

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk terbesar ke-4 di dunia. Menurut data Badan Pusat Statistik proyeksi jumlah penduduk Indonesia tahun 2010 mencapai 238.518 jiwa dengan laju pertumbuhan 1,49% pertahun. Pemerintah berupaya untuk menekan laju pertumbuhan penduduk dengan salah satu program yang dikenal dengan Keluarga Berencana (KB) (Jurisman, Abrar, dkk, 2016).

Keluarga berencana (KB) merupakan suatu upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), 2011). Keluarga berencana memiliki peranan dalam menurunkan resiko kematian ibu melalui pencegahan kehamilan, menunda kehamilan atau membatasi kehamilan. Pelayanan keluarga berencana merupakan upaya pelayanan kesehatan preventif yang dasar dan utama (Sitopu, 2012).

Tujuan KB yaitu untuk 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. Hal ini juga dimaksud untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Sulistyawati, 2013).

Seorang peserta KB disebut akseptor KB. Akseptor KB terdiri dari menjadi beberapa fase yaitu : fase menunda atau mencegah kehamilan, fase penjarangan kehamilan dan fase menghentikan atau mengakhiri kehamilan atau kesuburan. Pada dasarnya akseptor KB lebih disarankan untuk pasangan usia subur (PUS) (Hanafi, H, 2010).

Pasangan usia subur (PUS) yaitu pasangan yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan (Suratun, S Heryani, dkk, 2008). Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakikutsertaan akseptor KB seperti ingin menunda memiliki anak atau tidak ingin memiliki anak lagi. Kelompok PUS ini disebut sebagai *unmet need*. Persentase PUS yang merupakan kelompok *unmet need* di Indonesia tahun 2016 sebesar 12,77%. Data dari seluruh PUS yang memutuskan tidak memanfaatkan program KB, sebanyak 6,22% beralasan ingin menunda memiliki anak (IAT), dan sebanyak 6,55% beralasan tidak ingin memiliki anak lagi (TIAL) (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Istiqomah, dkk di Dusun Kali Pakis, Tirtonirmolo, Kasihan Bantul tahun 2014, menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakikutsertaan penggunaan alat kontrasepsi pada pasangan usia subur adalah tingkat pendidikan, pengetahuan, paritas, dukungan suami terhadap penggunaan alat kontrasepsi (Istiqomah, A, dkk, 2011). Selain itu, pada penelitian yang dilakukan oleh Sumantri di Kecamatan Klaten tahun 2013, menyatakan bahwa pengetahuan dan sikap suami

berhubungan dengan keputusan pemilihan alat kontrasepsi dalam keluarga (Sumantri, 2013).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Misganu di Ethiopia tahun 2015, menyatakan bahwa di antara wanita dari kelompok usia reproduksi, terdapat 53,3% menggunakan kontrasepsi. Hampir tiga perempat, (73,6%), dari pengguna saat ini menggunakan metode kontrasepsi jangka pendek. Faktor-faktor yang terkait dengan penggunaan kontrasepsi adalah pengetahuan dan sikap terhadap kontrasepsi, usia, tempat tinggal, jumlah anak yang masih hidup, pengalaman kematian anak, status perkawinan dan jumlah anak yang ditentukan (Endriyas, M, dkk, 2017). Penelitian lain oleh Hery di Kabupaten Lombok Timur tahun 2014, menunjukkan bahwa dukungan suami merupakan faktor yang berpengaruh dalam penggunaan kontrasepsi di kalangan wanita kawin usia dini (Aryanti, H, dkk, 2014). Selain itu, penelitian dari Andari tahun 2016 di Puskesmas Jombang, Kota Tangerang Selatan, menunjukkan bahwa pada penelitian ini pengetahuan ibu mengenai keluarga berencana, sikap ibu terhadap keluarga berencana, dukungan suami yang dirasakan ibu, dan peran tenaga kesehatan berhubungan dengan perilaku penggunaan alat kontrasepsi pada wanita usia subur (Huda, A, dkk, 2016).

Meskipun di tahun 2017 persentase kebutuhan terhadap KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*) mengalami penurunan menjadi 10,5%, namun angka tersebut masih tinggi jika dikonversikan dengan jumlah pasangan usia subur yang mencapai 36 juta, maka terdapat sekitar 4 juta pasangan yang membutuhkan tapi belum terlayani (*unmet need*) (Kemenkes RI, 2018).

Target nasional *unmet need* tahun 2015-2019 adalah 10,6%, 10,48%, 10,26%, 10,14%, 9,91% sehingga capaian *unmet need* hingga tahun 2017 masih berada di atas target nasional (BKKBN. 2015).

Di seluruh dunia, tingkat kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk keluarga berencana/ *unmet need* diperkirakan telah menurun, dari 22% pada tahun 1970 menjadi 11,5% pada tahun 2017 (Rica, C, 2015 dalam Rosita Niken, 2019). Angka tersebut masih lebih rendah dengan target *World Family Planning* yaitu sebesar 10,9%. Di wilayah Asia, persentase *unmet need* tahun 2017 sebesar 10% dengan target *unmet need* tahun 2017 yaitu sebesar 9%. Artinya angka tersebut masih berada di atas target tahun 2017. Untuk di wilayah Asia Tenggara, persentase *unmet need* di tahun 2017 sebesar 11,9%, juga masih berada di atas target tahun 2017 yaitu sebesar 10,5% (Nations, U, 2017).

Semakin rendah angka *unmet need* maka dapat mengindikasikan keberhasilan penyelenggaraan program KB. Provinsi Bali memiliki persentase *unmet need* terendah sebesar 5,69%, diikuti oleh Maluku Utara sebesar 7,9%, dan DI Yogyakarta sebesar 8,01%. Sedangkan Provinsi Papua memiliki angka *unmet need* tertinggi sebesar 31,09%, diikuti oleh Nusa Tenggara Timur sebesar 20,16%, Sumatera Barat sebesar 18,54%, Maluku sebesar 18,45% dan Provinsi Riau sendiri adalah sebesar 17,86% (Kemenkes RI, 2017).

Persentase *unmet need* di Provinsi Riau tahun 2017 sebesar 11,3%, pada tahun 2018 *unmet need* meningkat menjadi 16,2%, kemudian meningkat

menjadi 24,09% di tahun 2019. Namun, angka tersebut juga masih berada di atas target BKKBN Provinsi Riau tahun 2019 yaitu sebesar 12,94%. Jumlah *unmet need* tertinggi di Provinsi Riau salah satu berada di Kabupaten Rokan Hilir, ini terlihat dari cakupan persentase peserta KB aktif tahun 2016 sebesar 95,2% (Dinkes Provinsi Riau, 2017) dan menurun di tahun 2017 menjadi 66% dengan jumlah *unmet need* sebesar 28,19% (Dinkes Provinsi Riau, 2018), dan belum mencapai target capaian KB di Provinsi Riau yaitu 76,58% (Handayani, F, 2017).

Provinsi Riau merupakan provinsi yang memiliki persentase jumlah *unmet need* yang selalu mengalami peningkatan. Kabupaten Rokan Hilir merupakan salah satu kabupaten/kota yang memiliki persentase jumlah *unmet need* yang selalu mengalami peningkatan dan tertinggi di Provinsi Riau (Dinkes Provinsi Riau, 2018). Kabupaten Rokan Hilir memiliki 18 Kecamatan, 25 Kelurahan dan 159 Desa. Kecamatan Rimba Melintang memiliki 12 Kelurahan/Desa dan merupakan termasuk salah satu kecamatan dengan persentase *Unmet need* tertinggi di Kabupaten Rokan Hilir yaitu sebesar 32,23% (Dinkes Kabupaten Rokan Hilir, 2019).

Tabel 1.1.

Unmet Need Kecamatan Rimba Melintang Tahun 2017-2019

No	Tahun	Jumlah PUS	PUS Bukan Peserta KB	%	<i>Unmet Need</i>		
					IAT	TIAL	%
1	2017	5250	1620	30,85%	812	668	28,19%
2	2018	5315	1786	33,60%	897	693	29,91%
3	2019	5336	2114	39,61%	916	804	32,23%

Sumber : Laporan Tahunan Pemegang Program KB Puskesmas Rimba Melintang

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti di 3 kelurahan/desa Kecamatan Rimba Melintang yaitu di Kelurahan Rimba Melintang, Desa Teluk Pulau Hulu dan Desa Jumrah, didapatkan data *unmet need* tahun 2019 yang 18.19%, 23.77%, 24.48%.

Jumlah akseptor KB tiga tahun terakhir di Kecamatan Rimba Melintang yaitu 69,6% tahun 2017, 72,4% tahun 2018 dan 60,3% pada tahun 2019 dan ini belum mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Rokan Hilir yaitu sebesar 66%. Berdasarkan hasil wawancara dan survey awal yang dilakukan oleh peneliti pada 10 orang wanita pasangan usia subur (PUS) dan 1 orang pemegang program KB yang dilaksanakan tersebar di 3 (tiga) desa yakni Desa Teluk Pulau Hulu, Jumrah dan Rimba Melintang Wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang dengan menggunakan kuesioner terdapat 3 orang yang tidak menggunakan alat kontrasepsi dengan alasan larangan suami, 3 orang karena kurangnya pengetahuan, 2 orang karena mau punya anak lagi, dan 2 orang di

antaranya beralasan karena umur. Sedangkan menurut pemegang program KB Puskesmas Rimba Melintang kebanyakan yang tidak ber-KB karena alasan tidak diizinkan suami, kurangnya pengetahuan akseptor KB tentang KB, dan karena ingin punya anak lagi.

Dalam berbagai penelitian di atas terdapat berbagai faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur dalam program keluarga berencana, antara lain yaitu umur, jumlah anak, tingkat pengetahuan, dan dukungan suami. Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor Ketidakikutsertaan Pasangan Usia Subur (PUS) Menjadi Akseptor Keluarga Berencana di Wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang Tahun 2020”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, rumusan masalah yang dapat dibahas dalam penelitian ini adalah apa sajakah faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor keluarga berencana di wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor keluarga berencana di wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Untuk mengetahui distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian meliputi umur, jumlah anak, tingkat pengetahuan, dukungan suami dan ketidakikutsertaan PUS mnejadi akseptor KB.
- b. Untuk mengetahui hubungan umur dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor KB di Wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang.
- c. Untuk mengetahui hubungan jumlah anak dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor KB di Wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang.
- d. Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor KB di Wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang.
- e. Untuk mengetahui hubungan dukungan suami dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor KB di wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk menambah bukti empiris mengenai faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor KB di

wilayah Kerja Puskesmas Rimba Melintang dan dapat dijadikan sebagai informasi untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) Kecamatan Rimba Melintang

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi kepada penyuluh mengenai faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur menjadi akseptor KB.

b. Bagi Kader Kesehatan dan Masyarakat Kecamatan Rimba Melintang

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai faktor yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur dalam program KB kepada kader untuk melakukan promosi dan mengajak PUS yang belum menggunakan KB untuk menjadi akseptor KB. Bagi masyarakat agar dapat mendukung upaya pemerintah untuk menyukseskan program KB.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi institusi pendidikan khususnya dalam bidang kepustakaan sebagai sumber kajian terkait dengan penelitian.

d. Bagi Puskesmas Kecamatan Rimba Melintang

Sebagai bahan masukan bagi Puskesmas dan pimpinan Puskesmas Kecamatan Rimba Melintang dalam rangka perencanaan kegiatan dan perencanaan pengambilan kebijakan dalam mendukung upaya pemerintah untuk menyukseskan program KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Perilaku Kesehatan

a. Pengertian

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing.

Perilaku kesehatan adalah sesuatu respon organisme terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan (Rosita, Niken, 2019).

b. Ranah Perilaku

Perilaku adalah keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. Benyamin Blum (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membedakan tiga domain perilaku yakni diantaranya adalah : Kognitif (*cognitive*), Afektif (*affective*), Psikomotor (*psychomotor*).

Oleh ahli pendidikan di Indonesia ketiga domain ini diterjemahkan ke dalam cipta (kognitif), rasa (efektif), dan karsa (psikomotor) atau peri rasa, peri cipta, dan peri tindak. Berdasarkan pembagian domain oleh Blum ini, dikembangkan menjadi tiga tingkat ranah perilaku sebagai yaitu pengetahuan, sikap dan motivasi personal, dan tindakan atau praktik.

c. Pengukuran Perilaku

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara yaitu secara langsung, yakni dengan pengamatan (obsevasi), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan -pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu (Notoatmodjo, S, 2010).

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut Lawrence Green (1980), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu :

1) Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor-faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat

pendidikan, tingkat sosial ekonomi, pekerjaan, dan sebagainya.

2) Faktor Pendukung/Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya: air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan bergizi, dll. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta, dll.

3) Faktor Penguat/Pendorong (*Reinforcing Factors*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), keluarga, teman, tokoh agama (toma), sikap dan perilaku pada petugas kesehatan. Termasuk juga disini undang-undang peraturan-peraturan baik dari pusat maupun dari pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

2. Pengertian Pasangan Usia Subur (PUS)

Pasangan usia subur yaitu pasangan yang wanitanya berusia 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 sehingga memberi efek langsung penurunan fertilitas (Suratun, S Heryani, dkk, 2008).

Pasangan usia subur yaitu pasangan yang istrinya berumur 15-49 tahun atau pasangan suami-istri berumur kurang dari 15 tahun dan sudah menstruasi atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih menstruasi (datang bulan).

Pasangan usia subur bukan peserta KB, terdiri dari :

- a. Hamil, adalah PUS yang pada saat pendataan keluarga/ pemutakhiran data keluarga, tidak menggunakan salah satu alat/cara kontrasepsi, karena sedang hamil.
- b. Ingin anak segera, adalah pasangan usia subur yang pada saat pendataan keluarga/ pemutakhiran data keluarga, sedang tidak menggunakan salah satu alat/cara kontrasepsi, dan tidak sedang hamil, karena menginginkan anak segera (batas waktu kurang dari dua tahun).
- c. Ingin anak tunda, adalah pasangan usia subur yang pada saat pendataan keluarga/ pemutakhiran data keluarga, sedang tidak menggunakan salah satu alat/cara kontrasepsi, tetapi ingin menunda (batas waktu dua tahun atau lebih) untuk kelahiran anak berikutnya.
- d. Tidak ingin anak lagi, adalah pasangan usia subur yang pada saat pendataan keluarga/ pemutakhiran data keluarga, sedang tidak menggunakan salah satu alat/cara kontrasepsi, tetapi juga tidak menginginkan anak lagi.

3. Program Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Program Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana menurut WHO (*World Health Organization*) adalah tindakan yang membantu pasangan suami isteri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kelahiran, mengontrol waktu kelahiran dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Program Keluarga Berencana memungkinkan pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah anak dan jarak umur antar anak (*spacing*) yang mereka inginkan, cara untuk mencapainya, serta menjamin tersedianya informasi dan berbagai metode yang aman dan efektif (ICPD POA 1994) (Rismawati, S, 2012). Berdasarkan UU RI No. 52 Tahun 2009, Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Rosita, N, 2019).

Program keluarga berencana merupakan gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Itu bermakna adalah perencanaan jumlah keluarga dengan pembatasan yang bisa dilakukan dengan penggunaan alat-alat kontrasepsi atau penanggulangan kelahiran seperti kondom, pil

KB, IUD, implan/susuk, suntik dan vasektomi serta tubektomi. Jumlah anak dalam sebuah keluarga yang dianggap ideal adalah dua. Untuk mewujudkan keberhasilan program KB, masyarakat sangat disarankan untuk memakai alat kontrasepsi. Pemakaian alat kontrasepsi ini bertujuan mencegah atau menunda kehamilan. Program KB adalah suatu langkah-langkah atau suatu usaha kegiatan yang disusun oleh organisasi-organisasi KB dan merupakan program pemerintah untuk mencapai rakyat yang sejahtera berdasarkan peraturan dan perundang-undangan kesehatan (Kemenkes RI, 2014).

b. Tujuan Program Keluarga Berencana (KB)

1) Tujuan Umum

Untuk mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan fondasi yang kokoh bagi pelaksanaan program KB untuk mencapai keluarga berkualitas (Marmi, 2016).

2) Tujuan Khusus

Untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa; mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa; memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka

kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi (Marmi, 2016).

c. Sasaran Program Keluarga Berencana (KB)

Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera. Sedangkan sasaran strategis BKKBN tahun 2015 - 2019 yang tertera pada Renstra BKKBN 2015-2019 adalah sebagai berikut : menurunnya laju pertumbuhan penduduk (LPP), menurunnya angka kelahiran total (TFR) per WUS (15-49 tahun), meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR), menurunnya *unmet need*, menurunnya angka kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun (ASFR 15-19 tahun), menurunnya kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS (15-49 tahun) (Handayani, S, 2010).

d. Manfaat Program Keluarga Berencana (KB)

Menurut WHO (2018) manfaat KB adalah sebagai berikut :

1) Kesehatan terkait Kehamilan

Kemampuan wanita untuk memilih hamil dan kapan ingin hamil memiliki dampak langsung pada kesehatan dan kesejahteraannya. KB memungkinkan jarak kehamilan dan penundaan kehamilan pada wanita muda yang memiliki risiko masalah kesehatan dan kematian akibat melahirkan anak usia dini. KB mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, termasuk wanita yang lebih tua dalam menghadapi peningkatan risiko terkait kehamilan. KB memungkinkan wanita yang ingin membatasi jumlah keluarga mereka. Bukti menunjukkan bahwa wanita yang memiliki lebih dari 4 anak berisiko mengalami kematian ibu.

2) Mengurangi AKB/Angka Kematian Bayi

KB dapat mencegah kehamilan dan kelahiran yang berjarak dekat dan tidak tepat waktu. Hal ini berkontribusi pada beberapa angka kematian bayi tertinggi di dunia. Bayi dengan ibu yang meninggal akibat melahirkan juga memiliki risiko kematian yang lebih besar dan kesehatan yang buruk.

3) Membantu Mencegah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)/ *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS)

KB mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan di antara wanita yang hidup dengan HIV, mengakibatkan lebih sedikit bayi yang terinfeksi dan anak yatim. Selain itu, kondom pria dan wanita memberikan perlindungan ganda terhadap kehamilan yang tidak diinginkan dan terhadap IMS termasuk HIV.

4) Memberdayakan Masyarakat dan Meningkatkan Pendidikan

KB memungkinkan masyarakat untuk membuat pilihan berdasarkan informasi tentang kesehatan seksual dan reproduksi. KB memberikan peluang bagi perempuan untuk mengejar pendidikan tambahan dan berpartisipasi dalam kehidupan publik, termasuk mendapatkan pekerjaan yang dibayar. Selain itu, memiliki keluarga yang lebih kecil memungkinkan orang tua untuk berinvestasi lebih banyak pada setiap anak. Anak-anak dengan lebih sedikit saudara kandung cenderung tetap bersekolah lebih lama daripada mereka yang memiliki banyak saudara kandung.

5) Mengurangi Kehamilan Remaja

Remaja hamil lebih cenderung memiliki bayi prematur atau bayi berat lahir rendah (BBLR). Bayi yang dilahirkan oleh remaja memiliki angka kematian neonatal yang lebih tinggi.

6) **Perlambatan Pertumbuhan Penduduk**

KB adalah kunci untuk memperlambat pertumbuhan penduduk yang tidak berkelanjutan dengan dampak negatif yang dihasilkan pada ekonomi, lingkungan, dan upaya pembangunan nasional dan regional.

e. Jenis Kontrasepsi

Untuk mewujudkan keberhasilan program KB, masyarakat sangat disarankan untuk memakai alat kontrasepsi. Pemakaian alat kontrasepsi ini bertujuan mencegah atau menunda kehamilan. Ada beberapa alat kontrasepsi untuk menunjang KB. Antara lain kondom, pil KB, IUD, implan/susuk, suntik dan vasektomi serta tubektomi. Berdasarkan pemakaiannya, Marmi (2015) membedakan jenis kontrasepsi menjadi dua, yaitu kontrasepsi laki-laki dan perempuan :

1) **Kontrasepsi Laki-Laki**

a) **Kondom**

(1) **Pengertian**

Alat KB berbentuk sarung/selubung tipis panjangnya kurang lebih 10-15 cm, berpelumas, dan terbuat dari karet. Salah satu ujungnya terbuka dan ujung lainnya buntu membentuk puting. Kondom digunakan pada penis ketika mulai ereksi.

(2) Cara Kerja

Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita karena sperma tertampung pada ujung kondom yang berputing sehingga tidak terjadi kehamilan.

(3) Efektivitas

Tingkat Efektivitas dari kondom adalah 80-95%. Angka kegagalannya sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

(4) Kelebihan

Kelebihan dari kondom yaitu tidak mengganggu produksi ASI, murah dan tersedia di berbagai tempat, praktis penggunaannya, mencegah IMS, dan tidak ada efek hormonal.

(5) Kelemahan

Kelemahan dari kondom adalah harus selalu tersedia setiap kaliberhubungan seksual dan masalah pembuangan kondom bekas pakai.

(6) Cara Pemakaian

Cara pemakaian dari kondom adalah sebagai berikut : (a). Kondom dipasang saat penis ereksi, dan sebelum melakukan hubungan seksual, (b). Buka kemasan kondom secara

berhati-hati dari tepi, dan arah robekan ke arah tengah. Jangan menggunakan gigi, benda tajam saat membuka kemasan, (c). Tekan ujung kondom dengan jari dan jempol untuk menghindari udara masuk ke dalam kondom. Pastikan gulungan kondom berada di sisi luar, (d). Buka gulungan kondom secara perlahan ke arah pangkal penis, (e). Setelah ejakulasi, lepas kondom saat penis masih ereksi, (f). Buang bungkus kondom bekas pakai ke tempat yang aman.

b) Vasektomi

(1) Pengertian

Tindakan memotong dan menutup saluran sperma yang menyalurkan sperma keluar dari testis.

(2) Cara Kerja

Dengan memotong atau mengikat saluran sperma sehingga sperma tidak bisa keluar bertemu dengan sel telur.

(3) Efektivitas

Tingkat Efektivitas vasektomi bisa mencapai 99%. Angka kegagalan biasanya kurang dari 0-2,2%, umumnya <1%.

(4) Kelebihan

Beberapa kelebihan diantaranya adalah : tidak mengganggu hubungan seksual, tidak ada efek samping hormonal, teknik operasi kecil dan sederhana dan bisa dilakukan kapan saja serta cepat dan hanya memerlukan waktu 5-10 menit.

(5) kelemahan

Beberapa kelemahan diantaranya adalah : terdapat luka bekas operasi, walau prinsipnya dapat disambung kembali, namun kemungkinan mendapat kehamilan sangat kecil, dan kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti radang namun tidak berarti.

2) Kontrasepsi Wanita

a) Kondom Wanita

(1) Pengertian

Kondom yang dirancang khusus untuk perempuan, berbentuk silinder yang dimasukkan ke dalam alat kelamin wanita. Kondom wanita

memiliki dua ujung dimana ujung yang satu dimasukkan ke arah rahim tertutup (*inner*) dan ujung yang lain ke arah luar terbuka (*outer*). Cara kerja, kelebihan, dan kelemahan kondom wanita kurang lebih sama dengan kondom lelaki.

(2) Cara Pemakaian

Berikut beberapa cara pemakaiannya : (a). Buka kemasan kondom secara hati-hati dari tepi dan arah robekan ke arah tengah. Jangan menggunakan gigi, benda tajam saat membuka kemasan, (b). Pegang *inner* ring kondom, lalu tekan dengan ibu jari pada sisi ring dan dengan jari lain pada sisi yang berseberangan, kemudian tekan sehingga sisi ring yang berseberangan akan bersentuhan dan bentuk inner ring menjadi lonjong. Atur posisi nyaman. Dapat dilakukan dengan berdiri satu kaki, jongkok, atau berbaring, (c). masukkan *inner* ring ke dalam vagina dengan hati-hati. Tekan dengan telunjuk agar ring masuk jauh ke dalam vagina, (d). Setelah coitus, keluarkan kondom secara perlahan dengan memutar outer ring agar air

mani yang tertampung tidak tumpah. Buang bekas kondom ke tempat yang aman.

b) Pil KB

(1) Pengetian

Merupakan alat kontrasepsi hormonal berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon esterogen dan atau progesteron. Berdasarkan kandungannya KB pil dibedakan menjadi :

(a) Pil KB Progestin

Merupakan pil KB yang hanya mengandung progesteron atau sering disebut dengan pil menyusui. Diminum satu kali sehari. Cara kerja pil ini dengan menghambat ovulasi untuk mencegah lepasnya sel telur wanita dari indung telur, mengentalkan lendir mulut rahim sehingga sperma sukar untuk masuk kedalam rahim, dan menipiskan lapisan endometrium. Efektivitas dari pil KB ini bisa mencapai 92-99% dengan syarat diminum setiap hari pada saat yang sama, tidak boleh lupa minum tiap harinya, dan senggama dilakukan 3-20 jam setelah

minum pil. Pil ini tidak mengganggu produksi ASI, kesuburan cepat kembali, tidak mempengaruhi menstruasi, dan dapat dihentikan setiap saat. Pil KB progestin memiliki efek hormonal seperti mempengaruhi nafsu makan. Kelemahan dari pil ini adalah tidak melindungi dari IMS dan sedikit ribet.

(b) Pil Kombinasi

Merupakan Pil KB yang mengandung esterogen dan progesteron. Cara kerjanya sama dengan pil KB progestin. Perbedaannya adalah pil kombinasi mempengaruhi produksi ASI sehingga tidak disarankan untuk ibu menyusui.

c) Suntik KB

Berdasarkan kandungan hormonnya suntik KB dibedakan menjadi dua :

(1) Suntik Progestin

Suntik KB ini hanya mengandung hormon progesteron. Cara kerjanya yaitu dengan mencegah ovulasi. Efektivitasnya yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

Kelebihan dari KB ini adalah tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengandung esterogen sehingga tidak memiliki dampak serius terhadap penyakit jantung, tidak mengganggu hubungan seksual. Sedangkan kelemahannya yaitu terjadi perubahan pola haid, mempengaruhi nafsu makan, menyebabkan pusing, dan tidak melindungi dari IMS. Suntik ini dilakukan satu bulan sekali.

(2) Suntik KB Kombinasi

Suntik KB yang mengandung hormon progesteron dan esterogen. Cara kerja dan efektivitas suntik KB kombinasi sama dengan suntik KB progestin. Perbedaannya dari suntik progestin adalah suntik ini mempengaruhi produksi ASI dan tidak disarankan pada perempuan yang memiliki gangguan pada jantung/vaskuler. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

d) Implan/Susuk KB

(1) Pengertian

Merupakan alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silikon dengan panjang kurang lebih 3 cm yang disusukkan di bawah kulit lengan atas. Implan hanya mengandung hormon progestin.

(2) Cara Kerja

Cara kerja implan dengan mencegah ovulasi, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat pergerakan sperma.

(3) Efektivitas

Angka kegagalan implan < 1 per 100 wanita per tahun. Efektivitas implan berkurang sedikit setelah 5 tahun dan pada tahun ke-6 kira-kira 2,5-3% akseptor menjadi hamil.

(4) Kelebihan

Beberapa kelebihan dari implan adalah tidak mempengaruhi produksi ASI, pengembalian kesuburan cepat setelah pencabutan, dapat dicabut setiap saat.

(5) Kelemahan

Adapun kelemahan dari implan yaitu menyebabkan perubahan pola haid sementara, menimbulkan keluhan nyeri, mual, dan tidak mencegah dari IMS.

e) IUD (*Intra Uterine Devices*) / AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

(1) Pengertian

AKDR adalah suatu alat kontrasepsi modern yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang. Bentuk dari AKDR bermacam-macam, terdiri dari plastik (*polyethylene*), ada yang dililit tembaga (Cu), dililit tembaga bercampur perak (Ag) dan ada pula yang batangnya hanya berisi hormon progesteron.

(2) Cara Kerja

AKDR meninggikan getaran saluran telur sehingga waktu blastokista sampai ke rahim, endometrium belum siap menerima nidasi dan menimbulkan reaksi mikro infeksi sehingga terjadi penumpukan sel darah putih yang

melarutkan blastokista, dan lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas.

(3) Efektivitas

Efektivitas AKDR yaitu 99%. Angka kegagalannya sekitar 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama.

(4) Kelebihan

Kelebihannya adalah : segera aktif setelah pemasangan, tidak mengganggu produksi ASI, tidak memiliki efek samping hormonal, dapat dipasang segera setelah melahirkan dan keguguran.

(5) Kelemahan

Kelemahannya adalah : Perubahan siklus haid, perdarahan menjadi banyak, kram/sakit perut 3-5 hari setelah pemasangan, adanya keluhan suami dan tidak mencegah IMS atau HIV/AIDS.

f) Tubektomi

(1) Pengertian

Tubektomi adalah metode kontrasepsi mantap dengan mengikat atau memotong saluran telur. Tindakan ini dilakukan pada kedua saluran

telur. Metode ini hanya diperuntukkan bagi mereka yang memang tidak ingin memiliki anak lagi.

(2) Cara Kerja

Dengan terikatnya saluran telur menyebabkan sel telur tidak dapat melewati saluran sel telur dengan demikian sel telur tidak bisa bertemu dengan sperma sehingga tidak terjadi kehamilan.

(3) Efektivitas

Indeks efektivitas sterilisasi adalah 0,5-1. Hanya ada satu kehamilan yang tidak diinginkan per 1000-2000 wanita yang telah ditubektomi.

(4) Kelebihan

Kelebihan dari tubektomi adalah tidak mempengaruhi libido seksual, tidak mempengaruhi produksi ASI, dan tidak ada efek samping hormonal ataupun efek samping jangka panjang.

(5) Kelemahan

Sedangkan kelemahannya yaitu terdapat luka bekas operasi yang terkadang terasa nyeri,

infeksi mungkin saja terjadi, dan kesuburan sulit kembali.

f. *Unmet Need* dalam Program Keluarga Berencana

1) Pengetian

Unmet need adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang tidak ingin punya anak lagi atau yang ingin menjarangkan kelahiran tetapi tidak menggunakan kontrasepsi. *Unmet need* dapat didefinisikan sebagai kelompok yang belum terpenuhi kebutuhan kontrasepsinya, mencakup semua pria atau wanita usia subur yang sudah menikah atau hidup bersama dan dianggap aktif secara seksual yang tidak menggunakan metode kontrasepsi, baik yang tidak ingin punya anak lagi ataupun menunda kelahiran berikutnya. Menurut WHO *unmet need* adalah mereka yang dalam masa subur dan aktif secara seksual tetapi tidak menggunakan metode kontrasepsi, dan melaporkan tidak menginginkan anak lagi atau ingin menunda anak berikutnya. Konsep kebutuhan yang tidak terpenuhi menunjuk pada kesenjangan antara niat reproduksi dan perilaku kontrasepsi mereka (Juliaan, F, 2009).

2) Kategori *Unmet Need*

Unmet need terdiri dari 2 (dua) kelompok :

- a) Ingin Anak Tunda (IAT)

Wanita yang bertujuan untuk menjarangkan kehamilan (*unmet need for spacing*), mereka yang ingin untuk menunda kehamilan berikutnya dalam jangka waktu tertentu dan saat ini tidak menggunakan sebuah metode kontrasepsi.
 - b) Tidak Ingin Anak Lagi (TIAL)

Wanita yang bertujuan untuk membatasi kehamilan (*unmet need for limiting*), mereka yang tidak menginginkan anak tambahan dan saat ini tidak menggunakan sebuah metode kontrasepsi.
- 3) Dampak *Unmet Need* KB
- a) *Unwanted Pregnancy*

Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi dimana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran dari suatu kehamilan. Kehamilan ini akibat dari suatu perilaku seksual/hubungan yang disengaja maupun tidak disengaja. Akibat dari kehamilan ini biasanya akan berdampak pada pengguguran kehamilan atau aborsi (Widyastuti dalam Rosita, N, 2019).

b) Aborsi

Aborsi atau pengguguran kandungan yang dalam bahasa latin abortus adalah keluarnya janin dalam rahim yang disengaja. Penyebab abortus disengaja yaitu: (1) Berdasarkan alasan medis, karena untuk menyelamatkan nyawa ibu, misalnya ibu sudah terlalu tua sehingga tidak mampu untuk melahirkan, sehingga menghawatirkan nyawa si ibu, (2) tidak berdasarkan alasan medis, misalnya alasan malu karena ibu telah sering hamil (Widyastuti dalam Rosita, N, 2019).

g. Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program KB

1) Fase Menunda/Mencegah Kehamilan

Pada PUS dengan istri umur kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena berbagai alasan. Untuk itu perlu penggunaan kontrasepsi untuk mencegah adanya kehamilan yang tidak direncanakan. Adapun syarat alat kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini adalah reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini akseptor belum mempunyai anak, efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya

kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program (Hanafi, H, 2010).

2) Fase Menjarangkan Kehamilan

Periode usia istri antara 20-35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak dua orang dengan jarak kelahiran adalah 2-4 tahun. Adapun ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai pada fase ini adalah efektivitas cukup tinggi; reversibilitas cukup tinggi karena akseptor masih mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang disarankan; tidak menghambat ASI, karena ASI merupakan makanan terbaik untuk anak sampai usia dua tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan serta kematian anak (Hanafi, H, 2010).

3) Fase Menghentikan/Mengakhiri Kehamilan

Periode istri berumur lebih dari 35 tahun sangat dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak lebih dari dua orang dengan alasan medis yaitu akan timbul berbagai komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinannya. Adapun syarat kontrasepsi yang disarankan digunakan pada fase ini adalah efektivitas sangat tinggi karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu maupun bayi, terlebih lagi

akseptor tidak mengharapkan punya anak lagi, dapat dipakai untuk jangka panjang, tidak menambah kelainan yang sudah/ mungkin ada karena pada masa usia ini risiko terjadi kelainan seperti penyakit jantung, hipertensi, keganasan dan metabolik meningkat (Hanafi, H, 2010).

4. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketidakikutsertaan Program Keluarga Berencana

Secara umum faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian *unmet need* adalah usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan dukungan suami. Masyarakat menganggap perempuan yang memiliki usia > 35 tahun merasa sudah tua sehingga kemungkinan untuk terjadi kehamilan sangat kecil berdampak pada kejadian *unmet need*. Bagi seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih luas dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang rendah. Pekerjaan dapat mempengaruhi kejadian *unmet need*, karena adanya kesibukan dan kurangnya kesempatan dalam mengakses alat kontrasepsi. Paritas/jumlah anak mempengaruhi seseorang dalam menggunakan alat kontrasepsi. Dukungan suami dan perhatian suami berpengaruh pada kejadian *unmet need* dukungan suami yang baik terhadap perilaku ber-KB akan menurunkan kejadian *unmet need* (BKKBN RI, 2016).

Ketidakikutsertaan Program Keluarga Berencana merupakan sebuah sikap dan perilaku dari pasangan usia subur (PUS). Terdapat salah satu teori yang membahas mengenai perilaku yaitu Teori *Precede-*

Proceed yang dikembangkan oleh Lawrence Green pada tahun 1991. Pada penelitian sebelumnya telah didapatkan beberapa faktor yang mempengaruhi ketidakikutsertaan program Keluarga Berencana, namun masih ada faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi ketidakikutsertaan program Keluarga Berencana berdasarkan teori perilaku.

a. Faktor Predisposisi

1) Umur

Umur merupakan lama waktu hidup atau ada, yaitu sejak dilahirkan atau diadakan. Umur juga 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 normal, lebih bermoral, lebih berbakti dari usia muda (Kemendikbud RI, 2018). Menurut Bappenas, *Unmet need* pada perempuan usia muda (15-29 tahun) lebih banyak untuk menjarangkan kelahiran, sementara di usia tua (30-49 tahun) lebih banyak untuk membatasi kelahiran mengingat resiko melahirkan yang semakin besar seiring dengan usia ibu. Kategori usia pada penelitian ini adalah ≤ 35 tahun dan > 35 tahun, hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh

Sariyati tahun 2016, kejadian *unmet need* paling banyak adalah responden yang berusia >35 tahun (Bappenas RI, 2010).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Misganu di Ethiopia tahun 2015, menyatakan bahwa faktor-faktor yang terkait dengan penggunaan kontrasepsi salah satunya adalah usia (Endriyas, M, dkk, 2017). Pada penelitian yang dilakukan Darmawati tahun 2017, menyatakan bahwa keikutsertaan untuk ber-KB yang tinggi pada kategori umur >35 tahun. Karena mereka mengetahui bahwa usia di atas 35 tahun memiliki risiko tinggi bila melahirkan. Pada penelitian yang dilakukan Sariyati tahun 2016, kejadian *unmet need* paling banyak adalah responden yang berusia >35 tahun. Berdasarkan hasil wawancara mereka beranggapan bahwa pada usia tersebut sudah bukan masa reproduktif lagi dan menganggap dirinya sudah tua sehingga kemungkinan untuk terjadi kehamilan sangat kecil (Sariyati, S, dkk, 2016). Berbeda dengan penelitian dari Nurjannah tahun 2016, yang menyatakan kejadian *unmet need* cenderung lebih banyak terjadi pada umur 15-34 tahun, artinya kebutuhan ini tinggi pada kelompok usia paling reproduktif (Nurjannah, S. N, 2016).

2) Jumlah Anak

Jumlah anak adalah total keseluruhan anak hidup yang pernah dilahirkan ibu. Jumlah anak mempengaruhi pemilihan kontrasepsi yang digunakan. Semakin banyak anak yang dimiliki maka semakin besar kecenderungan untuk menghentikan kesuburan sehingga lebih cenderung untuk memilih metode kontrasepsi jangka panjang. Berdasarkan program KB, jumlah anak dalam sebuah keluarga yang dianggap ideal adalah dua. Pengkategorian yang dilakukan Muchtar dan Purnomo yaitu bahwa jumlah anak sedikit adalah jika memiliki 1-2 anak, dan jumlah anak banyak jika memiliki >2 anak (Muchtar & Purnomo, 2009). Menurut penelitian dari Nurjannah tahun 2016, kecenderungan terjadinya *unmet need* lebih besar pada ibu yang memiliki jumlah anak lebih dari 2 orang (Nurjannah, S.N, 2016).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Misganu di Ethiopia tahun 2015, menyatakan bahwa faktor-faktor yang terkait dengan penggunaan kontrasepsi antara lain adalah jumlah anak yang masih hidup, pengalaman kematian anak, dan jumlah anak yang diinginkan. Penelitian ini menunjukkan bahwa, jumlah anak yang hidup meningkat, penggunaan kontrasepsi meningkat. Wanita yang

mengalami kematian anak memiliki kemungkinan lebih kecil untuk menggunakan kontrasepsi dibandingkan yang tidak mengalami kematian anak Wanita yang telah memutuskan jumlah anak lebih mungkin untuk menggunakan kontrasepsi daripada mereka yang belum memutuskannya (Endriyas, M, dkk, 2017).

3) Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan dan ini terjadi setelah orang melakukan pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Pada penelitian dari Andari tahun 2016 di Puskesmas Jombang, Kota Tangerang Selatan, menunjukkan bahwa pada pengetahuan ibu mengenai keluarga berencana berhubungan dengan perilaku penggunaan alat kontrasepsi pada wanita usia subur (Huda, A.N, 2016). Menurut penelitian Maiharti tahun 2018, ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan penggunaan metode kontrasepsi pada PUS di Kecamatan Jenu. Variabel pengetahuan mempunyai hubungan yang signifikan dengan penggunaan metode kontrasepsi pada PUS di Kecamatan Jenu karena tanpa adanya pengetahuan tentang kontrasepsi,

PUS tidak akan memiliki pertimbangan terhadap efektifitas dari metode kontrasepsi yang digunakan (Maiharti, R.I, dkk, 2018).

4) Faktor Pendorong (Dukungan Suami)

Dukungan adalah menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Dukungan juga dapat diartikan sebagai memberikan dorongan/ motivasi atau semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuat keputusan. Sementara itu dukungan suami adalah upaya yang diberikan oleh suami baik secara mental, fisik, maupun sosial (F.Effendi, 2009). Hasil dari penelitian yang dilakukan Andari tahun 2016 di Puskesmas Jombang, Kota Tangerang Selatan, menunjukkan bahwa dukungan suami yang dirasakan ibu berhubungan dengan perilaku penggunaan alat kontrasepsi pada wanita usia subur (Huda, A.N, 2016). Ada empat jenis dukungan, yaitu :

a) Dukungan Emosional

Dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti perhatian dan afeksi/ kasih sayang serta bersedia mendengarkan keluh kesah orang lain.

b) Dukungan Penghargaan

Dukungan ini melibatkan ekspresi yang berupa pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide, perasaan dan performa orang lain.

c) Dukungan Instrumental

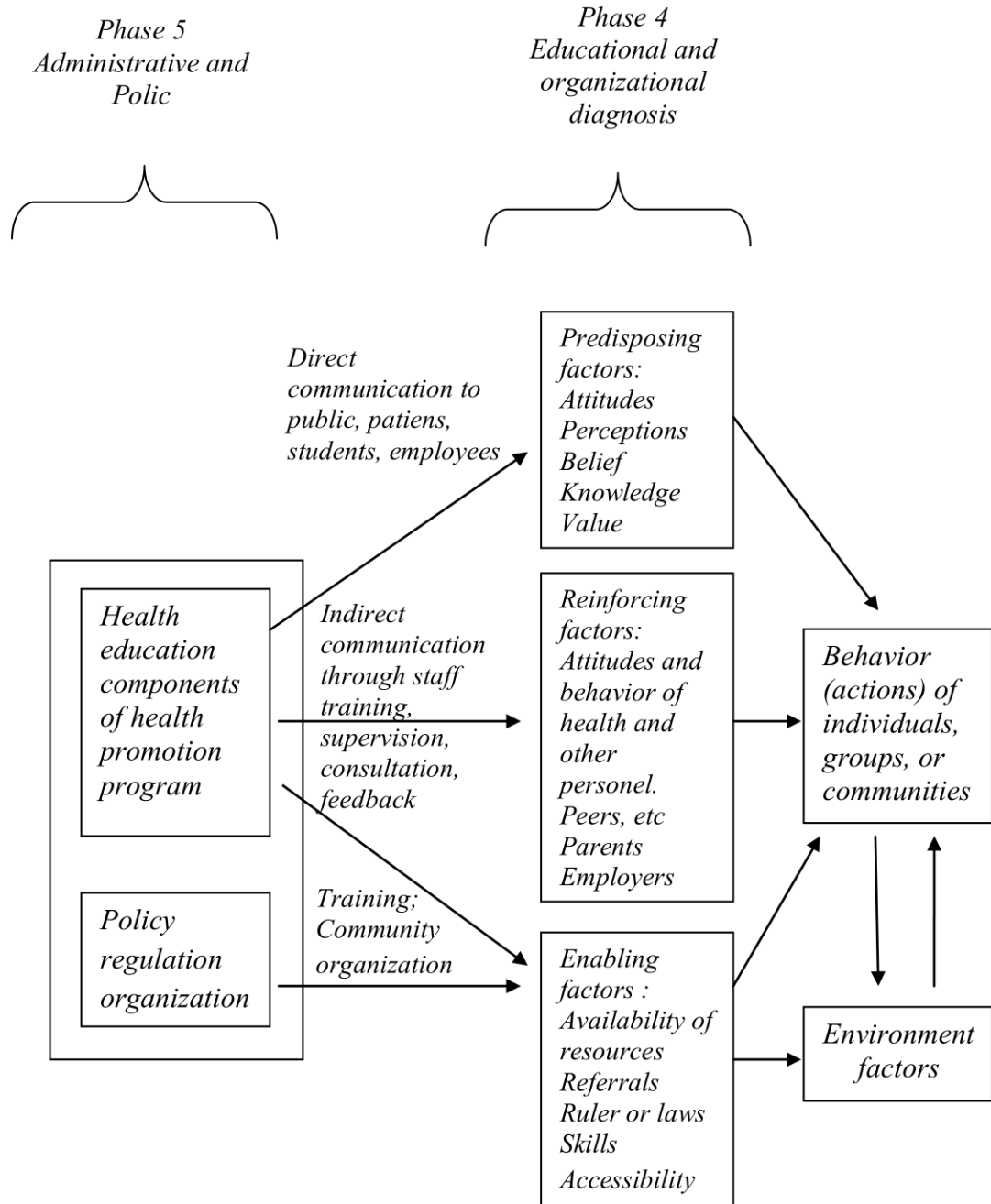
Bentuk dukungan ini melibatkan bantuan langsung, misalnya yang berupa bantuan finansial atau bantuan dalam mengerjakan tugas-tugas tertentu.

d) Dukungan Informasi

Dukungan yang bersifat informasi ini dapat berupa saran, penghargaan, dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan.

Berdasarkan penelitian Huda tahun 2016, dukungan suami dikategorikan menjadi 2 yaitu mendukung dan tidak mendukung. Penelitian ini menyatakan bahwa dukungan suami sangat dibutuhkan dalam menjalankan program Keluarga Berencana. Dalam penelitian ini, dukungan suami yang dirasakan ibu dengan perilaku penggunaan alat kontrasepsi, diketahui dari responden yang memiliki perilaku kurang dalam penggunaan alat kontrasepsi banyak ditemukan pada kelompok suami yang tidak mendukung, dibandingkan dengan kelompok suami yang mendukung (Huda, A.N, 2016).

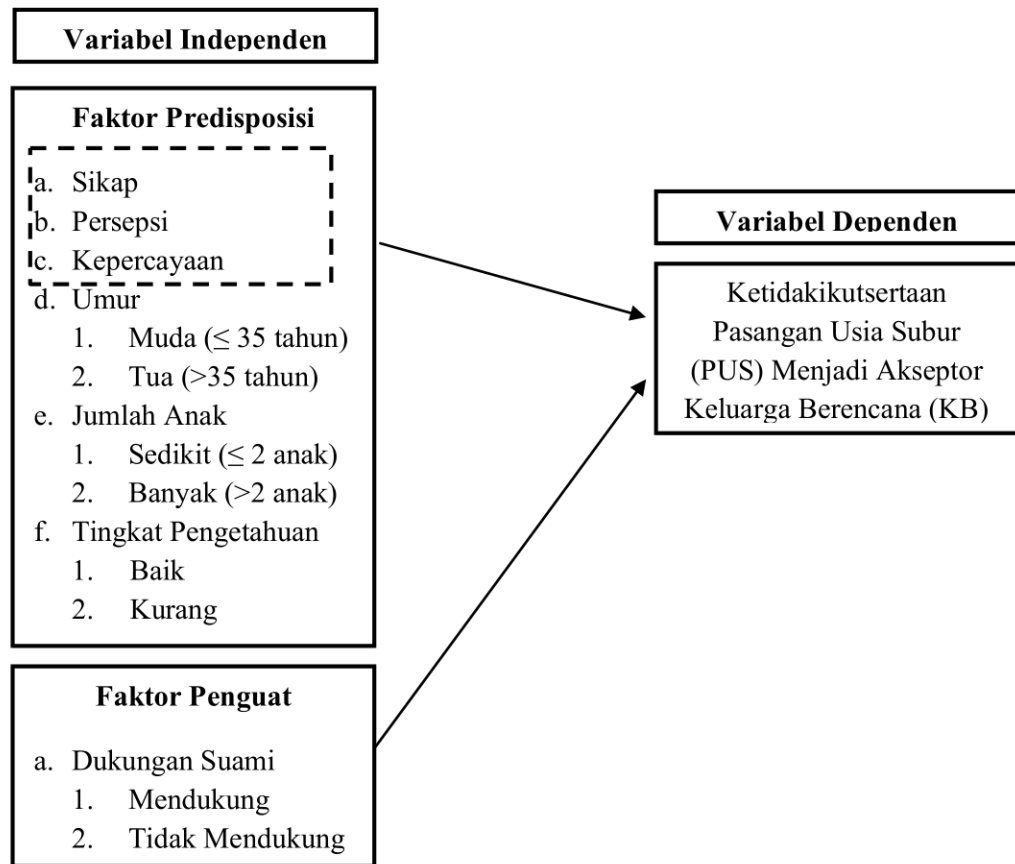
B. Kerangka Teori



Skema 2.1. Kerangka Teori

Teori *Precede-Proceed* (Lawrence Green, 1999) dalam Rosita, N (2019)

C. Kerangka Konsep



Skema 2.2 Kerangka Konsep

Modifikasi Teori *Precede-Proceed* (Lawrence Green, 1999) dalam Rosita, N (2019)

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak Diteliti

D. Hipotesis

Untuk lebih melengkapi kerangka konsep yang telah dibuat, maka peneliti dalam hal ini menambahkan hipotesa agar lebih memperkuat hasil penelitian yang memerlukan pengujian statistik, dimana :

1. Ada hubungan antara umur dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor keluarga berencana
2. Ada hubungan jumlah anak dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor keluarga berencana
3. Ada hubungan tingkat pengetahuan dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor keluarga berencana
4. Ada hubungan dukungan suami dengan ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor keluarga berencana

BAB III

METODE PENELITIAN

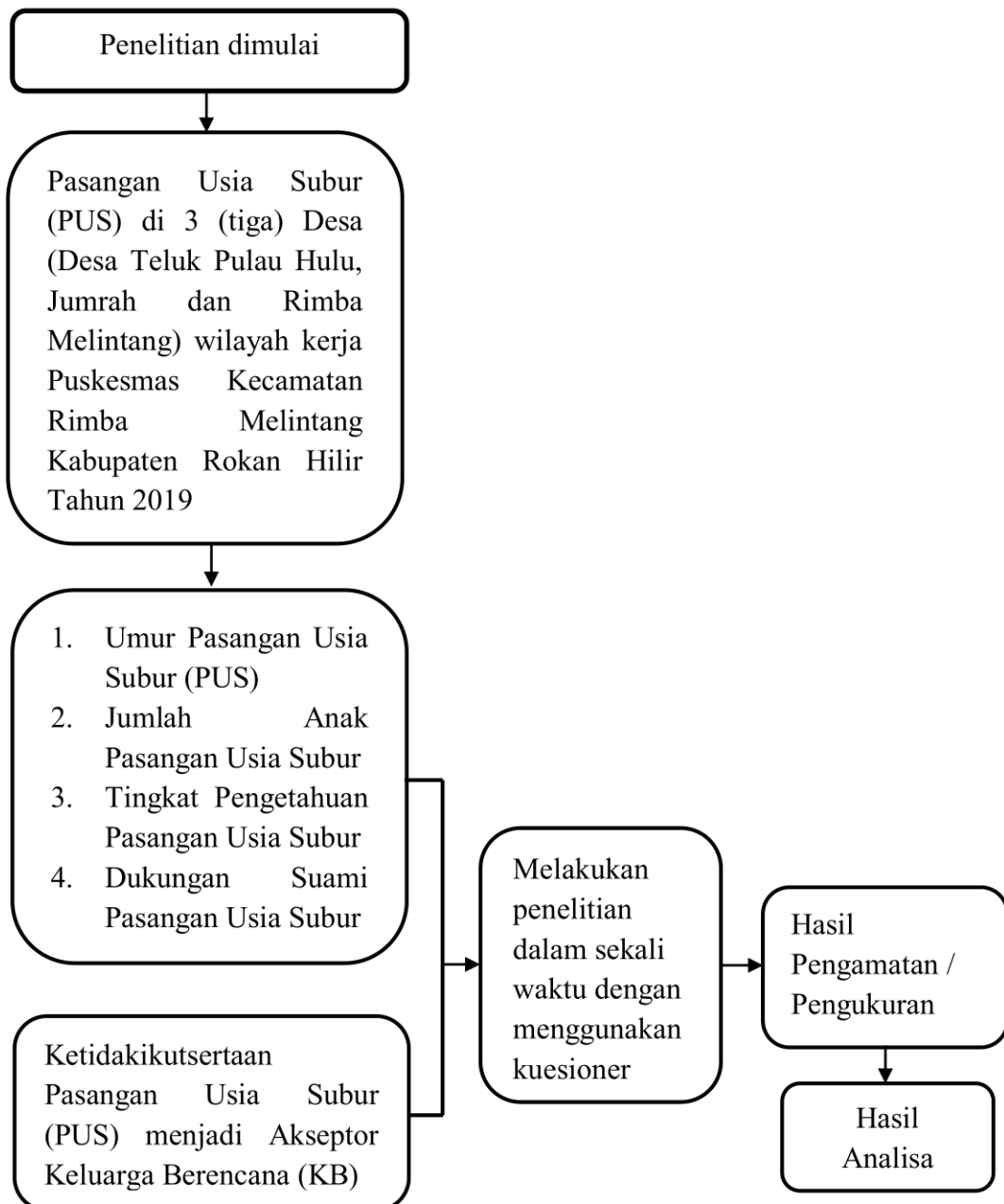
A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif yang merupakan metode penelitian berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, teknik pengambilan sampel pada umumnya dilakukan secara random, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2014).

Survei yang digunakan pada penelitian ini adalah survei analitik dengan studi *cross sectional* yang dilakukan dalam satu waktu. Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen (umur, jumlah anak, tingkat pengetahuan dan dukungan suami) dengan variabel dependen (ketidakikutsertaan pasangan usia subur (PUS) menjadi akseptor keluarga berencana (KB)).

1. Rancangan Penelitian

Skema rancangan penelitian ini adalah sebagai berikut :

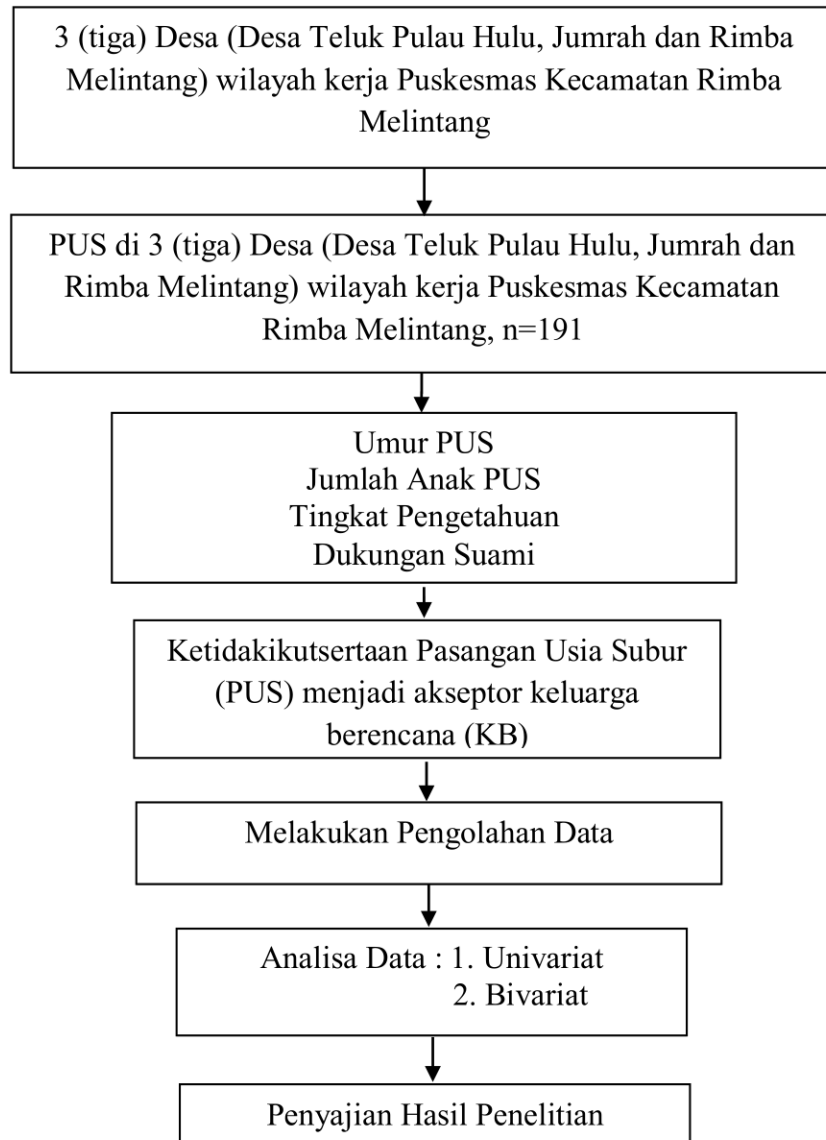


Skema 3.1. Rancangan Penelitian

(Sumber : Hidayat, 2010)

2. Alur Penelitian

Skema bagan alur dalam proses penelitian ini dapat dilihat dibawah ini :



Skema 3.2 Alur Penelitian

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 3 (tiga) desa yakni sebanyak (Teluk Pulau Hulu, Jumrah dan Rimba Melintang) Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Rimba Melintang Kabupaten Rokan Hilir Provinsi Riau.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 02 November sampai dengan 28 November tahun 2020.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah setiap subjek (dapat berupa manusia, binatang percobaan, data laboratorium, dan lain-lain) yang memenuhi karakteristik yang ditentukan (Satrosmoro, S, dkk, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah pasangan usia subur (PUS) di 3 (tiga) Desa (Desa Teluk Pulau Hulu, Jumrah dan Rimba Melintang) wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Rimba Melintang Kabupaten Rokan Hilir Tahun 2019 dengan jumlah 3.571 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasangan usia subur (PUS) di 3 (tiga) Desa (Desa Teluk Pulau Hulu, Jumrah dan Rimba Melintang) wilayah kerja

Puskesmas Kecamatan Rimba Melintang Kabupaten Rokan Hilir. Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Isgiyanto, 2009):

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \cdot \sqrt{2 \cdot P \cdot Q} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1 \cdot Q_1 + P_2 \cdot Q_2}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

n = Besar Sampel Minimum

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai z berdasarkan derajat kepercayaan = 1,96

$Z_{1-\beta}$ = Nilai z berdasarkan kekuatan uji = 0,842

P_1 = Perkiraan proporsi pada populasi 1

P_2 = Perkiraan proporsi pada populasi 2

P = $(P_1 + P_2)/2$

Tabel 3.1
Perhitungan Besar Sampel Penelitian

No	Variabel	P_1	P_2	N	Peneliti
1	Umur	0,48	0,29	101	Rosita, N (2019)
2	Jumlah Anak	0,37	0,34	174	Rosita, N (2019)
3	Tingkat Pengetahuan	0,33	0,38	141	Harahap, H. P (2019)
4	Dukungan Suami	0,51	0,30	74	Sarlis, N (2019)

Berdasarkan data tabel diatas, maka besar sampel penelitian minimal yang digunakan oleh peneliti adalah 174 orang. Untuk menghindari adanya responden yang drop out, maka dilakukan penambahan sampel sebanyak 10% dari jumlah sampel sehingga menjadi 191 orang.

D. Kriteria Inklusi dan Ekslusi

1. Kriteria Inklusi

- a. PUS yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Rimba Melintang Kabupaten Rokan Hilir.
- b. PUS yang bersedia ikut berpartisipasi dalam kegiatan penelitian.

2. Kriteria Ekslusi

- a. PUS sebagai responden penelitian tidak berada di lokasi penelitian setelah 3 kali peneliti mengunjungi tempat kerja ataupun rumah responden pada waktu yang berbeda.
- b. Responden sakit ataupun mendapat musibah lain sehingga menyebabkan responden tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti.

E. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *simple random sampling* (acak sederhana). Teknik ini dipilih karena populasi yang akan diukur homogen (tidak bervariasi) dan juga populasi berada pada area yang masih dapat dijangkau oleh peneliti.

Pada teknik ini semua sampel yang akan digunakan dipilih secara acak dengan menggunakan tabel bilangan random yang telah tersedia. Langkah-langkah dalam pemilihan sampel yang akan dilakukan adalah sebagai berikut (Setyawan, 2011) :

1. Membuat daftar nama subjek yang dalam hal ini adalah pasangan usia subur (PUS) diwilayah kerja Puskesmas Rimba Melintang dengan nomor urut masing-masing (*sample frame*).
2. Menjatuhkan ujung pensil/pena disembarang tempat pada tabel bilangan random.
3. Mengambil dua digit angka yang berdekatan dengan jatuhnya ujung pensil/pena itu untuk mengidentifikasi orang pertama sebagai sampel.
4. Selanjutnya untuk mengidentifikasi orang ke 2,3,4,5 dst..... (n), maka akan diambil dua angka dibawah, diatas, dan atau disampingnya sampai kebutuhan terpenuhi.

F. Etika Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010) dalam Rosita, N (2019), empat prinsip yang harus dipegang teguh oleh peneliti, yaitu :

1. Menghormati harkat dan martabat (*respect for human dignity*)

Dalam penelitian ini peneliti mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian untuk mendapat informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian tersebut dengan menjelaskan tujuan dilakukan penelitian dan memberikan *informed consent* untuk ditandatangani

oleh calon responden sebagai bukti bersedia menjadi responden untuk penelitian ini.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Setiap orang mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti dapat langsung bertemu dengan responden tanpa mengganggu privasi responden dan tidak menyampaikan kepada orang lain tentang apapun yang diketahui peneliti tentang penelitian ini. Menggunakan nomor responden dan tidak mencantumkan nama pada kuesioner merupakan salah satu usaha peneliti dalam menjaga kerahasiaan identitas responden.

3. Keadilan dan inklusivitas atau keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Dalam penelitian ini tidak menutupi tujuan diadakan penelitian dan menjawab pertanyaan responden mengenai penelitian. Menggunakan semua informasi yang didapatkan dari responden hanya untuk kepentingan penelitian.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefit*)

Penelitian ini untuk kepentingan studi, sehingga memaksimalkan manfaat dari penelitian yang dilakukan dan meminimalkan kerugian dari penelitian ini. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta memberikan kompensasi sewajarnya berupa *pouch*/dompet kecil kepada responden atas waktu, pikiran, dan mungkin tenaga dalam rangka memberikan informasi yang diperlukan oleh peneliti.

G. Jenis, Cara dan Alat Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi 2 data.

Adapun data tersebut diantaranya adalah :

a. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang sudah tersedia dan bisa langsung dicari dan digunakan. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Profil Puskesmas Kecamatan Rimba Melintang dan Profil Dinas Kesehatan Kab. Rokan Hilir mengenai data-data jumlah akseptor KB pada pasangan usia subur (PUS).

b. Data Primer

Data primer merupakan data yang hanya dapat diperoleh dari sumber asli. Data primer dalam penelitian ini mengenai umur, jumlah anak, tingkat pengetahuan dan dukungan suami yang akan mempengaruhi ketidakikutsertaan pasangan usia subur

dalam menjadi akseptor KB. Data primer ini diperoleh dengan menyebarkan instrumen penelitian berupa kuesioner dan melakukan wawancara terhadap pasangan usia subur (PUS) yang menjadi sampel penelitian.

2. Cara dan Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu berupa kuesioner.

1. Untuk data karakteristik responden peneliti mengumpulkan data responden tentang nama inisial, umur, pendidikan, jumlah anak hidup, menggunakan KB, pengetahuan tentang KB, dukungan suami tentang penggunaan KB, ditanyakan dengan menggunakan kuesioner dengan menuliskan dilembaran pertanyaan kuesioner.
2. Untuk kuesioner pengetahuan keluarga tentang KB responden. Peneliti memberi skor dilakukan dengan ketentuan, bila jawaban responden benar diberi skor 1, dan bila jawaban responden salah diberi skor 0. Skor yang diperoleh masing-masing responden dijumlahkan dan dikategorikan dengan kategori sebagai berikut :
 - a. Baik =1 (apabila menjawab \geq (Nilai Median = 13))
 - b. Kurang Baik = 0 (apabila menjawab $<$ (nilai Median = 13))

3. Untuk kuesioner dukungan suami terhadap KB. Peneliti memberi skor dilakukan dengan ketentuan, bila jawaban responden ya diberi skor 1, dan bila jawaban responden tidak diberi skor 0. Skor yang diperoleh masing-masing responden dijumlahkan dan dikategorikan dengan kategori sebagai berikut :
 - a. Mendukung =1 (apabila menjawab \geq (Nilai Median =6))
 - b. Tidak Mendukung = 0 (apabila menjawab $<$ (nilai Median =6))

H. Uji Validitas dan Reabilitas Data

1. Uji Validitas

Validitas adalah sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam mengukur data. Alat ukur yang dapat digunakan adalah kuesioner. Pertanyaan pada kuesioner dapat dikatakan valid apabila skor dari pertanyaan berkorelasi signifikan dengan skor total. Untuk menentukan keputusan uji statistik apakah H_0 diterima atau H_0 ditolak maka dapat dilakukan dengan cara membandingkan r hitung dan r tabel. Satu butir dikatakan valid apabila didapatkan r hitung lebih besar dari r tabel, dengan derajat kepercayaan 0,05 atau dengan melihat nilai signifikansi (p) yang dibandingkan dengan nilai $\alpha = 5\%$, apabila nilai r hitung lebih rendah dari nilai r tabel menunjukkan bahwa item tersebut tidak valid dan sebaliknya (Najmah, 2011).

Pada penelitian ini, uji validitas dilakukan dilakukan pada pasangan usia subur (PUS) di Desa Pematang Botam Kecamatan Rimba Melintang. Pasangan usia subur di Desa Pematang Botam ini dipilih sebagai responden uji karena memiliki jumlah pasangan usia subur (PUS) dan karakteristik responden yang hampir sama dengan pasangan usia subur di Desa Teluk Pulau Hulu, Jumrah dan Rimba Melintang Kecamatan Rimba Melintang yang akan dijadikan sebagai sampel penelitian. Penelitian untuk uji validitas ini dilakukan pada bulan November 2020 yang diujikan pada 30 orang pasangan usia subur (PUS) terpilih sebagai sampel uji.

Pada variabel pengetahuan responden, soal yang diujikan sebanyak 25 pernyataan, 25 pernyataan yang nilai r hitung lebih besar dari r tabel ($r = 0,361$). Maka dapat disimpulkan 25 pernyataan tersebut valid. Dari 15 pernyataan pada variabel dukungan suami responden tentang keikutsertaan menjadi akseptor KB, 15 pernyataan yang nilai r hitung lebih besar dari r tabel ($r = 0,361$). Maka dapat disimpulkan bahwa seluruh pernyataan tersebut valid.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui ketepatan suatu instrumen (alat ukur) didalam mengukur gejala yang sama walaupun dalam waktu yang berbeda. Menurut Sugiyono (2014), reliabilitas instrumen yaitu suatu instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama, maka akan menghasilkan data

yang sama. Hasil pengukuran yang memiliki tingkat reliabilitas yang tinggi akan mampu memberikan hasil yang terpercaya. Tinggi rendahnya reliabilitas instrumen ditunjukkan oleh suatu angka yang disebut koefisien reliabilitas. Jika suatu instrumen dipakai dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukurannya yang diperoleh konsisten, instrumen itu reliabel.

Untuk menguji reliabilitas instrumen dalam penelitian ini menggunakan koefisien reliabilitas *Alfa Cronbach* (Arikunto, 2013). Peneliti melakukan uji reliabilitas dengan bantuan SPSS. Menurut Sujarweni (2014) dijelaskan bahwa reliabilitas dapat dilakukan secara bersama-sama terhadap seluruh butir atau item pertanyaan dalam angket (kuesioner) penelitian. Adapun dasar pengambilan keputusan dalam uji reliabilitas adalah sebagai berikut :

1. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,60$ maka kuesioner atau angket dinyatakan reliabel atau konsisten.
2. Sementara jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,60$ maka kuesioner atau angket dinyatakan tidak reliabel atau tidak konsisten.

Dari hasil uji Dari hasil uji reliabilitas, nilai r alpha 25 pernyataan yang valid pada variabel pengetahuan adalah 0,792, artinya r alpha (0,792) $> 0,60$. Maka, dapat disimpulkan bahwa 25 pertanyaan pada kuesioner pengetahuan adalah reliabel/konsisten. Nilai r alpha 15 pernyataan yang valid pada variabel dukungan suami adalah 0,761, artinya r alpha (0,761) $> 0,60$. Maka, dapat

disimpulkan bahwa 15 pernyataan pada kuesioner dukungan suami adalah reliabel/konsisten.

I. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

1. Peneliti melakukan pendekatan kepada kader di wilayah masing-masing desa/kelurahan.
2. Peneliti kemudian mendatangi rumah masing-masing responden dan memberikan penjelasan mengenai tujuan dan maksud penelitian.
3. Memberikan surat penjelasan penelitian dan lembar kesediaan/*informed consent* untuk menjadi responden yang kemudian ditandatangani responden.
4. Peneliti membagikan kuesioner kemudian menjelaskan cara pengisian. Kuesioner dikerjakan selama 25-30 menit dan dikumpulkan saat itu juga.
5. Peneliti mengecek kembali perlengkapan jawaban dari responden pada kuesioner yang telah dikerjakan oleh responden.

J. Definisi Operasional

Tabel 3.2

Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Dependen					
1	Keikutsertaan Program KB	Tindakan menggunakan alat kontrasepsi (kondom, pil, suntik, AKBK, AKDR, MOW, MOP) yang digunakan untuk mencegah kehamilan sebagai program keluarga berencana yang tidak sedang hamil dan ingin anak segera (IAS).	Variabel ini diukur dengan menggunakan kuesioner dengan teknik wawancara	Kategori : a. Ikut Serta = 1 b. Tidak Ikut Serta = 0 (Rosita,N, 2019)	Nominal
Independen					
2	Umur	Masa hidup responden dari awal kelahiran hingga saat penelitian dilakukan dalam satuan tahun.	Variabel ini diukur dengan menggunakan kuesioner dengan teknik wawancara	Kategori : a. Muda (≤ 35 Tahun) = 1 b. Tua (> 35 Tahun) = 0 (Rosita,N, 2019)	Nominal
3	Jumlah Anak	Keseluruhan anak hidup yang pernah dilahirkan responden.	Variabel ini diukur dengan menggunakan kuesioner dengan teknik wawancara	Kategori : a. Sedikit (≤ 2 anak) = 1 b. Banyak (> 2 anak) = 0 (Rosita,N, 2019)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
4	Tingkat Pengetahuan	Kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan dalam kuesioner mengenai pengertian, tujuan, manfaat, jenis, kekurangan dan kelebihan kontrasepsi.	Variabel ini diukur dengan menggunakan kuesioner dengan teknik wawancara	Kategori : c. Baik =1 (apabila menjawab \geq (Nilai Median= 13)) d. Kurang Baik = 0 (apabila menjawab $<$ (nilai Median =13)) (Sugiyono, 2014)	Ordinal
5	Dukungan Suami	Tanggapan suami kepada responden terhadap pemakaian kontrasepsi meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informasi.	Variabel ini diukur dengan menggunakan kuesioner dengan teknik wawancara	Kategori : a. Mendukung = 1 (apabila menjawab \geq (Nilai Median =6)) b. Tidak Mendukung = 0 (apabila menjawab $<$ (nilai Median =6)) (Sugiyono, 2014)	Ordinal

K. Pengolahan Data

Data yang telah didapatkan dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner akan diolah dengan menggunakan aplikasi program komputer SPSS. Terdapat 4 langkah yang akan dijalankan oleh peneliti dalam pengolahan data penelitian antara lain (Najmah, 2011) :

1. Pengeditan Data (*editing*)

Kegiatan melakukan pengecekan terhadap kuesioner yang disebarkan kepada responden untuk melihat apakah jawaban yang ada pada kuesioner tersebut sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

2. Pengkodean Data (*coding*)

Kegiatan yang dilakukan untuk mengubah data-data dalam bentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka yang akan mempermudah peneliti dalam memasukkan data dan melakukan analisis data.

3. Pemasukan Data (*entry*)

Kegiatan memindahkan data-data yang ada pada kuesioner ke dalam paket program komputer yang digunakan untuk membantu proses pengolahan data agar data-data tersebut dapat dianalisis sesuai dengan hasil output yang dikeluarkan oleh program komputer.

4. Pembersihan Data (*cleaning*)

Kegiatan pengecekan kembali data-data yang telah dimasukkan untuk melihat apakah terdapat kesalahan data atau tidak. Pembersihan data ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya missing data, mengetahui variasi data, serta mengetahui konsistensi data.

L. Analisis dan Penyajian Data

Setelah data diperoleh, maka dilakukan pengolahan data secara komputerisasi. Analisis yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Analisis Univariat

Analisa yang digunakan untuk melakukan analisis distribusi dan presentasi karakteristik. Analisis data dilakukan dengan analisis dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, untuk mengetahui proporsi masing-masing variabel yang diteliti pada subjek penelitian, baik itu variabel Independen yang terdiri dari umur, jumlah anak, pengetahuan dan dukungan suami. Sedangkan untuk variabel Dependen adalah ketidakikutsertaan PUS menjadi akseptor KB.

2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat adalah analisis yang menggunakan dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat. Arikunto, (2006) dalam Maswihardo, A (2013). Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam hal ini disebut sebagai variabel Independen yang meliputi umur, jumlah anak, tingkat pengetahuan dan dukungan suami. Sedangkan variabel terikat adalah ketidakikutsertaan PUS menjadi akseptor KB. Variabel-variabel yang akan diteliti dalam penelitian dilakukan dengan uji menggunakan rumus Chi-square. Derajat kesalahan yang digunakan

adalah 5% (0,05), dengan ketentuan apabila p value < 0,05 maka dikatakan bermakna dimana H_a diterima. Dan sebaliknya apabila p value > 0,05 maka dikatakan tidak bermakna dimana H_a ditolak.

Aturan yang berlaku untuk uji *Chi-square*, untuk program komputerisasi seperti SPSS adalah sebagai berikut :

- a. Bila pada tabel *Contingency 2x2* dijumpai nilai e (harapan) kurang dari 5, maka hasil yang digunakan adalah *Fisher Exact Test*.
- b. Bila pada tabel *Contingency 2x2* tidak dijumpai nilai e (harapan) kurang dari 5, maka hasil yang digunakan adalah *Continuity Correction*.
- c. Bila tabel *Contingency* yang lebih dari 2x2 misalnya 3x2, 3x3 dan lain-lain, maka hasil yang digunakan adalah *Pearson Chi-Square*.
- d. Bila pada tabel *Contingency 3x2* ada sel dengan nilai frekuensi e (harapan) kurang dari 5, maka akan dilakukan merger sehingga menjadi tabel *Contingency 2 x 2* (Budiarto, 2002) dalam Desy Agustina (2013).

3. Penyajian Data

Data yang telah dikumpulkan dan didapatkan melalui hasil pengolahan komputerisasi dengan program SPSS, kemudian di analisis dan disajikan dalam bentuk tabel. Selanjutnya hasil akhir dari data-data tersebut akan di interpretasikan (dinarasikan).