

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keluarga Berencana (KB) merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan suami isteri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (WHO, 2009). Program KB tidak hanya bertujuan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk, melainkan juga untuk memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi (KR) yang berkualitas, menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi untuk membentuk keluarga kecil berkualitas (Yuhedi dan Kurniawati, 2013).

Menurut *Worldometers* tahun 2019, jumlah penduduk dunia pada 2019 mencapai 7,7 miliar jiwa. Angka tersebut tumbuh 1,08% dari 2018 yang sebesar 7,6 miliar jiwa. Selama sepuluh tahun terakhir, jumlah penduduk dunia meningkat stabil dengan kisaran pertumbuhan 1-1,2% per tahun. Meskipun jumlah penduduk dunia selalu meningkat, data pertumbuhan penduduk dunia menunjukkan tren melambat. Pada 2050 diproyeksikan pertumbuhan penduduk dunia hanya sebesar 0,53% (Jayani dan Widowati, 2019).

Indonesia merupakan negara berkembang yang menempati urutan keempat dengan jumlah penduduk terbesar di dunia setelah Cina, India dan Amerika Serikat (Indikator Kesejahteraan Rakyat Tahun 2017). Laju pertumbuhan penduduk diakibatkan oleh tiga komponen demografi yaitu, fertilitas, mortalitas, dan migrasi (Moertiningsih dan Samosir, 2017).

Upaya pemerintah untuk mengantisipasi laju pertumbuhan penduduk yang sangat cepat ini dengan berbagai cara, salah satunya adalah dengan mencanangkan program Keluarga Berencana (KB) yang dimulai sejak tahun 1970. Keluarga Berencana (KB) merupakan tindakan yang membantu individu/pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval kelahiran dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (WHO, 2016).

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) tahun 2017 menunjukkan angka fertilitas total (Total Fertility Rate atau TFR) sebesar 2,4 anak per wanita, yang berarti seorang wanita di Indonesia rata-rata melahirkan 2,4 anak selama hidupnya jika ia mengikuti pola ASFR (*Age Specific Fertility Rate*) saat ini (SDKI, 2017).

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) mencatat jumlah pasangan usia subur (WUS) yang tidak mengikuti program Keluarga Berencana (KB) atau yang tak ber-KB cenderung meningkat. Di April 2017 jumlahnya sebanyak 12,2 juta dan meningkat menjadi 13,2 juta per April 2018 (BKKBN, 2018).

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Riau pada tahun 2018, jumlah Wasangan Usia Subur (WUS) sebanyak 856.198, pasangan yang menjadi peserta KB aktif pada tahun 2018 sebanyak 72,4% peserta, sedangkan WUS yang tidak menggunakan KB sebanyak 27,6% peserta, dengan target pencapaian KB di Provinsi Riau yaitu 76,58% peserta, ternyata target pencapaian KB di Provinsi Riau masih belum tercapai, dengan jumlah penduduk dan WUS yang tidak menggunakan alat kontrasepsi semakin meningkat (Dinkes Provinsi Riau, 2018).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2019, jumlah WUS di Puskesmas Kampar sebanyak 7.771 dan WUS yang tidak menggunakan sebanyak 2659 (34,2%). Berikut data sebaran WUS yang tidak ikut serta dalam program KB di Puskesmas yang ada di Kabupaten Kampar.

Tabel 1.1 Data Jumlah WUS yang tidak ber-KB di Puskesmas Kabupaten Kampar tahun 2019

No	Puskesmas	WUS ber-KB	WUS tidak ber-KB	Jumlah WUS	WUS tidak ber-KB (%)
1	Kampar Kiri Hulu II	107	423	530	79.8
2	Tapung Hulu II	3074	3889	6963	55.9
3	Siak Hulu I	4289	3888	8177	47.5
4	Siak Hulu III	1572	1175	2747	42.8
5	Kampar	2551	1345	3896	34.52
6	Kuok	3513	1410	4953	28.6
7	XIII Koto Kampar III	1011	341	1352	25.2
8	Bangkinang Kota	5092	973	6065	16.0
9	Salo	2973	548	3521	15.6
10	Kampar Kiri Tengah	3874	713	4587	15.5
11	Gunung Sahilan I	865	154	1019	15.1
12	Tambang	11049	991	12040	8.2
13	Tapung (Perawatan)	6085	383	6468	5.9
14	XIII Koto Kampar I	1193	70	1263	5.5
15	Siak Hulu II	7107	378	7485	5.1
16	Koto Kampar Hulu	2578	111	2689	4.1
17	Tapung Hilir II	4507	113	4620	2.4
18	Tapung II	6479	18	6497	0.28
19	Tapung Hilir I	2264	4	2268	0.2
20	Gunung Sahilan II	1929	4	1933	0.2
21	Tapung Hulu I	5942	0	5942	0
22	Bangkinang	4143	0	4143	0
23	Tapung I	3341	0	3341	0
24	Kampar Kiri	3242	0	3242	0
25	Kampar Timur	2953	0	2953	0
26	Kampar Utara	2730	0	2730	0
27	Rumbio Jaya	2613	0	2613	0
28	Perhentian Raja	2068	0	2068	0
29	Kampar Kiri Hilir	2033	0	2033	0
30	Kampar Kiri Hulu I	1295	0	1295	0
31	XIII Koto Kampar II	1128	0	1128	0
Total		103600	16931	120561	40,84

Berdasarkan tabel 1.1 dari 31 Puskesmas yang ada di Kabupaten Kampar, Puskesmas Kampar berada di posisi kelima dengan jumlah WUS yang tidak menggunakan KB yaitu 1.345 (34,52%). Pada urutan pertama ditempati oleh Puskesmas Kampar Kiri Hulu II yaitu 79,8%, kemudian Puskesmas Tapung Hulu II yaitu 55,9%, Puskesmas Siak Hulu I yaitu 47,5% dan Puskesmas Siak Hulu III yaitu 42,8%.

Dampak apabila masih banyak wanita usia subur tidak menggunakan kontrasepsi yaitu jumlah penduduk semakin besar dan semakin meningkat, kekurangan pangan dan gizi sehingga menyebabkan kesehatan masyarakat yang buruk, pendidikan rendah, kurangnya lapangan pekerjaan, tingkat kelahiran dan kematian yang tinggi khususnya di negara berkembang (Wiknjosastro, 2008).

Berdasarkan data bulan Januari s/d Juni 2020 dari Puskesmas Kampar terdiri dari 18 desa yang merupakan sebaran WUS yang tidak ikut serta dalam program KB.

Tabel 1.2 : Jumlah WUS yang ber-KB dan tidak ber-KB di wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar tahun 2020

No	Nama Desa	WUS ber KB	WUS tidak ber KB	WUS tidak ber KB %	Jumlah WUS
1	Ranah Singkuang	73	63	46,32%	136
2	Pulau Tinggi	71	52	42,28%	123
3	Padang Mutung	134	96	41,74%	230
4	Pulau Jambu	96	66	40,74%	162
5	Simpang Kubu	106	66	38,37%	172
6	Bukit Ranah	108	66	37,93%	174
7	Batu Belah	239	144	37,60%	383
8	Koto Tibun	120	72	37,50%	192
9	Tanjung Rambutan	121	72	37,31%	193
10	Pulau Sarak	72	42	36,84%	114
11	Naumbai	109	59	35,12%	168
12	Ranah Baru	72	36	33,33%	108
13	Air Tiris	287	138	32,47%	425
14	Rumbio	174	78	30,95%	252
15	Tanjung Berulak	126	55	30,39%	181
16	Penyasawan	330	138	29,49%	468
17	Limau Manis	116	48	29,45%	163
18	Ranah	198	54	21,43%	252
Total		2551	1345	34,52%	3896

Dari tabel 1.2 dapat dilihat bahwa persentase tertinggi WUS yang tidak ber-KB terdapat di desa Ranah Singkuang yaitu sebanyak 63 (46,32%). Data tahun 2018 menunjukkan jumlah WUS yang tidak ikut serta dalam program KB yaitu 56 (42,44%), dan tahun 2019 jumlah WUS yang tidak ikut serta dalam program KB sebanyak 47 (44,00 %), sedangkan tahun 2020 jumlah WUS yang tidak ikut serta dalam program KB naik menjadi 63 (46,32 %). Akan tetapi belum mencapai target yang ditetapkan oleh Puskesmas Kampar yaitu 75 %.

Pencapaian persentase WUS yang tidak ikut serta dalam program KB disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya umur, pendidikan, dan dukungan suami, sedangkan menurut BKKBN, alasan WUS tidak ber-KB yaitu tidak menyetujui KB, sedang hamil, alasan fertilitas, tidak tahu tentang KB, takut efek samping, pelayanan KB jauh, tidak mampu/mahal, dan lainnya (Affandi, 2013).

Umur berperan sebagai faktor predisposisi dalam hubungannya dengan pemakaian KB. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi fisiologis komposisi biokimiawi serta sistem hormonal seorang wanita. Perbedaan fungsi fisiologis, komposisi biokimiawi dan sistem hormonal akan mempengaruhi pemakaian kontrasepsi yang bermaksud untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Lina, 2012).

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya sesuatu hal, termasuk pentingnya keikutsertaan dalam KB. WUS yang memiliki latar belakang pendidikan rendah cenderung tidak memiliki motivasi untuk membatasi fertilitas. Akibat dari pendidikan rendah tersebut WUS kurang mengetahui mengenai program KB (Khasanah, 2011).

Dalam keluarga suami mempunyai peranan sebagai kepala keluarga yang mempunyai hak untuk mendukung atau tidak mendukung apa yang dilakukan istri sehingga dukungan suami dalam mengikuti program KB sangat diperlukan. Dengan adanya dukungan suami mengenai keikutsertaan

WUS dalam program KB dapat berlangsung terus menerus yang merupakan usaha untuk penurunan tingkat *fertilitas*. Sering kali tidak adanya keterlibatan suami mengakibatkan kurangnya informasi yang dimiliki seorang suami mengenai kesehatan reproduksi terutama alat kontrasepsi (BKKBN, 2016).

Kesenjangan prevalensi angka WUS yang tidak ikut serta dalam program KB di desa Ranah Singkuang setiap tahunnya mengalami peningkatan. Penyuluhan serta konseling yang dilakukan oleh bidan desa yang bekerjasama dengan PLKB sudah cukup baik dan maksimal, tetapi setelah di telusuri penyebab masih banyaknya WUS yang tidak mau mengikuti program KB yaitu sebagian besar berumur dibawah 25 tahun. Banyak WUS yang berusia < 25 tahun beranggapan karena masih mudanya umur maka keinginan memiliki anak banyak masih cukup tinggi, sehingga kemauan untuk ikut program KB dalam menjarangkan kehamilan tidak ada. Sebagian WUS memiliki pendidikan yang rendah dan kebanyakan tamatan SMP sehingga pola pikir WUS mengenai program KB masih kurang, serta dengan tidak adanya dukungan suami dengan program KB maka tingkat kehamilan di desa tersebut semakin meningkat.

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan di Puskesmas Kampar didapatkan data WUS yang tidak ber-KB dari bulan Januari – Februari 2020 desa Ranah Singkuang masih menempati urutan pertama. Pada bulan Januari 2020 WUS yang tidak ber-KB di desa Ranah Singkuang sebanyak 24 (38,10%) dan bulan Februari 2020 sebanyak 24 (37,50%).

Berdasarkan survey yang dilakukan di desa Ranah Singkuang pada tanggal 1 Juni 2020 melalui diskusi sederhana kepada 10 orang WUS diantaranya 6 orang WUS rata-rata memiliki usia muda yang disebabkan mereka menikah pada usia sekolah (remaja), dan 7 orang WUS mengatakan tidak berniat untuk mengikuti program KB karena pendidikan yang rendah hanya tamatan SD dan SMP sederajat, sehingga pengetahuan mereka terhadap program KB masih kurang dan kebanyakan WUS di Ranah Singkuang banyak yang tidak mau tahu terkait program KB. Pada 6 orang WUS mengatakan tidak mau ber-KB disebabkan tidak mendapatkan persetujuan dari suami karena beranggapan bahwa banyak anak banyak rezeki dan beberapa suami juga beranggapan program KB bertentangan dengan ajaran agama.

Dari permasalahan yang ada maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang **“Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Ketidakikutsertaan WUS dalam Program KB di Desa Ranah Singkuang Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kampar Tahun 2020”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “apa saja faktor – faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan WUS dalam program KB di desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar tahun 2020 ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan WUS dalam program KB di desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi umur, pendidikan dan dukungan suami dalam ketidakikutsertaan WUS dalam program KB di desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar tahun 2020.
- b. Mengetahui hubungan umur dengan ketidakikutsertaan WUS dalam program KB di desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar tahun 2020.
- c. Mengetahui hubungan pendidikan dengan ketidakikutsertaan WUS dalam program KB di desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar tahun 2020.
- d. Mengetahui hubungan dukungan suami dengan ketidakikutsertaan WUS dalam program KB di desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar tahun 2020.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori dan menambah hasil informasi ilmiah yang mencakup dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan WUS dalam program KB. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menyusun hipotesa baru dalam merancang penelitian selanjutnya.

2. Aspek Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran kepada bidan desa dan petugas PLKB setempat untuk mengetahui penyebab ketidakikutsertaan dalam program KB serta memberikan konseling kepada WUS jenis-jenis kontrasepsi, manfaat, efek samping serta dampak apabila tidak mengikuti program KB, sehingga kenaikan persentase WUS yang tidak ber-KB di desa tersebut bisa diatasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu program yang dicanangkan oleh pemerintah Indonesia untuk mengontrol jumlah populasi rakyat Indonesia yang semakin meledak. KB adalah usaha untuk mengatur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulistyawati, 2012).

Keluarga Berencana menurut WHO adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami-istri untuk (Marmi, 2016) :

- 1) Menghindari kelahiran tidak diinginkan
- 2) Mendapatkan kelahiran yang diinginkan
- 3) Mengatur interval diantara kelahiran
- 4) Mengontrol waktu kelahiran dalam hubungan dengan umur suami dan istri
- 5) Menentukan jumlah anak dalam keluarga

Secara umum keluarga berencana dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut. Diharapkan dengan adanya perencanaan keluarga yang matang kehamilan merupakan suatu hal yang memang sangat diharapkan sehingga akan terhindar dari perbuatan untuk mengakhiri kehamilan dengan aborsi (Hartanto, 2014).

b. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut BKKBN (2017) tujuan KB dibagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus yaitu :

1) Tujuan umum

a) Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

b) Mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia.

2) Tujuan khusus

a) Pengaturan kelahiran

Upaya untuk membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia ideal, memiliki jumlah anak, dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat, atau obat kontrasepsi.

b) Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP)

Upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama, sehingga mencapai usia minimal pada saat perkawinan yaitu 20 tahun bagi wanita dan 25 tahun bagi pria. Pendewasaan usia perkawinan bukan sekadar menunda sampai usia tertentu saja tetapi mengusahakan agar kehamilan pertama pun terjadi pada usia yang cukup dewasa.

c) Peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga

Membentuk keluarga berkualitas artinya suatu keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan, dan produktif dari segi ekonomi.

d) Mencegah kehamilan karena alasan pribadi

Upaya untuk membantu seseorang apabila kehamilannya dapat membahayakan ibu seperti terjadi komplikasi yang dialami ibu.

e) Menjarangkan kehamilan

Upaya untuk membantu pasangan suami istri dalam mengatur jarak setelah kelahiran anak pertama dengan anak kedua.

f) Membatasi jumlah anak

Upaya untuk membantu pasangan suami istri untuk membatasi jumlah anak dengan menghentikan kehamilan apabila anak dirasa sudah cukup.

c. Manfaat Keluarga Berencana

Menurut Sulistyawati (2012), manfaat dari program Keluarga Berencana (KB) adalah sebagai berikut :

1) Mencegah kehamilan terlalu dini

Perempuan yang usianya belum mencapai 20 tahun memiliki risiko yang berbahaya apabila hamil karena fungsi organ dalam tubuh belum siap apabila terjadi kehamilan.

2) Mencegah kehamilan terlalu telat

Perempuan yang usianya sudah terlalu tua atau di atas usia 35 tahun memiliki risiko tinggi apabila terjadi kehamilan, terutama pada perempuan yang sudah sering melahirkan.

3) Mencegah kehamilan-kehamilan yang terlalu berdesakan jaraknya

Kehamilan dan persalinan menuntut banyak energi dan kekuatan tubuh perempuan. Apabila seseorang belum pulih dari satu persalinan tetapi sudah hamil lagi, tubuhnya tidak sempat

memulihkan kekuatan dan berbagai masalah bahkan dapat menyebabkan kematian.

4) Mencegah terlalu sering hamil dan melahirkan

Perempuan memiliki banyak risiko apabila sudah memiliki anak lebih dari empat. Bahaya yang akan ditimbulkan apabila terjadi kehamilan kembali maka akan menyebabkan perdarahan dan lain-lain.

Menurut Pinem dkk (2014), akseptor KB menurut sarasannya terbagi menjadi tiga fase yaitu :

1) Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama, sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena umur dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyaianak. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan cara sederhana.

2) Fase mengatur/menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan

jarak antara kelahiran adalah 2–4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu : efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi, dapat dipakai 3–4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan, serta tidak menghambat produksi air susu ibu (ASI). Kontrasepsi yang cocok dan disarankan menurut kondisi ibu yaitu : AKDR, suntik KB, pil KB atau implan

3) Fase mengakhiri kesuburan/tidak hamil lagi

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil lagi. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Disamping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontak, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB.

d. Sasaran Program Keluarga Berencana

Sasaran pada program keluarga berencana terbagi menjadi sasaran langsung dan sasaran tidak langsung (BAPPENAS, 2014) :

1) Sasaran Langsung

Pasangan usia subur yaitu pasangan yang wanitanya antara 15-49 tahun. Karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual

dapat mengakibatkan kehamilan, PUS diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberikan efek langsung penurunan fertilitas.

2) Sasaran Tidak Langsung

a) Kelompok remaja 15-19 tahun, remaja ini memang bukan merupakan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung tetapi merupakan kelompok yang berisiko untuk melakukan hubungan seksual akibat telah berupaya promotif dan preventif untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta kejadian aborsi.

b) Organisasi-organisasi, lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi-instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat yang diharapkan dapat memberikan dukungannya dalam pelebagaan NKKBS.

c) Sasaran wilayah dengan laju pertumbuhan penduduk yang tinggi.

e. Pelayanan Keluarga Berencana

Pelayanan kontrasepsi saat ini dirasakan masyarakat, khususnya pasangan suami-istri, sebagai salah satu kebutuhannya. Pelayanan kontrasepsi yang semula menjadi program pemerintah dengan orientasi pemenuhan target melalui subsidi penuh dari pemerintah, berangsur- angsur bergeser menjadi suatu gerakan masyarakat yang sadar akan kebutuhannya hingga bersedia membayar untuk

memenuhinya. Peran pelayanan Keluarga Berencana diarahkan untuk menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi, karena kehamilan yang diinginkan dan berlangsung pada keadaan dan saat yang tepat, akan lebih menjamin keselamatan ibu dan bayi yang dikandungnya. Pelayanan KB bertujuan menunda, menjarangkan, atau membatasi kehamilan bila jumlah anak sudah cukup. Dengan demikian pelayanan KB sangat berguna dalam mengatur kehamilan dan pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak tepat waktu (Depkes, 2012). Ada lima hal penting dalam pelayanan Keluarga Berencana yang perlu diperhatikan (Depkes, 2012) :

- 1) Prioritas pelayanan KB diberikan terutama kepada Pasangan Usia Subur yang isterinya mempunyai keadaan 4 terlalu yaitu terlalu muda (usia kurang dari 20 tahun), terlalu banyak anak (lebih dari 3 orang), terlalu dekat jarak kehamilan (kurang dari 2 tahun), dan terlalu tua (lebih dari 35 tahun).
- 2) Menekankan bahwa KB merupakan tanggung jawab bersama antara suami dan isteri. Suami juga perlu berpartisipasi aktif dalam ber KB dengan menggunakan alat/metode kontrasepsi untuk pria.
- 3) Memberi informasi lengkap dan adil tentang keuntungan dan kelemahan masing-masing metode kontrasepsi. Setiap klien berhak untuk mendapat informasi mengenai hal ini, sehingga dapat mempertimbangkan metode yang paling cocok bagi dirinya.

- 4) Memberi nasehat tentang metoda yang paling cocok sesuai dengan hasil pemeriksaan fisik sebelum pelayanan KB diberikan kepada klien, untuk memudahkan klien menentukan pilihan.
- 5) Memberi informasi tentang kontraindikasi pemakaian berbagai metode kontrasepsi. Pelaksanaan pelayanan KB perlu melakukan skrining atau penyaringan melalui pemeriksaa fisik terhadap klien untuk memastikan bahwa tidak terdapat kontra indikasi bagi pemakaian metoda kontrasepsi yang akan dipilih. Khusus untuk tindakan operatif diperlukan surat pernyataan setuju (*informed consent*) dari klien.

2. Wanita Usia Subur (WUS)

Wanita usia subur adalah wanita yang memasuki usia antara 15-49 tahun tanpa memperhitungkan status perkawinannya. Wanita Usia Subur ini mempunyai organ reproduksi yang masih berfungsi dengan baik, sehingga lebih mudah untuk mendapatkan kehamilan, yaitu antara umur 20 sampai dengan 45 tahun (Depkes RI, 2011).

Wanita usia subur (WUS) adalah wanita yang keadaan organ reproduksinya berfungsi dengan baik antara umur 20-45 tahun. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Pada usia ini wanita memiliki kesempatan 95% untuk hamil (Suparyanto, 2011).

3. Faktor – Faktor Ketidakikutsertaan WUS dalam Program KB

Beberapa hal yang merupakan faktor sehingga wanita usia subur tidak ikut serta dalam program KB antara lain:

a. Umur

Umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Umur menjadi indikator dalam kedewasaan di setiap pengambilan keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya. Umur seseorang akan mempengaruhi perilaku sedemikian besar karena semakin lanjut umurnya, maka semakin lebih besar tanggung jawab, lebih tertib, lebih bermoral, lebih berbakti dari usia muda. Umur berperan sebagai faktor presdiposisi dalam hubungannya dengan pemakaian KB. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi fisiologis komposisi biokimiawi serta sistem hormonal seorang wanita. Perbedaan fungsi fisiologis, komposisi biokimiawi dan sistem hormonal akan mempengaruhi pemakaian kontrasepsi yang bermaksud untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Lina, 2012).

Variabel umur ditemukan signifikan pada penelitian yang dilakukan oleh Prihastuti (2014) yang menemukan bahwa kemungkinan terjadinya ketidakikutsertaan WUS cenderung menurun seiring meningkatnya umur responden wanita. Pasangan usia subur yaitu pasangan yang istrinya berumur 15-49 tahun atau pasangan

suami-istri berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih haid (datang bulan) (BKKBN, 2009). Masa reproduksi wanita dapat dikategorikan menjadi reproduksi sehat yaitu umur 15 – 35 tahun dan reproduksi tua yaitu umur 36 – 49 tahun (Siswosudarmo, 2009).

b. Pendidikan

Pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Tingkat pendidikan menunjukkan korelasi positif yang meningkat. Tingkat pendidikan menunjukkan korelasi positif dengan terjadinya perubahan perilaku positif yang meningkat dan dengan demikian pengetahuan juga meningkat. Pembagian pendidikan menurut pengetahuan juga meningkat. Pembagian pendidikan menurut Depdiknas yaitu pendidikan rendah (tamatan SD dan SMP sederajat) dan pendidikan tinggi (tamatan SMA sederajat dan Akademi/Perguruan Tinggi) (Pro-Health, 2009).

Pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri (Notoatmodjo, 2010). Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin baik pula pengetahuannya (Hary, 2016).

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya sesuatu hal, termasuk pentingnya keikutsertaan dalam KB. Ini disebabkan seseorang yang berpendidikan tinggi akan lebih luas pandangannya dan lebih mudah menerima ide dan tata cara kehidupan baru. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi.

Menurut Westoff dan Bankole (2010) mengatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka semakin rendah persentase keinginan untuk ikut program KB. Pendidikan bisa mempengaruhi keinginan WUS ikut dalam program KB karena orang berpendidikan akan memiliki pengetahuan yang lebih tentang permasalahan kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi, sehingga mereka bisa lebih mengerti mengenai alat atau cara KB tertentu beserta pengaruhnya pada kesehatan.

c. Dukungan Suami

Persetujuan suami merupakan salah satu variabel sosial budaya yang sangat berpengaruh terhadap pemakaian alat kontrasepsi bagi kaum wanita sebagai istri secara khusus, dan di dalam keluarga secara umum. Budaya patrilineal yang menjadikan pria sebagai kepala keluarga yang masih banyak dianut sebagian besar pola keluarga di dunia menjadikan preferensi suami terhadap fertilitas dan pandangan serta pengetahuannya terhadap program KB akan sangat berpengaruh

terhadap keputusan di dalam keluarga untuk menggunakan alat atau cara KB tertentu (Isa, 2009).

Dalam beberapa penelitian, variabel penolakan atau persetujuan dari suami terbukti berpengaruh terhadap keikutsertaan mengikuti program KB dalam rumah tangga. Mengikuti dalam program KB seringkali terjadi ketika suami tidak setuju terhadap penggunaan alat atau cara KB tertentu yang diakibatkan adanya perbedaan preferensi fertilitas, kurangnya pemahaman terhadap alat/cara KB, takut akan efek samping, masalah sosial budaya, dan berbagai faktor lainnya. dan membahagiakan, sebaliknya juga suami istri dalam sebuah perkawinan tidak mampu menjalin kerjasama, maka hal ini akan menyebabkan kesulitan dalam mengatasi permasalahan hidup lebih kompleks di kemudian hari (Handayani, 2009).

Pengukuran dukungan suami pada umumnya menggunakan skala likert. Pada penelitian ini skala likert disediakan dalam 4 pilihan skala dengan format sebagai berikut :

Tabel 2.1 Skala Likert

Pernyataan Mendukung		Pernyataan Tidak Mendukung	
4	Selalu	1	Selalu
3	Sering	2	Sering
2	Kadang – Kadang	3	Kadang – Kadang
1	Tidak Pernah	4	Tidak Pernah

Sumber : Wikipedia, 2019

Hasil ukur dukungan suami yang akan digunakan pada penelitian ini yaitu berdasarkan dari median kuesioner, yaitu :

0 = Tidak mendukung, jika nilai mediannya < 20

1 = Mendukung, jika nilai mediannya ≥ 20

d. Jumlah Anak

Jumlah anak adalah jumlah anak yang dimiliki oleh pasangan usia subur (PUS), dengan tidak memperhitungkan berapa kali wanita tersebut melahirkan anak (Boer, 2015).

Keputusan tentang jumlah anak adalah hak orang tua, tetapi harus diimbangi dengan kesanggupan untuk memenuhi kewajibannya. Dua orang anak adalah jumlah anak yang ideal bagi keluarga berencana. Namun masih banyak keluarga yang menganggap bahwa anak merupakan investasi yang sangat berharga. Semakin banyak anak, semakin banyak pula rezeki. Mereka cenderung memilih banyak anak. Dari segi ekonomi anak berguna bagi keluarga sebagai tenaga yang dapat diperbantukan untuk menambah penghasilan orang tua (Boer, 2015).

Dalam kebijakan pembangunan keluarga kecil bahagia sejahtera, dianjurkan kepada pasangan usia subur yang telah mempunyai anak kurang dari dua orang untuk mengikuti cara-cara pencegahan kehamilan dengan mengikuti program Keluarga Berencana yaitu maksud menjarangkan kehamilannya. Sedangkan yang telah mempunyai jumlah anak lebih dari dua, dianjurkan untuk mengakhiri kehamilannya dengan metode yang efektif dengan efek samping yang ringan (Boer, 2015).

Pengukuran jumlah anak berdasarkan jumlah anak ideal dari BKKBN (2011) yaitu:

- 1) Ideal : mempunyai 2 anak
- 2) Banyak : mempunyai > 2 anak

e. Efek Samping

Efek samping adalah perubahan fisik atau psikis yang timbul akibat dari penggunaan alat/obat kontrasepsi, tetapi tidak berpengaruh serius terhadap kesehatan klien (BKKBN, 2011).

Menurut Hartanto (2014), dengan belum tersedianya metode kontrasepsi yang benar-benar 100% sempurna, maka ada 3 (tiga) hal yang sangat penting untuk diketahui oleh calon akseptor KB yakni: efektivitas, keamanan dan efek samping. Reaksi efek samping yang sering terjadi sebagai akibat penggunaan alat kontrasepsi adalah:

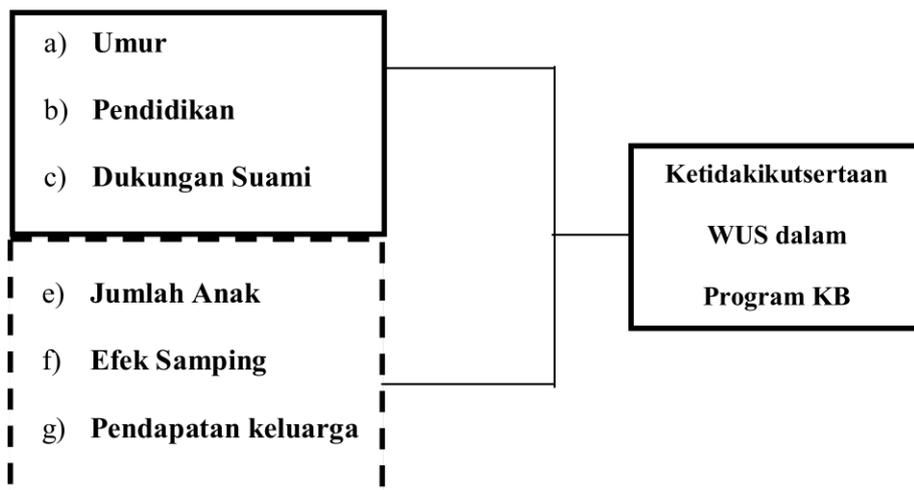
- 1) Gangguan Haid (Amenorhoe): tidak datangnya haid setiap bulan pada akseptor KB yang menggunakan suntik KB 3 (tiga) bulan berturut-turut.
- 2) Perubahan Berat Badan: biasanya kenaikan berat badan lebih sering disebabkan karena pemakaian alat kontrasepsi pil dibanding suntik KB.
- 3) Pusing dan Sakit Kepala: timbul rasa sakit pada kepala namun ini hanya bersipat sementara (Hartanto, 2014).

f. Pendapatan Keluarga

Pendapatan adalah jumlah penghasilan seluruh anggota keluarga. Pendapatan berhubungan langsung dengan kebutuhan-kebutuhan keluarga, penghasilan yang tinggi dan teratur membawa dampak positif bagi keluarga karena keseluruhan kebutuhan sandang, pangan, papan dan transportasi serta kesehatan dapat terpenuhi. Namun tidak demikian dengan keluarga yang pendapatannya rendah akan mengakibatkan keluarga mengalami kerawanan dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya yang salah satunya adalah pemeliharaan kesehatan (Keraf, 2011).

B. Kerangka Teori

Atas dasar tinjauan pustaka tentang Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Ketidakikutsertaan WUS dalam Program KB, maka dapat dirumuskan kerangka teori sebagai berikut :



Skema 2.1 Kerangka Teori

Keterangan:

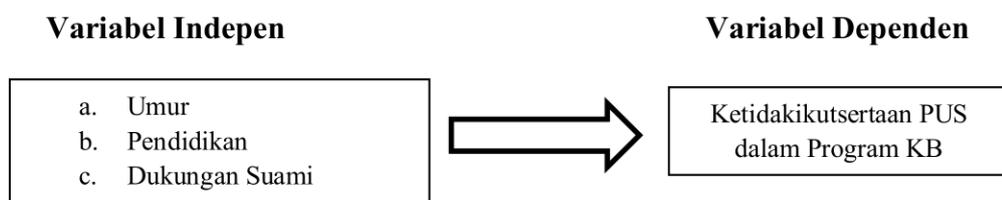
————— : Hubungan

⋯⋯⋯ : Faktor yang tidak diteliti

▭ : Faktor yang diteliti

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep peneliti pada dasarnya merupakan kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penilaian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan kerangka teori diatas peneliti tertarik meneliti Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Ketidakikutsertaan WUS dalam Program KB, maka dapat dirumuskan kerangka konsep sebagai berikut :



Skema 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian, maka hipotesis dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Notoatmodjo, 2010). Adapun hipotesa dari penelitian ini adalah :

Ha : Ada hubungan umur terhadap Ketidakikutsertaan WUS dalam Program KB di Desa Ranah Singkuang Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Tahun 2020.

Ha : Ada hubungan pendidikan terhadap Ketidakikutsertaan WUS dalam Program KB di Desa Ranah Singkuang Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Tahun 2020.

Ha : Ada hubungan Jumlah Anak terhadap Ketidakikutsertaan WUS dalam Program KB di Desa Ranah Singkuang Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Tahun 2020.

BAB III

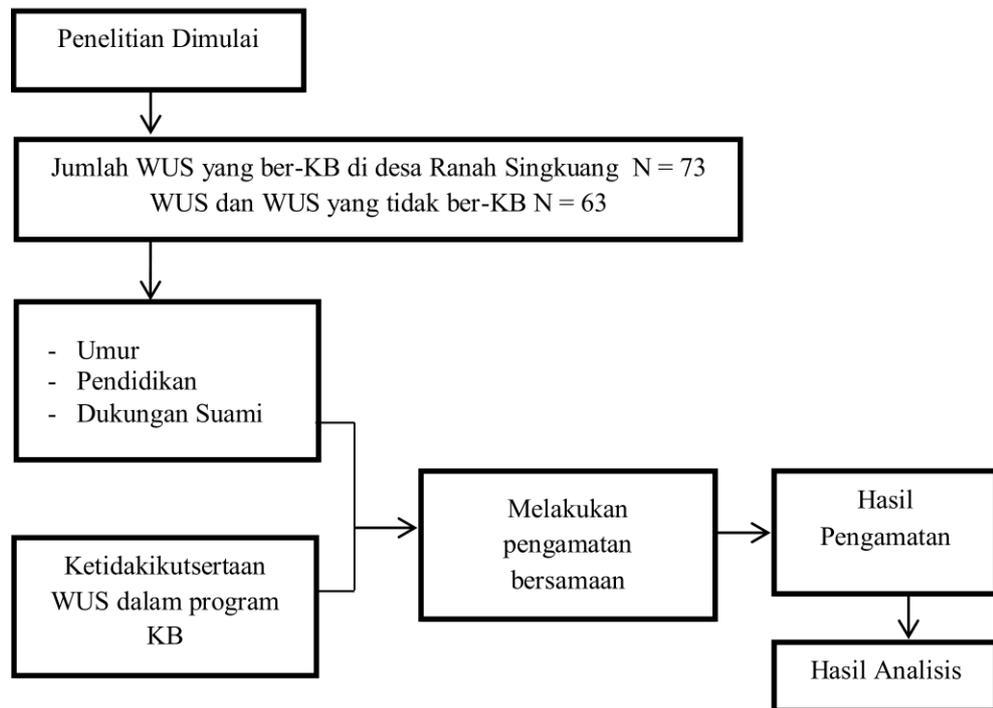
METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *Kuantitatif Analitik* dengan pendekatan *Cross Sectional*, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada saat itu (*point, time, and approach*) (Notoatmodjo, 2010).

1. Rancangan Penelitian

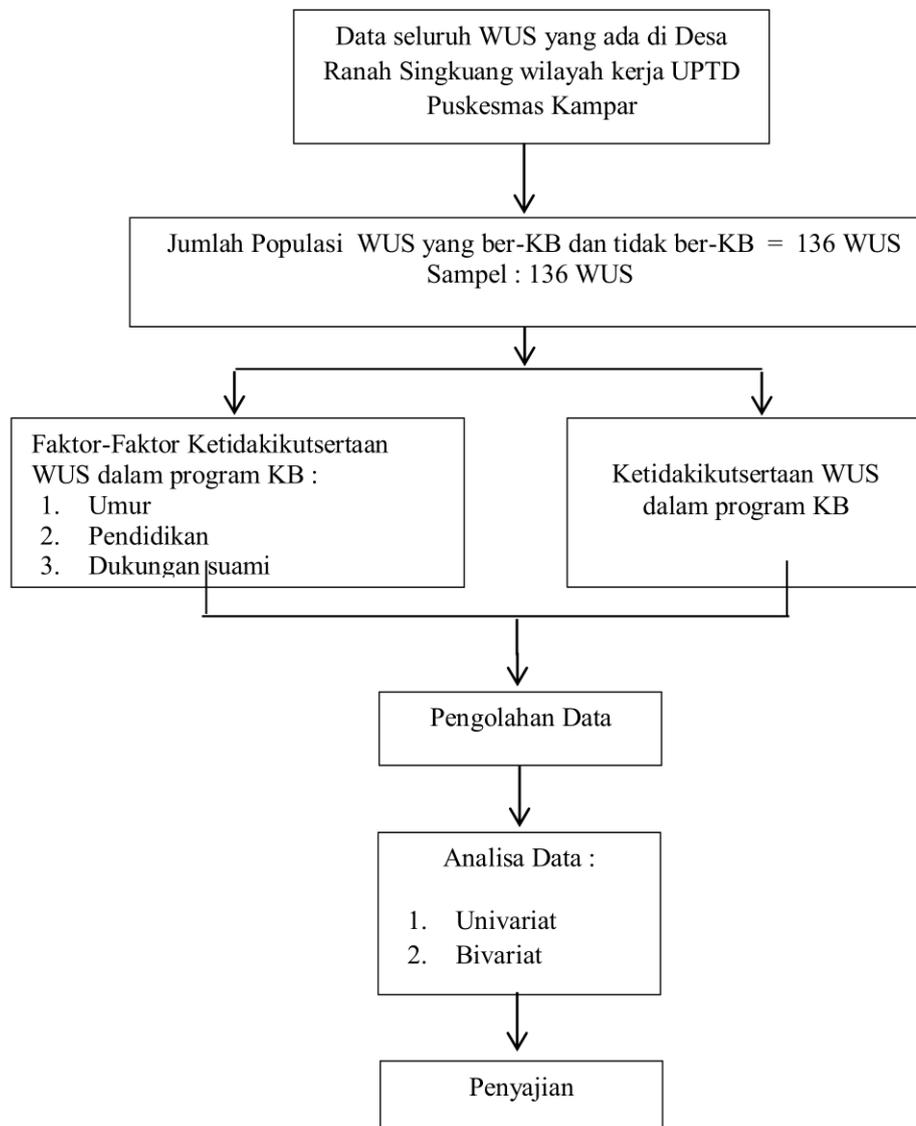
Rancangan penelitian disebut sebagai struktur, karena rancangan penelitian itu melakukan strukturisasi penelitian, dimana dalam rancangan penelitian tergambar model variabel penelitian yang akan diteliti. Rancangan penelitian digunakan sebagai dasar atau patokan dalam melakukan penelitian agar pelaksanaannya dapat berjalan secara benar, baik, dan lancar. Adapun rancangan penelitian ini dapat dilihat dalam skema 3.1 sebagai berikut :



Skema 3.1 Rancangan Penelitian

2. Alur Penelitian

Secara sistematis alur penelitian dapat dilihat dalam skema 3.2 sebagai berikut :



Skema 3.2 Alur Penelitian

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian telah dilaksanakan pada tanggal 24 s/d 29 Agustus 2020.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh WUS yang ber-KB dan tidak ber-KB di desa Ranah Singkuang tahun 2020 sebanyak 136 orang yang berada di wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang akan diteliti dan diambil untuk mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010).

a. Kriteria Sampel

Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat atau tidaknya sampel digunakan.

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012).

- a) WUS yang bertempat tinggal di desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar.
- b) WUS bersedia untuk dijadikan sampel penelitian.
- c) WUS yang tidak pernah ikut serta dalam program KB.

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012).

- a) WUS yang tidak berada dirumah saat penelitian dilakukan dikarenakan pindah tempat tinggal.
- b) WUS yang tidak bersedia dijadikan sampel penelitian.
- c) WUS yang belum memiliki anak.
- d) WUS yang ingin menambah anak.

b. Besar Sampel

Jumlah sampel pada penelitian ini yaitu diambil dari seluruh jumlah populasi sebanyak 136 WUS.

c. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan cara *Total Sampling* dimana pengambilan sampel diambil dari semua jumlah populasi yaitu berjumlah 136 WUS yang ada di Ranah Singkuang.

D. Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2011), masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang perlu diperhatikan antara lain sebagai berikut:

1. Informed Consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan.

2. Anonimity (Tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (confidential)

Masalah ini merupakan masalah etika penelitian dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

E. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah merupakan kuesioner yang diberikan pertanyaan pada WUS di desa Ranah Singkuang wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampar. Data diperoleh dari responden yang terpilih menjadi subjek penelitian dengan pengisian kuesioner/angket. Angket merupakan cara pengumpulan data dengan menggunakan daftar isian atau pertanyaan yang telah disiapkan dan disusun sedemikian rupa sehingga calon responden hanya tinggal mengisi/menandai dengan mudah dan cepat (Hidayat, 2007).

1. Untuk mengetahui dukungan suami terhadap program KB, peneliti menggunakan kuesioner berupa pernyataan yang terdiri dari 10 pertanyaan. Pernyataan tersebut bersifat pernyataan positif dan negatif dengan pilihan jawaban “selalu, sering, kadang – kadang dan tidak pernah”.

F. Uji Validitas dan Reabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoadmodjo, 2010). Apabila hasil yang diperoleh r hitung $>$ r tabel, maka instrument tersebut valid. Berdasarkan studi pendahuluan pada 20 responden di Desa Ranah Singkuang dilakukan uji coba kuesioner, kemudian dilakukan uji validitas menggunakan SPSS. Taraf signifikansi yang digunakan yaitu 5% dengan angka kritisnya (" r " tabel) 0,4438. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan hasil 10 item pernyataan dukungan suami dinyatakan valid karena " r " hitung $>$ dari " r " tabel, artinya kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini sudah tervalidasi.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah uji yang dilakukan untuk mengetahui sebuah instrumen yang dilakukan sejauh mana alat ukur yang dapat dipercaya atau dapat diandalkan bila pengukuran dilakukan dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama. Apabila koefisien Croanboach Alpha (r_{11}) \geq 0,7 maka dapat dikatakan instrumen tersebut *reliable* (Saryono, 2011).

G. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti akan mengumpulkan data dengan melalui prosedur sebagai berikut :

1. Mengajukan surat permohonan kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau untuk mengadakan pengambilan data di UPTD Puskesmas Kampar.
2. Setelah mendapat surat izin pengambilan data kemudian surat tersebut diberikan kepada bagian Tata Usaha (TU) UPTD Puskesmas Kampar.
3. Setelah mendapatkan izin kemudian peneliti melakukan pengumpulan data pada bagian poli KIA melalui BIKOR (Bidan Koordinasi) UPTD Puskesmas Kampar.
4. Setelah semua data didapat kemudian dilanjutkan dengan pembuatan proposal penelitian.
5. Melakukan seminar proposal penelitian.
6. Setelah melakukan seminar proposal, kemudian mengajukan surat permohonan kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai untuk mengadakan penelitian di UPTD Puskesmas Kampar.
7. Surat izin penelitian kemudian diserahkan kepada bagian Tata Usaha Puskesmas Kampar untuk diproses.
8. Setelah mendapat persetujuan dari pihak puskesmas, peneliti mulai melakukan penelitian pada tanggal 24 s/d 29 Agustus 2020 dengan menyebarkan kuesioner kepada WUS yang tidak ber-KB di Desa Ranah Singkuang.

9. Setelah itu peneliti melakukan pengolahan dengan uji Validitas dan uji *chi-square* dengan menggunakan aplikasi SPSS.
10. Hasil data yang telah diolah tersebut kemudian dijelaskan di Laporan Tugas Akhir.
11. Melakukan seminar hasil laporan penelitian.

H. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian (Hidayat, 2009). Adapun definisi operasional pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1 di bawah ini :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisio perasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasi lukur
Variabel Independen					
1	Umur	Lama hidup WUS mulai dari pertama lahir sampai saat penelitian ini berlangsung yang tercatat di buku registrasi KB.	Buku registrasi KB	Nominal	0. Berisiko, jika umur WUS 36 - 49 tahun 1. Tidak Berisiko, jika umur WUS 15 - 35 tahun

2	Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang di tempuh oleh Wanita Usia Subur (WUS)	Kartu peserta KB	Ordinal	0. Rendah, jika WUS tamatan SD s/d tamatan SMP sederajat 1. Tinggi, jika WUS tamatan SMA sederajat s/d Perguruan Tinggi (PT)
3	Dukungan Suami	Tindakan yang dilakukan suami untuk mendukung istri dalam ikut serta program KB	Kuesioner	Ordinal	0. Tidak mendukung, jika nilai median < 20 1. Mendukung, jika nilai median \geq 20
Variabel dependen					
4	Ketidakikutsertaan dalam Program KB	WUS tidak ikut dalam program KB disebabkan beberapafaktor	Laporan KB bulanan	Nominal	0. Tidak, jika WUS tidak ikut serta dalam program KB 1. Ya, jika WUS ikut serta dalam program KB

I. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan teknik pengolahan data kumulatif secara manual. Setelah pengumpulan data selesai, kemudian dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

1. *Editing* (pemeriksaan data)

Setelah instrument dikembalikan oleh responden, maka setiap instrument diperiksa apakah sudah diisi dengan benar dan semua item sudah diisi sesuai dengan data responden.

2. *Coding* (memberi kode)

Melakukan pemberian kode pada setiap data yang telah dikumpulkan dengan menggunakan inisial dan tanda checklist.

3. *Tabulating* (tabulasi data)

Upaya mempermudah analisa data serta mengambil kesimpulan data dimasukkan kedalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

4. *Cleaning* (pembersihan data)

Setelah dikumpulkan dan dilakukan pengolahan data dengan *editing*, *coding*, *tabulating*, dan selanjutnya dimasukkan dan diolah dengan menggunakan program komputer secara manual untuk pengecekan data kembali, apakah ada kesalahan atau tidak (Riyanto, 2009).

J. Analisis Data

Dalam penelitian ini menggunakan :

1. Analisis Univariat

Analisis univariat yaitu dengan melihat hasil perhitungan frekuensi dan presentasi setiap variabel hasil penelitian yang dihasilkan serta disajikan dalam tabel distribusi sebagai tolak ukur pembahasan dan kesimpulan. Untuk memilih hasil perhitungan presentasi setiap variabel hasil penelitian yang disajikan dalam tabel distribusi, maka dilakukan pengolahan data dengan rumus sebagai berikut (Sugiyono, 2015) :

$$p = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

p : persentase

f : frekuensi tiap kategori

n : jumlah sampel

2. Analisis Bivariat

Analisis *bivariat* merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Untuk uji yang digunakan adalah menggunakan uji *Chi-Square* yang digunakan untuk mengevaluasi atau mengestimasi frekuensi yang diselidiki atau menganalisa hasil observasi untuk mengetahui apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan dengan tingkat kepercayaan 95% menggunakan bantuan sistem komputerisasi dengan nilai *probability* (P) dengan taraf nyata $\alpha = 0,05$ dan dapat dinyatakan apabila (Sugiyono, 2015) :

- a. H_0 ditolak, jika $P > 0,05$ berarti tidak terdapat hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependen.
- b. H_0 gagal ditolak, jika $P \leq 0,05$ berarti terdapat hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependen.

Ukuran kekuatan asosiasi yang digunakan adalah *Prevalence Ratio* yaitu risiko pada penelitian prevalen. Menurut Budiarto (2001), perhitungan POR dapat dinyatakan apabila :

- a. $PR > 1$ menunjukkan bahwa faktor risiko meningkatkan / memperbesar ketidakikutsertaan WUS dalam program KB.

- b. $PR = 1$ menunjukkan tidak terdapat asosiasi antara faktor risiko dengan ketidakikutsertaan WUS dalam program KB.
- c. $PR < 1$ menunjukkan bahwa faktor risiko akan mengurangi ketidakikutsertaan WUS dalam program KB.