

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kependudukan merupakan masalah yang dihadapi oleh semua negara termasuk Indonesia. Berdasarkan data dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tahun 2017, jumlah cakupan KB di Indonesia tercatat sebanyak 76%, pada tahun 2018 jumlah cakupan meningkat menjadi 78%, sedangkan pada tahun 2019 angka mengalami penurunan menjadi 70%. Hal ini menunjukkan bahwa cakupan KB sempat mengalami peningkatan dan kemudian mengalami penurunan kembali, untuk itu BKKBN bekerja keras dalam usaha meningkatkan cakupan program KB di Indonesia.

Berdasarkan Hasil Proyeksi Penduduk Indonesia 2010–2035, jumlah penduduk Indonesia meningkat dari 238,5 juta jiwa di 2010 menjadi 265 juta jiwa di 2018. Peningkatan jumlah penduduk ini bisa dilihat melalui jumlah kelahiran. Secara nasional, jumlah rata-rata anak dalam periode masa reproduksi perempuan *Total Fertility Rate* (TFR) selama lebih dari dua dekade tercatat menurun, terutama perubahan pada SDKI 1991 dan SDKI 2002-2003. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1991 menunjukkan angka fertilitas total sebesar 3,0 anak. Artinya seorang perempuan di Indonesia rata-rata melahirkan 3,0 anak selama periode masa reproduksi perempuan. Penurunan terus terjadi hingga SDKI 2002-2003 dengan TFR sebesar 2-6 anak per perempuan dan angka fertilitas total ini ajeg hingga

SDKI 2012. Pada 2017, hasil survei Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) menunjukkan angka TFR yang menurun, yaitu sebesar 2,4 anak. Dengan demikian, seorang perempuan di Indonesia rata-rata melahirkan 2,4 anak selama masa reproduksi perempuan.

Kebijakan pemerintah tentang KB saat ini mengarah pada pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Balitbangkes, 2013). Alat Kontrasepsi Dalam Rahim merupakan salah satu alat kontrasepsi jangka panjang yang paling efektif dan aman dibandingkan alat kontrasepsi lainnya seperti pil. AKDR sangat efektif untuk menekan angka kematian ibu dan mengendalikan laju pertumbuhan penduduk karena tingkat efektifitas penggunaan sampai 99,4% dan AKDR dapat digunakan untuk jangka waktu 3-5 tahun (jenis hormon) dan 5-10 tahun (jenis tembaga) (Handayani, 2010). Sehubungan dengan hal tersebut, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) memprioritaskan peningkatan kesertaan KB melalui pemilihan jangka panjang (BKKBN, 2011).

Pendit (2106) memaparkan lebih lanjut tentang beberapa Metode Kontrasepsi Jangka Panjang biasa digunakan di seluruh dunia salah satunya adalah Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR). Menurut *World Health Organisation* (WHO) tahun 2016, penduduk dunia yang menggunakan kontrasepsi AKDR sebanyak 67%. Hasil survey diketahui penggunaan kontrasepsi di negara berkembang sebesar 62%. Hal ini berarti penggunaan kontrasepsi masih belum optimal. Sementara itu target nasional program KB

yaitu sebesar 80%, hal ini menunjukkan bahwa cakupan KB didunia maupun dinegara berkembang masih jauh dari target.

Jumlah pengguna kontrasepsi AKDR di Indonesia tercatat sebanyak 62% sedangkan pada tahun 2017 tercatat 56%. Angka tersebut mengalami penurunan hingga tahun 2018 yaitu sebanyak 48%. Kondisi ini menggambarkan terjadinya penurunan jumlah pengguna kontrasepsi AKDR (BKKBN, 2018). Sedangkan cakupan data yang diperoleh dari dinas kesehatan Kabupaten Bagansiapiapi tahun 2018 tercatat 2,1% dan 2019 tercatat 1,4%. kondisi ini menggambarkan terjadinya penurunan jumlah pengguna kontrasepsi AKDR di Kabupaten Bagansiapiapi (Dinas Kesehatan Kabupaten Bagansiapiapi, 2019).

Survei Kinerja dan Akuntabilitas Pemerintah (SKAP) menunjukkan, hanya ada satu dari lima sasaran strategis program KKBPK Tahun 2019 yang mencapai target, yakni penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dengan target 23,5 persen dan pencapaian hanya 24,6 persen, sedangkan untuk Kabupaten Rokan Hilir khususnya MKJP jenis AKDR hanya mencapai 0,7 hal ini berarti cakupan AKDR Kabupaten Rokan Hilir belum mencapai target.

Dampak tidak menggunakan AKDR adalah akan bertambahnya jumlah penduduk, dan tingginya tingkat pengangguran dan kemiskinan. Selain itu berdampak pada komplikasi kehamilan dan persalinan akibat jarak kelahiran yang dekat dan mengakibatkan peningkatan angka kematian ibu dan janin (Mochtar, 2013). Hal ini didukung oleh data dari Puskesmas Bagansiapiapi

bahwa jumlah kelahiran tahun 2018 mencapai 1143 orang dan tahun 2019 meningkat menjadi 1372 orang.

Meskipun kontrasepsi AKDR merupakan kontrasepsi yang paling handal, namun pada kenyataannya masih banyak ibu yang tidak menggunakannya, hal ini disebabkan oleh banyak faktor seperti status umur dan paritas ibu. Selain itu, pengetahuan juga dapat memhubungani pemahaman seseorang tentang AKDR. Ketidaktahuan ibu akan efektifitas dan cara kerja AKDR membuat ibu tidak berminat menggunakan kontrasepsi AKDR (Delnatasari, 2011).

Dukungan suami juga berhubungan dengan ibu dalam penggunaan kontrasepsi AKDR, karena alat yang ditanamkan pada rahim memiliki benang yang dapat mengganggu senggama (Djaya, 2010). Menurut penelitian Ilhami (2016), diperoleh hasil terdapat hubungan antara pendidikan dengan penggunaan kontrasepsi AKDR pada Akseptor KB di Desa Ngrigil Kabupaten Nganjuk. Penelitian Harisni (2010), diperoleh hasil terdapat hubungan antara status ekonomi dan peran suami dalam penggunaan kontrasepsi AKDR di Wilayah Puskesmas Sianok Kabupaten Sleman.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bagansiapi diketahui periode tahun 2019 menunjukkan jumlah akseptor KB yang menggunakan kontrasepsi AKDR paling terendah tercatat di Puskesmas Bagansiapiapi yaitu sebanyak 0,7% orang. Adapun cakupan KB berdasarkan jenis kontrasepsi di Puskesmas Bagansiapiapi yaitu sebagai berikut :

Tabel 1.1 Rekapitulasi Jumlah Akseptor KB berdasarkan Jenis Alat Kontrasepsi di Puskesmas Bagansiapiapi

No	Alat kontrasepsi	2017	2018	2019
1	Suntik	468 (51,6%)	679 (57,8%)	3275 (65,1%)
2	Pil	380 (41,9%)	359 (30,5%)	1544 (30,7%)
3	Implant	35 (3,9%)	101(8,5%)	80 (1,6%)
4	kondom	20 (2,2%)	28 (2,4%)	94 (1,9%)
5	AKDR	4 (0,4%)	7 (0,6%)	39 (0,7%)

Sumber : Puskesmas Bagansiapiapi, 2019

Berdasarkan data diatas, dapat dilihat jumlah akseptor AKDR paling terendah diantara akseptor pengguna jenis lainnya. Hal ini menggambarkan bahwa masih banyak ibu yang tidak berminat menggunakan AKDR di wilayah Puskesmas tersebut. Berdasarkan survey pendahuluan diketahui bahwa Puskesmas Bagansiapiapi terhadap dari 10 orang akseptor KB, didapatkan 9 orang diantaranya tidak menggunakan AKDR dan 1 orang lainnya menggunakan AKDR. Selain itu dari 9 orang tersebut didapatkan sebanyak 4 orang berumur < 20 tahun dan paritas < 2, dan sebanyak 9 orang tersebut tidak mengetahui tentang efektifitas AKDR dan 6 orang mengatakan kurang mendapatkan dukungan dari suami karena takut akan membuat rasa tidak nyaman saat berhubungan sehingga mereka tidak berminat menggunakan AKDR.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **"Faktor-faktor yang berhubungan Pemilihan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Pada Wanita Usia Subur Di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Kabupaten Rokan Hilir Tahun 2020"**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti merumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah ada hubungan faktor umur ibu dengan penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020 ?
2. Apakah ada hubungan faktor paritas ibu dengan penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020 ?
3. Apakah ada hubungan faktor pengetahuan ibu dengan penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020 ?
4. Apakah ada hubungan faktor dukungan suami ibu dengan penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya faktor-faktor yang berhubungan pemilihan AKDR pada wanita usia subur di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Kabupaten Rokan Hilir Tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi umur, paritas, pengetahuan, dukungan suami pada ibu dan frekuensi ibu penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020
- b. Diketuainya hubungan faktor umur ibu dengan penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020

- c. Diketuainya hubungan faktor paritas ibu dengan penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020
- d. Diketuainya hubungan faktor pengetahuan ibu dengan penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020
- e. Diketuainya hubungan faktor dukungan suami ibu dengan penggunaan AKDR di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi Tahun 2020

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

- a. Dapat menambah pemahaman dan minat ibu dalam menggunakan AKDR, sehingga ibu cakupan AKDR meningkat dan terlaksananya program keluarga berencana.
- b. Dapat dijadikan pedoman dan sumber referensi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan pengembangan penelitian dalam ruang lingkup yang sama sebagai bahan kajian Pustaka.

2. Aspek Praktis

Dapat dijadikan sebagai motivasi dan masukan bagi tenaga kesehatan dan petugas dalam tercapainya pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas dan pelayanan KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep AKDR

a. Pengertian

AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) disebut juga spiral, alat ini dipasang dalam rahim wanita. AKDR adalah suatu alat kontrasepsi yang efektif, aman, dan nyaman bagi banyak wanita. Alat ini merupakan metode kontrasepsi reversibel yang paling sering digunakan diseluruh dunia dengan pemakai saat ini mencapai sekitar 100 juta wanita. AKDR memiliki efektifitas lebih dari 99% dalam mencegah kehamilan pada pemakaian 1 tahun atau lebih. (Anna, 2016).

b. Mekanisme Kerja AKDR

Mekanisme kerja AKDR yaitu :

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
 - 2) Memhubungkan fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
 - 3) AKDR mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk pembuahan.
 - 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.
- (Hidayati, 2016).

Sejarah mula AKDR tidak begitu jelas. Akan tetapi terungkap bahwa pada zaman dahulu orang arab memasukkan batu kedalam rahim unta mereka dan ternyata unta mereka memang tidak hamil. AKDR mulai dikembangkan pada tahun 1909 di polandia, yaitu ketika Richter membuat suatu alat kontrasepsi dari benang sutra tebal yang dimasukkan kedalam rahim. Kemudian pada tahun 1930 berkembang dengan dibuatnya cincin perak yang juga dimasukkan kedalam rahim dan hasilnya memuaskan. Pada tahun 1962 Dr.Lippes membuat AKDR dari plastik yang disebut *lippes loop* (Niken, 2010).

c. Efektifitas AKDR

Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125–170 kehamilan). (Hidayati, 2016). Pada prinsipnya semua kontrasepsi efektif apabila digunakan dengan baik dan benar, namun ada beberapa metode yang tingkat ketergantungannya cukup tinggi. Kontrasepsi ini tidak dilakukan dengan baik maka angka kegagalannya akan tinggi. Salah satu metode tersebut adalah AKD juga dapat mencegah kehamilan mencapai 98% hingga 100% tergantung pada jenis AKDR. AKDR terbaru seperti copper T380A memiliki efektifitas cukup tinggi, bahkan selama 8 tahun pengguna tidak ditemukan adanya kehamilan. Pada penelitian yang lain ditemukan setelah penggunaan 12 tahun ditemukan 2,2 kehamilan per 100 pengguna dan 0,4 diantaranya terjadi kehamilan (Niken, 2010).

d. Jenis AKDR

Jenis-jenis AKDR yang beredar atau dipakai di Indonesia terdiri dari sebagai berikut:

- 1) *Inert*, terbuat dari plastik (*lippe's loop*) atau baja anti karat (*the Chinese ring*).
- 2) Mengandung tembaga, seperti Cu T380A, Cu T200C, Multiload (Cu ML250 dan 375), Nova T. Cu T380A berbentuk kerangka plastik, kecil, fleksibel, menyerupai huruf T diselubungi oleh kawat tembaga halus, sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun)
- 3) Mengandung hormon steroid, seperti progestasert (hormon progesterone), dan levonol (levonolgestrel) (Hidayati, 2016).

e. Keuntungan Menggunakan AKDR

Penggunaan AKDR mempunyai beberapa keuntungan yaitu :

- 1) Sebagai kontrasepsi yang efektifitasnya tinggi yaitu :
 - a) Sangat efektif \rightarrow 0,6 - 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 - 170 kehamilan).
 - b) AKDR/AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
 - c) Metode jangka panjang (sampai 10 tahun dan tidak perlu diganti).
 - d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
 - e) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (Cu T380A).
 - f) Tidak memengaruhi produksi ASI (Niken, 2010).

- g) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- h) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- i) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- j) Membantu mencegah kehamilan ektopik (Pinem, 2016).

f. Kerugian Menggunakan AKDR

- 1) Efek samping yang umum terjadi :
 - a) Perubahan siklus haid (umumnya terjadi pada 3 bulan pertama pemasangan dan akan berkurang setelah 3 bulan).
 - b) Haid lebih lama dan banyak.
 - c) Perdarahan (spotting)
 - d) Saat haid lebih sakit.
- 2) Komplikasi lain :
 - a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
 - b) Perdarahan berat pada waktu haid.
 - c) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
 - d) Tidak baik digunakan pada wanita yang mempunyai penyakit IMS atau pada perempuan yang sering berganti pasangan.
 - e) Penyakit radang panggul
 - f) Klien tidak dapat melepas sendiri AKDR nya.

- g) Perempuan juga harus rajin memeriksa benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jarinya kedalam vagina (Pinem, 2016).

g. Indikasi Menggunakan AKDR

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan alat kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- 6) Setelah mengalami abortus yang tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Tidak menyukai mengingat-ingat seperti Pil dan Suntik
- 8) Tidak menghendaki kehamilansetelah 1-5 hari senggama yang tidak dilindungi (Pinem, 2016).

h. Kontraindikasi Menggunakan AKDR

- 1) Diketahui hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan yang tidak diketahui sebabnya.
- 3) Dicurigai mengidap keganasan saluran genital,(Anna, 2016)
- 4) Infeksi panggul, erosi serviks, perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya, alergi logam dan kelainan pada rahim (Hidayati, 2016).
- 5) Menoragia dan anemia, memiliki banyak pasangan seksual, usia dan nuliparitas, (Anna, 2016).

- 6) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat menghubungkan kavum uteri (dinding uterus) .
- 7) Ukuran rongga rahim kurang dari 5cm (Pinem, 2016).

i. Waktu Pemasangan AKDR

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dipastikan klien tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan.
- 4) Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi
- 5) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi, (Pinem, 2016).

2. Konsep Dasar Akseptor

a. Pengertian

Akseptor adalah pasangan usia subur (PUS) yang salah seorang dari padanya menggunakan salah satu cara atau kontrasepsi dengan tujuan untuk pencegahan kehamilan baik melalui program maupun non program. Sedangkan menurut Handayani (2010). Akseptor adalah orang yang menerima serta mengikuti dan melaksanakan program keluarga berencana.

b. Jenis-jenis akseptor KB

Menurut Handayani (2010), ada beberapa jenis akseptor KB sebagai berikut:

1) Akseptor KB baru

Akseptor KB baru adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang pertama kali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau kelahiran.

2) Akseptor KB lama

Akseptor KB lama adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang melakukan kunjungan ulang termasuk pasangan usia subur yang menggunakan alat kontrasepsi kemudian pindah atau ganti ke cara atau alat yang lain atau mereka yang pindah klinik baik menggunakan cara yang sama atau cara (alat) yang berbeda.

3) Akseptor KB aktif

Peserta KB aktif adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang pada saat ini masih menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi.

4) Akseptor KB aktif kembali

Peserta KB aktif kembali adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang telah berhenti menggunakan selama tiga bulan atau lebih yang tidak diselingi oleh suatu kehamilan dan kembali menggunakan alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti atau istirahat paling kurang tiga bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Kontrasepsi AKDR

Menurut Djaya (2011), ada beberapa faktor-faktor yang berhubungan penggunaan kontrasespsi, yaitu :

a. Pendidikan

Pendidikan adalah segala sesuatu hal guna membina kepribadian serta mengembangkan kemampuan manusia baik jasmani dan rohani yang berlangsung seumur hidup, dalam rangka pembangunan persatuan Indonesia dan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila (BPS, 2013). Menurut Susdiknas tahun 2014, pendidikan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu; a) Pendidikan rendah jika tamat Sekolah Menengah Pertama atau Sekolah Dasar. b) Pendidikan tinggi jika tamat SMA, perguruan tinggi, diploma, sarjana dan sederajat lainnya.

Pendidikan juga sangat memhubungani ibu-ibu dalam memilih kontrasepsi. Ibu yang berpendidikan tinggi akan lebih mudah menyerap informasi tentang kontrasespsi AKDR dan lebih mudah memahami masalah ini, sehingga ibu dapat memilih dengan bijak kontrasepsi apa yang seharusnya digunakannya. Selain itu mereka yang berpendidikan tinggi akan memilih kontrasepsi yang handal seperti kontrasepsi AKDR dibandingkan dengan kontrasepsi lainnya (Djaya, 2011).

Menurut penelitian Yunita (2016), didapatkan hasil terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan akseptor dengan pemilihan kontrasespsi. Pendidikan yang tinggi memhubungani pendidikan ibu-ibu

akan manfaat dan keunggulan dari kontrasepsi AKDR, begitu pula sebaliknya, pengetahuan ibu-ibu yang rendah tentang kontrasepsi membuat mereka tidak memilih kontrasespsi.

b. Pendapatan keluarga

Status sosial ekonomi adalah suatu kedudukan yang diatur secara sosial dan menempatkan seseorang pada posisi tertentu dalam masyarakat, pemberian posisi itu disertai pula dengan seperangkat hak dan kewajiban yang harus dimainkan oleh orang yang membawa status tersebut. Sementara W.S Winke (2016) menyatakan bahwa pengertian status sosial ekonomi mempunyai makna suatu keadaan yang menunjukkan pada kemampuan finansial keluarga dan perlengkapan material yang dimiliki (Basrowi, 2010).

Sementara Dwiputriani (2012) mengatakan pendapatan per-kapita adalah pendapatan rata-rata penduduk suatu negara. Pendapatan nasional dihubungkan oleh Product Domestic Bruto (PDB), yang merupakan salah satu indikator penting untuk mengetahui kondisi ekonomi suatu negara dalam suatu periode tertentu, baik atas dasar harga berlaku maupun atas dasar harga konstan. Variabel yang digunakan untuk menghitung pendapatan per-kapita adalah pendapatan nasional dan jumlah penduduk. Soekanto (2002) menyebutkan tingkat pendapatan adalah total jumlah pendapatan dari semua anggota keluarga. Pendapatan keluarga yang rendah secara tidak langsung berkibat pada rendahnya kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Rendahnya tingkat pendapatan keluarga akan sangat berdampak rendahnya daya beli keluarga (Suhardjo, 2013). Status ekonomi dapat disimpulkan sebagai kedudukan berdasarkan pendapatan finansial untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari rumah tangga dalam bermasyarakat. Menurut Utamadi (2008), status ekonomi merupakan faktor utama dalam pemilihan kontrasepsi. Menurut penelitian Jarni (2016), didapatkan hasil terdapat hubungan yang signifikan antara status ekonomi dengan pemilihan kontrasepsi.

Upah Minimum Kerja (UMK) merupakan upah yang diberikan untuk para pekerja. Pada bulan Januari tahun 2017 pemerintahan kota Pekanbaru menetapkan UMK sebesar Rp. 2.411.000.00. Menurut Djaya (2011), status ekonomi menentukan taraf hidup seseorang, termasuk kesehatan. Menurut penelitian Zanzibar (2010), dari hasil penelitian terhadap 44 responden didapatkan yang mempunyai status ekonomi atas dan bawah 16 responden atau (36,6%) dan status ekonomi menengah 12 responden atau (27,2%). Sedangkan pada pemilihan alat kontrasepsi suntikan KB 21 responden atau (47,7%) dan pemilihan alat kontrasepsi AKDR sebagian kecil 2 responden atau (4,6%). Pada uji statistik *chi square* dengan tabel 4x3 diperoleh χ^2 hitung 7,31 dan χ^2 tabel 12,592 sehingga χ^2 hitung lebih kecil dari χ^2 tabel, yang berarti tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan pemilihan alat kontrasepsi AKDR di Dusun Krajan, Desa Pandak, Kecamatan Balong, Kabupaten Ponorogo.

c. Dukungan suami

Menurut Djaya (2011), dukungan suami adalah dorongan yang bersifat positif dari suami kepada istri yang terkait dalam masalah sosial maupun masalah kesehatan. Dukungan suami dalam pemilihan kontrasepsi masih rendah dimana suami merasa terganggu saat berhubungan seksual dengan istri yang menggunakan kontrasespsi, karena suami tidak dapat bereksplorasi dengan payudara istri jika istri menggunakan kontrasepsi MAL atau adanya benang AKDR yang mengganggu pada saat senggama. Selanjutnya peran suami terhadap istri yang menggunakan beberapa kontrasespsi hormonal atau AKDR sering mengalami kesulitan untuk melakukan hubungan seksual, hal ini disebabkan oleh karena siklus haid yang tidak teratur.

Menurut Jumadi (2010), dukungan suami yang baik dapat meningkatkan program KB. Keikutsertaan suami dalam penggunaan KB sangat penting, karena sebagai suami juga harus mengetahui tentang efektifitas maupun efek samping dalam penggunaan kontrasepsi. Menurut Jayadi (2008), dukungan suami sangat berhubungan terhadap penggunaan kontrasepsi. Dukungan suami tersebut dapat berupa keikutsertaan suami dalam memutuskan kontrasepsi apa yang akan digunakan oleh istrinya, selain itu suami selalu mengingatkan istri tentang jadwal penggunaan kontrasepsi misalnya, penggunaan AKDR yang biasanya kontrasepsi ini menggunakan batas waktu yang perlu diperharikan. Kemudian dari pada itu, suami bersedia mengantarkan istrinya untuk mendapatkan pelayanan

KB di klinik. Menurut Penelitian Jasriadi (2011), dengan judul penelitian faktor-faktor yang memehubungani wanita Akseptor KB dalam mememilih kontrasepsi AKDR di Wilyah Kerja Puskesmas Barus Sallam Pekalongan diperoleh dari hasil analisa data bivariat terdapat hubungan yang singnifikan antara dukungan suami terhadap pemilihan kontrasepsi AKDR.

d. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan baik hidup maupun mati, persalinan yang pernah dialami oleh seorang wanita dari kehamilan yang pertama sampai kehamilan sekarang. Tingkat paritas telah menarik perhatian peneliti dalam hubungan kesehatan Pasangan Usia Subur. Tingkat paritas yang lebih tinggi mempunyai pengetahuan dan pengalaman yang lebih, dibandingkan dengan tingkat paritas yang lebih rendah (Notoatmojo, 2003).

Paritas 2-3 merupakan paritas yang aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas >3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Resiko pada paritas pertama dapat ditangani dengan asuhan obstetrik yang lebih tinggi, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi dengan menggunakan KB. (Saifudin, 2016).

Wanita usia subur dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi untuk mencegah terlalu, yaitu : terlalu banyak, seorang wanita dengan jumlah anak lebih dari 4 orang akan lebih sering mengalami kematian karena perdarahan setelah persalinan atau penyebab yang lain (Hartanto, 2004).

e. Pengetahuan

Pengetahuan (*Knowledge*) adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca-indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan juga sangat memhubungani ibu-ibu dalam memilih kontrasepsi. Ibu yang berpengetahuan tinggi akan lebih mudah menyerap informasi tentang kontrasespsi AKDR dan lebih mudah memahami masalah ini, sehingga ibu dapat memilih dengan bijak kontrasepsi apa yang seharusnya digunakannya. Selain itu mereka yang berpendidikan tinggi akan memilih kontrasepsi yang handal seperti kontrasepsi AKDR dibandingkan dengan kontrasepsi lainnya (Djaya, 2011).

Menurut penelitian Yunita (2011), didapatkan hasil terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan akseptor dengan pemilihan kontrasespsi. Pengetahuan yang tinggi memhubungani pemahaman ibu-ibu akan manfaat dan keunggulan dari kontrasepsi AKDR, begitu pula sebaliknya, pengetahuan ibu-ibu yang rendah tentang kontrasepsi membuat mereka tidak memilih kontrasespsi.

f. Sumber Informasi

Sumber Informasi adalah media yang digunakan seseorang untuk memperoleh informasi pesan. Semakin banyak informasi yang didapat, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang

kesehatan, salah satunya tentang Alat Kontrasepsi AKDR (Meliono, 2016). Sumber Informasi dapat diperoleh secara:

- 1) Intern yaitu Sumber Informasi yang didapat dari Keluarga dan Petugas Kesehatan (instansi kesehatan). Pada umumnya pendekatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah dengan cara ceramah atau Penyuluhan Kesehatan.
- 2) Extern yaitu Sumber Informasi yang didapat dari Media Elektronik (televisi, radio, CD, dan lain-lain), ataupun Media Cetak (majalah, koran, buku, dan lain-lain). Sumber informasi kesehatan yang tepat mempunyai peran yang besar dalam meningkatkan pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

g. Umur

Umur adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat beberapa tahun. Pertumbuhan umur ibu diikuti oleh perubahan dan perkembangan organ-organ reproduksi. Pada usia muda atau kurang dari 20 tahun organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan, sedangkan pada wanita usia lebih dari 35 tahun, organ-organ reproduksi sudah mengalami kemunduran, semakin tua umur ibu maka akan terjadi kemunduran yang progresif dari kista ovarium itu sendiri (Manuaba, 2004).

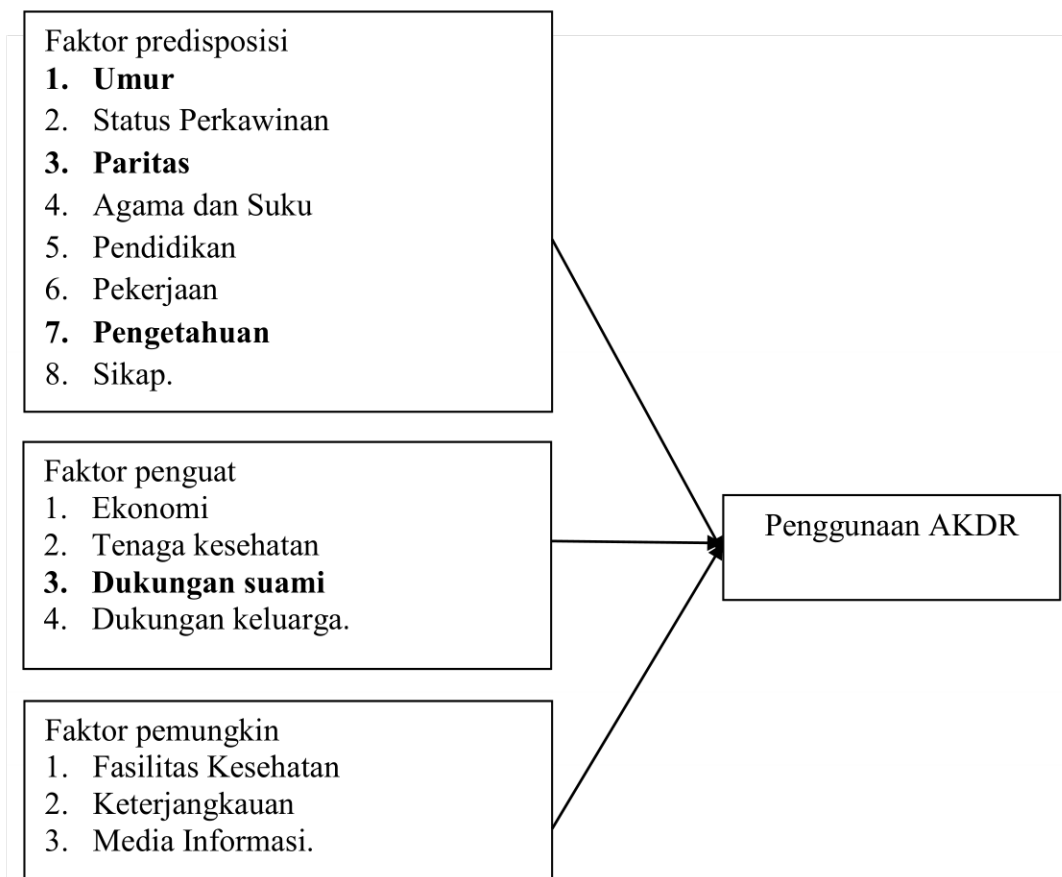
Menurut Rocjacti dalam Djaya (2011), umur wanita menghubungkan kesehatan reproduksi, secara teori umur dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Usia 20-35 tahun merupakan umur yang sangat baik untuk bereproduksi.
- 2) Usia < 20-35 tahun merupakan umur yang beresiko. Kehamilan dan persalinan di usia berisiko5 tahun cenderung mengalami komplikasi, karena itu wanita diharapkan pada saat memasuki usia berisiko5 tahun perlu menggunakan kontrasepsi, guna mengurangi komplikasi dan kematian pada kehamilan maupun persalinan.

Menurut Jumadi (2011), umur menghubungkan orang dalam penggunaan kontrasepsi. Wanita yang berusia berisiko5 tahun akan menyadari pentingnya menggunakan KB untuk menghindari resiko kehamilan yang berdampak pada kesehatan ibu dan janin yang dikandung. Pada usia berisiko5 tahun wanita mulai mengalami penuaan sehingga hal tersebut dapat mengganggu sistem reproduksi, selain itu pada usia berisiko5 tahun wanita cenderung mengalami berbagai penyakit seperti diabetes maupun hipertensi yang berdampak pada proses persalinan.

B. Kerangka Teori

Kerangka teoritis adalah suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor penting yang telah diketahui dalam suatu masalah tertentu (Notoatmodjo, 2012). Adapun kerangka teori dalam penelitian ini adalah:

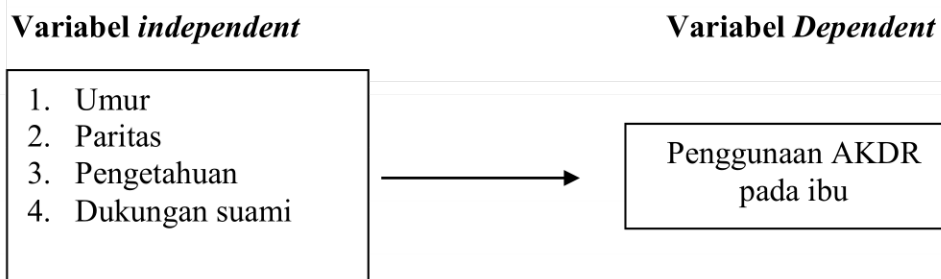


Skema 2.1
Kerangka Teori

Sumber: Lauren Green (Notoatmodjo, 2010)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan dasar pemikiran pada penelitian yang dirumuskan dari fakta–fakta, observasi dan tinjauan pustaka. Kerangka konsep membuat teori, dalil atau konsep–konsep yang akan dijadikan dasar pijakan untuk melakukan penelitian (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan tujuan penelitian maka kerangka konsep dapat digambarkan sebagai berikut :



Skema 2.2
Kerangka Konsep

D. Hipotesa

1. Ada hubungan faktor umur dengan penggunaan AKDR
2. Ada hubungan faktor paritas dengan penggunaan AKDR
3. Ada hubungan faktor pengetahuan dengan penggunaan AKDR
4. Ada hubungan faktor dukungan suami dengan penggunaan AKDR

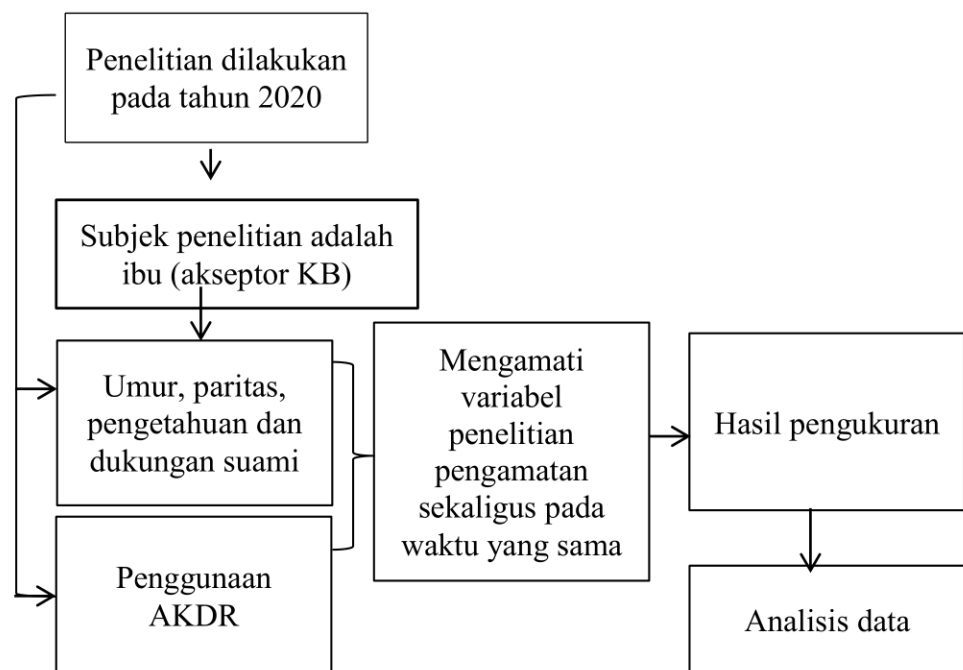
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

1. Rancangan Penelitian

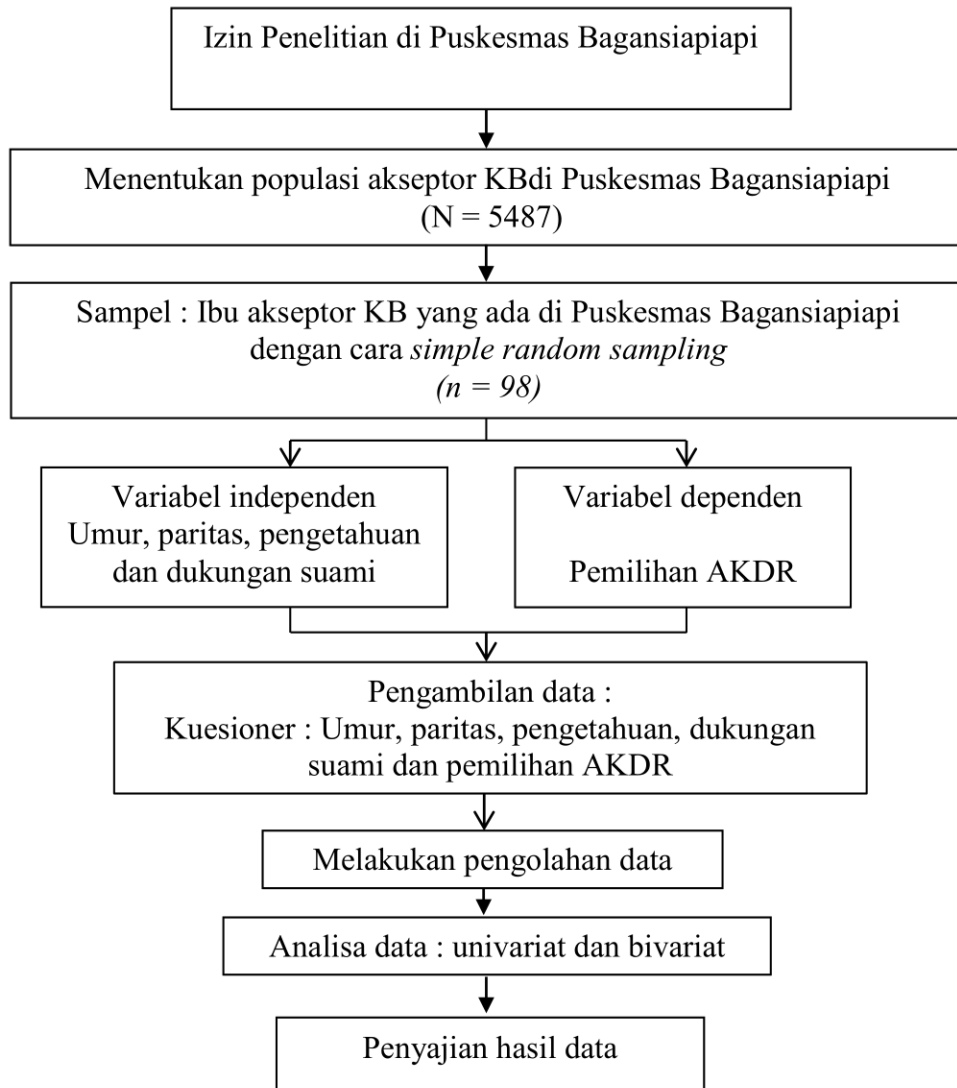
Jenis penelitian yang digunakan adalah *kuantitatif* yaitu penelitian yang sifatnya mengumpulkan data dalam bentuk angka dan melakukan pengolahan data, dengan desain penelitian *cross sectional*, dimana bertujuan untuk meneliti antara variabel independen dan dependen sekaligus pada waktu yang sama (Sudigdo, 2010). Secara sistematis, rancangan penelitian ini dapat dilihat dalam gambar 3.1 sebagai berikut :



Skema 3.1 Rancangan penelitian
Sumber : Sudigdo, (2010).

2. Alur Penelitian

Alur penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.2 sebagai berikut



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian yang akan peneliti lakukan meliputi :

- a) Mengajukan permohonan surat izin pengambilan data kepada bagian Program Studi D IV Kebidanan yang disetujui oleh Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Bangkinang
- b) Memasukkan surat izin pengambilan data tersebut ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bagansiapiapi dan Puskesmas Bagansiapiapi
- c) Melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Bagansiapiapi
- d) Melakukan seminar proposal
- e) Setelah mendapatkan persetujuan untuk diteliti, kemudian mengajukan izin penelitian ke Puskesmas Bagansiapiapi
- f) Meminta data ibu akseptor KB di Puskesmas Bagansiapiapi.
- g) Membuat daftar baru yang sudah dipilih
- h) Mengumpulkan data dengan mengunjungi rumah-rumah sampel yang ada pada data sampel baru
- i) Melakukan pengumpulan responden dengan cara *simple random sampling*
- j) Menjelaskan tentang tujuan penelitian dan kuesioner
- k) Bila responden setuju, maka peneliti memberikan *informed consent* pada responden untuk ditanda tangani oleh responden.
- l) Mengumpulkan kuesioner yang telah diisi responden
- m) Setelah kuesioner diisi, peneliti langsung mengumpulkan untuk memeriksa kelengkapannya, dan peneliti melakukan analisa data.

4. Variabel Penelitian

Variabel yang akan diteliti pada penelitian ini adalah :

- 1) Variabel bebas yaitu umur, paritas, pengetahuan dan dukungan suami
- 2) Variabel terikat yaitu pemilihan AKDR

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini telah dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada 06 hingga 21 November tahun 2020.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Akseptor KB yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Bagansiapiapi sebanyak 5487 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Notoatmodjo, 2012). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus slovin sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{Nd^2 + 1}$$

Keterangan : N = Populasi n = Sampel

d = Presisi yang diharapkan (0,1)

$$n = \frac{5487}{5487(0,1)^2 + 1}$$

$$n = \frac{5487}{5487(0,01) + 1}$$

$$n = \frac{5487}{55.87}$$

$$n = 98,2$$

$$n = 98$$

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan *simple random sampling*, yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan cara system cabut undi. Dimana semua populasi namanya dicatat dalam secarik kertas kemudian diundi dan dikeluarkan sebanyak 98 sesuai jumlah sampel. Setiap nama tersebut diambil berdasarkan nomor kelipatan responden. Nama-namanya yang dikeluarkan tersebut akan dijadikan sebagai responden penelitian. Pada peneelitan ini kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan. Adapun kriteria inklusi sampel pada penelitian ini adalah:

1. Kriteria inklusi

- a. Ibu akseptor yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bagansiapiapi
- b. Ibu akseptor yang bersedia menjadi responden

2. Kriteria eksklusi

- a. Ibu akseptor yang sedang sakit pada saat penelitian berlangsung

- b. Ibu akseptor yang sudah pindah dari wilayah kerja di Puskesmas Bagansiapiapi.

D. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia maka etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut :

1. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan yang diberikan sebelum penelitian dilakukan. Hal ini dilakukan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta dapat mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Anonymity adalah suatu 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 disajikan.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Confidentiality adalah suatu jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah

dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset.

E. Alat Pengumpulan Data

Metode instrumen dalam pengukuran penelitian ini melalui kuesioner yaitu pernyataan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya, atau hal-hal yang ingin diketahui (Arikunto, 2013). Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berupa kuesioner yang dibuat oleh peneliti dengan mengacu pada teori yang ada untuk menggali umur, paritas, pengetahuan dan dukungan suami. Adapun bentuk kuesioner dalam penelitian ini yaitu berisi tentang pertanyaan sesuai dengan variabel penelitian yaitu :

1. Umur dan paritas

Kuesioner umur dan paritas, menggunakan pertanyaan terbuka, penulis mengisi sesuai dengan kenyataan yang dialami oleh responden.

2. Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan tentang AKDR, menggunakan pertanyaan tertutup menggunakan *multiple choice*.

3. Dukungan suami

Kuesioner dukungan suami, dengan skala likert dengan memberikan nilai untuk pertanyaan *favorable* = skor 4 (Sangat Setuju), skor 3 (Setuju), skor 2 (Tidak Setuju), skor 1 (Sangat Tidak Setuju). Sedangkan pertanyaan *unfavorable* = skor 1 (Sangat Setuju), skor 2 (Setuju), skor 3 (Tidak Setuju), skor 4 (Sangat Tidak Setuju).

4. Penggunaan AKDR

Kuesioner penggunaan AKDR menggunakan 2 pertanyaan, dimana responden dapat menceklist pada kolom tersedia sesuai dengan kenyataan. Adapun kategori penggunaan AKDR dapat dibedakan menjadi :

- a. Ya, jika menggunakan AKDR
- b. Tidak, jika tidak menggunakan AKDR

F. Defenisi Operasional

Defenisi operasional merupakan suatu cara untuk mempermudah pengumpulan data dan menghindari perbedaan interpretasi serta membatasi ruang lingkup variabel. Variabel yang dimasukkan dalam defenisi operasional adalah variabel kunci penting yang dapat diukur secara operasional dan dapat dipertanggung jawabkan (Setiawan & Saryono, 2010). Adapun definisi operasional dalam penelitian ini adalah

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Independen					
1	Umur	Usia ibu pada saat dilakukan penelitian	Kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berisiko, jika usia ≥ 36 tahun 2. Tidak berisiko, jika usia 20-35 tahun.

2.	Paritas	Jumlah ibu melahirkan anak	Kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> Berisiko, jika paritas > 3 anak Tidak berisiko, 1-2 anak
3	Pengetahuan	Segala yang diketahui oleh responden tentang AKDR	Kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> Kurang : Hasil persentase $\leq 55\%$ jika benar 0-8 soal Baik : Hasil persentase 56–100%, jika benar 9-15 soal
4	Dukungan suami	Respon suami terhadap ibu yang ingin menggunakan AKDR	Kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> Tidak mendukung, jika nilai < median (36) mendukung, jika \geq median (36)
Variabel Dependen					
4	Pemilihan AKDR	Ibu memilih menggunakan AKDR	Kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> Tidak, jika tidak menggunakan AKDR atau menggunakan kontrasepsi lain Ya, jika menggunakan AKDR

G. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di tempat penelitian dengan prosedur sebagai berikut:

- 1) Setelah laporan proposal penelitian mendapat persetujuan pembimbing, peneliti meminta izin kepada Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten

Bagansiapiapi, dan Kepala Unit Pelayanan teknis Puskesmas Bagansiapiapi.

- 2) Melakukan penelitian di Puskesmas Bagansiapiapi.
- 3) Membuat daftar baru yang sudah dipilih
- 4) Melakukan pengumpulan responden dengan cara *simple random sampling*
- 5) Menjelaskan tentang tujuan penelitian dan kuesioner
- 6) Mengumpulkan data dengan mengunjungi rumah-rumah sampel yang ada pada data sampel baru
- 7) Bila responden setuju, maka peneliti memberikan *informed consent* pada responden untuk ditanda tangani oleh responden.
- 8) Mengumpulkan kuesioner yang telah diisi responden
- 9) Setelah kuesioner diisi, peneliti langsung mengumpulkan untuk memeriksa kelengkapannya, dan peneliti melakukan analisa data.

Untuk keperluan analisa data, peneliti memerlukan sejumlah data pendukung yang berasal dari dalam dan luar lapangan, yaitu sebagai berikut :

1. Data primer

Pengumpulan data diperoleh langsung melalui responden yang akan diteliti dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data, responden secara langsung menceklis jawaban yang telah tersedia di kuesioner.

2. Data sekunder

Diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti dari sumber-sumber yang telah ada, yaitu data dari Puskesmas Bagansiapiapi serta membaca atau mempelajari buku-buku teks, bahan-bahan terkait dengan penelitian. Data

yang telah diperoleh terlebih dahulu dilakukan pengolahan data sebagai berikut :

a. *Editing*

Dilakukan pengecekan akan kelengkapan data yang telah terkumpul. Bila terdapat kesalahan atau kekurangan dalam pengumpulan data maka akan diperbaiki dengan memeriksanya serta dilakukan pendataan ulang.

b. *Coding*

Memberikan tanda pada data yang telah lengkap sesuai dengan variabelnya masing-masing.

c. *Tabulating*

Data yang telah lengkap dihitung sesuai dengan variabel penelitian.

d. *Entry*

Untuk memasukan data yang telah dikumpulkan ke dalam master data tabel atau data base komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau dengan membuat tabel kontigensi (Notoadmodjo, 2012).

e. *Analizing*

Dalam penelitian ini menggunakan analisa secara univariat dan bivariat.

H. Analisa Data

1. Univariat

Analisis data dilakukan menggunakan analisis univariat adalah analisa data yang dilakukan untuk mendiskripsikan karakteristik setiap variable penelitian. Analisis ini dilakukan untuk mendiskripsikan variabel bebas dan variable terikat. Analisis univariat ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi (Dahlan, 2010).

2. Bivariat

Analisis bivariat akan menguraikan hubungan variabel independen dan dependen. Untuk mengetahui ada atau tidak hubungan antara kedua variabel tersebut, maka uji yang digunakan adalah uji *chi square* dengan syarat yang harus terpenuhi, namun dari hasil penelitian syarat tersebut tidak terpenuhi maka peneliti menggunakan uji lain yaitu *fisher's exact test*. Hasil penilaian dibandingkan yaitu nilai P_{value} dengan nilai alpha, sebagai berikut :

- a. Jika $P_{\text{value}} < 0.05$ maka artinya ada hubungan
- b. Jika $P_{\text{value}} \geq 0.05$ maka artinya tidak ada hubungan (Dahlan, 2010)