

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna**

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah administrasi Puskesmas Jati Warna, Kecamatan Pondok Melati, Bekasi. Puskesmas Jati Warna berada di wilayah Kecamatan Pondok Melati Kota Bekasi, merupakan satu dari dua Puskesmas yang terdapat di wilayah Kecamatan Pondok Melati. Secara Geografis, letak Puskesmas Jati Warna sangatlah strategis. Luas wilayahnya 515,5 Ha dan merupakan daerah perbatasan dengan Provinsi DKI Jakarta. Begitu juga sarana dan prasarana transportasi menuju Puskesmas Jati Warna sangatlah mudah.

Batas-batas dari wilayah Puskesmas Jati Warna adalah :

- Sebelah Utara : Kelurahan Jati Rahayu ( Puskesmas Jati Rahayu ) dan Kelurahan Jati Mekar ( Puskesmas Jati Asih )
- Sebelah Selatan : Kelurahan Jati Ranggan ( Puskesmas Jati Sampurna )
- Sebelah Barat : Provinsi DKI Jakarta
- Sebelah Timur : Kelurahan Jati Luhur ( Puskesmas Jati Luhur )

Wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna meliputi 31 Rukun Warga (RW) dan 246 Rukun Tetangga (RT). Jumlah penduduk sebanyak 49.354 jiwa dengan 12.411 Kepala Keluarga (KK).

Jumlah penduduk pada malam hari lebih banyak dibandingkan dengan penduduk siang, dikarenakan pada siang hari sebagian besar penduduk (terutama perumahan) bekerja di luar wilayah Kota Bekasi, akan tetapi belum ada data hasil survei yang menunjang asumsi ini. Dengan mobilitas yang cukup tinggi, membuat penularan penyakit tidak mengenal batas dan wilayah administratif sehingga diperlukan penanganan bersama pada wilayah yang berbatasan untuk mencegah penularan penyakit (Profil Puskesmas Jati Warna, 2007).

Sebagai daerah kawasan pemukiman dan yang berbatasan dengan Ibukota Negara yaitu Propinsi DKI, menyebabkan wilayah kerja Puskesmas Jati Warna mengalami perkembangan pembangunan yang begitu pesat yaitu :

1. Pembangunan jalan tol Jakarta *Outer Ring Road* (JORR) yang membelah wilayah kerja Puskesmas Jati Warna.
2. Pasar Tradisional dan Pasar Baru dengan lahan yang kurang memadai.

## 5.2 Demografi/Kependudukan

### 5.2.1 Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur

Pada tahun 2007 distribusi penduduk menurut kelompok umur, total penduduk usia produktif (15-64 tahun) adalah 66,24% dari total penduduk yang berada di wilayah administrasi Puskesmas Jati Warna. Adapun jumlah penduduk usia lanjut (>65 tahun) sebesar 6,1% dari total penduduk, sedangkan jumlah penduduk kelompok umur kurang dari 15 tahun sebesar 26,87%.

**Tabel 5.1**  
**Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur**  
**di Wilayah Administrasi Puskesmas Jati Warna Tahun 2007**

Kelompok Umur	JATI WARNA		JATI MELATI		JATI MURNI	
	L	P	L	P	L	P
< 1 Thn	150	188	150	165	523	311
1 – 4 Thn	525	625	266	330	639	215
5 – 14 Thn	1559	1699	1634	2401	988	926
15-44 Thn	4500	4785	2335	3167	4301	2912
45-64 Thn	1235	2848	1123	1247	2271	1971
> 65 Thn	541	535	569	480	348	538
Total	8510	10680	6077	7790	9070	6873

Sumber: Profil Puskesmas Jati Warna (2007)

### 5.2.2 Pasangan Usia Subur dan Pengguna Konstrasepsi

Cakupan peserta KB Aktif di wilayah Puskesmas Jati Warna tahun 2007, sebesar 69,60% atau 7.659 orang dari 11.004 PUS, bila dibandingkan cakupan tahun 2005 terjadi penurunan sebesar 5,43%. Penurunan persentase cakupan disebabkan meningkatnya jumlah PUS yang merupakan penduduk pendatang musiman yang seringkali berpindah tempat dan sangat sedikitnya penambahan jumlah peserta KB aktif. Metode kontrasepsi yang umumnya digunakan adalah KB suntik (58,33%) dan pil (18,82%). Kontrasepsi lain yaitu IUD (13,1%), Implant (2,2%), MOW (1,7%), MOP (0,86%) dan Kondom (0,85%) (Profil Puskesmas Jati Warna, 2007).

Pada tahun 2008 diketahui bahwa cakupan peserta KB aktif sebesar 92,2% atau 10.420 orang dari 11.290 PUS. Berdasarkan laporan tersebut dapat diketahui bahwa metode KB yang paling banyak digunakan pada tahun 2008 adalah suntik sebanyak 5973 orang (57%) dan pil 2291 orang (22%). Sedangkan kontrasepsi yang lain yaitu IUD sebanyak 1478 orang (14%), Implant 272 orang (3%), MOW 197 orang (2,0%), Kondom 102 orang (1,0%) dan MOP 98 orang (1,0%) (Laporan Bulanan Pelayanan KB, 2008).

Upaya meningkatkan cakupan peserta KB yang dilakukan oleh koordinator KB Puskesmas Jati Warna adalah kerjasama dengan PLKB Kelurahan dengan menyelenggarakan safari KB atau pemasangan IUD/implant gratis khusus bagi warga yang kurang mampu (Profil Puskesmas Jati Warna, 2007).

### 5.3 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti yaitu variabel dependen (penggunaan kontrasepsi IUD) dan variabel independen (umur akseptor, jumlah anak hidup, pendidikan akseptor, pengalaman seputar KB dan IUD, pekerjaan akseptor, dukungan suami, pekerjaan suami, tempat pelayanan, jarak ke tempat pelayanan, biaya pelayanan dan ketersediaan alat) baik pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol.

**Tabel 5.2**  
**Analisis Univariat**

No.	Variabel	Kategori	Kasus	%	Kontrol	%
<b>Karakteristik Akseptor</b>						
1.	Umur	> 35 tahun	35	51,5	34	50,0
		≤ 35 tahun	33	48,5	34	50,0
2.	Jumlah Anak Hidup	> 2 orang	29	42,6	35	51,5
		≤ 2 orang	39	57,4	33	48,5
3.	Pendidikan Akseptor	Tinggi	53	77,9	34	50,0
		Rendah	15	22,1	34	50,0
4.	Pengalaman	Cukup	51	75,0	42	61,8
		Kurang	17	25,0	26	38,2
5.	Pekerjaan Akseptor	Kerja	30	44,1	14	20,6
		Tidak Kerja	38	55,9	54	79,4
<b>Karakteristik Lingkungan</b>						
6.	Dukungan Suami	Mendukung	66	97,1	65	95,6
		Tidak Mendukung	2	2,9	3	4,4
7.	Pekerjaan Suami	Formal	56	82,4	43	64,2
		Non Formal	12	17,6	24	35,8
8.	Tempat Pelayanan	Rumah Sakit	29	42,6	4	5,9
		Non-Rumah Sakit	39	57,4	64	94,1

9.	Jarak Ke Tempat Pelayanan	Jauh Dekat	44 24	64,7 35,3	18 50	26,5 73,5
<b>Karakteristik Program</b>						
10.	Biaya Pelayanan	Tinggi Rendah	46 22	67,6 32,4	5 63	7,4 92,6
11.	Persepsi Ketersediaan Alat	Banyak Kurang	64 4	94,1 5,9	61 7	89,7 10,3
Total			68	100	68	100

### 5.3.1 Distribusi Akseptor Menurut Penggunaan IUD dan Non-IUD Pada Kasus dan Kontrol

Dari hasil analisis univariat pada kasus dan kontrol, maka didapat 68 akseptor pengguna IUD dan 68 akseptor pengguna Non-IUD. Hal ini terjadi karena perbandingan sampel antara kasus dan kontrol yaitu 1:1.

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Akseptor pada Kasus dan Kontrol**

Akseptor	n	%
Kasus	68	50,0
Kontrol	68	50,0
Total	136	100

### 5.3.2 Distribusi Akseptor Berdasarkan Jenis Kontrasepsi

Hasil penelitian menunjukkan distribusi jenis kontrasepsi pada kasus dan kontrol (Tabel 5.4) diperoleh hasil bahwa akseptor yang menggunakan kontrasepsi IUD sebanyak 68 orang (50%), suntik 31 orang (22,8%), pil 26 orang (19,1%), implant 5 orang (3,7%), MOW 5 orang (3,7%) dan kondom 1 orang (0,7%).

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Akseptor berdasarkan Jenis Kontrasepsi**

Jenis Kontrasepsi	n	%
IUD	68	50,0
Suntik	31	22,8
Pil	26	19,1
Implant	5	3,7
MOW	5	3,7
Kondom	1	0,7
Total	136	100,0

### 5.3.3 Distribusi Akseptor Berdasarkan Alasan Memilih IUD dan Tidak Memilih IUD Sebagai Alat Kontrasepsi

Dalam memilih kontrasepsi, akseptor memiliki alasan tersendiri. Pada pengguna kontrasepsi IUD, alasan mereka memilih IUD sebagai kontrasepsi karena IUD lebih efektif (50%), tidak repot (17,6%), anjuran suami (11,8%), anjuran petugas KB (5,9%), anjuran teman/keluarga (5,9%) dan lainnya (8,8%). Alasan akseptor yang memilih lainnya, tidak termasuk ke dalam pilihan, antara lain karena keinginan sendiri sebanyak 2 orang, lebih aman 1 orang, tidak cocok KB lain 2 orang dan ada flek jika menggunakan pil sebanyak 1 orang.

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Akseptor berdasarkan Alasan Memilih Kontrasepsi IUD**

Alasan Memilih IUD	n	%
Lebih Efektif	34	50,0
Tidak Repot	12	17,6
Anjuran Suami	8	11,8
Anjuran Petugas KB	4	5,9
Anjuran Teman/Keluarga	4	5,9
Lainnya	6	8,8
Total	68	100

Begitu pula dengan akseptor pengguna non-IUD. Alasan akseptor non-IUD tidak memilih kontrasepsi IUD adalah karena takut sebanyak 19 orang (27,9%), tidak tahu tentang kontrasepsi IUD 14 orang (20,6%), suami tidak setuju 15 orang (22,1%), ada keluhan 4 orang (5,9%), biaya tinggi 4 orang (5,9%), malu 3 orang (4,4%) dan lainnya (13,2%). Alasan akseptor lainnya, yang tidak terdapat

pada pilihan, antara lain pasca operasi *caesar* sebanyak 2 orang, malas kontrol 1 orang, sakit 1 orang, ingin ganti 1 orang, cocok dengan kontrasepsi saat ini 1 orang, IUD tidak efektif 1 orang, tidak boleh kerja berat jika menggunakan IUD 1 orang dan tidak menyebutkan alasan 1 orang.

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Akseptor berdasarkan Alasan Tidak Memilih Kontrasepsi IUD**

Alasan Tidak Memilih IUD	n	%
Takut	19	27,9
Tidak Tahu	14	20,6
Suami Tidak Setuju	15	22,1
Ada Keluhan	4	5,9
Biaya Tinggi	4	5,9
Malu	3	4,4
Lainnya	9	13,2
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

#### 5.3.4 Distribusi Akseptor Berdasarkan Umur

Hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan umur didapatkan bahwa rata-rata umur akseptor kelompok kasus adalah 35,56 tahun dengan standar deviasi 6,555 dan kelompok kontrol adalah 3,553 tahun dengan standar deviasi 6,396. Umur termuda adalah 24 tahun dan umur tertua adalah 49 tahun dengan umur yang terbanyak 41 tahun.

Selanjutnya umur akseptor dikategorikan menjadi ‘kurang sama dengan 35 tahun’ dan ‘diatas 35 tahun’. Hal ini disesuaikan dengan fase mengakhiri/menghentikan kehamilan yang seharusnya berada pada periode umur akseptor ‘diatas 35 tahun’ (Hartanto, 1996). Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi akseptor berdasarkan umur yang dikategorikan (Tabel 5.2) didapatkan bahwa umur akseptor ‘diatas 35 tahun’ pada kelompok kasus sebanyak 35 orang (51,5%), sedangkan pada kelompok kontrol 34 orang (50%). Umur akseptor ‘kurang dari sama dengan 35’ pada kelompok kasus 33 orang (48,5%), sedangkan pada kelompok kontrol 34 orang (50%).

### 5.3.5 Distribusi Akseptor Berdasarkan Jumlah Anak Hidup

Hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan jumlah anak hidup didapatkan bahwa rata-rata jumlah anak hidup akseptor pada kelompok kasus adalah 2,44 orang dan pada kelompok kontrol adalah 2,71. Jumlah anak paling sedikit adalah 1 orang dan jumlah anak terbanyak adalah 7 orang.

Akseptor yang memiliki anak hidup 1 orang pada kelompok kasus sebanyak 13 orang (19,1%) dan pada kelompok kontrol 11 orang (16,2%), anak hidup 2 orang pada kelompok kasus sebanyak 26 orang (38,2%) dan pada kelompok kontrol 22 orang (32,4%), anak hidup 3 orang pada kelompok kasus sebanyak 20 orang (29,4%) dan pada kelompok kontrol 22 orang (32,4%), anak hidup 4 orang pada kelompok kasus sebanyak 6 orang (8,8%) dan pada kelompok kontrol 11 orang (16,2%), anak hidup 5 orang sebanyak 2 orang (2,9%) dan pada kelompok kontrol 1 orang (1,5%), dan anak hidup 7 orang pada kelompok kasus sebanyak 1 orang (1,5%) dan pada kelompok kontrol 1 orang (1,5%).

Selanjutnya jumlah anak hidup dikategorikan menjadi 'lebih dari 2 orang' dan 'dibawah sama dengan 2 orang'. Sesuai dengan ketentuan BKKBN yang menyatakan bahwa keluarga kecil adalah keluarga yang memiliki anak sama dengan atau kurang dari 2. Sedangkan keluarga besar adalah keluarga yang memiliki anak lebih dari dua. Jumlah anak hidup 'lebih dari dua orang' pada kelompok kasus adalah 29 orang (42,6%) dan pada kelompok kontrol adalah 35 orang (51,5%). Sedangkan jumlah anak hidup 'kurang dari sama dengan dua' pada kelompok kasus adalah 39 orang (57,4%) dan pada kelompok kontrol adalah (48,5%).

### 5.3.6 Distribusi Akseptor Berdasarkan Pendidikan Akseptor

Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan pendidikan akseptor diperoleh hasil bahwa akseptor dengan pendidikan tidak tamat SD pada kelompok kasus sebanyak 3 orang (4,4%) dan pada kelompok kontrol 4 orang (5,9%), tamat SD atau sederajat pada kelompok kasus sebanyak 6 orang (8,8%) dan kelompok kontrol 15 orang (22,1%), tamat SMP atau sederajat pada kelompok kasus sebanyak 6 orang (8,8%) dan pada kelompok kontrol 15 orang (22,1%), tamat SMA atau sederajat pada kelompok kasus sebanyak 26

orang (38,2%) dan pada kelompok kontrol 24 orang (35,3%), dan Perguruan Tinggi pada kelompok kasus sebanyak 27 orang (39,7%) dan pada kelompok kontrol 10 orang (14,7%).

Selanjutnya pendidikan akseptor dikategorikan menjadi ‘tinggi’ dan ‘rendah’. Tidak tamat SD, tamat SD/ sederajat dan tamat SMP/ sederajat termasuk kelompok pendidikan ‘rendah’. Sedangkan Tamat SMA/ sederajat dan perguruan tinggi termasuk kelompok pendidikan ‘tinggi’. Pada Tabel (5.2) terlihat bahwa akseptor pendidikan ‘tinggi’ pada kelompok kasus sebanyak 53 orang (77,9%) dan kelompok kasus sedangkan pada kelompok kontrol 34 orang (50%). Akseptor pendidikan ‘rendah’ pada kelompok kasus sebanyak 15 orang (22,1%) dan pada kelompok kontrol 34 orang (50%).

### 5.3.7 Distribusi Akseptor Berdasarkan Pengalaman Seputar KB dan IUD

Hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan pengalaman seputar KB dan IUD didapatkan bahwa rata-rata *score* pengalaman akseptor kelompok kasus adalah 8,71 dengan standar deviasi 3,537 dan kelompok kontrol 8,47 dengan standar deviasi 3,458. *Score* pengalaman terendah adalah 2 dan terbesar adalah 12.

Akseptor yang *score* pengalaman terbanyak 12 pada kelompok kasus sebanyak 23 orang (33,8%) dan pada kelompok kontrol 26 orang (38,2%), *score* pengalaman 10 pada kelompok kasus sebanyak 19 orang (27,9%) dan pada kelompok kontrol 9 orang (13,2%), *score* pengalaman 8 pada kelompok kasus sebanyak 9 orang (13,2%) dan pada kelompok kontrol 7 orang (10,3%), *score* pengalaman 6 pada kelompok kasus sebanyak 2 orang (2,9%) dan pada kelompok kontrol 11 orang (16,2%), *score* pengalaman 4 pada kelompok kasus sebanyak 6 orang (8,8%) dan pada kelompok kontrol 11 orang (16,2%), dan *score* pengalaman 2 pada kelompok kasus sebanyak 9 orang (13,2%) dan pada kelompok kontrol 4 orang (9,6%).

Selanjutnya pengalaman dikategorikan menjadi ‘cukup’ dan ‘kurang’. ‘Cukup’ jika *score* diatas sama dengan rata-rata yaitu 8. ‘Kurang’ jika dibawah rata-rata. Pada tabel 5.2 dapat terlihat bahwa akseptor yang mempunyai pengalaman ‘cukup’ pada kelompok kasus sebanyak 51 orang (75%) dan pada

kelompok kontrol 42 orang (61,8%). Sedangkan akseptor yang mempunyai pengalaman ‘kurang’ pada kelompok kasus sebanyak 17 orang (25%) dan pada kelompok kontrol 26 orang (38,2%).

### **5.3.8 Distribusi Akseptor Berdasarkan Pekerjaan Akseptor**

Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan tingkat pekerjaan akseptor diperoleh hasil bahwa akseptor dengan pekerjaan ibu rumah tangga pada kelompok kasus sebanyak 38 orang (55,9%) dan kelompok kontrol 54 orang (79,4%), karyawan swasta pada kelompok kasus sebanyak 17 orang (25%) dan pada kelompok kontrol 7 orang (10,3%), PNS pada kelompok kasus sebanyak 11 orang (16,2%) dan pada kelompok kontrol 3 orang (4,4%), buruh atau tani pada kelompok kasus sebanyak 1 orang (1,5%) dan kelompok kontrol 2 orang (2,9%), dan dagang/wiraswasta pada kelompok kasus sebanyak 1 orang (1,5%) dan kelompok kontrol sebanyak 2 orang (2,9%).

Selanjutnya pekerjaan akseptor dikategorikan menjadi ‘kerja’ dan ‘tidak bekerja’. Karyawan swasta, PNS, buruh/tani, dagang/wiraswasta dikategorikan menjadi ‘kerja’. Ibu rumah tangga dikategorikan menjadi ‘tidak kerja’. Pada Tabel 5.2 dapat terlihat bahwa akseptor yang ‘kerja’ pada kelompok kasus sebanyak 30 orang (44,1%) dan pada kelompok kontrol 14 orang (20,6%). Akseptor yang ‘tidak kerja’ pada kelompok kasus sebanyak 38 orang (55,9%) dan pada kelompok kontrol 54 orang (79,4%).

### **5.3.9 Distribusi Akseptor Berdasarkan Dukungan Suami**

Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan dukungan suami diperoleh hasil bahwa akseptor yang ‘mendapat dukungan suami’ dalam menggunakan kontrasepsi yang dipilihnya pada kelompok kasus sebanyak 66 orang (97,1%) dan kelompok kontrol sebanyak 65 orang (95,6%). Akseptor yang ‘tidak mendapat dukungan suami’ pada kelompok kasus sebanyak 2 orang (2,9%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 3 orang (4,4%).

### 5.3.10 Distribusi Akseptor Berdasarkan Pekerjaan Suami

Pada hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan pekerjaan suami diperoleh hasil bahwa suami akseptor yang bekerja sebagai karyawan swasta sebanyak 78 orang (54,4%), buruh atau tani sebanyak 27 orang (19,9%), PNS sebanyak 20 orang (14,7%), dagang/wiraswasta sebanyak 6 orang (4,4%), tidak punya pekerjaan tetap sebanyak 4 orang (2,9%) dan tidak bekerja sebanyak 1 orang (0,7%).

Selanjutnya pekerjaan suami dikategorikan menjadi 'formal' dan 'non formal'. Karyawan swasta dan PNS dikategorikan menjadi 'formal'. Buruh/tani, dagang/wiraswasta, dan tidak punya pekerjaan tetap dikategorikan menjadi 'non formal'. Tidak bekerja tidak dimasukkan ke kelompok manapun karena hanya 1 orang. Pada Tabel 5.2 dapat dilihat bahwa akseptor dengan pekerjaan suami 'formal' pada kelompok kasus adalah 56 orang (82,4%) dan pada kelompok kontrol (43 orang (64,2%). Akseptor dengan pekerjaan suami 'non formal' pada kelompok kasus sebanyak 12 orang (17,6%) dan pada kelompok kontrol 24 orang (35,8%).

### 5.3.11 Distribusi Akseptor Berdasarkan Tempat Pelayanan

Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan tempat pelayanan diperoleh hasil bahwa tempat pelayanan kontrasepsi Rumah Sakit dimanfaatkan kelompok kasus sebanyak 29 orang (42,6%) dan kelompok kontrol 4 orang (5,9%), Bidan Swasta dimanfaatkan kelompok kasus sebanyak 24 orang (35,3%) dan kelompok kontrol 39 orang (57,4%), Puskesmas dimanfaatkan kelompok kasus sebanyak 12 orang (17,6%) dan kelompok kontrol 9 orang (13,2%) dan lainnya pada kelompok kasus 3 orang (4,4%) dan kelompok kontrol 16 orang (23,5%).

Selanjutnya tempat pelayanan dikategorikan menjadi 'Rumah Sakit' dan 'Non-Rumah Sakit' yang terdiri dari Bidan Swasta, Puskesmas dan lainnya. Pada Tabel 5.2 dapat terlihat bahwa akseptor yang memanfaatkan pelayanan 'Rumah Sakit' pada kelompok kasus sebanyak 29 orang (42,6%) dan kelompok kontrol 4 orang (5,9%). Akseptor yang memanfaatkan pelayanan 'Non-Rumah Sakit' pada kelompok kasus sebanyak 39 orang (57,4%) dan kelompok kontrol sebanyak 64 orang (94,1%).

### 5.3.12 Distribusi Akseptor Berdasarkan Jarak Ke Tempat Pelayanan

Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan jarak ke tempat pelayanan diperoleh hasil bahwa rata-rata jarak yang harus ditempuh akseptor pada kelompok kasus adalah 5490,44 m dengan standar deviasi 6839,821 dan pada kelompok kontrol 1468,60 m dengan standar deviasi 2359,796. Jarak terdekat yang harus ditempuh adalah pada kelompok kasus adalah 50 m dan kelompok kontrol 5 m. Jarak terjauh yang harus ditempuh kelompok kasus adalah 50.000 m dan kelompok kontrol adalah 10.000 m.

Selanjutnya jarak ke tempat pelayanan dikategorikan menjadi dekat ( $<1$  Km), dan jauh ( $\geq 1$  Km). Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan kategori jarak ke tempat pelayanan (Tabel 5.2) diperoleh hasil bahwa akseptor yang harus menempuh jarak ‘jauh’ pada kelompok kasus sebanyak 44 orang (64,7%) dan kelompok kontrol 18 orang (26,5%). Akseptor yang menempuh jarak ‘dekat’ pada kelompok kasus adalah 24 orang (35,3%) dan pada kelompok kontrol 50 orang (73,5%).

### 5.3.13 Distribusi Akseptor Berdasarkan Biaya Pelayanan

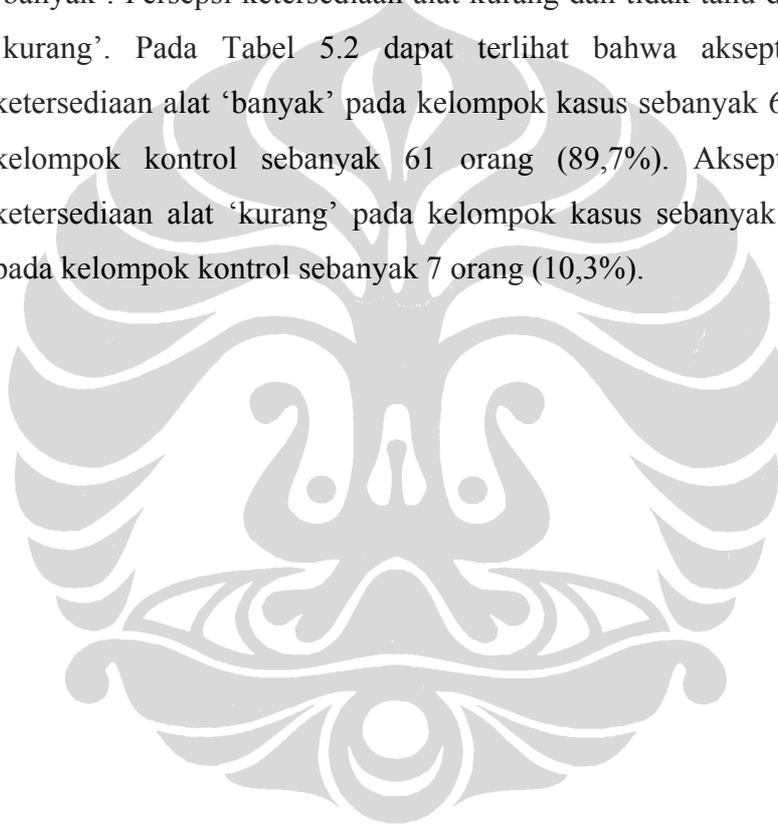
Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan biaya pelayanan diperoleh hasil bahwa rata-rata biaya pelayanan yang harus dikeluarkan akseptor pada kelompok kasus sebesar Rp 199.000,00 dengan standar deviasi Rp 199.200,00 dan pada kelompok kontrol Rp 71.500,00 dengan standar deviasi Rp 288.600,00. Biaya termurah yang harus dibayar akseptor pada kelompok kasus dan kontrol adalah Rp 0, dengan kata lain gratis. Biaya tertinggi yang harus dibayar akseptor pada kelompok kasus adalah Rp 1.200.000,00 dan pada kelompok kontrol Rp 1.800.000,00.

Selanjutnya biaya pelayanan dikategorikan menjadi ‘rendah’ ( $<Rp50.000,00$ ) dan ‘tinggi’ ( $\geq Rp50.000,00$ ). Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan kategori biaya pelayanan (Tabel 5.2) diperoleh bahwa akseptor dikenakan biaya yang ‘tinggi’ pada kelompok kasus sebanyak 46 orang (67,6%) dan kelompok kontrol 5 orang (7,4%). Akseptor yang dikenakan biaya ‘rendah’ pada kelompok kasus sebanyak 22 orang (32,4%) dan kelompok kontrol 63 orang (92,6%).

#### 5.3.14 Distribusi Akseptor Berdasarkan Persepsi Ketersediaan alat

Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi akseptor berdasarkan persepsi ketersediaan alat diperoleh bahwa akseptor yang menyatakan persepsi ketersediaan alat cukup sebanyak 67 orang (49,3%), banyak sebanyak 60 orang (44,1%), kurang sebanyak 4 orang (2,9%) dan tidak tahu sebanyak 5 orang (3,7%).

Selanjutnya persepsi ketersediaan alat dikategorikan menjadi 'banyak' dan 'kurang'. Persepsi ketersediaan alat cukup dan banyak dikategorikan menjadi 'banyak'. Persepsi ketersediaan alat kurang dan tidak tahu dikategorikan menjadi 'kurang'. Pada Tabel 5.2 dapat terlihat bahwa akseptor dengan persepsi ketersediaan alat 'banyak' pada kelompok kasus sebanyak 64 orang (94,1%) dan kelompok kontrol sebanyak 61 orang (89,7%). Akseptor dengan persepsi ketersediaan alat 'kurang' pada kelompok kasus sebanyak 4 orang (5,9%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 7 orang (10,3%).



#### 5.4 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan uji statistik untuk mengetahui adanya perbedaan variabel independen yaitu karakteristik akseptor (umur, jumlah anak hidup, pendidikan, pengalaman, pekerjaan), lingkungan (dukungan suami, pekerjaan suami, tempat pelayanan dan jarak ke tempat pelayanan) dan program (biaya pelayanan dan ketersediaan alat) terhadap variabel dependen (penggunaan kontrasepsi IUD).

Dari sebelas variabel independen, ternyata enam variabel menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan penggunaan kontrasepsi IUD yaitu pendidikan akseptor (*p-value* 0,001\*), pekerjaan akseptor (*p-value* 0,006\*), pekerjaan suami (*p-value* 0,028\*), tempat pelayanan (*p-value* 0,000\*), jarak ke tempat pelayanan (*p-value* 0,000\*) dan biaya pelayanan (*p-value* 0,000\*).

**Tabel 5.7**  
**Analisis Bivariat**

No.	Variabel	Kasus	%	Kontrol	%	<i>p-value</i>	OR 95% CI
<b>Karakteristik Akseptor</b>							
1.	Umur						
	> 35 tahun	35	51,5	34	50,0	1,000	1,061 (0,541-2,078)
	≤ 35 tahun	33	48,5	34	50,0		
2.	Jumlah Anak Hidup						
	Banyak	29	45,5	35	51,5	0,390	0,701 (0,357-1,379)
	Sedikit	39	54,7	33	48,5		
3.	Pendidikan Akseptor						
	Tinggi	53	77,9	34	50,0	0,001*	3,533 (1,678-7,44)
	Rendah	15	22,1	34	50,0		
4.	Pengalaman Seputar KB dan IUD						
	Cukup	51	75,0	42	61,8	0,140	1,875 (0,890-3,874)
	Kurang	17	25,0	26	38,2		
5.	Pekerjaan Akseptor						
	Kerja	30	44,1	14	20,6	0,006*	3,045 (1,427-6,499)
	Tidak kerja	38	55,9	54	79,4		

Lingkungan							
6.	Dukungan Suami						
	Mendukung	66	97,1	63	95,6	1,000	1,523
	Tidak Mendukung	2	2,9	5	4,4		(0,246-9,216)
7.	Pekerjaan Suami						
	Formal	56	82,4	43	63,2	0,028*	2,605
	Non Formal	12	17,6	25	36,8		(1,172-5,790)
8.	Tempat Pelayanan						
	Rumah Sakit	29	42,6	4	5,9	0,000*	11,897
	Non Rumah Sakit	39	57,4	64	94,1		(3,887-36,414)
9.	Jarak Ke Tempat Pelayanan						
	Jauh	44	64,7	18	26,5	0,000*	5,093
	Dekat	24	35,3	50	76,3		(2,446-10,602)
Program							
10.	Biaya Pelayanan						
	Tinggi	46	67,6	5	63,5	0,000*	26,345
	Rendah	22	32,4	63	92,6		(9,286-74,744)
11.	Ketersediaan Alat						
	Banyak	63	92,6	64	94,1	1,000	0,788
	Kurang	5	7,4	4	5,9		(0,202-3,068)

Keterangan: \* Bermakna

#### 5.4.1 Perbandingan Umur Akseptor Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD

Pada penelitian ini, variabel umur dikategorikan menjadi umur 'sedang' ( $\leq 35$  tahun) yang merupakan periode umur pada fase menjarangkan kesuburan/kehamilan dan umur 'tua' ( $> 35$  tahun) yang merupakan periode umur pada fase mengakhiri/mengehentikan kesuburan/kehamilan yang dianjurkan untuk tidak hamil lagi setelah memiliki 2 anak karena alasan medis dan lainnya (Hartanto, 1996).

Hasil analisis bivariat umur pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan umur yang bermakna antara akseptor pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p > 0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat

dilihat proporsi kasus untuk akseptor dengan umur 'tua' (51,1%) lebih besar dibandingkan proporsi pada kontrol (50%). Nilai OR (95% CI) yaitu sebesar 1 artinya umur 'sedang' memiliki peluang yang sama untuk menggunakan kontrasepsi IUD dengan umur 'tua'. Hal ini terjadi karena pada kelompok kasus dan kelompok kontrol dipadankan pada umur. Sehingga hasil yang diperoleh tidak ada perbedaan antara kelompok umur 'sedang' dan 'tua' dalam penggunaan kontrasepsi IUD dan kontrasepsi Non-IUD.

#### **5.4.2 Perbandingan Jumlah Anak Hidup Akseptor Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan jumlah anak hidup antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Jumlah anak hidup dikategorikan menjadi 'sedikit' ( $\leq 2$  orang) dan 'banyak' ( $> 2$  orang).

Hasil analisis bivariat jumlah anak hidup antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan jumlah anak hidup yang bermakna antara pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p > 0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan jumlah anak 'banyak' (45,6%) lebih kecil dibandingkan proporsi pada kontrol (51,5%).

#### **5.4.3 Perbandingan Pendidikan Akseptor Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan pendidikan akseptor antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Pendidikan akseptor dikategorikan menjadi 'tinggi' dan 'rendah'. Pada pendidikan 'tinggi', kelompok pendidikan yang termasuk adalah Tamat SMA/Sederajat dan Perguruan Tinggi. Sedangkan pada pendidikan 'rendah', kelompok yang termasuk adalah Tidak Tamat SD, Tamat SD/Sederajat dan Tamat SMP/Sederajat.

Hasil analisis bivariat pendidikan akseptor antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pendidikan yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p < 0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan pendidikan tinggi (77,9%) lebih besar dibandingkan proporsi pada kontrol (50%). Nilai OR (95%

CI) yaitu sebesar 3,5 artinya akseptor dengan pendidikan ‘tinggi’ berpeluang sebesar 3,5 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan akseptor dengan pendidikan ‘rendah’.

#### **5.4.4 Perbandingan Pengalaman Akseptor Seputar KB dan IUD Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan pengalaman akseptor seputar KB dan IUD antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Pengalaman akseptor dikategorikan menjadi ‘cukup’ dan ‘kurang’. Pertanyaan pengalaman terdiri dari 12 pertanyaan yang tiap pertanyaan diberi nilai 1. Pengalaman ‘cukup’ jika nilai diatas sama dengan rata-rata kelompok, yaitu diatas nilai 8. Pengalaman ‘kurang’ jika nilai dibawah rata-rata nilai kelompok yaitu dibawah nilai 8.

Hasil analisis bivariat pengalaman akseptor seputar KB dan IUD antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan pengalaman yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p>0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan pengalaman ‘cukup’ (75%) lebih besar dibandingkan proporsi pada kontrol (61,8%).

#### **5.4.5 Perbandingan Pekerjaan Akseptor Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan pekerjaan akseptor antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Pekerjaan akseptor dikategorikan menjadi ‘kerja’ dan ‘tidak kerja’. Kategori ‘kerja’ termasuk kelompok karyawan swasta, PNS, buruh/tani dan dagang/wiraswasta. Sedangkan kategori ‘tidak kerja’ adalah kelompok ibu rumah tangga.

Hasil analisis bivariat pekerjaan akseptor antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pekerjaan akseptor yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p<0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan pekerjaan akseptor ‘kerja’ (44,1%) lebih besar dibandingkan proporsi pada kontrol (20,6%).

Nilai OR (95% CI) yaitu sebesar 3,04 artinya akseptor dengan status ‘kerja’ berpeluang sebesar 3,04 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan akseptor dengan status ‘tidak kerja’.

#### **5.4.6 Perbandingan Dukungan Suami Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan dukungan suami antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Dukungan suami dikategorikan menjadi ‘mendukung’ dan ‘tidak mendukung’.

Hasil analisis bivariat dukungan suami antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan dukungan suami yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p>0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan dukungan suami ‘mendukung’ (97,1%) lebih besar dibandingkan proporsi kontrol (95,6%).

#### **5.4.7 Perbandingan Pekerjaan Suami Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan pekerjaan suami antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Pekerjaan suami akseptor dikategorikan menjadi ‘formal’ dan ‘non formal’. Kategori ‘formal’ termasuk kelompok karyawan swasta dan PNS. Sedangkan kategori ‘non formal’ termasuk tidak punya pekerjaan tetap, buruh/tani dan dagang/wiraswasta.

Hasil analisis bivariat pekerjaan suami antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pekerjaan suami yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p<0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan pekerjaan suami akseptor formal (82,4%) lebih besar dibandingkan proporsi pada kontrol (63,2%). Nilai OR (95% CI) yaitu sebesar 2,6 artinya akseptor dengan pekerjaan suami ‘formal’ berpeluang sebesar 2,6 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan akseptor dengan pekerjaan suami ‘non formal’.

#### **5.4.8 Perbandingan Tempat Pelayanan Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan tempat pelayanan antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Tempat pelayanan dikategorikan menjadi 'Rumah Sakit' dan 'non-Rumah Sakit'. Hal ini dilakukan karena idealnya pemasangan IUD harus disertai USG, radiologi atau histeroskopi untuk melihat posisi IUD yang benar agar tidak terjadi pergeseran, dan Rumah Sakit lebih berpotensi untuk menyediakan peralatan tersebut (Rukmini, 2008). Kategori 'non-Rumah Sakit' termasuk kelompok puskesmas, bidan swasta dan lainnya.

Hasil analisis bivariat tempat pelayanan antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tempat pelayanan yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p < 0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan tempat pelayanan rumah sakit (42,6%) lebih besar dibandingkan proporsi pada kontrol (5,9%). Nilai OR (95% CI) yaitu sebesar 11,89 artinya akseptor dengan tempat pelayanan di 'Rumah Sakit' berpeluang sebesar 11,89 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan akseptor dengan tempat pelayanan di 'non-Rumah Sakit'.

#### **5.4.9 Perbandingan Jarak Ke Tempat Pelayanan Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan jarak ke tempat pelayanan antara penggunaan kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Jarak ke tempat pelayanan dikategorikan menjadi 'jauh' dan 'dekat'.

Hasil analisis bivariat jarak ke tempat pelayanan antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa terdapat perbedaan jarak ke tempat pelayanan yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p < 0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan jarak ke tempat pelayanan 'jauh' (64,7%) lebih besar dibandingkan proporsi pada kontrol (26,5%). Nilai OR (95% CI) yaitu sebesar 5,09 artinya akseptor dengan jarak ke tempat pelayanan 'jauh' berpeluang sebesar 5,09 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan dengan jarak ke tempat pelayanan 'dekat'.

#### **5.4.10 Perbandingan Biaya Pelayanan Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan antara biaya pelayanan antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Biaya pelayanan dikategorikan menjadi ‘tinggi’ dan ‘rendah’.

Hasil analisis bivariat biaya pelayanan antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa terdapat perbedaan biaya pelayanan yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p < 0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan biaya pelayanan tinggi (67,6%) lebih besar dibandingkan proporsi pada kontrol (63,5%). Nilai OR (95% CI) yaitu sebesar 26,3 artinya akseptor dengan biaya pelayanan ‘tinggi’ berpeluang sebesar 26,3 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan dengan biaya pelayanan ‘rendah’.

#### **5.4.11 Perbandingan Persepsi Ketersediaan Alat Antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, dilakukan uji statistik untuk mengetahui perbedaan persepsi ketersediaan alat antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Ketersediaan alat dikategorikan menjadi ‘banyak’ dan ‘kurang’.

Hasil analisis bivariat persepsi ketersediaan alat antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan persepsi ketersediaan alat yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p > 0,05$ ). Pada Tabel 5.7 dapat dilihat bahwa proporsi kasus untuk akseptor dengan persepsi ketersediaan alat banyak (92,6%) lebih kecil dibandingkan proporsi pada kontrol (94,1%).

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus kontrol dimana rancangan tersebut untuk menggambarkan analisis sekaligus beberapa faktor penyebab atau faktor penentu suatu hasil jadi (Basuki, 2000). Validitas penelitian kasus kontrol tergantung pada metode seleksi subjek penelitian baik dalam penentuan kasus (*diseased*) dan control (*nondiseased*) maupun penentuan kelompok terpajan (*exposed*) dan tidak terpajan (*unexposed*) (Schlesselman, 1982).

Desain kasus kontrol mempunyai beberapa kelemahan yang harus dipertimbangkan dan diupayakan untuk dikurangi. Untuk meminimalisir bias dari desain studi kasus kontrol tersebut pada penelitian ini maka dilakukan penentuan kelompok kasus dan kontrol dengan definisi dan ketentuan yang jelas dan tepat sehingga dapat dikelompokkan dengan benar antara kelompok kasus dan kontrol. Begitu pun dalam menentukan kelompok terpajan dan tidak terpajan sehingga menghindari kekeliruan dalam pengelompokan.

##### **6.1.1 Bias dalam Variabel Penelitian**

Berdasarkan penelitian, banyak faktor yang merupakan faktor penentu penggunaan kontrasepsi IUD. Namun, dengan keterbatasan yang dimiliki peneliti, maka tidak semua variabel yang berhubungan dapat diteliti seperti konseling, KIE, keinginan punya anak lagi dan usia pertama menikah. Sehingga hasil penelitian ini tidak dapat menjelaskan secara menyeluruh tentang faktor penentu lainnya yang dapat membedakan antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD pada kelompok wanita usia subur (15-49 tahun) yang telah menikah dan merupakan akseptor KB aktif yang menetap atau tinggal di wilayah administrasi Puskesmas Jati Warna, Kecamatan Pondok Melati, Bekasi.

### 6.1.2 Bias dalam Mengingat Kembali (*Recall Bias*)

Bias mengingat kembali merupakan bias yang terjadi pada subjek saat diberi pertanyaan tentang faktor penentu atau faktor independen tertentu. Pada beberapa keadaan, subjek akan lebih mengingat kejadian (faktor) yang menyebabkan hasil jadi, sedangkan kontrol karena tidak mengalami suatu hasil jadi, faktor penentu yang menyebabkan suatu hasil jadi kurang diingat (Basuki, 2000).

Data variabel dependen dan independen diperoleh dengan menanyakan secara langsung kepada subjek. Ada beberapa variabel yang membutuhkan ingatan yang kuat untuk menjawab pertanyaan yang diajukan antara lain tempat pelayanan terakhir, jarak ke tempat pelayanan dan biaya pelayanan. Keterbatasan ini erat kaitannya dengan ingatan subjek untuk mengingat kembali tempat pelayanan terakhir yang subjek datangi, jarak ke tempat pelayanan dan biaya yang harus dikeluarkan subjek untuk mendapat pelayanan KB.

Untuk mengatasi bias dalam mengingat kembali (*recall bias*) maka pertanyaan yang disampaikan pada subjek dilakukan secara perlahan dan dilakukan pengulangan pertanyaan jika subjek belum mengerti dengan pertanyaan yang disampaikan. Pewawancara juga akan menanyakan beberapa hal lain yang dapat memancing agar jawaban yang dimaksud dapat diingat oleh subjek.

### 6.1.3 Bias dalam Pewawancara

Bias yang berasal dari pewawancara mungkin disebabkan oleh pengetahuan atau keyakinan pewawancara terhadap suatu faktor penentu yang sedang dibuktikan sebagai penyebab hasil jadi. Dengan adanya praduga tersebut, mungkin pewawancara akan cenderung untuk menanyakan lebih mendalam atau memberikan suatu sugesti kepada kasus untuk memberikan jawaban positif tentang suatu faktor penentu yang sedang diteliti, sedangkan terhadap subjek kontrol, mungkin pewawancara mempunyai kecenderungan untuk mendapatkan jawaban negatif tentang adanya suatu faktor penentu yang sedang diteliti (Basuki, 2000). Dalam mengatasi bias pewawancara, maka sebelum turun lapangan untuk pengumpulan data, pewawancara diberikan pemahaman tentang kontrasepsi IUD dan pelatihan terlebih dahulu yaitu cara menanyakan setiap pertanyaan dalam kuesioner.

## 6.2 Riwayat Penggunaan Kontrasepsi IUD dan Non-IUD

*World Health Organisation* (WHO) pada tahun 1970, mendefinisikan keluarga berencana sebagai tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami dan istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Sedangkan berdasarkan UU no. 10 tahun 1992, keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kehamilan, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera.

Salah satu metode kontrasepsi adalah *Intra Uterine Devices* (IUD) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR). IUD merupakan jenis kontrasepsi yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang. Pada Saifuddin (2006), angka kegagalan IUD hanya 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama. Dengan kata lain, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan. Selain berjangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti), IUD juga tidak ada efek samping hormonal dan tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI. Dapat kembali subur segera setelah pencabutan IUD.

Prevalensi pengguna IUD yang ada di penelitian ini adalah 50%. Hal ini terjadi karena desain penelitian adalah kasus kontrol yang dipadankan 1 : 1. Jadi proporsi kasus dan kontrol berbanding sama. Namun, jika melihat prevalensi pengguna IUD di wilayah administrasi Puskesmas Jati Warna tahun 2008, prevalensi pengguna IUD sebesar 14% berada di urutan ke tiga setelah suntik (57%) dan pil (22%). Pada Hasil Mini Survei tahun 2005, IUD juga menempati urutan ke tiga yaitu sebesar 7% setelah suntik (34%) dan pil (17%) (Iswarati, 2008).

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2007, pengguna kontrasepsi IUD di Indonesia sebesar 7,73%. Untuk daerah seperti Jakarta, jumlah pengguna IUD sebesar 10,04%, sedangkan di Jawa Barat sebesar 7,97%. Provinsi yang

paling banyak menggunakan IUD adalah provinsi Bali (36,13%), lalu Yogyakarta (22,14%). Sedangkan provinsi yang paling sedikit menggunakan IUD adalah Kalimantan Tengah (1,27%) (Profil Kesehatan Indonesia, 2007).

Dari prevalensi tersebut pengguna kontrasepsi IUD dikategorikan dalam kasus dengan prevalensi yang masih relatif sedikit (15-20%), untuk itu tepat jika dipilih disain kasus kontrol dalam penelitian ini. Selain itu, disain kasus kontrol dapat digunakan pada penelitian lapangan untuk menilai hasil intervensi suatu program kesehatan di dalam masyarakat. Sukar sekali menilai efek yang disebabkan oleh faktor intervensi yang khusus dilakukan untuk suatu penelitian. Dalam hal ini terdapat efek yang berasal dari luar yang bukan dari intervensi khusus pada penelitian yang bersangkutan (Basuki, 2000).

Pada pengguna kontrasepsi IUD, jenis IUD yang paling banyak digunakan adalah Nova-T sebanyak 32 orang (23,5%), selanjutnya Copper T sebanyak 25 orang (18,4%), yang paling sedikit adalah jenis Lippes Loop yaitu 1 orang (0,7%). 10 orang akseptor pengguna kontrasepsi IUD menyatakan tidak tahu jenis IUD apa yang mereka gunakan.

Berdasarkan hasil penelitian jenis IUD Lippes Loop digunakan oleh akseptor dengan kategori umur 'tua'. Hal ini sesuai dengan kriteria Lippes Loop yang dapat dibiarkan *in-utero* untuk selama-lamanya sampai menopause, sepanjang tidak ada keluhan dan atau persoalan bagi akseptornya (Hartanto, 1996). Untuk Nova-T dan Copper T mengapa paling banyak digunakan karena memiliki beberapa keuntungan antara lain ekspulsi lebih jarang, kehilangan darah haid sedikit, dapat lebih ditolerir oleh wanita dengan paritas rendah dan ukuran tabung inserter lebih kecil (Hartanto, 1996).

Lama menggunakan kontrasepsi pun bervariasi. Pada pengguna kontrasepsi IUD ada yang telah menggunakan IUD cukup lama (lebih dari 2 tahun) (55,9%) dan ada yang baru sebentar (44,1%). Demikian pula dengan pengguna kontrasepsi non-IUD. Ada yang telah lama menggunakan pil KB (73,1%), suntik (58,1%) dan implant (60%).

Tujuan akseptor menggunakan alat/cara kontrasepsi berhubungan dengan efektifitas dari alat/cara kontrasepsi yang digunakan. Pada pengguna kontrasepsi IUD, 58,8% mengatakan tujuan menggunakan kontrasepsi IUD adalah untuk

mengakhiri kehamilan dan 41,2% untuk mengatur jarak kehamilan. Pada pengguna pil, proporsi tujuan untuk mengakhiri kehamilan dan mengatur jarak kehamilan adalah sama yaitu 50%. Sedangkan pada pengguna suntik, 58,1% bertujuan untuk mengakhiri kehamilan dan 41,9% bertujuan untuk mengatur jarak kehamilan. Demikian pula pada pengguna implant, 60% akseptor menggunakan implant untuk mengakhiri kehamilan dan 40% untuk mengatur jarak kehamilan. Pada pengguna kondom (100%) bertujuan untuk mengatur kehamilan dan pada pengguna MOW 100% bertujuan untuk mengakhiri kehamilan.

Angka kegagalan dapat menggambarkan tingkat efektivitas suatu metode kontrasepsi. Angka kegagalan kontrasepsi lain berdasarkan kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama pemakaian adalah kondom (2-12 kehamilan), suntik kombinasi (3 kehamilan), lalu pil (1 kehamilan), IUD (0,6-0,8 kehamilan), MOW (0,5 kehamilan), MOP (0,15 kehamilan), dan yang terendah implant (0,05 kehamilan) (Saifuddin, 2006).

Jika melihat tingkat efektivitas kontrasepsi dan tujuan akseptor menggunakan kontrasepsi, maka banyak akseptor yang terdapat pada periode mengakhiri kehamilan masih menggunakan metode kontrasepsi dengan angka kegagalan yang cukup tinggi (suntik dan pil). Hal ini tentu berisiko jika akseptor berada pada periode mengakhiri kehamilan terjadi kegagalan metode dan akhirnya menyebabkan kehamilan.

Kontrasepsi kombinasi (Pil, suntik dan implant), baik digunakan pada fase menjarangkan kehamilan karena walaupun angka kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi, namun tidak terlalu berbahaya karena yang bersangkutan berada pada usia mengandung dan melahirkan yang baik. Sebaliknya pada fase mengakhiri kehamilan tidak dianjurkan menggunakan kontrasepsi dengan efektivitas rendah karena jika hamil lagi akan berisiko dengan alasan medis atau lainnya (Hartanto, 1996). Jika sudah masuk fase menghentikan/mengakhiri kehamilan dianjurkan pilihan utama adalah kontrasepsi mantap (IUD, MOP atau MOW).

Dalam memilih kontrasepsi, akseptor memiliki alasan tersendiri. Pada pengguna kontrasepsi IUD, alasan mereka memilih IUD sebagai kontrasepsi karena IUD dianggap lebih efektif (50%), tidak repot (17,6%), anjuran suami

(11,8%), anjuran petugas KB (5,9%), anjuran teman/keluarga (5,9%) dan lainnya (8,8%). Sedangkan pada pengguna non-IUD, alasan mereka tidak memilih kontrasepsi IUD adalah karena takut sebanyak 19 orang (27,9%), tidak tahu tentang kontrasepsi IUD 14 orang (20,6%), suami tidak setuju 15 orang (22,1%), ada keluhan 4 orang (5,9%), biaya mahal 4 orang (5,9%), malu 3 orang (4,4%) dan lainnya (13,2%).

Sumber informasi tentang kontrasepsi pada akseptor bervariasi. Paling banyak informasi bersumber dari bidan (57,4%), kemudian dokter (16,2%), TV (5,9%), PLKB dan kader (5,1%), brosur (2,2%), surat kabar (0,7%) dan lainnya (10%). Dengan demikian, bidan dan dokter sangat berperan dalam penyampaian informasi mengenai kontrasepsi terhadap akseptor.

### **6.3 Perbandingan Umur Akseptor antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Umur akseptor merupakan variabel yang cukup penting terhadap pemakaian kontrasepsi. Umur secara alamiah akan membatasi masa subur seorang wanita (15-49 tahun) (WHO).

Pada penelitian ini umur akseptor dibagi menjadi dua kategori yaitu 'tua' jika umur akseptor diatas 35 tahun dan 'sedang' jika umur akseptor berada antara usia 20 sampai 35 tahun. Pengkategorian ini sesuai dengan fase menjarangkan kehamilan (periode umur akseptor antara 20-35 tahun) dan fase menghentikan atau mengakhiri kehamilan (periode umur akseptor diatas 35 tahun) (Hartanto, 1996).

Pada penelitian ini umur akseptor termuda adalah 24 tahun dan umur akseptor tertua adalah 49 tahun dengan rata-rata umur adalah 35,54 tahun. Hasil analisis tidak menunjukkan perbedaan umur yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p > 0,05$ ). Nilai OR (95% CI) yaitu sebesar 1 artinya umur 'sedang' memiliki peluang yang sama untuk menggunakan kontrasepsi IUD dengan umur 'tua'. Hal ini terjadi karena pada kelompok kasus dan kelompok kontrol dipadankan pada umur. Sehingga hasil yang diperoleh tidak ada perbedaan antara kelompok umur 'sedang' dan 'tua' dalam penggunaan kontrasepsi IUD dan kontrasepsi Non-IUD.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hadi (2001) pada peserta KB di Lampung Tengah bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan pemilihan kontrasepsi IUD. Pola penggunaan kontrasepsi IUD pada kelompok akseptor berumur > 35 tahun sebagai alat kontrasepsi untuk mengakhiri kehamilan.

Pengguna kontrasepsi IUD tidak hanya pada kelompok umur tua, tapi juga kelompok umur sedang. Hal serupa didapatkan pada penelitian McMahon (2004) di Canada bahwa wanita usia 18-29 tahun banyak pula yang menggunakan IUD. Hal ini dikarenakan pada usia 18-29 tahun wanita telah menyelesaikan jenjang pendidikannya, mulai meniti karir dan pada puncak fertilitasnya. Dengan demikian pada kelompok ini cukup banyak wanita yang merupakan pengguna kontrasepsi. Namun, pada kelompok usia 35-44 tahun lebih yakin untuk menggunakan kontrasepsi steril dan IUD.

Pada penelitian Hull dan Henderson (1975) ditemukan bahwa umur pengguna IUD antara 15 sampai 52 tahun. Pada umumnya adalah umur 20-40 tahun dan yang terbanyak pada umur 25-30 tahun. IUD banyak digunakan pada kelompok akseptor tua yang telat hamil dan berisiko jika menggunakan pil KB.

Hal ini tidak sejalan pada penelitian BKKBN (2000) bahwa semakin tua umur wanita, semakin besar proporsi wanita yang menggunakan alat kontrasepsi IUD. Sedangkan pola sebaliknya dijumpai pada wanita yang belum pernah menggunakan IUD. Demikian pula pada hasil penelitian Syamsiah (2002), diperoleh bahwa sebagian besar responden yang memakai kontrasepsi IUD (65,7%) berumur 20-35 tahun.

Pada penelitian ini dapat diasumsikan bahwa alasan akseptor kelompok umur 'sedang' menggunakan IUD adalah karena IUD dianggap lebih efektif (50%). Dapat pula karena tidak cocok menggunakan kontrasepsi lain sehingga lebih memilih menggunakan kontrasepsi IUD. Sedangkan pada kelompok umur 'tua' karena memang ingin mengakhiri kehamilan.

#### 6.4 Perbandingan Jumlah Anak Hidup antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD

Salah satu faktor yang menentukan keikutsertaan pasangan suami istri dalam gerakan Keluarga Berencana adalah banyak anak yang dimilikinya. Diharapkan pada pasangan yang memiliki jumlah anak banyak (lebih dari 2 orang), kemungkinan untuk memulai kontrasepsi lebih besar dibandingkan daripada pasangan yang mempunyai anak sedikit (paling banyak 2 orang) (BKKBN, 1983).

Hasil uji *chi square* tidak menunjukkan adanya perbedaan jumlah anak hidup yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p= 0,390$ ). Proporsi kasus untuk subjek dengan jumlah anak 'banyak' (45,6%) lebih kecil dibandingkan proporsi pada kontrol (51,5%). Hal ini yang menyebabkan tidak terdapatnya hubungan yang bermakna antara jumlah anak hidup dengan penggunaan kontrasepsi IUD. Pada kontrol dengan anak 'banyak' lebih memilih untuk menggunakan kontrasepsi non-IUD dibandingkan kontrasepsi IUD.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hadi (2001) di Desa Purwodadi, Kecamatan Trimurjo. Akseptor yang memiliki anak 'banyak' hanya 20,3% yang menggunakan IUD. Hal ini dikarenakan akseptor yang memiliki anak 'banyak' lebih memilih menggunakan kontrasepsi non-IUD.

Hal serupa juga diungkapkan oleh Hull dan Henderson (1975) bahwa 167 wanita nullipara menggunakan kontrasepsi jenis Lippes Loop dan tidak mengalami kesulitan dalam pemasangan alat. Padahal sebelumnya permintaan kontrasepsi IUD jarang sekali karena dianggap sulit menggunakan alat pada nullipara, berisiko terkena PID dan dianggap akan membuat mandul jika digunakan oleh kelompok nullipara.

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Sukmawati (2001) yang menyatakan adanya hubungan antara jumlah anak dengan penggunaan kontrasepsi IUD. Demikian pula pada penelitian Syamsiah (2002), yang menyatakan bahwa akseptor yang memiliki anak lebih dari 2 mempunyai peluang untuk menggunakan IUD 2,84 kali dibandingkan akseptor yang memiliki anak sedikit.

Dalam Saifuddin (2006), akseptor yang multipara (pernah melahirkan lebih dari 1 bayi) dianjurkan untuk menggunakan IUD. Pada Hartanto (1996), segera setelah melahirkan anak pertama maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.

Dengan demikian, jumlah anak tidak mempengaruhi penggunaan kontrasepsi IUD. Pada akseptor yang memiliki anak banyak lebih tertarik untuk menggunakan kontrasepsi non-IUD. Dilihat dari distribusi alasan akseptor tidak memilih IUD karena tidak tahu (23,3%), hal ini mungkin dikarenakan akseptor belum mengetahui keuntungan dari kontrasepsi IUD. Sebagian akseptor juga banyak yang merasa malu atau takut jika dipasang kontrasepsi IUD (41,2%).

### **6.5 Perbandingan Pendidikan Akseptor antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pendidikan meningkatkan akses pelayanan, yaitu dengan meningkatkan akses wanita terhadap informasi, meningkatkan harga diri wanita dan meningkatkan kemampuan mereka dalam menyerap konsep-konsep kesehatan yang baru dan interaksi yang seimbang antara penyedia dan klien (Thaddeus dan Maine *dalam* Koblinsky, 1997).

Pada penelitian ini pendidikan akseptor dikategorikan menjadi ‘tinggi’ dan ‘rendah’. Hasil analisis bivariat ditemukan adanya perbedaan pendidikan yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p=0,001^*$ ). Proporsi akseptor pengguna IUD yang berpendidikan ‘tinggi’ (77,9%) lebih besar dibandingkan akseptor yang tidak menggunakan IUD (50%).

Akseptor dengan pendidikan ‘tinggi’ berpeluang 3,5 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan akseptor dengan pendidikan ‘rendah’. Hal ini diasumsikan bahwa akseptor dengan pendidikan ‘tinggi’ telah menyadari manfaat dari penggunaan kontrasepsi untuk mengatur kehamilan.

Tingkat pendidikan mempunyai pengaruh positif terhadap tingkat pemakaian IUD. Hasil serupa juga dikemukakan oleh Zanzibar (2003) bahwa responden pendidikan tamat SLTA keatas, cenderung 2,69 kali memakai IUD dibanding pendidikan tamat SD ke bawah. Sedangkan responden pendidikan SLTP 2,04 kali mempunyai kecenderungan memakai IUD dibandingkan pendidikan tamat SD ke bawah.

Data rumah tangga dari suatu penelitian di India memperlihatkan bahwa jika wanita dalam suatu keluarga semakin muda dan terdidik, maka akan semakin terbuka dan pentang menyerah untuk meningkatkan ketepatan dan mutu pelayanan kesehatan (Harding *dalam* Koblinsky, 1997). Menurut Eckholm dan Newland (1984), semakin banyak peluang bagi wanita untuk mendapatkan pendidikan semakin pula rasa optimis orang bahwa keluarga berencana akan diterima.

### **6.6 Perbandingan Pengalaman seputar KB dan IUD antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Dari hasil penelitian tidak ditemukan perbedaan pengalaman seputar KB dan IUD yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD. Pada penelitian ini, pengalaman akseptor seputar KB dan IUD dikategorikan menjadi pengalaman 'cukup' dan 'kurang'. Proporsi kasus untuk pengguna IUD dengan pengalaman 'cukup' (75%) lebih besar dibandingkan proporsi pada pengguna non-IUD (61,8%). Setelah dilakukan uji *chi square*, didapatkan hasil *p-value* 0,140. Dengan demikian, tidak ditemukan perbedaan pengalaman seputar KB dan IUD yang bermakna antara pengguna IUD dan Non-IUD.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dikatakan Middlebrook (1974) bahwa tidak adanya pengalaman sama sekali dengan sesuatu objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Pengalaman didapat tidak hanya dari proses pembelajaran formal (Rakhmat, 1992). Pengalaman seseorang juga melalui rangkaian peristiwa yang pernah dialami.

Azwar (1988) menambahkan bahwa apa yang kita alami akan membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atautkah sikap negatif akan tergantung pada berbagai faktor lain.

Dengan demikian, pengalaman bukanlah faktor tunggal dalam menentukan apakah seorang akseptor akan memilih menggunakan IUD atau tidak. Masih banyak faktor lain yang mempengaruhi.

## 6.7 Perbandingan Pekerjaan Akseptor antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD

Dalam menentukan kapan menggunakan kontrasepsi, wanita juga mempertimbangkan penghasilan mereka. Penggunaan kontrasepsi yang efektif mengurangi ketidakpastian tentang kapan wanita melahirkan anak, dan memberi kesempatan untuk memanfaatkan waktu dan tenaga pada peran ekonomi dalam rumah tangga. (Birdsall dan Chester *dalam* Koblinsky, 1997).

Pada penelitian ini pekerjaan akseptor dikategorikan menjadi 'kerja' dan 'tidak kerja'. Proporsi kasus untuk pengguna IUD dengan pekerjaan akseptor 'kerja' (44,1%) lebih besar dibandingkan proporsi pengguna non-IUD (20,6%). Hasil analisis bivariat antara pekerjaan akseptor dengan penggunaan kontrasepsi IUD menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan akseptor dengan penggunaan kontrasepsi IUD ( $p=0,006^*$ ).

Akseptor dengan status 'kerja' memiliki peluang 3,04 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan dengan akseptor yang berstatus 'tidak kerja'. Akseptor yang bekerja lebih membutuhkan kontrasepsi dengan tingkat efektivitas tinggi, tidak merepotkan dan berjangka panjang. Dengan status yang bekerja, akseptor pengguna IUD tidak khawatir lagi akan masalah biaya. Yang terpenting adalah kualitas dan efektivitas.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hadi (2001) didapatkan bahwa istri yang bekerja lebih besar (25,5%) memakai IUD di banding istri yang tidak bekerja, dimana hanya 10,7% yang memakai IUD. Hasil analisis didapatkan hubungan yang bermakna antara status pekerjaan akseptor dengan penggunaan kontrasepsi IUD.

Demikian pula dengan Zanzibar (2003), dalam penelitiannya menjelaskan bahwa status pekerjaan berkaitan dengan pemakaian IUD. Ibu yang bekerja mempunyai kecenderungan memakai IUD sebesar 71,1%, sedangkan ibu yang tidak bekerja mempunyai kecenderungan memakai IUD lebih rendah yaitu sebanyak 46,1%. Ibu yang bekerja mempunyai kecenderungan memakai IUD 2,88 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja.

Umumnya kalau angka kelahiran di suatu negara rendah, persentase wanita bekerja tinggi, tetapi kaitan ini tidak selalu sempurna. Tetapi bahwa hubungan ini ada, ini sudah terbukti, sehingga kita merasa optimis mengenai kemungkinan melambatnya pertumbuhan penduduk, melihat makin besarnya tingkat bekerja kaum wanita (Eckholm dan Newland, 1984).

### **6.8 Perbandingan Dukungan Suami antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Keputusan mencari pelayanan kesehatan merupakan hasil jaringan interaksi yang kompleks. Menemukan proses pengambilan keputusan dan pola komunikasi yang relevan bukanlah masalah yang sederhana. Keputusan mencari pelayanan kesehatan dapat dibuat oleh wanita itu sendiri, atau oleh suaminya, tokoh masyarakat desa, dan/atau anggota keluarga atau masyarakat lainnya (Koblinsky, 1997).

Pada penelitian ini dukungan suami terhadap akseptor dalam memilih kontrasepsi yang diinginkan hampir semua akseptor baik pengguna IUD (97,1%) dan non-IUD (95,6%) mendapat dukungan dari suami. Dengan demikian, hanya 2 akseptor (2,9%) dari pengguna IUD dan 3 akseptor (4,4%) dari pengguna non-IUD yang tidak mendapat dukungan suami dalam menggunakan metode kontrasepsi yang dipilihnya. Hasil uji *chi square*, tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna antara dukungan suami dengan penggunaan kontrasepsi IUD (*p-value* >0,05).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Syamsiah (2002). Akseptor yang mendapat dukungan suami berpeluang 41 kali untuk menggunakan IUD dibandingkan akseptor yang tidak mendapat dukungan suami. Demikian pula pada penelitian Zanzibar (2003), akseptor yang mendapat dukungan suami berpeluang 2,46 kali untuk menggunakan IUD dibandingkan yang tidak mendapat dukungan suami.

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar suami akan mendukung istri dalam memilih kontrasepsi, baik untuk yang memilih IUD maupun yang memilih non-IUD. Hal ini menunjukkan bahwa suami ikut berperan dalam mendukung program keluarga berencana. Suami mulai menyadari bahwa

program keluarga berencana merupakan wahana untuk mencapai kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga. Oleh karena itu, sangat baik sekali jika suami selalu mendukung istri dalam menggunakan metode kontrasepsi.

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 dari fertilitas istri mereka. (Cook dan Maine *dalam* Koblinsky, 1997).

### **6.9 Perbandingan Pekerjaan Suami antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Suami yang bekerja mempunyai kemampuan lebih dalam bidang ekonomi. Dengan demikian mempunyai kesempatan yang relatif lebih besar dalam menunjang istri untuk memakai alat KB.

Pekerjaan suami dikelompokkan menjadi 'formal' dan 'non-formal'. Hasil analisis menunjukkan adanya perbedaan pekerjaan suami yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p < 0,05$ ). Proporsi pengguna IUD dengan pekerjaan suami formal (82,4%) lebih besar dibandingkan proporsi pengguna non-IUD (63,2%). Akseptor dengan pekerjaan suami 'formal' memiliki peluang 2,7 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan dengan akseptor dengan pekerjaan suami 'non formal'.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Zanzibar (2003), responden yang mempunyai suami bekerja cenderung 3,425 kali memakai IUD dibanding responden yang mempunyai suami tidak bekerja. Namun, penelitian Hadi (2001) menggambarkan sebaliknya. Pekerjaan suami tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan penggunaan kontrasepsi IUD.

Pada umumnya masyarakat Indonesia, pendapatan yang mereka terima kebanyakan adalah hasil dari kepala rumah tangga atau suami. Bila suatu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak hanya menggantungkan hidup kepada seorang saja, maka sudah pasti pendapatan yang diperolehnya tidak bisa mencukupi untuk keperluan hidup seluruh keluarganya (BKKBN, 1982).

Jika melihat rata-rata biaya pelayanan yang harus dikeluarkan akseptor pengguna IUD yaitu Rp 135.303,68, maka dapat dikatakan biaya untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi IUD cukup mahal. Oleh karena itu, akseptor yang mempunyai pekerjaan suami di bidang 'formal' lebih berpeluang 2,7 kali untuk menggunakan IUD. Sedangkan akseptor dengan pekerjaan suami 'non-formal' lebih memilih untuk menggunakan kontrasepsi non-IUD.

#### **6.10 Perbandingan Tempat Pelayanan antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Pada penelitian ini, tempat pelayanan dikategorikan menjadi 'Rumah Sakit' dan 'non-Rumah Sakit'. Hal ini dilakukan karena idealnya pemasangan IUD harus disertai USG, radiologi atau histeroskopi untuk melihat posisi IUD yang benar agar tidak terjadi pergeseran, dan Rumah Sakit lebih berpotensi untuk menyediakan peralatan tersebut (Rukmini, 2008). Kategori 'non-Rumah Sakit' termasuk kelompok puskesmas, bidan swasta dan lainnya.

Pengguna kontrasepsi IUD (42,6%) lebih banyak menggunakan pelayanan 'Rumah Sakit' dibandingkan pengguna non-IUD (5,9%). Hasil analisis menunjukkan perbedaan tempat pelayanan yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p\text{-value} = 0,000^*$ ). Pengguna kontrasepsi IUD dengan tempat pelayanan di 'Rumah Sakit' berpeluang 11,89 kali untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan dengan tempat pelayanan di 'non-Rumah Sakit'.

Pengguna kontrasepsi IUD lebih mengutamakan kualitas pelayanan, oleh karena itu lebih memilih untuk memasang IUD di Rumah Sakit. Salah satu yang mendukung kualitas pelayanan Rumah Sakit adalah tersedianya peralatan USG untuk memeriksa posisi IUD di uterus setelah pemasangan. Perdarahan, ekspulsi dan pervorasi uterus terkadang disebabkan oleh posisi IUD yang tidak tepat di uterus (Hull dan Henderson, 1975). Dengan demikian diperlukan pemeriksaan USG, radiologi atau histeroskopi setelah pemasangan IUD.

Hal serupa juga dikemukakan oleh Tietze (1965) dalam penelitiannya di Puerto Rico. Sebagian besar para akseptor menggunakan pelayanan kontrasepsi IUD di Rumah Sakit dan klinik swasta.

Pada penelitian ini tempat pelayanan kontrasepsi paling banyak dipilih akseptor adalah bidan swasta sebanyak 63 orang (46,3%), lalu Rumah Sakit sebanyak 33 orang (24,3%), selanjutnya Puskesmas sebanyak 21 orang (15,4%) dan lainnya sebanyak 19 orang (14%). Hal ini menunjukkan bahwa bidan swasta adalah tempat yang paling banyak diminati oleh akseptor, selanjutnya Rumah Sakit dan Puskesmas.

Namun berbeda dengan penelitian BKKBN (2000), Puskesmas merupakan tempat pencabutan IUD terbanyak yang digunakan oleh wanita pernah pakai IUD, yaitu 56,7%, dan tempat berikutnya adalah bidan praktik swasta serta dokter swasta, masing-masing sebesar 18,6% dan 3,8%. Demikian pula dengan tempat pelayanan terakhir pelayanan IUD. Puskesmas merupakan tempat pelayanan terakhir yang dipakai oleh wanita peserta IUD (45,5%). Urutan berikutnya adalah bidan praktik swasta (27,2% dan 17,2%).

#### **6.11 Perbandingan Jarak ke Tempat Pelayanan antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Jarak membatasi kemampuan dan kemauan wanita untuk mencari pelayanan, terutama jika sarana transportasi yang tersedia terbatas, komunikasi sulit dan di daerah tersebut tidak terdapat rumah sakit (Leslie dan Gupta *dalam* Koblinsky, 1997). Menurut berbagai hasil penelitian, jarak ke fasilitas kesehatan yang jauh (diperburuk dengan jalan dan jaringan transportasi yang tidak memadai) merupakan kendala yang utama untuk mengakses pelayanan kesehatan. (Koblinsky, 1997).

Jarak ke tempat pelayanan dikategorikan menjadi 'jauh' dan 'dekat'. Pengguna kontrasepsi IUD dengan jarak ke tempat pelayanan 'jauh' (64,7%) lebih banyak dibandingkan pengguna kontrasepsi non-IUD (26,5%). Ditemukan perbedaan jarak ke tempat pelayanan yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p=0,000^*$ ). Pengguna kontrasepsi IUD dengan jarak ke tempat pelayanan 'jauh' berpeluang 5,09 kali menggunakan IUD dibandingkan yang jarak ke tempat pelayanan 'dekat'.

Hasil penelitian serupa juga dilaporkan oleh Hull dan Henderson (1975) bahwa para akseptor harus menempuh perjalanan jauh, paling dekat 10 Km, untuk mengakses pelayanan kontrasepsi IUD. Rata-rata perjalanan yang ditempuh adalah 10-30 Km, bahkan ada yang mencapai diatas 100 Km.

Penelitian ini sejalan dengan Teori Royston (1994) yang menyatakan bahwa salah satu kesulitan yang ditemukan oleh ibu yang akan menggunakan kontrasepsi adalah harus melakukan perjalanan ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan banyak menemukan kesulitan. Hal ini berkaitan dengan jarak dan kualitas tempat pelayanan. Untuk menuju tempat pelayanan yang berkualitas maka akseptor harus mengakses jarak perjalanan yang cukup jauh. Namun hal tersebut sebanding dengan kepuasan pelayanan yang mereka dapatkan.

#### **6.12 Perbandingan Biaya Pelayanan antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Proporsi pengguna kontrasepsi IUD yang mengeluarkan biaya ‘mahal’ untuk mendapatkan pelayanan sebesar 67,6% lebih besar dibandingkan dengan pengguna non-IUD yang mengeluarkan biaya ‘mahal’ untuk mendapatkan pelayanan yaitu sebesar 63,5%. Hasil uji *chi square* menunjukkan adanya perbedaan biaya pelayanan yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD ( $p < 0,05$ ). Pengguna IUD yang mengeluarkan biaya pelayanan ‘mahal’ berpeluang 26,3 kali untuk menggunakan IUD dibandingkan dengan pengguna IUD yang mengeluarkan biaya ‘tidak mahal’.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Lewis (*dalam* Koblinsky 1997) bahwa pengguna kontrasepsi memerlukan sejumlah biaya untuk memperoleh dan menggunakan kontrasepsi, selain biaya alat kontrasepsi. Harga moneter mungkin bukan merupakan faktor terpenting bagi wanita. Biaya non moneter yang harus mereka pertimbangkan meliputi jarak ke tempat penyediaan kontrasepsi, kehilangan waktu dan biaya transportasi akibat tidak berhasil mendapatkan metode atau pelayanan serta biaya penyediaan kembali, termasuk faktor-faktor yang serupa dengan yang diatas.

Pelayanan yang bermutu rendah, seperti waktu menunggu yang lama, kurangnya privasi, atau interaksi dengan penyedia yang kurang memuaskan,

menambah besarnya kerugian finansial (Koblinsky, 1997). Pelayanan yang berkualitas biasanya dibarengi dengan biaya yang cukup mahal. Berdasarkan hasil penelitian, akseptor yang mengeluarkan biaya 'mahal' lebih berpotensi untuk menggunakan kontrasepsi IUD dibandingkan yang tidak. Akseptor lebih mengutamakan kualitas pelayanan yang memuaskan dibandingkan dengan besarnya biaya untuk mendapatkan pelayanan. Akseptor bersedia mengeluarkan biaya yang mahal asalkan mendapat pelayanan yang berkualitas.

### **6.13 Perbandingan Persepsi Ketersediaan Alat antara Pengguna Kontrasepsi IUD dan Non-IUD**

Ketersediaan alat dikategorikan menjadi 'banyak' dan 'kurang'. Proporsi pengguna kontrasepsi IUD yang berpendapat bahwa persediaan alat di tempat pelayanan yang mereka pilih 'banyak' (92,6%) lebih sedikit dibandingkan dengan proporsi pengguna kontrasepsi non-IUD (94,1%). Pada penelitian ini tidak ditemukan perbedaan persepsi ketersediaan alat yang bermakna antara pengguna kontrasepsi IUD dan Non-IUD.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sukmawati (2001) bahwa tidak ada hubungan bermakna antara persepsi ketersediaan alat dengan penggunaan kontrasepsi IUD. Demikian pula Teori yang dikemukakan Royston (1994) bahwa ada 2 alasan utama wanita tidak memanfaatkan pelayanan kontrasepsi. Pertama, pelayanan yang tidak cukup tersedia sehingga ada sejumlah orang yang tidak mendapatkan kesempatan untuk menggunakan kontrasepsi modern. Kedua, pelayanan yang tidak sesuai dengan keinginan masyarakat.

Dapat disimpulkan bahwa baik pengguna kontrasepsi IUD maupun non-IUD akan tetap menggunakan kontrasepsi yang mereka pilih tanpa memperdulikan ketersediaan alat yang ada di tempat pelayanan yang mereka tuju. Jika akseptor tidak mendapatkan alat/cara kontrasepsi di tempat pelayanan yang biasa mereka datang, maka mereka akan mencari alternatif tempat lain untuk mendapatkan alat/cara kontrasepsi yang mereka cari.