. Hanya sebagian kecil pria dan wanita yang pernah melihat pesan KB pada televisi, poster dan koran/majalah pada 6 bulan terakhir sebelum dilakukannya Survei Demografi Kesehatan Indonesia, sebagian besar dari wanita dan pria tersebut tidak pernah terekspos oleh informasi KB dari berbagai media. Dalam hal ini pria lebih banyak terekspos dengan informasi tentang KB daripada wanita. Wanita muda dan wanita yang tinggal di perkotaan lebih banyak mendapat informasi tentang KB daripada yang lainnya. Wanita dengan pendidikan rendah cenderung kurang mendapat akses tentang informasi KB dari berbagai media dibandingkan dengan wanita dengan pendidikan tinggi (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007).



### **2.7.10 Lama Pernikahan**

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Afait, 2000 mengungkapkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama perkawinan dengan penggunaan MKJP. Usia perkawinan yang lebih lama akan lebih banyak yang menggunakan MKJP dibandingkan yang baru saja menikah atau perkawinan yang masih baru. Ibu yang perkawinannya lebih lama mempunyai kemungkinan 10 kali lebih besar memakai MKJP dibandingkan yang perkawinannya masih baru. Hal ini dimungkinkan mereka yang telah lama menikah biasanya sudah memiliki resiko yang tinggi terhadap kesehatannya dan telah memiliki jumlah anak yang sesuai keinginannya sehingga memutuskan memakai MKJP. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Prabuwiwati, 2004 yaitu Responden yang lama perkawinannya lebih dari 14 tahun 51% menggunakan MKJP yang didalamnya termasuk AKDR daripada yang menikah kurang dari 14 tahun. Hal ini juga menunjukkan bahwa ibu yang lama perkawinannya lebih dari 14 tahun mempunyai kemungkinan memakai MKJP 2,5 kali dibandingkan yang perkawinannya kurang dari 14 tahun. Jadi dari 2 penelitian diatas terdapat persamaan yaitu adanya hubungan yang bermakna antara lama perkawinan dengan penggunaan MKJP termasuk AKDR.

### **2.7.11 Pengalaman tentang efek samping yang dialami Akseptor AKDR dan non AKDR**

Dalam menentukan penggunaan metode kontrasepsi wanita harus mempertimbangkan pengaruh metode tersebut terhadap fungsi reproduksi, sekaligus kesejahteraan umum mereka, dan salah satu alasan yang biasa dipakai dalam penghentian suatu cara kontrasepsi yang digunakan adalah efek samping yang dirasakan saat memakai metode kontrasepsi tersebut. Pada penelitian yang dilakukan oleh WHO di 14 kelompok budaya negara berkembang menunjukkan bahwa banyak wanita berhenti menggunakan kontrasepsi AKDR, pil dan suntik karena tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi, lamanya menstruasi dan banyaknya darah yang keluar yang didapat saat memakai kontrasepsi tersebut. (Koblinsky, 1997).

Pada pemakai implant di Brazil sebagian besar mengalami perdarahan dan sangat mengganggu saat berhubungan seksual serta mengalami ketidakteraturan



menstruasi, banyak juga ketakutan tentang PMS, nyeri dan infeksi yang akan terjadi. Perasaan dan kepercayaan wanita tentang bentuk tubuh dan seksualitas tidak dapat dikesampingkan dalam memutuskan penggunaan kontrasepsi. Siklus menstruasi yang panjang dan perdarahan intermitten dapat menghambat aktivitas keagamaan dan budaya serta dapat mendorong suami berhubungan seks dengan wanita lain (Koblinsky, 1997).

Wanita yang mengetahui berbagai jenis efek samping AKDR akan lebih berhati-hati menjaga pemakaian AKDR, sehingga kelangsungan pemakaiannya tetap tinggi. Pengalaman tentang efek samping AKDR lebih banyak dialami oleh akseptor yang pernah memakai AKDR daripada yang sedang memakai AKDR. Efek samping yang dikeluhkan pada pemakaian AKDR yang paling sering yaitu nyeri perut, keputihan dan perdarahan, serta ada juga yang mengeluhkan ekspulsi AKDR. Alasan utama berhentinya pemakaian kontrasepsi terutama AKDR adalah karena adanya komplikasi dan efek samping yang dirasakan (Winarni, 2000). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Farahwati, 2009 di Bekasi menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara pemakai AKDR dan Non AKDR dengan pemilihan kontrasepsi AKDR yang digunakan.

## **2.8 Penelitian yang lain**

Menurut penelitian yang dilakukan tim dari BKKBN tahun 2000, pemakaian AKDR dipengaruhi oleh Faktor program yang meliputi komitmen, KIE, konseling, pelayanan (kualitas dan biaya), rujukan, pembinaan, institusi masyarakat, sarana dan fasilitas, pelayanan KB khusus. Faktor lingkungan antara lain Sosial budaya, toma, suami dan faktor individu yaitu Umur, jumlah anak yang masih hidup, pendidikan dan pekerjaan. Peluang wanita dengan umur yang lebih tua 4,3x memakai AKDR daripada wanita muda dan wanita yang mendapatkan penjelasan tentang AKDR 3,5x mempunyai peluang memakai AKDR dibandingkan yang tidak mendapatkan penjelasan tentang AKDR. Wanita yang mengetahui sumber layanan 1,1x mempunyai peluang memakai AKDR daripada yang tidak mengetahui sumber layanan, wanita bekerja 1,2x mempunyai peluang memakai AKDR daripada yang tidak bekerja.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Prabuwiyati 2004 dengan menggunakan metode cross sectional, dengan pengujian chi square mengatakan bahwa ibu yang berumur lebih dari 34 tahun mempunyai kemungkinan 2,5x lebih banyak menggunakan AKDR dibanding ibu yang berumur kurang dari 34 tahun, tidak adanya perbedaan proporsi pendidikan pada pemakai MKJP karena pengguna MKJP lebih banyak pada akseptor dengan pendidikan kurang atau sama dengan SD yaitu sekitar 41%. Jumlah anak tidak ada perbedaan yaitu sekitar 40% pada akseptor yang mempunyai anak kurang dari atau lebih dari 2. Tidak ada perbedaan tempat tinggal di kota dan desa dengan nilai berkisar 40%. Ibu yang menikah lebih dari 14 tahun mempunyai kemungkinan memakai MKJP 2,5x lebih besar dibanding yang menikah kurang dari 14 tahun. Wanita dengan pengetahuan baik 1,2x memiliki peluang memakai AKDR daripada yang berpengetahuan kurang, Wanita yang mengakses media massa punya peluang 1,2x lebih banyak memakai AKDR daripada yang tidak mengakses media, Wanita yang mendapat kunjungan petugas berpeluang 1,3x memakai AKDR daripada wanita yang tidak mendapatkan kunjungan petugas.

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Farahwati, 2009 dengan metode *case control* mendapatkan wanita dengan umur lebih tua mempunyai peluang 1,1x memakai AKDR daripada wanita muda, wanita dengan jumlah anak banyak memiliki peluang 0,7x memakai AKDR daripada wanita dengan sedikit anak. Wanita berpendidikan tinggi cenderung memiliki peluang 3,5x lebih banyak memakai AKDR daripada yang berpendidikan rendah, tidak ada perbedaan wanita yang punya pengalaman ber KB dalam memakai AKDR dengan yang tidak punya pengalaman KB. Wanita yang bekerja mempunyai peluang memakai AKDR 3x lebih banyak daripada yang tidak bekerja. Wanita dengan kontrasepsi didukung suami mempunyai peluang memakai AKDR 1,5x lebih banyak dibanding yang tidak didukung suami. Wanita dengan suami bekerja di bidang formal memiliki peluang memakai AKDR 2,6x lebih banyak daripada yang suaminya bekerja di bidang non formal, Keberadaan tempat pelayanan memberikan peluang pada wanita yang memakai AKDR 11,8x daripada yang tidak terdapat tempat pelayanan, Wanita dengan jarak ke tempat pelayanan dekat memiliki peluang 5,1x lebih banyak memakai AKDR daripada yang jauh dari tempat pelayanan. Biaya

kontrasepsi yang murah memberikan peluang pemakaian AKDR 26,3x lebih banyak dari pada yang biayanya mahal, ketersediaan alat untuk AKDR memiliki peluang akseptor memakai AKDR 0,8x lebih banyak dari yang alatnya tidak tersedia. Terdapat perbedaan pada biaya pelayanan, jarak, tempat pelayanan, pekerjaan suami, pekerjaan akseptor dan pendidikan pada akseptor kontrasepsi AKDR dan non AKDR.

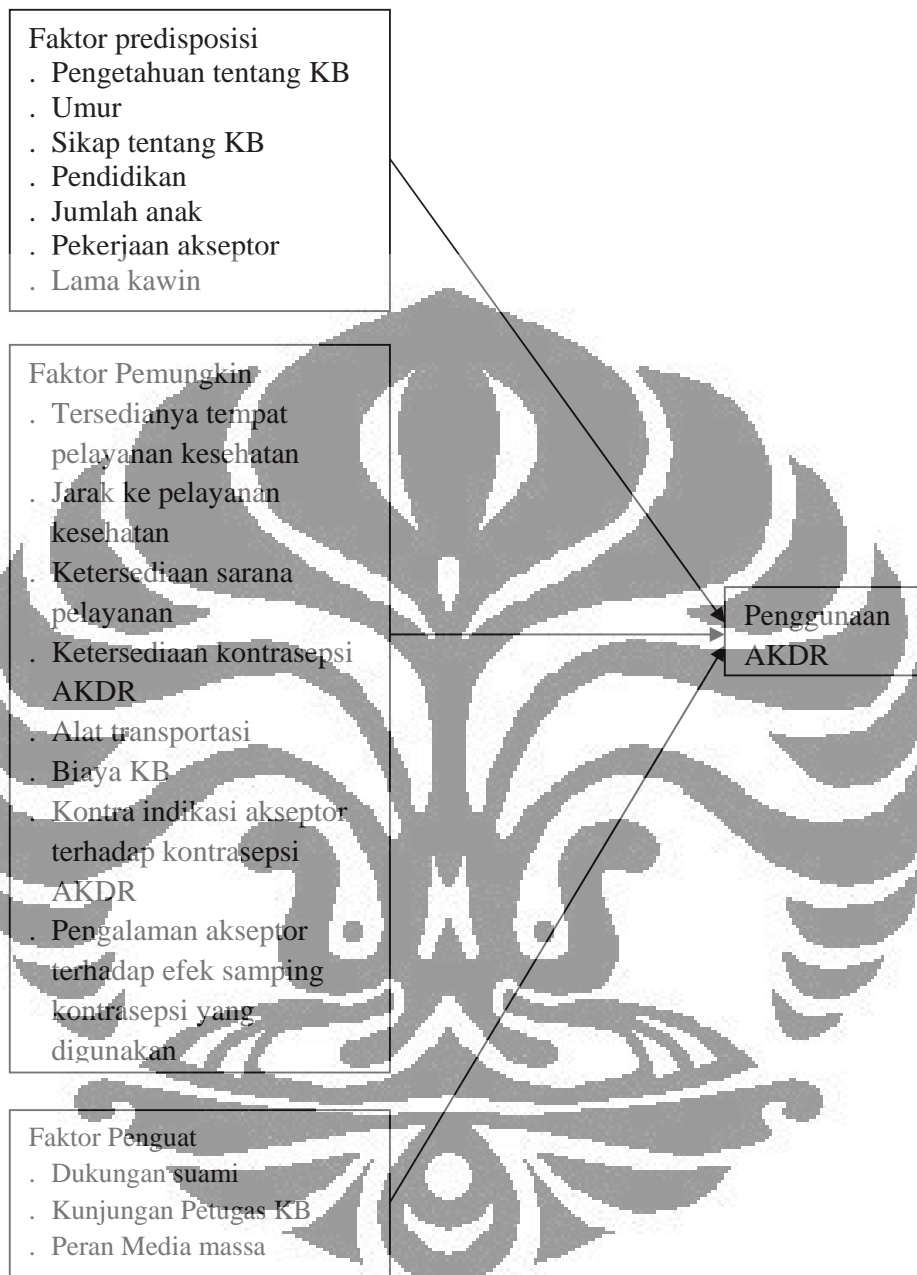
Pada penelitian yang dilakukan oleh Nasution, 2010 yang dilakukan di Kota Bandar Lampung dengan menggunakan design *Case control* mendapatkan hasil ada hubungan bermakna antara umur dan pemakaian AKDR. Wanita dengan jumlah anak kurang dari 2 memiliki peluang memakai AKDR 1,5x lebih banyak daripada yang memiliki anak lebih dari 2. Wanita dengan pengetahuan baik memiliki peluang memakai AKDR 8,6x lebih banyak daripada wanita dengan pengetahuan kurang baik. Wanita yang bersikap positif terhadap AKDR mempunyai peluang memakai AKDR 3,1x lebih banyak daripada yang bersikap negative terhadap AKDR. Tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana transportasi dengan pemakaian AKDR. Wanita yang memakai kontrasepsi dengan didukung suami memiliki peluang memakai AKDR 25,4x lebih banyak daripada yang tidak mendapatkan dukungan suami. Akseptor yang mendapatkan penjelasan KB dari petugas KB memiliki peluang memakai AKDR 1,3x lebih banyak daripada wanita yang memperoleh informasi dari media. Dan akseptor yang telah mendapatkan konseling akan berpeluang memakai AKDR 1,8x lebih banyak daripada wanita yang tidak pernah mendapatkan konseling KB.

## 2.9 Kerangka Teori

Setelah melihat berbagai teori perilaku yang ada dan hasil penelitian - penelitian yang telah dilakukan diatas, maka dapat di buat kerangka teori menurut model teori *Precede-Proceed* dari Green dan Kreuter, 2005 yang berkaitan dengan faktor yang ingin diteliti yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat yang berkaitan langsung dengan pemakaian AKDR sebagai berikut:

Variabel independen

Variabel dependen

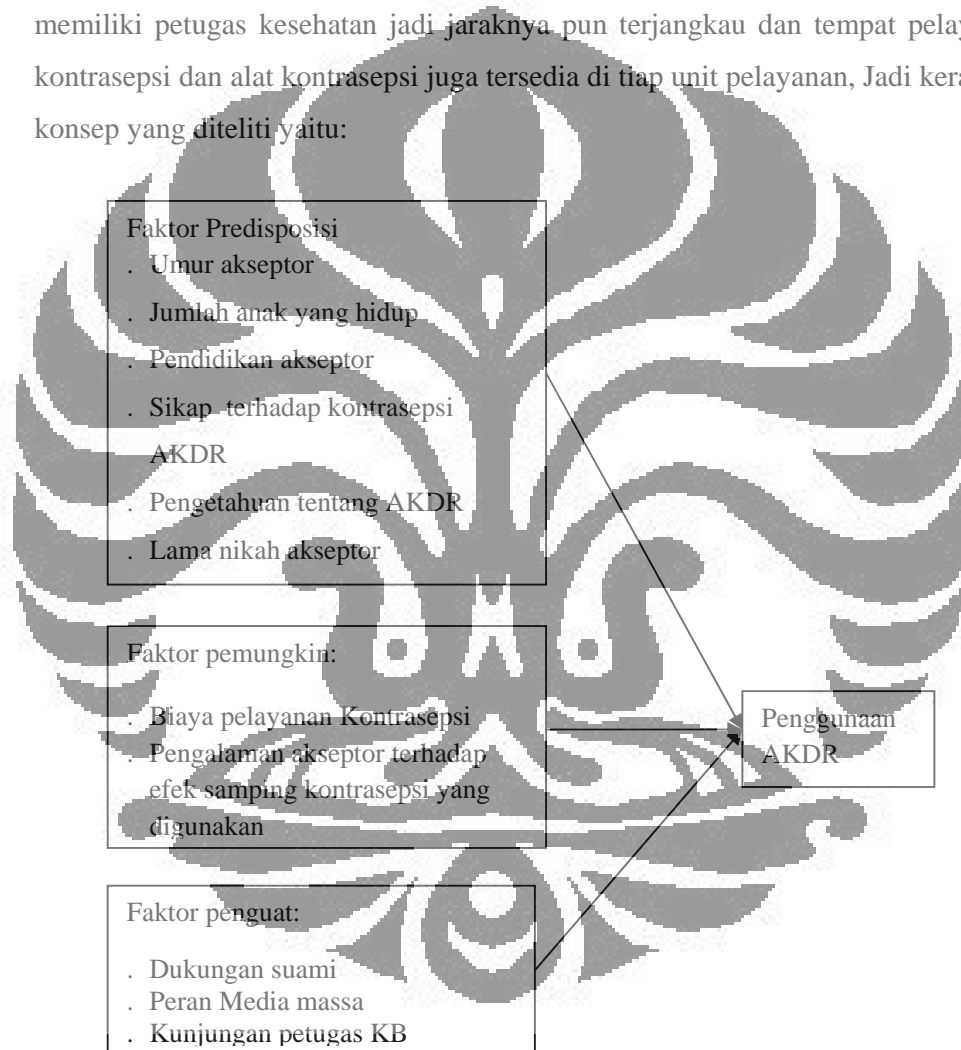


Gambar 2.3 Kerangka teori faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan kejayan Kabupaten Pasuruan Tahun 2011

## BAB 3 KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

### 3.1 Kerangka Konsep

Dalam hal ini peneliti akan meneliti sebagian dari variabel yang ada dalam kerangka teori dikarenakan kepercayaan dan nilai seseorang merupakan sesuatu yang abstrak dan tidak dapat diukur. Akses pelayanan kesehatan yang semua desa memiliki petugas kesehatan jadi jaraknya pun terjangkau dan tempat pelayanan kontrasepsi dan alat kontrasepsi juga tersedia di tiap unit pelayanan, Jadi kerangka konsep yang diteliti yaitu:



Gambar 3.1 Kerangka konsep faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan kejayan Kabupaten Pasuruan Tahun 2011

### 3.2 Definisi Oprasional

1. Variabel dependen : Pengguna AKDR  
 Definisi Operasional : Kasus: akseptor AKDR  
 Kontrol: akseptor non AKDR  
 di wilayah kerja Puskesmas Kejayan.  
 Alat ukur : Kuesioner  
 Hasil ukur : 1. akseptor AKDR  
 2. akseptor non AKDR  
 Skala ukur : nominal
  
2. Variabel independen
  - 1) Umur akseptor  
 Definisi Operasional : umur responden saat wawancara sesuai dalam KTP  
 Alat ukur : Kuesioner  
 Hasil ukur : Umur dalam tahun genap  
 Skala ukur : Rasio
  
  - 2) Jumlah anak  
 Definisi operasional : jumlah anak akseptor yang hidup saat dilakukan penelitian  
 Alat ukur : Kuesioner  
 Hasil ukur : Jumlah anak dalam orang  
 Skala ukur : Rasio
  
  - 3) Pendidikan  
 Definisi Operasional : Pendidikan terakhir yang ditamatkan oleh responden hingga penelitian ini dilakukan  
 Alat ukur : Kuesioner  
 Hasil ukur : 1. Tidak tamat SD  
 2. Tamat SD

3. Tamat SMP
4. Tamat SMA
5. Tamat Akademi/Perguruan tinggi

Skala ukur : Ordinal.

#### 4) Pengetahuan tentang kontrasepsi AKDR

Definisi Operasional : Pemahaman responden tentang bahan AKDR, yang dimaksud dengan AKDR, waktu penggunaan saat penggunaan, efek samping, kapan tidak boleh digunakan, keuntungan, pemasangan pada siapa, kerugian dan komplikasi spiral.

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : Pengetahuan dalam skor

Skala ukur : Interval

#### 5) Sikap terhadap kontrasepsi AKDR

Definisi operasional : Dukungan responden bahwa AKDR dapat digunakan semua wanita, alat KB murah, efek samping sedikit, pemasangan menyakitkan, malu saat pemasangan, sedikit keluhan, KB efektif, tidak perlu sering control, suami tidak terganggu dan safari AKDR tiap tahun.

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : Sikap dalam skor

Skala ukur : Interval.



## 6) Biaya pelayanan kontrasepsi

Definisi Operasional : Persepsi responden terhadap dana yang dikeluarkan responden saat melakukan kontrasepsi

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : 1. Murah  
2. Mahal

Skala ukur : Ordinal.

## 7) Dukungan suami

Definisi Operasional : Keikutsertaan suami dalam memutuskan kontrasepsi yang dipakai oleh istrinya.

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : 1. Tidak memutuskan  
2. Memutuskan

Skala ukur : Ordinal.

## 8) Media massa

Definisi operasional : Tempat responden melihat dan memperoleh informasi tentang kontrasepsi

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : 1. elektronik  
2. cetak

Skala ukur : nominal

## 9) Kunjungan petugas KB

Definisi Operasional : Pernah tidaknya akseptor dikunjungi oleh petugas KB (Bidan, Perawat, PLKB)

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : 1. Tidak dikunjungi  
2. Dikunjungi

Skala ukur : Ordinal.

## 10) Lama nikah akseptor

Definisi Operasional : Jumlah tahun pernikahan yang sudah dijalani oleh akseptor

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : Lama nikah dalam tahun.

Skala ukur : Rasio

## 11) Pengalaman akseptor terhadap efek samping kontrasepsi

Definisi Operasional : Efek samping kontrasepsi yang dialami akseptor selama pemakaian kontrasepsi.

Alat ukur : Kuesioner

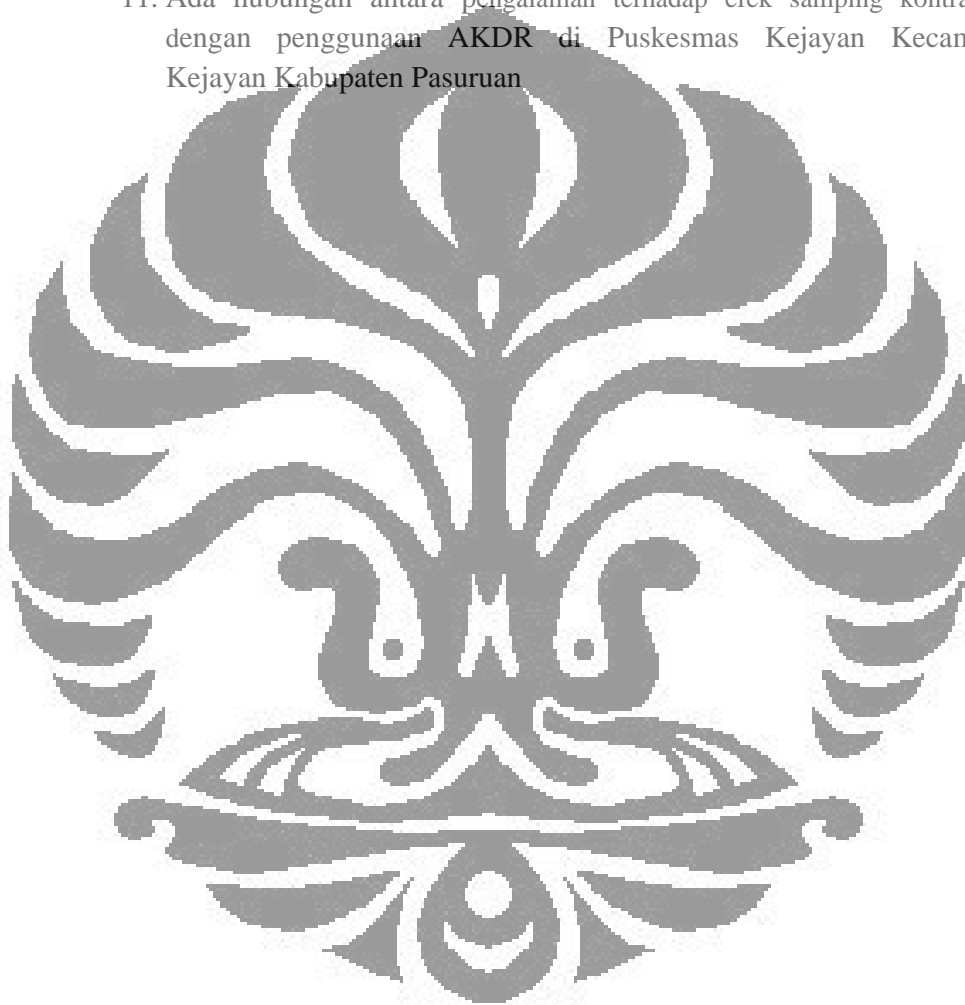
Hasil ukur : 1. Mengalami  
2. Tidak mengalami

Skala ukur : Ordinal

### 3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan
2. Ada hubungan antara jumlah anak dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan.
3. Ada hubungan antara pendidikan dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan
4. Ada hubungan antara pengetahuan tentang AKDR dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan
5. Ada hubungan antara sikap terhadap AKDR dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan
6. Ada hubungan antara biaya pelayanan dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan
7. Ada hubungan antara peran suami dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan

8. Ada hubungan antara kunjungan petugas dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan
9. Ada hubungan antara peran media massa dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan
10. Ada hubungan antara lama perkawinan dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan
11. Ada hubungan antara pengalaman terhadap efek samping kontrasepsi dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian yang dilakukan ini menggunakan desain penelitian kasus kontrol, yang merupakan jenis penelitian dengan menggunakan pendekatan retrospektif yaitu melihat kebelakang dari efek yang telah timbul. Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang dilakukan dengan mengamati subyek tanpa melakukan intervensi. Desain kasus kontrol ini digunakan karena pengguna IUD hanya 1,04% dari semua peserta kontrasepsi dan untuk mencari hubungan yang mungkin terjadi dengan faktor resiko. Penelitian ini dilakukan karena dapat melihat banyak penyebab dari satu masalah dan dilakukan dalam waktu yang relatif cepat dengan sampel yang relatif kecil (Hennekens, 1987).

#### **4.2 Waktu Dan Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-Mei 2011. Dilakukan dengan melalui wawancara dan pengisian kuesioner yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan.

#### **4.3 Populasi Penelitian**

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan hasil-hasil penelitian yang akan berlaku (Lemeshow, 1997). Pada penelitian ini populasi kasus adalah semua wanita usia 15-49 tahun yang telah menikah dan memakai kontrasepsi AKDR dan populasi kontrol adalah semua wanita usia 15-49 tahun yang memakai kontrasepsi selain AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan.

#### **4.4 Sampel Penelitian**

Sampel merupakan parameter yang digunakan untuk menduga populasi dengan menggunakan data dari sebuah sampel (Lemeshow, 1997). Sampel merupakan sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Sampel kasus dalam penelitian ini adalah wanita usia 15-49 tahun yang sudah menikah dan memakai kontrasepsi AKDR dan populasi kontrol adalah wanita dengan usia 15-49 tahun

yang sudah menikah dan memakai kontrasepsi selain AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan pada bulan Maret-Mei 2011.

#### **Kriteria Inklusi**

Pada kasus yaitu wanita usia 15-49 tahun yang sudah menikah dan menggunakan kontrasepsi AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan dan pada control yaitu wanita usia 15-49 tahun sudah menikah dan memakai KB non AKDR yang mau menjadi responden di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan.

#### **Kriteria Eksklusi**

Wanita usia 15-49 tahun yang sudah menikah dan menggunakan KB yang tidak bersedia untuk diwawancarai dan tidak bersedia menjadi responden.

#### **4.5 Besar Sampel**

Penentuan besar sample menggunakan rumus uji hipotesis odds ratio, menurut Lemeshow (1997) dibawah ini:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+1/k)P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)/k}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

- n = Besar sampel minimal
- $\alpha$  = tingkat kepercayaan 10% = 1,64
- $1 - \beta$  = Kekuatan uji 80% = 0,84
- $P_1$  = Proporsi subyek pada kelompok yang terpajan faktor resiko pada akseptor yang memakai AKDR
- $P_2$  = Proporsi subyek yang terpajan faktor resiko pada akseptor non AKDR
- $P$  =  $(P_1 + k.P_2)/(1+k)$
- $P_1$  =  $\frac{(OR) P_2}{(OR) P_2 + (1 - P_2)}$

Dalam hal ini nilai P1 dan P2 didapatkan dari hasil penelitian terdahulu, yaitu

Tabel 4.1 Besar sampel menurut hasil penelitian terdahulu

No	Variabel	Peneliti	P1	P2	OR 95% CI	N
1	Umur > 35 tahun	Nasution 2010	0,38	0,22	0.439 (0.254-0.759)	47
2	Pendidikan tinggi akseptor	Farahwati 2009	0,78	0,5	3.533 (1.678-7.44)	19
3	Pengetahuan baik tentang AKDR	Nasution 2010	0,75	0,26	8.647 (4.945-15.120)	5
4	Sikap positif terhadap AKDR	Nasution 2010	0,64	0,4	3.143 (1,891-5.224)	26
5	Mendapat KIE dari petugas KB	Nasution 2010	0.64	0.49	1.821 (1.109-2.991)	48

Dilihat dari tabel diatas sampel penelitian minimal yang diperlukan adalah 48, jadi besar sampel yang digunakan adalah 48 untuk kasus, dengan perbandingan 1:2 untuk kasus dan kontrol, jadi besar sampel kontrol adalah 96. Jadi jumlah sampel penelitian ini adalah 144 responden.

#### 4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen dari penelitian ini berupa kuesioner. Pertanyaan-pertanyaan yang ada merupakan hasil pengembangan variabel dari faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan.

#### 4.7 Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan ini dilakukan pengambilan sampel dengan cara menggunakan total sampel pada kelompok kasus dan pada kelompok kontrol dilakukan pengambilan sampel dengan simple random sampling yaitu setiap unit pada populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dijadikan sampel, dengan menggunakan cara mencatat nomor responden akseptor non AKDR yang ada pada kohort KB di wilayah kerja Puskesmas Kejayan yang didapatkan dari catatan kohort puskesmas dan bidan didesa, kemudian dilakukan pengundian, untuk nomor yang keluar

itulah yang dijadikan sampel. Dalam hal ini pada tiap kasus akan dikontrol dengan menggunakan 2 sampel pada daerah yang sama sehingga terdapat kesamaan karakteristik pada kasus dan kontrol.

#### **4.8 Pengumpulan Data**

Data sekunder yang diperoleh dari pencatatan di puskesmas akan memudahkan peneliti dalam pengambilan sampel untuk responden kasus dan kontrol. Pengumpulan data primer dilakukan dengan pengisian kuisioner yang telah dibuat melalui wawancara yang dilakukan sendiri oleh peneliti. Pengumpulan data dilakukan dengan mengajukan pertanyaan yang ada pada kuesioner kepada responden. Peneliti akan mengunjungi rumah tiap responden baik responden kasus maupun kontrol.

#### **4.9 Pengolahan Data**

Data primer yang sudah terkumpul melalui pengisian kuisioner dalam wawancara kemudian diolah melalui tahapan pengolahan data sebagai berikut.

##### **Editing Data**

Pada tahap ini kegiatan yang dilakukan merupakan pemeriksaan data dan penyuntingan data yang telah terkumpul, melalui beberapa kegiatan, yaitu : memeriksa kelengkapan data, yaitu melakukan pemeriksaan kelengkapan kuesioner, apakah semua pertanyaan telah dijawab atau belum. Selanjutnya memeriksa kesinambungan data, dengan melakukan pemeriksaan apakah semua data berkesinambungan atau tidak, dalam arti tidak ditemukan data atau keterangan yang bertentangan antara satu dengan lainnya. Jika masih ada data yang kurang lengkap dan tidak mungkin dilakukan wawancara ulang data tersebut harus dikeluarkan.

##### **Coding**

Coding data dilakukan dengan cara memberi kode pada tiap jawaban yang ada pada lembar jawaban yang sudah tersedia dengan tujuan untuk memudahkan proses entry data.



### **Entry Data**

Adalah proses memasukkan data dalam komputer dengan menggunakan pengolahan data program statistik perangkat lunak. Dalam penelitian ini menggunakan epidata dan SPSS

### **Cleaning data**

Merupakan kegiatan yang berkaitan dengan pengecekan kembali data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak saat memasukkan data (Notoatmodjo,2010).

## **4.10 Analisis Data**

### **4.10.1 Analisis Univariat**

Analisa univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran pada tiap variabel, data tersebut disampaikan dalam bentuk distribusi frekuensi pada masing-masing variabel yang akan diteliti (Notoatmodjo,2010). Variabel dependen yaitu akseptor AKDR dan akseptor non AKDR, sedangkan untuk variabel independen yaitu meliputi faktor predisposing (umur, pendidikan, jumlah anak, lama nikah, pengetahuan dan sikap), faktor pemungkin (biaya pelayanan dan pengalaman efek samping kontrasepsi) dan faktor penguat (peran suami, media massa dan kunjungan petugas)

### **4.10.2 Analisis Bivariat**

Analisa bivariat adalah analisa yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Dalam hal ini digunakan uji statistik antara lain chi square, independen t test dan uji non parametrik Kolmogorov Smirnov. Sebelum dilakukan uji t test independen dan Kolmogorov Smirnov dilakukan uji normalitas dengan Skewness, yaitu membandingkan antara nilai skewness:standar error of skewness. Jika hasil perbandingan  $\leq 2$ , maka distribusinya normal sehingga uji yang dipakai yaitu t test independen, Namun jika hasil perbandingan skewness  $> 2$  maka distribusinya tidak normal dan uji statisti yang dipakai yaitu uji non parametrik Kolmogorov Smirnov. Untuk variabel yang dikategorikan digunakan uji chi square. Keputusan yang diambil dalam hasil uji statistik adalah:

- Bila nilai  $p \leq \alpha$ ,  $H_0$  ditolak, berarti data pada sampel mendukung adanya hubungan yang bermakna (signifikan).
- Bila nilai  $p > \alpha$ ,  $H_0$  gagal ditolak, berarti data pada sampel tidak mendukung adanya hubungan yang bermakna (signifikan) (Sabri,2008).

Untuk mengetahui keeratan pengaruh atau kekuatan pengaruh digunakan OR karena desain penelitian ini menggunakan desain case control. Nilai OR merupakan nilai estimasi resiko untuk terjadinya outcome sebagai pengaruh adanya variabel independen. Perhitungan OR yaitu dengan rumus:

	Akseptor AKDR	Akseptor non AKDR
Eksposure (+)	A	b
Eksposure (-)	C	d
	a + c	b + d

Tabel 4.2 Rumus Perhitungan *Odds Ratio*

Dilihat dari tabel diatas, jadi Rumus OR adalah  $OR = \frac{ad}{bc}$

Jika nilai  $OR < 1$  memiliki efek proteksi,  $OR > 1$  memiliki efek resiko, sedangkan  $OR = 1$  tidak memiliki hubungan.

## **BAB V HASIL PENELITIAN**

Dalam bab hasil penelitian ini penulis akan menyampaikan hasil dari penelitian yang telah dilakukan. Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisis univariat dilakukan dengan menyajikan masing-masing variabel dalam kerangka konsep secara deskriptif. Untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen digunakan uji independen t test untuk variabel sikap, uji kolmogorov smirnov untuk pengetahuan, lama nikah, biaya KB dan uji chi square untuk variabel independen yang lain. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan dengan jumlah responden 144, yang terdiri dari 48 responden pemakai AKDR sebagai kelompok kasus dan 96 responden non AKDR sebagai kelompok kontrol.

### **5.1 Hasil Analisis Univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yang ada pada kerangka konsep. Adapun variabel independen untuk penelitian ini adalah umur responden, pendidikan, pengetahuan, sikap, jumlah anak, lama nikah, biaya pelayanan kontrasepsi, pengalaman efek samping akseptor saat pemakaian kontrasepsi, dukungan suami, kunjungan petugas dan media massa. Untuk variabel dependennya yaitu penggunaan AKDR.

#### **5.1.1 Gambaran Variabel Dependen**

Variabel dependen dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 yaitu pemakai AKDR dan pemakai non AKDR. Pemakai AKDR yaitu kelompok kasus berjumlah 48 responden, dan pemakai non AKDR yaitu kelompok kontrol berjumlah 96 orang. Pemakai non AKDR dalam penelitian ini adalah akseptor suntik, pil KB, susuk KB dan MOW. Tabel dibawah ini akan memberikan gambaran pemakaian non AKDR.

Tabel 5.1  
Gambaran penggunaan kontrasepsi Non AKDR

Jenis kontrasepsi	Jumlah	Persentase (%)
Suntik	53	55.2
Pil	30	31.3
Susuk	11	11.4
Mow	2	2.1
Jumlah	96	100

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pengguna kontrasepsi non AKDR yang terbanyak yaitu suntik dengan jumlah 53 orang atau sekitar 55,2%.

### 5.1.2 Faktor-Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi penelitian ini adalah umur, jumlah anak, pendidikan, lama nikah, pengetahuan dan sikap. Pengkategorian dilakukan berdasarkan definisi operasional pada penelitian ini.

#### 1. Umur Responden

Dalam penelitian ini umur responden yang memakai kontrasepsi berkisar antara 20-51 tahun. Dengan rata-rata umur 32,06 tahun, median 31 tahun dan mode 27 tahun dan standar deviasi 7,003. Sesuai dengan definisi operasional maka umur dikategorikan menjadi <35 tahun dan  $\geq 35$  tahun sesuai dengan kategori pemilihan kontrasepsi rasional sesuai dengan fase mengakhiri kehamilan yang dianjurkan memakai kontrasepsi dengan efektifitas tinggi salah satunya adalah AKDR. Berikut ini grafik dan tabel merupakan distribusi kasus dan kontrol berdasarkan umur responden.

Tabel 5.2

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan umur di wilayah kerja Puskesmas Kejayan Kabupaten Psuruan tahun 2011.

Umur	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Muda (< 35 tahun)	27	56.3%	72	75%
Tua ( $\geq 35$ tahun)	21	43.7%	24	25%
Jumlah	48	100%	96	100%

Menurut tabel 5.2 diatas, umur responden muda yang memakai kontrasepsi non AKDR (75%) lebih banyak dari yang memakai kontrasepsi non AKDR (56.3%). Untuk responden yang berumur tua ( $\geq 35$  tahun) lebih banyak yang menggunakan AKDR (43.8%) daripada yang menggunakan kontrasepsi non AKDR (25%). Pada penggunaan AKDR lebih banyak yang berusia muda yang menggunakan daripada yang berusia tua.

## 2. Jumlah anak responden

Jumlah anak yang dimiliki responden berkisar antara 1-5 anak. Dengan rata-rata jumlah anak 2,07, median 2, mode 2, standar deviasi 0,994. Untuk analisis lebih lanjut juga mengarah pada program 2 anak lebih baik maka pengakategorian jumlah anak dilakukan dengan jumlah anak sedikit ( $\leq 2$ ) dan jumlah anak banyak  $> 2$ . Di bawah ini disajikan distribusi kasus kontrol menurut jumlah anak. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Tabel 5.3  
Distribusi kasus dan kontrol menurut jumlah anak di wilayah kerja Puskesmas  
Kejayan tahun 2011

Jumlah anak	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Sedikit ( $\leq 2$ anak)	41	85.4%	87	90.6%
Banyak ( $> 2$ anak)	7	14.9%	9	9.4%
Jumlah	48	100%	96	100%

Dilihat dari tabel 5.3, menunjukkan bahwa pemakai AKDR<sup>+</sup> terbanyak yaitu pada responden dengan jumlah anak sedikit ( $\leq 2$  anak) 85.4%. Pada pemakai kontrasepsi non AKDR, jumlah yang memakai kontrasepsi non AKDR yang terbanyak juga pada responden dengan jumlah anak sedikit ( $\leq 2$  anak) yaitu 90.6%. Peserta yang mempunyai anak banyak lebih banyak memakai AKDR 14.6% dari akseptor yang memakai kontrasepsi non AKDR 9.4%.

### 3. Pendidikan responden

Pendidikan responden merupakan salah satu faktor bahwa responden tersebut memiliki pengetahuan yang tinggi terhadap kontrasepsi atau tidak. Pendidikan responden berkisar antara tidak tamat SD hingga perguruan tinggi. Responden yang tidak tamat SD sebesar 12 orang (8.3%), tidak tamat SD 55 orang (38.2%), tamat SMP 41 orang (28.5%), tamat SMA 26 orang (18.1%) dan tamat akademi/perguruan tinggi 10 (6.9%). Disini dikategorikan sesuai dengan program pendidikan dasar 9 tahun yaitu pendidikan rendah ( $\leq$  SMP) dan pendidikan tinggi ( $>$  SMP). Dibawah ini merupakan distribusi tingkat pendidikan responden.

Tabel 5.4  
Distribusi kasus dan kontrol menurut tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Pendidikan Responden	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Rendah ( $\leq$ SMP)	27	56.3%	81	84.4%
Tinggi ( $>$ SMP)	21	43.7%	15	15.6%
Jumlah	48	100%	96	100%

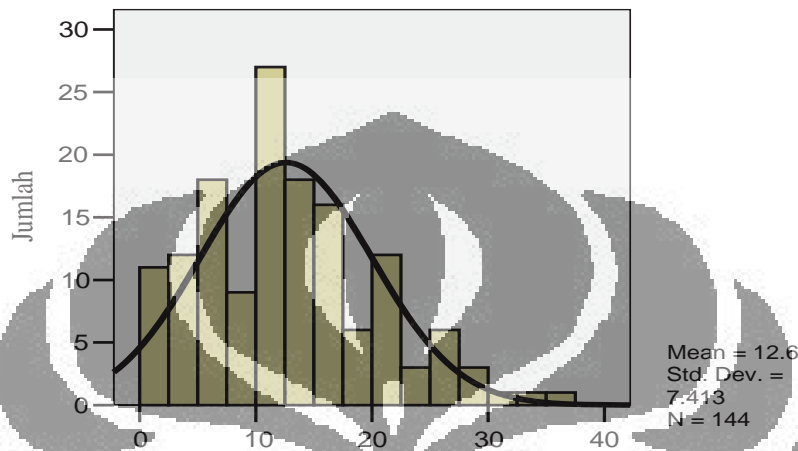
Dilihat dari tabel 5.4, menunjukkan bahwa pemakai AKDR lebih banyak pada responden yang berpendidikan rendah ( $\leq$  SMP) 56.3% daripada yang berpendidikan tinggi ( $>$  SMP) yaitu 43.7%. kontrasepsi non AKDR pemakaiannya lebih banyak pada responden yang juga berpendidikan rendah ( $\leq$  SMP) yaitu 84.4%. untuk responden yang berpendidikan tinggi lebih banyak yang memakai AKDR 43.7% daripada yang memakai non AKDR 15.6%.

### 4. Lama nikah responden

Lama nikah responden merupakan salah satu faktor yang menyebabkan responden memakai kontrasepsi AKDR atau tidak, semakin lama responden menikah berarti semakin matang umurnya sehingga menyebabkan responden memakai AKDR. Lama menikah klien bervariasi mulai dari 1-36 tahun, dengan rata-rata lama nikah 12.6 tahun, median 12 tahun, mode 12, standar deviasi 7.413, dengan perbandingan antara skewness : standar error of skewness yaitu  $0.651 : 0.202 = 3.2$ , jadi distribusinya tidak normal sehingga untuk uji lebih lanjut dipakai

uji nonparametrik Kolmogorov Smirnov. Untuk jelasnya dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Grafik 5.1 Histogram Lama Nikah Responden



#### 5. Sikap responden

Sikap responden merupakan faktor penentu apakah responden mau menggunakan AKDR atau tidak. Pada pernyataan sikap nomor 1-3 dan 5-10, dikategorikan menjadi 1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju. Untuk pernyataan nomor 3 kategori diubah menjadi 1. Sangat setuju, 2. Setuju, 3. Tidak setuju dan 4. Sangat tidak setuju. Dari 10 pernyataan sikap, dengan kategori jawaban 1 dan 2 dikategorikan negatif, jawaban 3 dan 4 dikategorikan positif pada pernyataan. Pernyataan negatif diartikan bahwa responden bersikap tidak mendukung kontrasepsi AKDR dan pada pernyataan positif diartikan responden mendukung kontrasepsi AKDR. Di bawah ini merupakan tabel distribusi kasus dan kontrol menurut sikap responden.



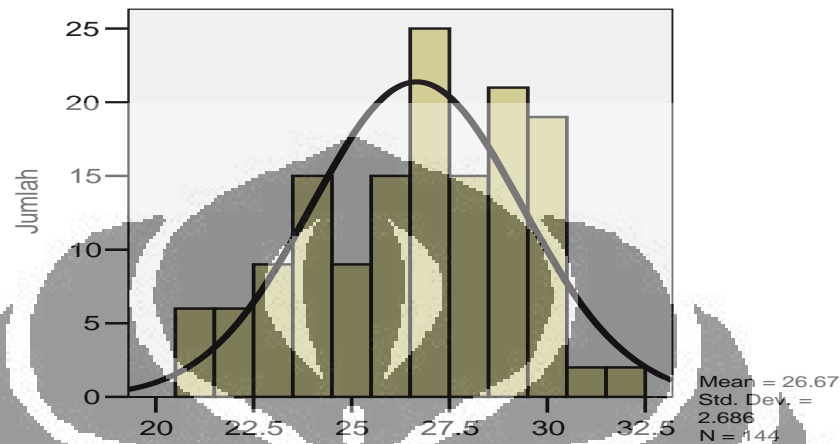
Tabel 5.5  
Gambaran sikap responden tentang kontrasepsi AKDR di wilayah kerja  
Puskesmas Kejayan tahun 2011

Sikap responden terhadap penggunaan AKDR	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
AKDR dapat digunakan semua				
wanita	9	18.7%	40	41.7%
Negatif	39	81.3%	56	58.3%
Positif				
Kontrasepsi AKDR murah				
Negatif	13	27.1%	42	43.8%
Positif	35	72.9%	54	56.3%
Efek samping sedikit				
Negatif	4	8.3%	41	42.7%
Positif	44	91.7%	55	57.3%
Pemasangan sakit				
Negatif	13	27.1%	70	72.9%
Positif	35	72.9%	26	27.1%
Tidak perlu malu saat memasang				
Negatif	2	4.2%	30	31.3%
Positif	46	95.8%	66	68.7%
Tidak ada keluhan				
Negatif	23	47.9%	52	54.2%
Positif	25	52.1%	44	45.8%
Tidak perlu sering control				
Negatif	11	22.9%	24	25%
Positif	37	77.1%	72	75%
Suami tidak terganggu				
Negatif	10	20.8%	66	68.7%
Positif	38	79.2%	30	31.3%
Safari AKDR tiap tahun				
Negatif	0	0	11	11.5%
Positif	48	100%	85	88.5%

Setelah melihat dari tabel 5.5 di atas, dapat dilihat bahwa sikap pemakai AKDR, mendukung diadakan safari AKDR tiap tahun sebesar 100%, tidak mendukung jika AKDR merupakan alat kontrasepsi tanpa keluhan efek samping sebanyak 47.9%. Bagi pemakai kontrasepsi non AKDR mendukung jika diadakan safari AKDR tiap tahun 88.5%, namun mendukung jika pemasangan AKDR sakit 72.9%. Pernyataan sikap tentang kontrasepsi AKDR memiliki nilai minimum dan maksimum 21 dan 32, rata-rata pernyataan sikap 26.67, median 27, mode 27, standar deviasi 2.686, perbandingan antara skewness : standar error of skewness yaitu  $-0,367 : 0.202 = -1.8$ , jadi pernyataan sikap responden berada pada distribusi

normal, sehingga untuk uji bivariat akan digunakan uji statistic independen t test. Di bawah ini grafik dan tabel distribusi sikap menurut penggunaan AKDR.

**Grafik 5.2 Histogram sikap responden**



**Tabel 5.6**

Distribusi kasus dan kontrol menurut sikap terhadap AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Sikap terhadap penggunaan AKDR	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Negatif	13	27.1%	72	75%
Positif	35	72.9%	24	25%
Jumlah	48	100%	96	100%

Dari Tabel 5.6 di atas diketahui bahwa responden yang memakai AKDR yang bersikap positif terhadap AKDR lebih besar 72.9% dibanding pemakai AKDR namun bersikap negative terhadap AKDR. Untuk pemakai kontrasepsi non AKDR lebih banyak yang bersikap negative terhadap AKDR 75% daripada yang bersikap positif terhadap AKDR 25%.

## 6. Pengetahuan responden

Pengetahuan responden adalah salah satu faktor yang menyebabkan responden memakai kontrasepsi AKDR ataupun tidak, karena semakin tinggi pengetahuan responden tentang AKDR maka semakin besar peluang akseptor untuk memakai

kontrasepsi AKDR. Dibawah ini merupakan tabel gambaran pengetahuan responden tentang AKDR dengan 24 pertanyaan dan distribusi kasus dan kontrol responden tentang pengetahuannya terhadap kontrasepsi AKDR.

Tabel 5.7  
Gambaran pengetahuan responden tentang kontrasepsi AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Pengetahuan tentang AKDR	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Mengetahui yang dimaksud dengan AKDR	48	100%	73	76%
Mengetahui efektifitas penggunaan AKDR	41	85.4%	36	37.5%
Mengetahui AKDR dapat dipasang:				
Saat menstruasi	33	68.7%	42	43.7%
Setelah melahirkan	23	47.9%	48	50%
Setelah keguguran	8	16.7%	7	7.3%
Mengetahui efek samping AKDR	13	27.1%	24	25%
Mengetahui bahan AKDR	36	75%	17	17.7%
Mengetahui keuntungan penggunaan AKDR: Alat kontrasepsi efektif	31	64.6%	35	36.5%
Tidak mempengaruhi hubungan seks	17	35.4%	7	7.3%
Dapat dipakai hingga usia tua	11	22.9%	23	24%
Tidak ada kaitan dengan obat	22	45.8%	24	25%
Mencegah kehamilan ektopik	8	16.7%	7	7.3%
Tidak mempengaruhi ASI	25	52.1%	19	19.8%
Mengetahui dimana AKDR dipasang:				
Bidan	43	89.6%	91	94.8%
Dokter	14	29.2%	8	8.3%
Mengetahui Kerugian AKDR adalah tidak mencegah HIV	26	54.2%	41	42.7%
Mengetahui komplikasi AKDR:				
Perdarahan hingga anemia	12	25%	14	14.6%
Rasa sakit pasca pemasangan	29	39.6%	35	36.5%
Perforasi uterus	5	10.4%	6	6.3%

Dilihat dari gambaran pengetahuan diatas, pemakai AKDR 100% menjawab benar tentang dimana AKDR digunakan, dan hanya 10.4 % yang mengetahui bahwa perforasi uterus merupakan salah satu komplikasi penggunaan AKDR. Dapat dilihat juga bahwa pengetahuan pemakai AKDR kurang pada AKDR dapat dipasang setelah keguguran, penggunaan AKDR tidak boleh dilakukan pada wanita dengan ukuran uterus kurang dari 5 cm, jika ada kelainan pada uterus dan dapat mencegah kehamilan ektopik, hal ini dapat dilihat lebih dari 80% pemakai

AKDR menjawab salha pada pertanyaan tersebut. Untuk pemakai kontrasepsi non AKDR 94.8% mengetahui jika kontrasepsi dapat dipasang oleh bidan. Pemakai kontrasepsi AKDR 94.8% tidak mengetahui jika kontrasepsi AKDR tidak boleh digunakan pada wanita dengan ukuran panggul kurang dari 5 cm, 93.8% tidak mengetahui jika kontrasepsi AKDR tidak boleh digunakan pada wanita dengan kelainan bawaan uterus dan perforasi uterus merupakan komplikasi penggunaan AKDR. Pengetahuan tentang AKDR ini mempunyai nilai maksimum dan minimum, 0 – 24, rata-rata pengetahuan 8.31, median 7, modus 7, standar deviasi 4.767, dengan perbandingan antara skewness : standar error of skewness adalah  $1.635 : 0.202 = 8.09$ , jadi pengetahuan tidak terdistribusi normal sehingga nilai tengah yang dipakai yaitu median. Responden dengan nilai  $\leq 7$  berpengetahuan kurang, sedangkan responden dengan nilai  $> 7$  berpengetahuan baik untuk univariat, sedangkan untuk bivariat karena distribusi tidak normal maka digunakan uji non parametric Kolmogorov Smimov. Dibawah ini merupakan grafik dan tabel distribusi pengetahuan responden.



Tabel 5.8

Distribusi kasus dan kontrol menurut pengetahuan tentang kontrasepsi AKDR di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Pengetahuan tentang AKDR	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Kurang	4	8.3%	53	55.2%
Baik	44	91.7%	43	44.8%
Jumlah	48	100%	96	100%

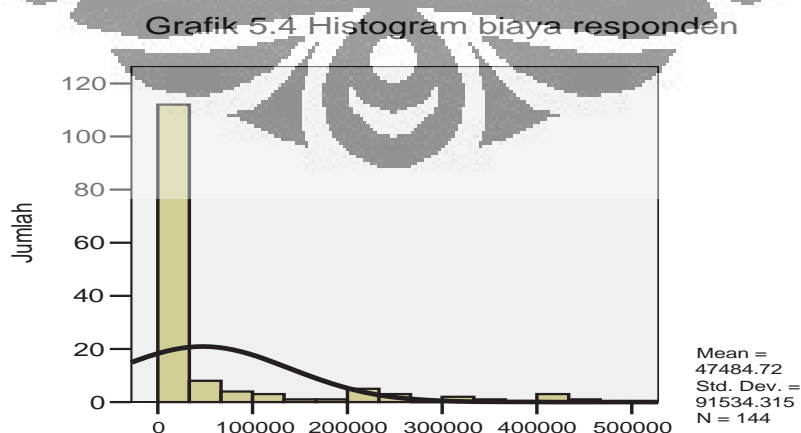
Dapat dilihat pada tabel diatas, pemakai AKDR yang berpengetahuan baik 91.7% dan yang berpengetahuan kurang hanya 8.3%. Sedangkan pemakai kontrasepsi non AKDR lebih banyak yang berpengetahuan kurang 55.2% daripada yang berpengetahuan baik 44.8%.

### 5.1.3 Faktor-Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin yang diangkat dalam penelitian ini adalah biaya pelayanan kontrasepsi dan pengalaman responden terhadap efek samping kontrasepsi yang digunakan. Dibawah ini merupakan distribusi kasus dan kontrol tiap variabel faktor pemungkin.

#### 1. Biaya pemakaian kontrasepsi

Biaya pemakaian kontrasepsi dapat mempengaruhi penggunaan AKDR, semakin mahal biaya kontrasepsi maka semakin banyak akseptor akan ganti cara atau berhenti menggunakan kontrasepsi. Variabel biaya mempunyai biaya minimum 0 (gratis), biaya maksimal 450.000, rata-rata 47.484,72, median 13.500, mode 15.000, standar deviasi 91.534,315, dengan perbandingan antara skewness : standar error of skewness adalah  $2.746 : 0.202 = 13.59$ , jadi variabel biaya memiliki distribusi yang tidak normal maka untuk uji selanjutnya dipakai uji non parametrik kolmogorov smirnov. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.



Persepsi biaya yang dibebankan pada responden dapat dilihat pada table dibawah ini.

Tabel 5.9  
Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan persepsi terhadap biaya kontrasepsi yang digunakan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Persepsi tentang biaya kontrasepsi yang digunakan	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Mahal	23	47.9%	19	19.8%
Murah	25	52.1%	77	80.2%
Jumlah	48	100%	96	100%

Dapat dilihat dari tabel diatas, pada kelompok kasus lebih banyak yang mempunyai persepsi bahwa kontrasepsi yang dipakainya murah 52.1% daripada yang punya persepsi mahal 47.9%. Jika menurut responden kontrasepsi yang digunakan mahal maka yang akan responden lakukan dapat dilihat pada tabel dibawah ini. Responden bisa menjawab lebih dari 1 jawaban saat dilakukan wawancara.

Tabel 5.10  
Gambaran yang dilakukan akseptor jika kontrasepsi yang dipakai dianggap mahal di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Jika kontrasepsi yang dipakai mahal, yang dilakukan	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
1. Tidak ikut KB	0	0	1	1%
2. Menunggu KB gratis	5	10.4%	2	2.1%
3. Ganti cara KB	1	2.1%	7	7.3%
4. Mencari uang untuk KB	17	35.4%	25	26%

Ket: *multiple answer*

Dilihat dari tabel 5.10 akseptor yang merasa kontrasepsi yang digunakan mahal akan memilih mencari uang untuk memakai kontrasepsi yang cocok bagi mereka baik pada pemakai AKDR maupun pemakai kontrasepsi non AKDR. Hanya 1 akseptor kontrasepsi non AKDR yang akan berhenti memakai kontrasepsi jika kontrasepsi yang dipakai dirasa mahal.

## 2. Pengalaman akseptor terhadap efek samping kontrasepsi yang digunakan.

Pengalaman efek samping KB yang digunakan bisa membuat responden memakai kontrasepsi tersebut. Dibawah ini merupakan tabel distribusi pengalaman efek samping responden terhadap penggunaan AKDR.

Tabel 5.11  
Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan pengalaman efek samping terhadap kontrasepsi yang digunakan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Pengalaman efek samping kontrasepsi yang digunakan	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Mengalami efek samping	16	33.3%	42	43.8%
Tidak mengalami efek samping	32	66.7%	54	56.2%
Jumlah	48	100%	96	100%

Dari tabel 5.11 pemakai kontrasepsi AKDR yang mengalami efek samping lebih sedikit 33.3% daripada yang tidak mengalami efek samping 66.7%. Untuk pemakai kontrasepsi non AKDR juga sama responden yang mengalami efek samping lebih sedikit 43.8% daripada yang tidak mengalami efek samping 56.2%. Untuk responden yang tidak mengalami efek samping lebih banyak pada pemakai AKDR 66.7% daripada yang memakai kontrasepsi non AKDR. Adapun keluhan yang bisa terjadi dapat dilihat pada tabel dibawah ini. Responden bisa menjawab lebih dari 1 jawaban saat dilakukan wawancara.

Tabel 5.12  
Gambaran efek samping yang sering dialami akseptor kontrasepsi di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Efek samping yang dialami	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
1. Keputihan	9	18.8%	3	3.1%
2. Perdarahan	1	2.1%	1	1%
3. Menstruasi lama	3	6.3%	4	4.2%
4. Perubahan berat badan	2	4.2%	15	15.6%
5. Spotting	4	8.3%	14	14.6%
6. Amenorrhoe	0	0	18	18.8%
7. Nyeri perut	6	12.5%	2	2.1%

Ket: *multiple answer*



Keluhan yang paling banyak terjadi pada pemakai kontrasepsi AKDR adalah keputihan 18.8% dan nyeri perut 12.5%, tidak ada keluhan amenorhoe pada pemakai kontrasepsi AKDR. Pada pemakai kontrasepsi non AKDR keluhan efek samping yang paling banyak terjadi yaitu amenorhoe 18.8%, perubahan berat badan 15.6% dan terjadinya spotting 14.6%. Untuk penanganan petugas terhadap keluhan yang dirasakan responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini. Responden bisa menjawab lebih dari 1 jawaban saat dilakukan wawancara.

Tabel 5.13  
Gambaran penanganan petugas terhadap efek samping kontrasepsi di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Penanganan petugas terhadap efek samping kontrasepsi	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
1. Diperiksa efek sampingnya	7	14.6%	12	12.5%
2. Efek samping diberi obat	7	14.6%	12	12.5%
3. Dilakukakan konseling	6	12.5%	20	20.8%
4. Tidak dilakukan apa-apa	0	0	1	1%

Ket: *multiple answer*

Pada pemakai AKDR petugas biasanya melakukan pemeriksaan 14.6%, memberikan pengobatan 14.6%, dan dilakukan konseling tentang keluhannya 12.5%. Untuk pemakai kontrasepsi non AKDR petugas biasanya melakukan konseling untuk keluhannya 20.8%.

#### 5.1.4 Faktor-Faktor Penguat

Faktor penguat yang diteliti adalah kunjungan petugas ke rumah akseptor, peran media massa dan dukungan suami. Di bawah ini distribusi kasus dan kontrol masing-masing variabel.

##### 1. Kunjungan petugas

Kunjungan petugas disini adalah adanya kunjungan rumah yang dilakukan oleh petugas KB kerumah penduduk untuk mengajak penduduk mengikuti program kontrasepsi dan melakukan konseling tentang kontrasepsi. Kunjungan dilihat tanpa adanya batas waktu berapa bulan, tahun atau hari yang lalu. Dibawah ini adalah tabel distribusi kasus dan kontrol berdasarkan kunjungan petugas KB.



Tabel 5.14  
Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan kunjungan petugas KB di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Kunjungan petugas KB	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Dikunjungi	14	29.2%	25	26%
Tidak dikunjungi	34	70.8%	71	74%
Jumlah	48	100%	96	100%

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pemakai kontrasepsi AKDR yang dikunjungi oleh petugas KB 29.2% lebih sedikit dari yang tidak dikunjungi oleh petugas KB 70.8%. Pada pemakai kontrasepsi non AKDR juga terjadi hal yang sama responden yang dikunjungi petugas KB 26% lebih sedikit dari yang tidak dikunjungi 74%. Adapun gambaran siapa saja petugas KB yang berkunjung dapat dilihat pada tabel di bawah ini. Responden bisa menjawab lebih dari 1 jawaban saat dilakukan wawancara.

Tabel 5.15  
Gambaran petugas KB yang berkunjung di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Petugas KB yang berkunjung	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
1. PLKB	7	14.6%	13	13.5%
2. Bidan Desa	10	20.8%	14	14.6%
3. Dokter Puskesmas	0	0	0	0

Ket: *multiple answer*

Petugas KB yang mengunjungi pemakai AKDR yang paling banyak adalah Bidan desa 20.8%, hal yang sama terjadi pada pemakai kontrasepsi non AKDR petugas yang paling banyak berkunjung yaitu Bidan desa 14.6%. Untuk melihat apa saja yang dilakukan petugas saat melakukan kunjungan ke rumah responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini. Responden bisa menjawab lebih dari 1 jawaban saat dilakukan wawancara.

Tabel 5.16  
Gambaran yang dilakukan petugas KB saat berkunjung ke rumah masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Yang dilakukan petugas KB saat berkunjung	Kasus		Kontrol	
	F	%	f	%
1. Ngobrol biasa	1	2.1%	0	0
2. Menjelaskan tentang berbagai macam kontrasepsi dan kontrolnya	9	18.8%	13	13.5%
3. Menjelaskan berbagai komplikasi, efek samping, keuntungan, kerugian KB	7	14.6%	6	6.3%
4. Menyarankan memakai suatu alat kontrasepsi	11	22.9%	17	17.7%

Ket: *multiple answer*

Petugas KB saat berkunjung pada pemakai AKDR 22.9% lebih banyak menyarankan pemakaian suatu alat kontrasepsi yang sesuai dengan program yang diadakan pada waktu itu. Untuk petugas yang berkunjung pada pemakai kontrasepsi non AKDR 17.7% juga melakukan hal yang sama yaitu menyarankan pemakaian suatu alat kontrasepsi.

## 2. Peran media massa

Peran media massa sangat penting untuk penyebaran informasi. Hampir seluruh masyarakat sudah terpapar media, media yang paling banyak dilihat yaitu media elektronik seperti televisi. Mereka yang terpapar media mempunyai kemungkinan lebih banyak untuk memperoleh informasi yang mereka inginkan mengenai kontrasepsi. Dengan banyaknya informasi yang diperoleh maka semakin menambah pengetahuan para akseptor tentang suatu alat kontrasepsi. Responden di wilayah kerja Puskesmas Kejayan 100% terpapar informasi. Dibawah ini merupakan distribusi kasus dan kontrol menurut media responden memperoleh informasi.

Tabel 5.17  
Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan media responden untuk memperoleh informasi di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Media Massa	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Elektronik	22	45.8%	63	65.6%
Cetak	26	54.2%	33	34.4%
Jumlah	48	100%	96	100%

Menurut tabel 5.17, pemakai AKDR lebih banyak mengetahui informasi tentang AKDR melalui media cetak 54.2% berupa poster, leaflet dan Koran/majalah yang disediakan di posyandu, puskesmas dan rumah mereka. Untuk responden pemakai kontrasepsi non AKDR lebih banyak melihat informasi tentang kontrasepsi melalui media elektronik 65.6% seperti televisi, radio dan internet.

### 3. Dukungan suami

Dukungan suami ini sangat berpengaruh terhadap pemakaian suatu alat kontrasepsi. Jika suami mendukung alat kontrasepsi yang digunakan maka kelanggengan untuk memakai kontrasepsi akan terus berlanjut, namun jika suami melarang memakai kontrasepsi maka sang istri juga tidak akan memakai alat kontrasepsi. Dibawah ini merupakan tabel distribusi kasus dan kontrol menurut dukungan suami.

Tabel 5.18  
Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan dukungan suami di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Dukungan suami	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
Suami ikut memutuskan	40	83.3%	77	80.2%
Suami tidak ikut memutuskan	8	16.7%	19	19.8%
Jumlah	48	100%	96	100%

Menurut tabel 5.18, pemakai kontrasepsi yang mendapatkan dukungan dari suami 83.3% lebih banyak dari yang suaminya tidak mendukung 16.7%. Hal yang sama terjadi pada pemakai kontrasepsi non AKDR yang mendapatkan dukungan

suami 80.2% daripada yang tidak mendapatkan dukungan suami 19.8%. Untuk dukungan suami bagi pemakai kontrasepsi AKDR lebih besar 83.3% daripada pemakai kontrasepsi non AKDR. Tabel dibawah ini merupakan gambaran dukungan suami terhadap kontrasepsi yang dipakai responden. Responden bisa menjawab lebih dari 1 jawaban saat dilakukan wawancara.

Tabel 5.19  
Gambaran dukungan suami di wilayah kerja Puskesmas Kejayan tahun 2011

Dukungan suami	Kasus		Kontrol	
	f	%	f	%
1. Keikutsertaan KB	33	68.8%	66	68.8%
2. Pemilihan alat kontrasepsi	7	14.6%	11	11.5%

Ket: *multiple answer*

Menurut tabel 5.19, dukungan suami yang paling besar adalah keikutsertaan dalam memakai salah satu alat kontrasepsi tanpa memilih alat kontrasepsi yang digunakan oleh istrinya pada pemakai AKDR 68.8% dan pada pemakai non AKDR 68.8%. Untuk para suami yang menginginkan istrinya memilih alat kontrasepsi tertentu pada pemakai kontrasepsi AKDR lebih banyak 14.6% dan untuk pemakai kontrasepsi non AKDR 11.5%.

## 5.2 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang melihat hubungan antar variabel independen dan variabel dependen. Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan dengan uji independen t-test untuk variabel sikap, uji kolmogorov smirnov untuk variabel pengetahuan dan lama nikan responden dan uji chi square untuk variabel yang lain. Dengan asumsi bahwa batas kemaknaan  $\alpha = 0.05$ , hal ini maksudnya adalah jika nilai  $p < 0.05$  maka dapat dikatakan mempunyai hubungan bermakna, namun jika nilai  $p > 0.05$  maka hubungannya tidak bermakna.

### 5.2.1 Hubungan antara faktor predisposisi dengan penggunaan AKDR

Dibawah ini merupakan tabel yang menunjukkan hubungan antara umur responden, jumlah anak dan pendidikan responden dengan penggunaan AKDR.

Dalam melakukan uji analisa statistik chi square didapatkan 2 dari 3 faktor predisposisi ini berhubungan bermakna dengan penggunaan AKDR.

Tabel 5.20  
Hasil analisis bivariat antara variabel umur, jumlah anak, pendidikan dan penggunaan AKDR

Variabel Independen	AKDR				Nilai p	OR 95%CI
	Ya		Tidak			
	f	%	f	%		
Umur						
Tua	21	43.7	24	25	0.022	2.333
Muda	27	56.3	72	75		(1.12-4.861)
Jumlah anak						
Sedikit ( $\leq 2$ )	41	85.4	87	90.6	0.349	0.606
Banyak ( $> 2$ )	7	14.6	9	9.4		(0.211-1.741)
Pendidikan						
Tinggi ( $> SMP$ )	21	43.7	15	15.6	0.000	4.2
Rendah ( $\leq SMP$ )	27	56.3	81	84.4		(1.901-9.281)

Dari hasil tabel 5.20 Untuk melihat hubungan antar variabel faktor predisposisi dan penggunaan AKDR dilakukan uji statistik chi square dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0.05$ , terdapat hubungan yang bermakna antara umur (nilai  $p = 0.022$ ) dan pendidikan (nilai  $p = 0.000$ ) dengan penggunaan AKDR, karena nilai  $p < 0.05$ . Pada variabel jumlah anak (nilai  $p = 0.349$ ) tidak terdapat hubungan yang bermakna, karena nilai  $p > 0.05$ .

Pada variabel umur dapat dilihat bahwa wanita dengan usia tua lebih banyak yang memakai AKDR daripada yang memakai kontrasepsi non AKDR. Hasil analisis data juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan penggunaan AKDR, karena dari hasil uji statistik chi square didapat nilai  $p$  umur  $0.022 < \text{nilai } p 0.05$ . Nilai *Odds Ratio* (OR) umur didapatkan 2.333, hal ini menunjukkan bahwa wanita yang berusia tua mempunyai peluang 2.3 kali lebih besar menggunakan AKDR daripada wanita yang berusia muda.

Pada variabel jumlah anak pada tabel diatas lebih banyak responden yang mempunyai anak sedikit atau  $\leq 2$  (85.4%) yang memakai AKDR daripada yang mempunyai anak  $> 2$ . Dari hasil uji statistik chi square didapatkan nilai  $p$  jumlah anak  $> \text{nilai } p$  yaitu  $0.349 > 0.05$ , jadi tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara jumlah anak dengan penggunaan AKDR.

Pada variabel pendidikan dalam tabel diatas menunjukkan bahwa responden dengan pendidikan tinggi lebih memilih memakai AKDR 43.7% daripada memakai kontrasepsi non AKDR 15.6%. Dari hasil uji statistik chi square didapatkan nilai p pendidikan < nilai p yaitu  $0.000 < 0.005$ . Sehingga data tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan penggunaan AKDR. Didapatkan nilai *Odds Ratio* (OR) pendidikan 4.2, hal ini menunjukkan bahwa wanita dengan pendidikan tinggi mempunyai peluang 4.2 kali lebih besar memakai AKDR daripada yang berpendidikan rendah.

Tabel 5.21  
Hasil analisis bivariat antara variabel sikap, pengetahuan, lama nikah dan penggunaan AKDR

	Kontrasepsi	n	Mean	Standar Deviasi	SE	Nilai p
Sikap responden*	AKDR	48	28.42	2.102	0.303	0.000
	Non AKDR	96	25.79	2.521	0.257	
Pengetahuan responden	AKDR	48	11.02	-	-	0.000
	Non AKDR	96	6.96	-	-	
Lama nikah responden	AKDR	48	14.58	-	-	0.163
	Non AKDR	96	11.6	-	-	

\* Uji analisis bivariat dengan uji t tes independen.

Dari hasil tabel diatas dengan memakai uji statistik independen t test pada variable sikap, didapatkan nilai sikap rata-rata pengguna AKDR 28.42 dengan standar deviasi 2.102, dan nilai sikap pemakai non AKDR rata-ratanya 25.79 dengan standar deviasi 2.521. Dengan nilai p sikap < nilai p yaitu  $0.000 < 0.05$ , maka didapatkan hubungan yang bermakna antara sikap dengan penggunaan AKDR. Sehingga bisa dikatakan bahwa sikap pengguna AKDR lebih baik terhadap AKDR daripada sikap pengguna kontrasepsi non AKDR terhadap penggunaan AKDR.

Pada tabel diatas juga dilakukan uji non parametrik test yaitu Kolmogorov Smirnov pada variabel pengetahuan dan lama nikah responden. Dari data tabel diatas, rata-rata pengetahuan pemakai AKDR 11.02 dan rata-rata pengetahuan pemakai non AKDR adalah 6.96. Sehingga dapat dilihat tingkat pengetahuan rata-rata pemakai AKDR lebih baik daripada pemakai non AKDR. Tabel diatas juga

menunjukkan bahwa pengetahuan responden berhubungan bermakna dengan penggunaan AKDR, hal itu dapat diketahui dari uji statistik kolmogorov smirnov didapatkan nilai p pengetahuan < nilai p yaitu  $0.000 < 0.05$ . Hal ini dapat juga dilihat bahwa pengetahuan pengguna AKDR lebih baik daripada pengetahuan pengguna kontrasepsi non AKDR terhadap AKDR itu sendiri.

Pada variabel lama nikah rata-rata lama nikah pemakai AKDR 14.58 tahun dan rata-rata lama nikah pemakai non AKDR 11.6 tahun. Tabel diatas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama nikah dengan penggunaan AKDR. Hal ini dapat diketahui setelah dilakukan uji statistik kolmogorov smirnov, didapatkan nilai p lama nikah responden > nilai p yaitu  $0.163 > 0.05$ . Jadi menurut rata-rata lama pernikahan yang dilalui semakin lama pernikahan responden semakin banyak yang memakai AKDR.

### 5.2.2 Hubungan antara faktor pemungkin dengan penggunaan AKDR

Pada analisis bivariat faktor pemungkin yang terdiri dari biaya saat menggunakan kontrasepsi dan pengalaman tentang efek samping kontrasepsi yang digunakan, memakai uji statistik chi square untuk pengalaman efek samping KB dan kolmogorov smirnov untuk biaya kontrasepsi. dan 1 dari 2 variabel tersebut memiliki hubungan yang bermakna, hal ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.22

Distribusi responden menurut pengalaman efek samping KB dan persepsi biaya kontrasepsi dengan penggunaan AKDR

Pengalaman efek samping	AKDR				Nilai p	OR 95%CI
	Ya		Tidak			
	f	%	f	%		
Mengalami	16	33.3	42	43.8	0.23	0.643 (0.312-1.325)
Tidak mengalami	32	66.7	54	56.3		
Mahal	23	47.9	19	19.8	0.000	3.728 (1.749-7.947)
Murah	25	52.1	77	80.2		

Pada variabel pengalaman responden terhadap efek samping kontrasepsi yang digunakan, pemakai kontrasepsi AKDR lebih sedikit yang mengalami efek samping 33.3% dibanding yang menggunakan kontrasepsi non AKDR 43.8%. Setelah dilakukan uji statistik chi square dengan  $\alpha = 0.05$ , didapatkan nilai p



pengalaman efek samping KB > nilai p yaitu  $0.23 > 0.05$ . Jadi tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman efek samping kontrasepsi yang digunakan dengan penggunaan AKDR. Mengenai persepsi tentang biaya kontrasepsi yang digunakan dapat dilihat bahwa lebih banyak yang mengatakan murah pada pengguna AKDR yaitu 52.1% dan pada pengguna non AKDR 80.2%. Dengan nilai p 0.000, berarti ada hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap biaya kontrasepsi dengan penggunaan AKDR. Dengan nilai OR 3.728, maka dapat dikatakan responden dengan persepsi biaya kontrasepsi murah berpeluang 3.7 kali lebih besar menggunakan AKDR daripada responden yang mempunyai persepsi mahal terhadap biaya kontrasepsi. Hal ini sama dengan biaya yang telah dikeluarkan oleh responden, seperti table dibawah ini.

Tabel 5.23  
Hasil analisis bivariat antara variabel biaya saat KB dan penggunaan AKDR

	Kontrasepsi	n	Mean	Nilai p
Biaya responden saat ber KB	AKDR	48	116.687,50	0.000
	Non AKDR	96	12.883,33	

Dari tabel diatas pada variabel biaya dapat dilihat bahwa rata-rata biaya yang dikeluarkan untuk penggunaan AKDR 116.687,50 dan pemakai non AKDR rata-rata biayanya 12.833.33, dengan biaya mahal responden lebih banyak yang memilih memakai kontrasepsi AKDR daripada kontrasepsi non AKDR. Menurut uji statistik kolmogorov smirnov didapatkan nilai p biaya < nilai p yaitu  $0.000 < 0.05$ , sehingga dapat menunjukkan bahwa biaya responden saat menggunakan kontrasepsi mempunyai hubungan yang bermakna dengan penggunaan AKDR. Sehingga hal ini menunjukkan kemandirian pemakai kontrasepsi AKDR dalam KB.

### 5.2.3 Hubungan antara faktor penguat dengan penggunaan AKDR

Analisis faktor penguat ini terdiri dari kunjungan petugas KB, peran media massa dan dukungan suami terhadap penggunaan AKDR. Dalam analisis bivariat ini dilakukan dengan uji statistik chi square terhadap tiga variabel pada faktor penguat ini dan didapatkan 1 dari 3 variabel menunjukkan adanya hubungan yang

bermakna yaitu peran media massa. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

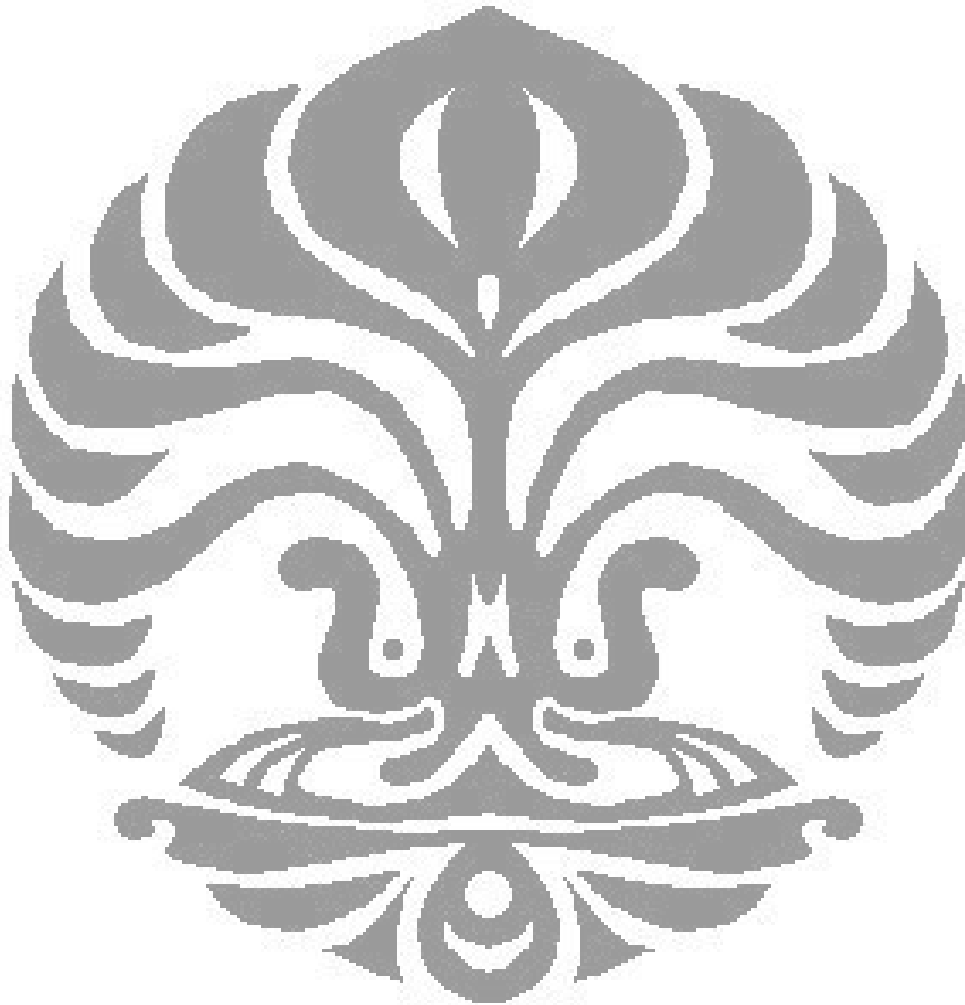
Tabel 5.24  
Hasil analisis bivariat antara variabel kunjungan petugas, peran media massa, dukungan suami dan penggunaan AKDR

Variabel Independen	AKDR				Nilai p	OR 95% CI
	Ya		Tidak			
	f	%	f	%		
Kunjungan petugas KB						
Tidak dikunjungi	34	70.8	71	74	0.691	0.855 (0.395-1.85)
Dikunjungi	14	29.2	25	26		
Peran media massa						
Cetak	26	54.2	33	34.4	0.023	2.256 (1.113-4.575)
Elektronik	22	45.8	63	65.6		
Dukungan suami						
Tidak ikut memutuskan	8	16.7	19	19.8	0.651	0.811 (0.326-2.014)
Memutuskan	40	83.3	77	80.2		

Dari tabel 5.24, variabel kunjungan petugas untuk pemakai AKDR lebih banyak di kunjungi petugas 29.2% daripada yang tidak memakai AKDR 26%. Setelah dilakukan uji statistik chi square dengan  $\alpha = 0.05$ , didapatkan nilai p kunjungan petugas > nilai p yaitu  $0.691 > 0.05$ . Maka hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kunjungan petugas KB dengan penggunaan AKDR.

Pada variabel peran media massa tempat responden mendapatkan informasi, pada pemakai AKDR lebih banyak yang mendapatkan informasi melalui media cetak 54.2%, sedangkan pada pemakai kontrasepsi non AKDR lebih banyak mendapatkan informasi melalui media elektronik 65.6%. Setelah dilakukan uji chi square dengan  $\alpha = 0.05$ , didapatkan nilai p media massa < nilai p yaitu  $0.023 < 0.05$ . Hal tersebut menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara peran media massa dengan penggunaan AKDR. Dengan nilai *Odds Ratio* (OR) 2.256, maka berarti bahwa responden yang memperoleh informasi dari media cetak berpeluang 2.2 kali lebih besar memakai AKDR daripada responden yang memperoleh informasi dari media elektronik.

Pada variabel dukungan suami dapat dilihat bahwa responden yang mendapatkan dukungan suami lebih banyak pada pemakai AKDR 83.3% daripada pemakai kontrasepsi non AKDR 80.2%. Pada variabel ini dilakukan uji statistik chi square dengan  $\alpha = 0.05$ , mendapatkan nilai p dukungan suami > nilai p yaitu  $0.651 > 0.05$ . Maka hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan suami dengan penggunaan AKDR.



## **BAB VI PEMBAHASAN**

### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan desain kasus kontrol, dengan menggunakan data primer dan sekunder. Data primer berasal dari hasil wawancara dengan kuisioner dan data sekunder berasal dari kohort KB bidan di wilayah kerja Puskesmas Kejayan. Penelitian ini mempunyai keterbatasan terutama waktu, dana dan tenaga, pengumpulan data melalui wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri. Meski demikian karena keterbatasan tenaga hingga kurangnya konsentrasi sehingga kemungkinan saat pengisian kurang terkontrol dan juga kemungkinan terjadi bias informasi karena perbedaan persepsi antara peneliti dan responden. Kemungkinan juga adanya determinan variabel yang mirip antara pengguna AKDR dan pengguna susuk, MOW dan MOP. Dengan besar sampel 2:1, kemungkinan adanya perbedaan besar sampel tersebut membuat bias dalam penelitian ini. Keterbatasan desain kasus kontrol ini karena sulit mendapatkan pemilihan kelompok control yang sama karena kemungkinan terjadi bias dalam informasi yang didapatkan.

### **6.2 Hubungan antara faktor predisposisi dengan pemakaian AKDR**

Hasil penelitian dengan analisis bivariat, uji statistic chi square digunakan untuk variabel umur, jumlah anak dan pendidikan, independen t test digunakan untuk variabel sikap dan Kolmogorov Smirnov untuk variabel pengetahuan dan lama nikah. Didapatkan faktor predisposisi yang menunjukkan hubungan bermakna adalah variabel umur, pendidikan, sikap dan pengetahuan. Untuk variabel yang menunjukkan hubungan yang tidak bermakna yaitu jumlah anak dan lama nikah.

#### **6.2.1 Umur**

Dari hasil penelitian pada variabel umur, didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan pemakaian AKDR. Dapat dilihat bahwa lebih banyak wanita muda yang memakai AKDR dibandingkan dengan wanita yang berusia tua. Untuk pemakai kontrasepsi non AKDR juga lebih

banyak wanita muda. Untuk wanita yang berumur tua lebih banyak yang memakai AKDR daripada yang memakai kontrasepsi non AKDR. Hasil uji statistic chi square menunjukkan nilai p umur 0.022, maka hal ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan pemakaian AKDR. Diperoleh hasil  $OR = 2.333$ , sehingga menunjukkan wanita tua berpeluang 2.3 kali lebih besar memakai AKDR daripada wanita usia muda. Dikarenakan pemakaian AKDR memang lebih diutamakan untuk mengakhiri kehamilan dengan angka kegagalan yang kecil. Oleh karena itu wanita yang lebih tua diharapkan lebih banyak yang memakai AKDR untuk menghindari segala resiko yang akan mengganggu kesehatannya. Juga dikhawatirkan jika wanita yang berumur tua hamil maka akan mengakibatkan persalinan yang beresiko hingga kematian. Diharapkan perlu adanya sosialisasi tentang kapan waktu yang baik dalam menggunakan AKDR sehingga masyarakat mengerti tentang AKDR. Diperlukan juga petugas dengan keterampilan pemasangan AKDR yang baik, sehingga saat sosialisasi berjalan baik dan sesuai harapan maka akan banyak akseptor yang memilih kontrasepsi AKDR. Penyediaan alat dan sarana kontrasepsi AKDR juga perlu ditingkatkan. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan Nasution (2010), Prabuwiwati (2004), mendapatkan hubungan yang bermakna antara umur dengan pemakaian AKDR, dimana wanita yang berusia tua lebih memilih memakai AKDR daripada memakai kontrasepsi non AKDR dengan OR masing-masing OR Nasution 0.4, OR Prabuwiwati 2.5.

Dalam hal ini wanita tua dapat memakai kontrasepsi yang efektif untuk mengakhiri kehamilannya, karena pada usia tua wanita dianggap sudah memiliki jumlah anak yang cukup dan beresiko untuk kehamilannya. Wanita pada usia muda yang memakai kontrasepsi AKDR bertujuan untuk menunda dan menjarangkan kehamilan. Kontrasepsi AKDR dipakai pada usia muda dikarenakan tidak mengandung hormon dan tidak mempengaruhi ASI. Pada wanita usia tua, kontrasepsi dipakai untuk mengakhiri kehamilannya, karena semakin tua umur wanita maka akan semakin beresiko terhadap kehamilan dan persalinannya sehingga bisa meningkatkan angka kematian ibu dan bayi. Semakin tua umur maka proporsi pemakaian AKDR semakin besar baik pada wanita yang pernah memakai AKDR maupun yang belum pernah memakai AKDR.

### 6.2.2 Jumlah Anak

Pada variabel jumlah anak dapat dilihat bahwa pemakai AKDR lebih banyak pada wanita dengan jumlah anak sedikit ( $\leq 2$ ) 85,4%, demikian pula pada pemakai kontrasepsi non AKDR juga lebih banyak pada wanita dengan jumlah anak sedikit ( $\leq 2$ ) 90,6%. Untuk wanita dengan jumlah anak banyak lebih banyak yang memakai kontrasepsi AKDR 14,6% daripada yang memakai kontrasepsi non AKDR 9,4%, meskipun dengan perbedaan yang kecil. Saat dilakukan analisis bivariat dengan uji chi square didapatkan nilai p jumlah anak 0,349, maka hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anak dengan pemakaian AKDR. Sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasution (2010), Prabuwiyati (2004) dan Farahwati (2009), yang mengatakan tidak ada hubungan bermakna antara jumlah anak dan pemakaian AKDR.

Hal ini disebabkan banyaknya wanita muda dengan jumlah anak sedikit yang memakai kontrasepsi AKDR. Banyaknya wanita dengan jumlah anak sedikit yang mengikuti program safari KB AKDR, sehingga mendapatkan KB gratis. Diadakannya KB AKDR dengan harga murah dan telah diadakan penyuluhan tentang KB AKDR di beberapa posyandu di wilayah kerja yang terdekat dari Puskesmas. Diperlukan juga penyuluhan yang efektif dengan jumlah peserta yang tidak terlalu banyak dan penyajian yang menarik.

Berdasarkan teori yang ada wanita cenderung memiliki jumlah anak ideal biasanya lebih sedikit dari jumlah anak hidup. Wanita juga cenderung memiliki dua anak atau lebih. Wanita dengan jumlah anak banyak cenderung lebih tua daripada wanita dengan jumlah anak sedikit. Wanita yang memiliki jumlah anak 3 atau lebih yang masih hidup memiliki proporsi pemakaian AKDR yang tinggi, hal ini digunakan untuk mengakhiri kehamilannya agar tidak beresiko.

### 6.2.3 Pendidikan

Hasil penelitian untuk pendidikan responden didapatkan hasil bahwa wanita dengan pendidikan rendah lebih banyak menggunakan kontrasepsi non AKDR (84,4%) daripada yang menggunakan AKDR (56,3). Sedangkan wanita yang berpendidikan tinggi lebih banyak menggunakan AKDR (43,7%) daripada

yang menggunakan kontrasepsi non AKDR (15.6%). Dari hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemakaian AKDR dengan nilai  $p$  pendidikan 0.000. Diperoleh juga nilai OR 4.2, sehingga dapat dikatakan bahwa wanita dengan pendidikan tinggi mempunyai peluang 0.2 kali lebih besar memakai AKDR daripada wanita yang berpendidikan rendah. Artinya wanita yang berpendidikan tinggi mempunyai peluang 4.2 kali lebih besar memakai AKDR daripada wanita yang berpendidikan rendah. Penyebab dari rendahnya pemakaian AKDR pada wanita yang berpendidikan rendah yaitu kurangnya informasi yang mereka ketahui tentang AKDR, sehingga pengetahuan mereka tentang AKDR juga berkurang. Hal ini mengakibatkan wanita yang berpendidikan rendah merasa takut, malu dan akan mengalami kesakitan jika melakukan pemasangan AKDR. Diperlukan adanya konseling pribadi sebelum penggunaan kontrasepsi dan diperlukan keterampilan konseling yang baik dari petugas sehingga akseptor merasa mantap dengan pilihannya. Keterampilan konseling ini didapatkan dari pelatihan yang diadakan oleh Dinas Kesehatan yang bekerjasama dengan BKKBN. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Farahwati (2009) (OR=3.5) menunjukkan adanya hubungan antara pendidikan dan pemakaian AKDR, namun hal ini berbeda dengan penelitian Prabuwiwati (2004), yang menyatakan tidak ada perbedaan antara tingkat pendidikan dengan pemakaian AKDR.

Menurut Thaddeus dan Maine, dalam Koblinsky (1997), pendidikan dapat meningkatkan akses wanita terhadap informasi, kebutuhan KB yang tidak terpenuhi secara umum turun dengan naiknya tingkat pendidikan wanita, semakin tinggi pendidikan wanita, semakin rendah presentase wanita yang kebutuhannya tidak terpenuhi. Terpenuhinya kebutuhan KB menunjukkan hubungan positif dengan tingkat pendidikan. Menurut Winarni, 2000, wanita yang menggunakan AKDR umumnya sadar dan mengerti tentang AKDR dan pendidikannya relatif tinggi. Pemakaian alat KB modern termasuk didalamnya AKDR, meningkat seiring dengan peningkatan jenjang pendidikan wanita, kecuali susuk yang cenderung digunakan untuk wanita yang tidak sekolah.



#### 6.2.4 Sikap

Dalam analisis sikap didapatkan nilai rata-rata pernyataan sikap 28.42 pada pemakai AKDR dan 25.79 pada pemakai non AKDR, jadi dapat dilihat sikap pemakai AKDR terhadap kontrasepsi AKDR lebih baik daripada pemakai kontrasepsi non AKDR. Dari hasil analisis bivariat dengan didapatkan nilai p sikap 0.000, sehingga menunjukkan adanya hubungan bermakna antara sikap dengan pemakaian AKDR. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasution (2010) (OR=3.1), yang menyatakan adanya hubungan bermakna antara sikap dan pemakaian AKDR. Dengan sikap yang positif terhadap KB, wanita akan cenderung berusaha mencari informasi yang benar mengenai KB tersebut dan mempunyai keinginan untuk memakainya. Perlu juga dilakukan penyuluhan dan konseling tentang adanya berbagai keluhan, efek samping yang terjadi pada kontrasepsi AKDR, bahwa hal itu dapat dicegah dan diobati dengan sering melakukan konsultasi pada petugas jika keluhan terjadi. Perlu juga ditekankan bahwa AKDR merupakan kontrasepsi yang murah jika dilakukan perhitungan dengan jenis kontrasepsi lain, sehingga masyarakat akan lebih menghemat biaya pemakaian kontrasepsi dan dana kontrasepsi tersebut dapat digunakan untuk keperluan yang lain. Serta diberikan pengertian pada masyarakat bahwa suami tidak terganggu dan pemasangan AKDR tidak sesakit yang dibayangkan. Hal itu perlu dilakukan agar pemikiran yang negatif tentang AKDR akan berubah dan masyarakat secara otomatis juga akan bersikap lebih baik pada kontrasepsi AKDR. Perubahan sikap pada masyarakat dapat dilakukan dengan penyuluhan oleh petugas yang terlatih, sehingga terjadi peningkatan penggunaan AKDR jika sikap masyarakat sudah mulai kearah yang lebih baik.

Sikap merupakan kecenderungan seseorang dalam bertindak, berfikir, berpersepsi, dan merasakan suatu objek, ide, situasi dan nilai. Sikap tersebut menentukan apakah seseorang setuju atau tidak setuju terhadap sesuatu objek. Sikap relatif menetap, sikap timbul dari pengalaman, punya segi motivasi dan perasaan, sikap mengandung hubungan tertentu terhadap suatu objek dan dapat dipelajari (Sobur, 2009). Menurut teori disonansi kognitif Secord & Backman dalam Azwar 1998 bahwa sikap seseorang itu umumnya konsisten, orang berbuat

sesuai dengan sikapnya. Sedangkan pendapat dari beberapa akseptor tentang AKDR yaitu bertujuan untuk membatasi kelahiran bukan menjarangkan dan setiap wanita bisa memakai AKDR (Winarni, 2000).

### 6.2.5 Pengetahuan

Hasil analisis faktor pengetahuan, didapatkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan antara pengetahuan dengan pemakaian kontrasepsi AKDR. Hal ini dapat dilihat dari nilai  $p$  pendidikan yaitu 0.000. Responden yang memakai AKDR memiliki rata-rata pengetahuan yang sedikit lebih baik (11.02) dari rata-rata pengetahuan pemakai kontrasepsi non AKDR (6.96). Meskipun begitu pengetahuan akseptor tentang AKDR masih perlu ditingkatkan, karena pengetahuan yang dimiliki akseptor masih cukup rendah. Peningkatan pengetahuan ini dapat dimulai dari bahan AKDR, efek samping yang terjadi, kapan digunakan, komplikasi AKDR, kerugian AKDR dan kapan AKDR tidak dapat digunakan. Peningkatan pengetahuan dapat dilakukan dengan meneruskan penyuluhan yang telah ada sesuai dengan kebutuhan dan menggunakan metode yang menarik dan dapat juga melalui leaflet. Dari penelitian ini dapat dikatakan bahwa wanita dengan pengetahuan tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar terhadap pemakaian AKDR. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasution (2010) (OR=8.6), Prabuwiati (2004) (OR=1,2), yang mengatakan ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan pemakaian AKDR.

Pendidikan dan pengetahuan sangat bergantung, sehingga semakin tinggi pendidikan maka akan semakin banyak pengetahuan tentang alat/cara KB (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007). Pengetahuan tentang kontrasepsi AKDR merupakan salah satu faktor yang dapat menentukan seseorang menggunakan alat kontrasepsi AKDR. Pada umumnya pengetahuan tentang alat KB AKDR yang meningkat akan diikuti oleh makin tingginya tingkat pemakaian kontrasepsi AKDR. Kurangnya pengetahuan tentang resiko AKDR membuat akseptor takut menggunakan AKDR (Winarni, 2000).

### 6.2.6 Lama Nikah

Pada analisis bivariat pada variabel lama nikah didapatkan nilai  $p$  lama nikah 0.163, sehingga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama nikah dengan pemakaian AKDR. Lama nikah pemakai AKDR rata-rata 14,58 tahun sedangkan rata-rata lama nikah pemakai kontrasepsi non AKDR 11.6 tahun. Jadi pengguna AKDR mempunyai rata-rata lama nikah yang lebih lama dari pemakai kontrasepsi non AKDR. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Afait (2000) ( $OR=10$ ) dan Prabuwiwati (2004) ( $OR=2.5$ ) yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara lama nikah dengan pemakaian AKDR.

Perbedaan hasil penelitian ini disebabkan karena beberapa tahun terakhir ini banyak diadakan penyuluhan tentang KB AKDR di posyandu yang dekat dengan Puskesmas Kejayan, sehingga para ibu muda dengan anak sedikit dan dengan lama nikah yang pendek/ baru, lebih berpendidikan dan lebih cepat memahami informasi menjadi tertarik memakai AKDR, selain itu adanya Safari KB AKDR, dan AKDR dengan harga murah.

Wanita yang telah lama menikah biasanya sudah memiliki resiko yang tinggi terhadap kesehatannya dan telah memiliki jumlah anak yang sesuai keinginannya sehingga memutuskan memakai AKDR. Wanita yang telah lama menikah juga mempunyai usia yang matang juga sehingga sangat memerlukan kontrasepsi yang efektif untuk mengakhiri kehamilannya, karena kehamilan dan persalinan yang terjadi pada usia tua beresiko pada kematian, oleh karena itu diperlukan kontrasepsi jangka panjang yang salah satunya adalah AKDR.

### 6.3 Hubungan antara faktor pemungkin dengan penggunaan AKDR

Faktor pemungkin dalam penelitian ini adalah biaya saat ber KB dan pengalaman mengenai efek samping KB. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara biaya dengan pemakaian AKDR, sedangkan pada pengalaman efek samping ber KB tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna.

### 6.3.1 Pengalaman Efek Samping KB

Pada hasil penelitian variabel pengalaman efek samping KB, pemakai AKDR lebih banyak yang tidak mengalami efek samping (66.7%) daripada pemakai kontrasepsi non AKDR (56.3), meskipun dengan perbedaan yang sedikit. Dari hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa nilai p pengalaman efek samping 0.23, maka hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman tentang efek samping yang dialami dengan pemakaian AKDR. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Farahwati (2009), yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pengalaman KB dengan pemakaian kontrasepsi.

Tidak adanya hubungan antara pengalaman efek samping kontrasepsi karena saat ini tempat pelayanan KB diharuskan memberikan konseling sebelum memberikan pelayanan KB tentang semua alat kontrasepsi hingga efek samping yang terjadi, sehingga calon akseptor mengerti dan sudah paham dengan resiko tentang KB yang mereka pakai, adanya jasa konseling jika keluhan efek samping terus berlanjut dan dilakukan pemeriksaan dan pengobatan jika keluhan terus berlanjut sehingga akseptor tetap memakai kontrasepsi yang telah menjadi pilihannya.

Salah satu alasan yang biasa dipakai dalam penghentian suatu cara kontrasepsi yang digunakan adalah efek samping yang dirasakan saat memakai metode kontrasepsi tersebut. Banyak wanita berhenti menggunakan kontrasepsi AKDR, pil dan suntik karena tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi, lamanya menstruasi dan banyaknya darah yang keluar yang didapat saat memakai kontrasepsi tersebut (Koblinsky, 1997). Wanita yang mengetahui berbagai jenis efek samping AKDR akan lebih berhati-hati menjaga pemakaian AKDR, sehingga kelangsungan pemakaiannya tetap tinggi. Efek samping yang dikeluhkan pada pemakaian AKDR yang paling sering yaitu nyeri perut, keputihan dan perdarahan, serta ada juga yang mengeluhkan ekspulsi AKDR. Alasan utama berhentinya pemakaian kontrasepsi terutama AKDR adalah karena adanya komplikasi dan efek samping yang dirasakan (Winarni, 2000).

### 6.3.2 Biaya pelayanan KB

Menurut hasil penelitian dari variabel biaya saat ber KB, dengan biaya KB mahal lebih banyak yang memakai kontrasepsi AKDR (70.8%) daripada kontrasepsi non AKDR. Dari hasil analisis bivariat didapatkan nilai p biaya 0.000, maka menunjukkan ada hubungan bermakna antara biaya ber KB dengan pemakaian kontrasepsi AKDR. Dalam persepsi akseptor tentang biaya pelayanan KB juga dapat dilihat bahwa persepsi responden tentang biaya penggunaan AKDR lebih banyak yang mengatakan murah 52.1% daripada yang mengatakan mahal 47.9%. Didapatkan nilai p 0.000, berarti ada hubungan yang bermakna antara biaya dengan penggunaan AKDR. Hal ini sama dengan kesimpulan tentang biaya diatas. Didapatkan juga nilai OR 3.728, artinya wanita yang mempunyai persepsi biaya kontrasepsi murah mempunyai peluang 3.7 kali lebih besar menggunakan AKDR daripada wanita dengan persepsi biaya kontrasepsi mahal. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Farahwati (2009) (OR=26.3) yang menunjukkan hubungan antara biaya dengan pemakaian AKDR. Hal ini dapat menunjukkan kemandirian akseptor terhadap kontrasepsi yang digunakan, meskipun kontrasepsi AKDR dianggap mahal namun masih juga digunakan. Dapat juga dilihat KB dengan biaya murah lebih banyak digunakan oleh akseptor non AKDR. Jika memang kontrasepsi tersebut dirasa mahal para akseptor lebih memilih mencari uang untuk menggunakan kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya ada juga yang akan menunggu hingga diadakan kontrasepsi gratis. Dapat juga diberikan kontrasepsi gratis dan memberikan reward pada masyarakat yang menggunakan AKDR untuk meningkatkan cakupan kontrasepsi AKDR.

Kemandirian peserta KB yang tertinggi ada pada akseptor suntik dan yang terendah yaitu AKDR (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007). Hal tersebut dikarenakan sebagian besar wanita yang memakai AKDR, memakai kontrasepsi tersebut secara gratis dari pemerintah. Selain biaya alat kontrasepsi, pengguna kontrasepsi memerlukan biaya untuk memperoleh dan menggunakan kontrasepsi. Akseptor KB yang memanfaatkan sektor pemerintah untuk memperoleh KB gratis. Dengan kata lain semakin murah harga kontrasepsi akan semakin banyak yang memakainya.

## 6.4 Hubungan antara faktor penguat dengan penggunaan AKDR

Dalam faktor penguat ini terdapat 3 variabel yaitu kunjungan petugas, peran media massa dan dukungan suami. Ketiganya dilakukan analisis bivariat dengan uji chi square, dan mendapatkan hasil 1 dari 3 variabel dari faktor penguat menunjukkan hubungan yang bermakna yaitu peran media massa.

### 6.4.1 Kunjungan Petugas KB

Pada penelitian variabel kunjungan petugas didapatkan analisa bahwa lebih banyak yang tidak dikunjungi oleh petugas KB antara pemakai AKDR dan bukan AKDR dengan perbedaan yang kecil yaitu 70.8% bagi pemakai AKDR dan 74% bagi pemakai non AKDR. Dari hasil analisis bivariat didapatkan hasil nilai p kunjungan petugas 0.691, maka menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara kunjungan petugas dengan pemakaian AKDR. Hal ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Prabuwiati (2004), yang mendapatkan hasil tidak ada hubungan bermakna antara kunjungan petugas dan pemakaian AKDR.

Hal ini disebabkan saat ini meskipun petugas tidak berkunjung kerumah tiap penduduk bisa mendapatkan informasi dari tempat lain, mulai dari media dan konseling dari petugas kesehatan. Sebagian besar petugas yang berkunjung hanya menganjurkan seseorang untuk memakai alat kontrasepsi tertentu, hanya sedikit petugas yang melakukan konseling. Jika dahulu seseorang akan merasa penting jika mendapatkan kunjungan petugas sehingga akan mengikuti saran petugas dalam memakai KB. Diharapkan petugas KB yang melakukan kunjungan rumah juga melakukan konseling mulai dari jenis kontrasepsi, efek samping, kontraindikasi, keuntungan dan kerugian alat kontrasepsi sehingga dapat membuat akseptor merasa mantap dengan kontrasepsi yang digunakannya, yang pada akhirnya dapat meningkatkan cakupan program kontrasepsi terutama AKDR. Peningkatan jumlah petugas dan ketrampilan petugas untuk melakukan konseling juga perlu ditingkatkan dengan pelatihan konseling. Sehingga diperlukan kerjasama antara Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan BKKBN untuk terselenggaranya pelatihan tersebut.



Sangat sedikit sekali wanita yang pernah mendapat kunjungan rumah oleh petugas KB, menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2007, sembilan dari sepuluh wanita tidak berdiskusi tentang KB dengan petugas KB maupun petugas pelayanan KB dalam 1 tahun terakhir. Wanita yang dikunjungi petugas KB dan berdiskusi tentang KB lebih banyak di pedesaan daripada di daerah perkotaan. Petugas KB juga lebih banyak berkunjung pada masyarakat yang berusia matang daripada berkunjung pada masyarakat yang masih muda, padahal pada masa inilah masyarakat memerlukan informasi yang banyak tentang apa itu KB. Kesertaan Akseptor dalam AKDR terlihat dari pemberian informasi yang banyak termasuk dari petugas lapangan KB. Menurunnya akseptor AKDR juga terjadi karena kurangnya informasi dan anjuran petugas terhadap pemakaian AKDR. Diperlukan peningkatan pelayanan dan kecakapan dari petugas untuk pemberian informasi tentang kontrasepsi AKDR (Winarni, 2000).

#### 6.4.2 Peran Media Massa

Untuk Peran media massa tempat responden mendapatkan informasi dapat dianalisa bahwa pemakai AKDR lebih banyak mendapatkan informasi dari media cetak yaitu sekitar 54.2%, sedangkan pemakai non AKDR lebih banyak yang mendapatkan informasi lewat media elektronik 65.6%. Dari hasil analisis bivariat didapatkan hasil nilai  $p$  media massa 0.023, maka hal ini menunjukkan adanya hubungan antara peran media massa dengan pemakaian AKDR. Dengan nilai OR 2.256, artinya wanita yang mendapatkan informasi tentang AKDR dari media cetak mempunyai peluang 2.2 kali lebih besar memakai AKDR daripada wanita yang mendapat informasi dari media elektronik. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasution (2010) dan Prabuwyati (2004), menunjukkan tidak ada hubungan antara sumber informasi dengan pemakaian AKDR. Adanya hubungan ini dikarenakan wanita akan lebih banyak memperoleh informasi melalui media cetak dengan berbagai penjelasan yang tertera didalamnya untuk dipahami, namun untuk media elektronik, responden hanya melihat sambil lalu tanpa bisa dipahami terlebih dahulu. Wanita yang sudah melihat iklan KB pada media massa akan cenderung mencari pengetahuan lain lewat leaflet dan petugas kontrasepsi yang ada di Puskesmas untuk lebih memahami apa yang telah



dilihatnya. Sehingga wanita akan lebih memahami informasi yang diberikan oleh media cetak daripada media elektronik. Oleh karena itu diharapkan Puskesmas Kejayan dapat memberikan informasi mengenai AKDR melalui leaflet dan poster yang disebarakan pada tiap desa melalui bidan desa maupun Posyandu yang ada.

Media massa sangat penting untuk penyebaran informasi tentang kesehatan dan keluarga berencana. Informasi tentang KB dapat diperoleh melalui Televisi, radio, koran, majalah, poster dan pamflet. Saat ini televisi merupakan media massa yang paling populer diantara yang lain. Hanya sebagian kecil pria dan wanita yang pernah melihat pesan KB pada televisi, poster dan koran/majalah pada 6 bulan terakhir sebelum dilakukannya Survei Demografi Kesehatan Indonesia, sebagian besar dari wanita dan pria tersebut tidak pernah terekspos oleh informasi KB dari berbagai media. Wanita muda dan wanita yang tinggal di perkotaan lebih banyak mendapat informasi tentang KB daripada yang lainnya. Wanita dengan pendidikan rendah cenderung kurang mendapat akses tentang informasi KB dari berbagai media dibandingkan dengan wanita dengan pendidikan tinggi (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2007).

#### **6.4.3 Dukungan Suami**

Pada variabel dukungan suami didapatkan para suami mendukung sang istri untuk memakai KB, hal ini dapat dilihat dengan dukungan suami untuk pemakai AKDR 83.3% beda tipis dengan dukungan suami untuk pemakai non AKDR 80.2%. Dari hasil analisis bivariat nilai p dukungan suami adalah 0.651, maka hal ini menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara dukungan suami dengan pemakaian AKDR. Hal ini sama dengan penelitian Farahwati (2009), namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan Nasution (2010), yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara dukungan suami dengan pemakaian AKDR. Perbedaan ini disebabkan di wilayah kerja Puskesmas kejayan hampir semua peserta kontrasepsi didukung oleh suami dengan kata lain data tersebut hampir homogen, jadi hasilnya tidak ada hubungan bermakna antara dukungan suami dengan pemakaian AKDR.

Budaya di Indonesia wanita yang memakai KB atau mencari layanan kesehatan sesuai dengan perkataan dan keputusan suami. Sehingga dalam kondisi ini suami sangat berpengaruh pada apapun yang dilakukan oleh istri dalam pelayanan kontrasepsi. Tidak adanya diskusi tentang alat KB yang dipakai oleh istri dapat menjadi halangan pemakaian kontrasepsi. Terdapat sebagian kecil suami yang melarang istrinya menggunakan AKDR dan kurang mendukung pemakaian AKDR meskipun tidak menghambat dengan alasan tabu, merasa terganggu dan istri yang bekerja berat (Winarni, 2000). Di Indonesia umumnya persetujuan suami merupakan faktor yang paling penting dalam menentukan apakah istri akan menggunakan kontrasepsi atau tidak karena suami dipandang sebagai pelindung, pencari nafkah rumah tangga dan pembuat keputusan.



## BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

### 7.1 Kesimpulan

1. Faktor-faktor predisposisi yang berhubungan dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan adalah umur, pendidikan, pengetahuan dan sikap. Untuk umur yaitu wanita yang berusia tua mempunyai peluang 2.3 kali lebih besar menggunakan AKDR daripada wanita yang berusia muda. Pada pendidikan, wanita dengan pendidikan tinggi mempunyai peluang 4.2 kali lebih besar menggunakan AKDR daripada yang berpendidikan rendah. Untuk pengetahuan, pengetahuan pengguna AKDR lebih baik daripada pengetahuan pengguna kontrasepsi non AKDR terhadap AKDR itu sendiri. Untuk sikap, sikap pengguna AKDR lebih baik terhadap kontrasepsi AKDR daripada sikap pengguna kontrasepsi non AKDR terhadap kontrasepsi AKDR.
2. Faktor pemungkin yang berhubungan dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan adalah persepsi biaya penggunaan kontrasepsi, yaitu wanita yang mempunyai persepsi biaya kontrasepsi murah mempunyai peluang 3.7 kali lebih besar memakai AKDR daripada wanita yang mempunyai persepsi biaya kontrasepsi mahal.
3. Faktor penguat yang berhubungan dengan penggunaan AKDR di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan adalah, peran media massa dalam penyebaran informasi, yaitu responden yang memperoleh informasi dari media cetak mempunyai peluang 2.2 kali lebih besar menggunakan AKDR daripada yang mendapatkan informasi dari media elektronik.

## 7.2 Saran

### 7.2.1 Bagi Puskesmas Kejayan

1. Meningkatkan sosialisasi tentang kontrasepsi AKDR pada masyarakat melalui posyandu, pertemuan PKK, pengajian dan pertemuan rutin di desa.
2. Memberikan pelatihan konseling pada petugas pelayanan kontrasepsi sehingga petugas lebih terampil dalam memberikan konseling pada akseptor maupun calon akseptor.
3. Meningkatkan keterampilan petugas melalui pelatihan dan penyegaran kembali tentang kontrasepsi AKDR, yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan BKKBN.
4. Penyediaan alat dan sarana kontrasepsi yang merata untuk tiap puskesmas.
5. Menyediakan petugas lapangan dan petugas pelayanan yang terampil dalam melakukan penyuluhan tentang kontrasepsi, sehingga dengan penyuluhan yang baik didapatkan peningkatan cakupan kontrasepsi AKDR.
6. Adanya kontrasepsi gratis dan memberikan reward pada masyarakat yang menggunakan AKDR untuk meningkatkan cakupan kontrasepsi AKDR.
7. Menyediakan poster dan leaflet tentang kontrasepsi AKDR sebagai sumber informasi pada masyarakat pada tiap desa melalui badan desa dan Posyandu.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Saifuddin.1988. *Seri Psikologi Sifat Manusia Dan Pengukurannya*. Yogyakarta. Liberty.
- Badan Pusat Statistik, 2005. *Statistik Indonesia 2004*. Jakarta. BPS.
- Badan Pusat Statistik, Indonesia, 2007. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta. BPS, BKKBN, Depkes.
- BKKBN, 2001. *Kumpulan Data Kependudukan, Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera*. Jakarta. BKKBN.
- BKKBN. 2010. *Laporan bulanan BKKBN Kec. Kejayan*. Kec.Kejayan. Pasuruan. BKKBN
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004. *Panduan Audit Medik Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia,
- Fakultas Kedokteran UI. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran. Fakultas Kedokteran UI*. Jakarta. Media Aesculapius. 3.
- Farahwati, cicik Z. 2009. *Perbandingan karakteristik akseptor. Lingkungan Dan Program Antara Pengguna Kontrasepsi IUD Dan Non IUD Di Wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Kecamatan Pondok Melati Bekasi Tahun 2009*, (Skripsi). Depok. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Gibson, James I. 1985. *Organisasi ed.5*. Terjemahan Djarkasih. Jakarta. Erlangga.
- Glanz, Karen. Rimer, Barbara K. Lewis, Frances M. 2002. *Health Behaviour And Health Education Theory, Reseach, And Practice*.3. Jossey-Bass. San Francisco
- Green, L, W., dan Kreuter, Marshall W 2005. *Health Program Planning, An Educational And Ecological Approach (4<sup>th</sup> ed.)*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Hartanto, Hanafi. 1996. *Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi*. Jakarta. Pustaka Sinar Harapan.
- Hennekens, Charles H. Buring, Julie E. 1987. *Epidemiology In Medicine*. Edited Sherry L.Mayrent. Boston: Little, Brown and Company.

- Hidayah, Nurul. 2003. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemaakaan kontrasepsi jangka panjang pada akseptor Keluarga Berencana Di Kecamatan Pakuhaji Kabupaten Tangerang Tahun 2003*, (Skripsi). Depok Program Sarjana Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Koblinsky, Marge. Timyan, Judith. Gay, Jill. 1997. *Kesehatan Wanita Sebuah Perspektif Global*. Terjemahan Utarini Adi. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Lemeshow, Stanley. Hosmer Jr, David W. Klar, Janelle. Lwanga, Stephen K. 1990. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Terjemahan Pramono Diby. 1997. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Manuaba, Ida BG, 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta. EGC.
- Nasution, Husna Arryanita. 2010. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemakaian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Di Kota Bandar Lampung Tahun 2010*, (Tesis). Depok. Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta. Rineka Cipta,1.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Ed. Rev. Jakarta. Rineka Cipta.
- Puskesmas Kejayan. 2010. *Laporan Bulanan KB Puskesmas Kejayan*. Pasuruan. Puskesmas Kejayan.
- Prabuwiyati, Lit. 2004. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Di Propinsi DI Yogyakarta (Analisa Data Sekunder SDKI 2002-2003)*, (Skripsi). Depok. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2005. *Ilmu Kebidanan* cetakan ke 7. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. Tridasa Printer.
- Sabri, Luknis, Hastono. Sutanto P. 2008. *Statistik Kesehatan*. Ed. Rev. Jakarta. PT Rajagrafindo Persada.
- Sobur, alex. 2009. *Psikologi umum*. Jakarta. Pustaka setia.

- Winarni, Endah. Mujianto. Rahmadewi. Wahyuni, Sri. 2000. *Hasil penelitian Faktor faktor yang mempengaruhi pemakaian IUD di Propinsi Jawa Timur, Bali, Sumatera Barat dan Bengkulu*. Jakarta: Pusat Penelitian Dan Pengembangan Kependudukan Dan KB. BKKBN.
- Wawolumaya, Corrie. 2001. *Survei Epidemiologi Sederhana Bidang Perilaku Kedokteran/Kesehatan*. Jakarta. Panorama Perc.
- Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta. Tridasa Printer.
- Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2008. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta. Tridasa Printer.
- Yusuf, Afait. 2000. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) di Kecamatan Tanjung Batu Kabupaten Ogan Komering Ilir Sumatera Selatan tahun 2000*. (Skripsi). Depok. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- <http://jatim.bps.go.id/wp-content/uploads/images/Tabel%204.1.1.pdf> pada 1 oktober 2010
- <http://bappeda.jatimprov.go.id/web/news.php?view=1696> pada 3 oktober 2010
- <http://birohumas.jatimprov.go.id/index.php/component/content/article/34-berita-humas/353-target-peserta-kb-baru-th-2010-sebesar-71-juta> pada 1 Oktober 2010
- <http://www.bkkbn.go.id/Webs/DetailBerita.php?MyID=1215> pada 1 oktober 2010
- <http://www.d-infokom-jatim.go.id/news.php?id=19644> pada 1 oktober 2010
- [http://www.indonesia.go.id/id/index.php?option=com\\_content&task=view&id=9434&Itemid=1204](http://www.indonesia.go.id/id/index.php?option=com_content&task=view&id=9434&Itemid=1204) pada 3 Oktober 2010
- <http://www.sinarharapan.co.id/berita/0805/24/kesra01.html> pada 14 Oktober 2010 pada 14 Oktober 2010
- <http://dinkeskaboki.org/index.php?module=content&id=9> pada 1 November 2010
- [http://www.depkes.go.id/downloads/pedoman\\_penilaian\\_edited.pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/pedoman_penilaian_edited.pdf) pada 1 November 2010





PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
DINAS KESEHATAN

Jalan dr Soetomo No.101 Bangil – Pasuruan 67153 Jawa Timur  
Telp.(0343)748909 Fax.(0343)747919.

Pasuruan, 11 Maret 2011

Nomor : 423.6/ **846** /424.052/2011.  
Lampiran : ----  
Perihal : Permohonan ijin penelitian.

Kepada  
Yth. DEKAN FAK. KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
di  
DEPOK

Menanggapi surat saudara No.1176/H2.F10/PPM.00.00/2011 tanggal 21 Februari 2011 perihal permohonan ijin penelitian dan surat dari Kepala Bakesbang dan Linmas Kabupaten Pasuruan No.072/057/424.075/SUR/RES/2011 tanggal 10 Maret 2011 perihal surat keterangan untuk melakukan penelitian/survey/research mahasiswa :

Nama / NIM : PRADIAS TRISNAWATI / 0906616956

Waktu Penelitian : Maret s/d Mei 2011.

Judul Penelitian : “FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMAKAIAN IUD DI PUSKESMAS KEJAYAN KAB. PASURUAN”

Dengan ini kami tidak keberatan yang bersangkutan melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan tugas akhir dan setelah selesai penelitian diharapkan menyerahkan makalah / hasil kegiatan penelitian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan.

Demikian ijin penelitian ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Plh. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN PASURUAN



**ARIES MOESTIKANINGTYAS, SKM**

Pembina Tk I

NIP. 19640418 198903 2 007

TEMBUSAN surat ini disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Bidang Yankes
2. Kepala UPTD Kesehatan Kejayan Kab. Pasuruan
3. Yang bersangkutan
4. Arsip

**INFORMED CONSENT  
KUESIONER PENELITIAN  
FAKTOR PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN RENDAHNYA  
CAKUPAN AKDR DI PUSKESMAS KEJAYAN KABUPATEN  
PASURUAN JAWA TIMUR, TAHUN 2010**

Assalamu'alaikum Wr. Wb./ Selamat pagi/ siang/malam

Saya Pradias Trisnawati mahasiswa dari Peminatan Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya bermaksud melakukan penelitian mengenai Faktor Perilaku Yang Mempengaruhi Pemakaian AKDR Pada Akseptor KB Di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan Jawa Timur Tahun 2010, Penelitian ini dilakukan sebagai penyelesaian akhir studi yang saya jalani. Dalam hal ini saya berharap anda bersedia menjadi responden dalam pengisian kuesioner mengenai beberapa hal yang berkaitan dengan penelitian saya. Jawaban yang anda berikan akan saya rahasiakan sehingga tidak ada yang mengetahuinya. Anda dapat menolak untuk menjawab pertanyaan atau tidak melanjutkan wawancara dengan alasan apapun. Partisipasi anda dalam mengisi kuesioner penelitian ini bersifat sukarela. Saya mengharapkan partisipasi anda, karena pendapat anda sangat berguna dan penting untuk penelitian ini.

Apakah saat ini anda bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini?

Jika iya, mohon tanda tangan anda di tempat yang telah disediakan di bawah ini.

Kejayan, 2010

Responden

**Pengumpul data** :.....

**Tanggal** :.....

## KUESIONER PENELITIAN

### Faktor Perilaku Yang Berhubungan Dengan Rendahnya Cakupan AKDR Di Puskesmas Kejayan Kecamatan Kejayan Kabupaten Pasuruan Jawa Timur

No. Responden :

Tanggal wawancara :

Nama pewawancara :

#### Petunjuk:

1. Lingkarilah jawaban yang anda pilih

#### A. Karakteristik akseptor

1. Nama :
2. Tanggal lahir/ Umur :
3. Alamat :
4. No. Telepon :
5. Pendidikan :
  1. Tidak tamat SD
  2. Tamat SD
  3. Tamat SMP
  4. Tamat SMA
  5. Tamat Akademi/Perguruan tinggi
6. Jumlah anak : anak
7. Lama menikah : tahun
8. Kontrasepsi yang digunakan :
  1. AKDR
  2. Non AKDR (suntik, pil, susuk, MOW, MOP dan kondom)

**B. Sikap Ibu terhadap kontrasepsi**

No	Pertanyaan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1	KB spiral dapat digunakan semua wanita				
2.	Spiral merupakan alat KB yang murah				
3.	KB Spiral merupakan KB dengan sedikit efek samping yang terjadi				
4.	Pemasangan KB Spiral itu menyakitkan				
5.	Ibu tidak perlu malu saat pemasangan KB spiral				
6.	Spiral merupakan alat kontrasepsi yang efektif untuk wanita				
7.	Ibu tidak akan mengalami keluhan saat menggunakan KB spiral				
8.	Ibu tidak perlu sering kontrol ke petugas kesehatan jika menggunakan KB spiral				
9.	Suami tidak terganggu meski ibu menggunakan KB spiral				
10.	Akan diadakan safari KB spiral gratis tiap tahun				

**C. Pengetahuan ibu tentang KB**

1. Jika tahu, apa yang dimaksud dengan alat KB spiral?
  1. Alat KB yang dipakai di dalam rahim
  2. Alat KB yang digunakan di Lengan
  3. Alat KB yang disuntikkan
  4. Tidak tahu
  
2. Spiral dapat digunakan selama berapa tahun?



1. 1 tahun  
2. 5 tahun  
3. 10 tahun  
4. Tidak tahu
3. Kapan spiral dapat digunakan?                      Ya                      Tidak
1. Saat menstruasi
2. Setelah melahirkan
3. Setelah keguguran
4. Tidak tahu

4. Terbuat dari apakah spiral itu?
1. Besi  
2. Benang  
3. Plastik yang dililit tembaga  
4. Tidak tahu

5. Sakit saat menstruasi merupakan efek samping dari spiral?
1. Ya                      2. Tidak

6. Kapan spiral tidak boleh digunakan?                      Ya                      Tidak
1. Saat hamil
2. Adanya kelainan panggul dan PRP
3. Infeksi alat genital
4. Ukuran panggul kurang dari 5 cm
5. Perdarahan pervagina tak jelas kausa
6. Kelainan bawaan pada uterus
7. Tidak tahu

7. Apa keuntungan memakai spiral?                      Ya                      Tidak
1. Kontrasepsi yang sangat efektif
2. Tidak mempengaruhi saat berhubungan seksual
3. Dapat dipakai sampai usia tua
4. Tidak ada kaitan dengan obat

5. Mencegah kehamilan ektopik
6. Tidak mempengaruhi ASI
7. Tidak tahu
8. Dimana ibu dapat memasang KB spiral? Ya Tidak
1. Bidan
2. Dokter
3. Tidak tahu

9. Tidak mencegah HIV/AIDS merupakan kerugian dari spiral?

1. Ya
2. Tidak

10. Apa saja komplikasi dari pemakaian spiral? Ya Tidak

1. Perdarahan hingga anemia
2. Rasa sakit setelah pemasangan spiral
3. Perforasi Uterus
4. Tidak tahu

**D. Biaya yang dikeluarkan untuk KB**

11. Berapa biaya yang ibu keluarkan saat ber KB? Rp.....

12. Apakah menurut ibu biaya yang dikeluarkan saat ber KB mahal?

1. Ya
2. Tidak

13. Jika biaya KB yang ibu keluarkan mahal apa yang akan ibu lakukan?

1. Mencari uang untuk KB
2. Ganti cara KB
3. Menunggu KB gratis
4. Tidak ikut KB

**E. Peran suami dalam ber KB**

14. Apakah suami ibu ikut memutuskan saat ibu ingin be KB?

1. Ya
2. Tidak

15. Dalam hal apa suami ibu ikut serta dalam memberi keputusan?

1. Keikutsertaan KB (kapan, dimana)
2. Alat/cara KB yang digunakan

#### F. Peran Media Massa

16. Apakah ibu pernah melihat dan mendengar iklan tentang KB?

1. Ya
2. Tidak

17. Jika ya, dimana ibu melihat dan mendengarnya?

1. Televisi
2. Radio
3. Majalah/Koran
4. Leaflet
5. Internet
6. Poster

Ya      Tidak

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### G. Kunjungan Petugas KB

18. Apakah petugas KB pernah berkunjung ke rumah ibu?

1. Ya
2. Tidak

19. Jika ya siapa yang berkunjung?

1. Petugas PLKB
2. Bidan Desa
3. Dokter

Ya      Tidak

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



20. Apa yang dilakukan petugas saat berkunjung ke rumah ibu? Ya Tidak
1. Ngobrol biasa
  2. Menjelaskan tentang jenis KB dan kontrolnya
  3. Menjelaskan efek samping, komplikasi KB
  4. Menyarankan penggunaan KB

**H. Pengalaman Akseptor Tentang Efek Samping KB**

21. Apa ibu pernah mengalami berbagai keluhan dengan kontrasepsi yang digunakan?

1. Ya
2. Tidak, jika tidak pertanyaan selesai

22. Keluhan apa yang ibu rasakan? Ya Tidak

1. Keputihan
2. Perdarahan
3. Menstruasi lama
4. Berat badan bertambah/berkurang
5. Spotting
6. Amenorrhoe
7. Nyeri perut

23. Jika ibu ke petugas kesehatan, apa yang dilakukan? Ya Tidak

1. Diperiksa
2. Diberi obat
3. Dilakukan konsultasi
4. Tidak diapa-apakan

Terimakasih atas kerjasamanya dalam menjawab pertanyaan ini.