

**PERILAKU PASANGAN USIA SUBUR (PUS) DALAM PENGAMBILAN
KEPUTUSAN MENJADI AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA
DI DESA HUTATINGGI
TAHUN 2020**

SKRIPSI

OLEH:

**ROFIDAH
18060079P**



**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2020**

**PERILAKU PASANGAN USIA SUBUR (PUS) DALAM PENGAMBILAN
KEPUTUSAN MENJADI AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA
DI DESA HUTATINGGI
TAHUN 2020**

OLEH:

**ROFIDAH
18060079P**

SKRIPSI

*Sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan
pada Program Studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Kesehatan
Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan*

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2020**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Judul Penelitian : Perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam Pengambilan Keputusan menjadi Akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi Tahun 2020.

Nama Mahasiswa : Rofidah
NIM : 18060079P
Program Studi : Kebidanan Program Sarjana

Skripsi ini telah diuji dan dipertahankan di hadapan Komisi Pembimbing, Komisi Penguji dan Ketua Sidang pada Ujian Akhir (Skripsi) Program Studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan dan dinyatakan LULUS pada tanggal September 2020

Menyetujui,

Komisi Pembimbing



Sri Sartika Sari Dewi, SST.M.keh
NIDN.010048901



apt. Hasni Yaturramadhan, M. Farm
NIDN.0103068503

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kebidanan
Program Sarjana



Nurelila Sari Siregar, SST. M. Keh
NIDN:0122058903

Dekan Fakultas Kesehatan
Universitas Afa Royhan



Arnil Hidayah, SKM.M.Kes
NIDN. 0118108703

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Rofidah
Tempat/Tanggal/Lahir : Hutatinggi, 17 November 1997
Alamat : Ds. Hutatinggi Kec. Puncak Sorik Marapi
Kab. Mandailing Natal
No. Telp/HP : 082247994030
Email : rofidahnst1997@gmail.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 2003-2009 : SD Negeri Hutanamale II
2. Tahun 2009-2012 : MTsN Panyabungan
3. Tahun 2012-2015 : MAN Panyabungan
4. Tahun 2015-2018 : Pendidikan D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Namira Madina Panyabungan

Abstrak

Masalah utama yang dihadapi di Indonesia dibidang kependudukan adalah masih tingginya angka pertumbuhan penduduk dimana perilaku masyarakat dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana dipengaruhi beberapa faktor yang dilihat dari aspek-aspek agama, psikologis, sosial, budaya, dan sosioekonomi. Hambatan agama umumnya berupa pandangan yang bersifat pronatalis (setuju akan jumlah kelahiran yang alamiah). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku pasangan usia subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana dengan jenis penelitian *Kuantitatif* dan desain *deskriptif* melalui pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 71 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan *Total Sampling* yang telah dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus 2020 di Desa Hutatinggi dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 71 responden mayoritas pasangan usia subur memiliki pengetahuan baik sebanyak 36 orang (50,7%) dan mayoritas pasangan usia subur bersikap positif sebanyak 65 orang (92%) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana (KB). Sebagai bahan pertimbangan dan masukan diharapkan pelayanan kesehatan untuk tetap meningkatkan penyuluhan keluarga berencana agar dapat menambah informasi sehingga pengetahuan pasangan usia subur tentang keluarga berencana akan tetap baik.

Kata Kunci : perilaku, pasangan usia subur, akseptor KB

Abstract

The main problem that's happen in indonesia for the population is still high rate of population growth where people's behavior in decision making becomes a family planning acceptor influenced by several factors that are seen from the aspect of religion. Psychological. Social. cultural and sosioeconomic. Barries of religion generally in the from of views that are pronatalis (agree to be the number of births are natural). This study aims to determine the behavior of couple of reproductive age in the decision to become acceptors of family planning by using descriptive design with cross sectional approach. The number of sample in this study were 71 respondents. Sampling was done by using a total sampling was done in July to August 2020 in the Village Hutatinggi by using the instrument in the form of questionnaire. The result showed that out of 71 respondents mojority of couple of reproductive age have a good knowladge of as many as 36 people and the majotity of reproductive age to be positive as much as 65 people. For consideration and input of health care is expected to keep improving family planning caunseling in order to add information so knowladge of couple of reproductive age about family planning will be better.

Keywords: Behaviors, couples of reproductive age, family planning acceptor

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan hidayah-Nya hingga penulis dapat menyusun Penelitian/Skirpsi dengan judul “Perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam Pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana Di Desa Hutatinggi Tahun 2020”.

Penyusunan skripsi ini menjadi salah satu syarat memperoleh gelar sarjana kebidanan di Program Studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsimpuan.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Dr. Anto, M. Kes, MM selaku Rektor Universitas Afa Royhan di kota Padangsidimpuan.
2. Arinil Hidayah, SKM, M. Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di kota Padangsidimpuan.
3. Nurelilasari Siregar, SST, M.Keb selaku Kaprodi Program Studi Kebidanan Program Sarjana Universitas Afa Royhan di kota Padangsidimpuan.
4. Sri Sartika Sari Dewi, STT, M. Keb selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan penelitian ini.
5. apt. Hasni Yaturramadhan, M. Farm selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan penelitian ini.
6. Seluruh Dosen Program Studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.

7. Mhd. Taufik, S. Pd selaku Kepala Desa Hutatinggi yang telah memberikan izin dan kesempatan dalam penelitian ini.
8. Tercinta, Ayahanda Hambali Nasution dan Ibunda Irma Suryani Nasution yang selalu memberikan motivasi baik moril maupun material dan do'a yang tiada henti-hentinya kepada penulis dalam menyelesaikan penyusunan penelitian ini.
9. Tersayang abang dan adik serta orang yang selalu memberi dukungan kepada penulis selama ini. Abdul Haris S.Sos, Sarkawi Amd, Fadilah S.Pd, Ahmad Sulaiman untuk do'a, waktu, motivasi dan kasih sayangnya.
10. Semua pihak yang tidak disebutkan namanya yang telah membantu penulis dalam proses penyusunan penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini belum sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari pembaca untuk kesempurnaan penelitian ini. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi kita semua.

Padangsidempuan, 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN DALAM	
HALAMAN PERSYARATAN	
HALAMAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
DAFTAR SINGKATAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Kegiatan	5
1.4.1 Bagi Pelayanan Kesehatan	5
1.4.2 Bagi Masyarakat	5
1.4.3 Bagi Penelitian Selanjutnya	5
1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Akseptor Keluarga Berencana (KB)	7
2.2 Metode Kontrasepsi	9
2.3 Pasangan Usia Subur (PUS)	27
2.4 Pengambilan Keputusan	28
2.5 Perilaku	30
2.6 Kerangka Konsep	42
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	43
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	43
3.2.1 Lokasi	43
3.2.2 Waktu	43
3.3 Populasi dan Sampel	44
3.3.1 Populasi	44
3.3.2 Sampel	44
3.4 Etika Penelitian	44
3.5 Instrumen Penelitian	46
3.6 Prosedur Pengumpulan Data	47
3.7 Defenisi Operasional	48
3.8 Analisa Data	50
3.8.1 Analisa Univariat	50

BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1 Hasil Penelitian	51
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Pembahasan	58
5.2 Keterbatasan.....	64
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	65
6.2 Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	67

Daftar Tabel

	<i>Halaman</i>
Tabel 2.1 Menentukan masa subur.....	11
Tabel 3.1 Waktu Penelitian.....	43
Tabel 3.2 Variabel Penelitian.....	49
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Data Demografi	52
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan	53
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Pengetahuan	54
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap	55
Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pernyataan Sikap	56

Daftar Lampiran

Lampiran I : Lembar Penjelasan Kepada Calon Responden

Lampiran II : Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan

Lampiran III : Lembar Kuesioner

Lampiran IV : Lembar Surat Izin Penelitian dari Universitas Afa Royhan

Lampiran V : Lembar Surat Balasan Izin Penelitian dari Kepala Desa

Lampiran VI : Master Tabel Data Demografi, Pengetahuan dan Sikap

Lampiran VII: Input Data Menggunakan SPSS

Lampiran VIII : Dokumentasi Kegiatan

Lampiran IX: Lembar Konsul Pembimbing I

Lampiran X: Lembar Konsul Pembimbing II

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	= <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKB	= Angka Kematian Bayi
AKBK	= Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	= Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	= Angka Kematian Ibu
ASI	= Air Susu Ibu
BKKBN	= Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
<i>Deponoristerat</i>	= <i>Depo noreisteron enantat</i>
<i>Depoprovera</i>	= <i>Depomedroksi progesteron asetat</i>
FP	= Family Planing
H ₀	= Hipotesis nool
H _a	= Hipotesis alternatif
HBV	= Hepatitis B Virus
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	= Infeksi Menular Seksual
KB	= Keluarga Berencana
KBA	= Keluarga Berencana Alamiah
MAL	= Metode <i>Amenorhea</i> Laktasi
MGDs	= <i>Millenium Development Goals</i>
MOB	= Metode <i>Ovulasi Billings</i>
PUS	= Pasangan Usia Subur
S	= Setuju
SGDs	= <i>Sustainable Development Goals</i>
SS	= Sangat Setuju
STS	= Sangat Tidak Setuju
TS	= Tidak Setuju
WHO	= <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan upaya pembangunan berkelanjutan yang menjadi acuan dalam kerangka pembangunan dan perundingan negara-negara di dunia. SDGs memiliki beberapa tujuan, diantaranya menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia, termasuk di dalamnya kemitraan global Keluarga Berencana (KB) yang dikenal dengan Family Planning 2020 (FP 2020) yang dicanangkan di tahun 2012. FP 2020 bertujuan untuk mendukung hak-hak setiap perempuan untuk dapat menentukan, secara bebas, dan diri mereka sendiri, apakah mereka ingin memiliki anak, kapan akan memilikinya, dan berapa jumlah anak yang ingin dimiliki. Berdasarkan World Health Organization (WHO), Penggunaan kontrasepsi di seluruh dunia, proporsi wanita yang ber KB sedikit meningkat dari 73,6% pada tahun 2000 menjadi 76,8% pada tahun 2020. Dari 56 kelahiran per 1000 gadis remaja di tahun 2000 menjadi 41 di tahun 2020. Namun, cakupan di Afrika sub-Sahara hanya 55,5% pada tahun 2020 (WHO, 2020).

China memiliki populasi terbesar di dunia. Pada akhir 2017, total populasi dari dunia adalah 7,53 miliar, di mana 1,386 miliar adalah China dan China masih mempertahankan tingkat penggunaan jangka panjang tertinggi di dunia metode kontrasepsi yang sekitar 81% secara nasional (Thesis Caomengqian Guan, 2019).

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan peningkatan jumlah penduduk yang signifikan setiap tahunnya. Masalah utama yang dihadapi di Indonesia dibidang kependudukan adalah masih tingginya angka pertumbuhan

penduduk. Keadaan penduduk yang demikian telah mempersulit usaha peningkatan dan pemerataan kesejahteraan rakyat. Salah satu upaya pemerintah dalam mengendalikan jumlah penduduk adalah melalui Program KB (UU No.52 Pasal 1 Tahun 2009).

Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga menyebutkan bahwa program KB adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sosial sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014).

Hasil penelitian Omo Sutomo 2018 menunjukkan bahwa masih ditemukan ibu-ibu belum menjadi akseptor KB, pengetahuan informan tentang KB masih sangat terbatas/rendah perlu kiranya meningkatkan promosi kesehatan berupa pendidikan kesehatan/penyuluhan kesehatan yang dalam pelaksanaannya disesuaikan dengan kondisi masyarakat dan melibatkan para tokoh masyarakat dan kepala desa dalam kegiatan yang berkaitan dengan upaya kesehatan dan keluarga berencana, sehingga informan secara bertahap memiliki pengetahuan, sikap dan perilaku untuk menerima program KB sesuai kebutuhannya.

Di Indonesia, tahun 2018 tercatat sebanyak 63.27% merupakan peserta aktif program keluarga berencana, 18,82% tidak pernah sama sekali menggunakan alat kontrasepsi dan 17,91% yang pernah menggunakan alat kontrasepsi yang paling dominan adalah KB suntik 3 bulan sebanyak 42.4 %. Di Sumatera Utara Pengguna KB sebanyak 51.31% merupakan peserta aktif program keluarga berencana, 17,5% tidak pernah sama sekali menggunakan alat kontrasepsi dan

31,19% yang pernah menggunakan alat kontrasepsi yang paling dominan adalah KB suntik 3 bulan sebanyak 42.4 % (Profil Kesehatan Indonesia, 2018).

Perilaku masyarakat dalam pemilihan kontrasepsi dipengaruhi beberapa faktor yaitu yang dilihat dari aspek-aspek agama, psikologis, sosial, budaya, dan sosioekonomi. Hambatan agama umumnya berupa pandangan yang bersifat pronatalis (setuju akan jumlah kelahiran yang alamiah) (sulistyawati, 2011).

Hasil survey dari 33 kabupaten/kota di Sumatera Utara tahun 2018 mandailing Natal yaitu 69.49%, yang paling tinggi menggunakan program KB adalah Kabupaten Nias Selatan yakni 100 % dan paling rendah di Kabupaten Tebing Tinggi yakni 49,20 % (Profil Kesehatan Sumut , 2018).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Mandailing Natal mengalami peningkatan secara terus-menerus dari tahun 2014-2018 yaitu: 154 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014, 177 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, 258 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2016, 47 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017, dan 125 per 1.000 kelahiran hidup di tahun 2018. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Mandailing Natal cenderung mengalami penurunan yang cukup signifikan hingga pada tahun 2018. Pada tahun 2014, AKB : 13 per 1.000 kelahiran hidup, pada tahun 2015: 24 per 1.000 kelahiran hidup, pada tahun 2016: 10 per 1.000 kelahiran hidup, pada tahun 2017: 8 per 1.000 kelahiran hidup, pada tahun 2018: 7 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Mandailing Natal, 2018).

Salah satu upaya pemerintah untuk menjarangkan kehamilan, maka dikeluarkanlah program KB, yang bertujuan untuk menurunkan AKI dan AKB. Persentase peserta KB aktif di Mandailing Natal tahun 2018 sebesar 69.5%

meningkat dari tahun 2017 sebesar 68.8%. KB yang dominan digunakan Pasangan Usia Subur (PUS) yaitu alat kontrasepsi jenis suntik (47 %), pil (26%) serta Implan (11%) (Profil Kesehatan Mandailing Natal, 2018).

Hasil survey dari 23 Kecamatan di Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2018 yang paling tinggi menggunakan program KB adalah Kecamatan Batang Natal yakni 93.4% dan paling rendah di Kecamatan Puncak Sorik Marapi yakni 51.9% (Profil Kesehatan Mandailing Natal, 2018).

Desa Hutatinggi merupakan salah satu penduduk paling banyak di Kecamatan Puncak Marapi yang jumlah penduduknya 1234 jiwa, jumlah KK 337, jumlah PUS sebanyak 134, jumlah yang ber-KB sebanyak 71 Orang dan yang tidak ber-KB sebanyak 63 orang dengan alasan tidak ber-KB tingkat pendidikan yang rendah, sikap/pandangan dalam ber-KB dan sosial budaya (Laporan Bidan Desa Hutatinggi, 2020).

Berdasarkan pemaparan diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui “Perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi tahun 2020”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi tahun 2020?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi tahun 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik responden meliputi umur, suku, pendidikan terakhir, agama, dan jumlah anak,
- b. Untuk mengidentifikasi pengetahuan Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi tahun 2020.
- c. Untuk mengetahui sikap Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi tahun 2020.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Untuk dapat digunakan sebagai informasi tambahan bagi petugas kesehatan dalam melakukan praktek untuk meningkatkan pelayanan keluarga berencana.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Untuk menambah pengetahuan, wawasan dan informasi dalam keputusan menjadi akseptor keluarga berencana

1.4.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Untuk menambah informasi sumber data atau masukan bagi penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana.

1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan atau bacaan yang dapat di gunakan bagi institusi baik dosen maupun mahasiswa Universitas Afa Royhan di kota Padangsidempuan, dan sebagai bahan pertimbangan dan bahan *referensi* sehingga dapat menambah pengetahuan tentang perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga Berencana.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Akseptor Keluarga Berencana (KB)

KB 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 (BKKBN, 2015).

Akseptor adalah peserta KB, PUS yang menggunakan salah satu alat atau obat kontrasepsi. Macam-macam akseptor KB yaitu:

1. Akseptor KB Baru

Akseptor KB baru adalah PUS yang baru pertama kali menggunakan alat kontrasepsi setelah mengalami persalinan atau keguguran.

2. Akseptor KB aktif

Akseptor KB aktif adalah peserta KB yang terus menggunakan alat kontrasepsi tanpa diselingi kehamilan.

3. Akseptor KB ganti cara

Akseptor KB ganti cara adalah peserta KB yang berganti pemakaian dari suatu metode kontrasepsi lainnya tanpa diselingi kehamilan informasi dan edukasi (KIE). Berdasarkan pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa pengertian dari akseptor KB adalah PUS yang masih menggunakan salah satu metode atau alat kontrasepsi (BKKBN, 2010).

Menurut sasarannya KB dapat dibagi menjadi:

- a. Fase menunda kehamilan, masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun, karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan.

Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

- b. Fase mengatur/menjarangkan kehamilan, periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun.

Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

- c. Fase mengakhiri kesuburan/tidak hamil lagi, sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil.

Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan Akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontrasepsi mantap, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), *implan*, suntik KB dan pil KB (Suratun, dkk, 2013).

2.2 Metode Kontrasepsi

1. Metode *Amenorhea* Laktasi (MAL)

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman hingga usia 6 bulan (Mulyani, 2017).

MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi bila menyusui secara penuh (*full breast feeding*) dimana lebih efektif bila pemberian lebih dari enam bulan, efektif sampai enam bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian kontrasepsi lainnya. Cara kerja MAL adalah dengan penundaan dan menekan ovulasi (BKKBN, 2010).

MAL memiliki keuntungan sebagai alat kontrasepsi diantaranya efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, dan tanpa biaya. Selain itu MAL juga memiliki keuntungan non kontrasepsi bagi ibu dan bayi. Keuntungan non kontrasepsi bagi bayi diantaranya mendapat kekebalan pasif (mendapat anti bodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan yang paling baik untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air dan formula maupun alat minum yang dipakai (BKKBN, 2010).

Keuntungan non kontrasepsi untuk ibu antara lain: mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko *anemia*, dan meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi. MAL juga memiliki keterbatasan antara lain: perlu persiapan sejak awal kehamilan agar

segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektivitasnya tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai 6 bulan, dan tidak melindungi dari Infeksi Menular Seksual (IMS), termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS (BKKBN, 2010).

2. Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Metode KBA didasarkan pada siklus masa subur dan tidak subur seorang wanita. Menggunakan alat kontrasepsi jenis ini ibu harus belajar mengetahui kapan mengetahui masa suburnya berlangsung dan sangat efektif bila dipakai dengan tertib serta tidak memiliki efek samping.

Metode KBA ini memiliki beberapa jenis yaitu:

- a) Metode lendir serviks (metode *ovulasi billings*/MOB/*simtomtermal*) merupakan metode KBA dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari ovulasi.

Pengamatan lendir serviks dapat dilakukan dengan merasakan perubahan rasa pada vulva sepanjang hari dan melihat langsung lendir pada waktu tertentu (Mulyani, 2017).

- b) Metode kalender/Tekhnik pantang berkala

Tekhnik pantang berkala merupakan metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

Hal yang perlu diperhatikan pada siklus menstruasi wanita sehat ada tiga tahapan:

- 1) Masa tidak subur sebelum ovulasi
- 2) Masa subur
- 3) Masa tidak subur setelah ovulasi

Perhitungan masa subur ini akan efektif bila siklus menstruasinya normal yaitu 21-35 hari. Pemantauan jumlah hari pada setiap siklus menstruasi dilakukan minimal enam kali siklus berturut-turut. Kemudian hitung periode masa subur dengan melihat data yang telah dicatat (Mulyani, 2017).

- c) Metode suhu basal, metode ini dilakukan dengan mengukur suhu ibu pada waktu yang hampir sama setiap pagi (sebelum bangkit dari tempat tidur) dan mencatat suhu ibu pada kartu yang disediakan oleh instruktur KBA ibu untuk 10 hari pertama dari siklus Haid untuk menentukan suhu tertinggi dari suhu normal (BKKBN, 2010).

Tabel. 2.1 Siklus haid yang disusun berdasarkan cara menentukan masa aman

Siklus terpendek	Hari pertama masa subur	Siklus terpanjang	Hari terakhir masa subur
21 hari	hari ke-3	21 hari	hari ke-10
22 hari	hari ke-4	22 hari	hari ke-11
23 hari	hari ke-5	23 hari	hari ke-12
24 hari	hari ke-6	24 hari	hari ke-13
25 hari	hari ke-7	25 hari	hari ke-14
26 hari	hari ke-8	26 hari	hari ke-15
27 hari	hari ke-9	27 hari	hari ke-16
28 hari	hari ke-10	28 hari	hari ke-17
29 hari	hari ke-11	29 hari	hari ke-18
30 hari	hari ke-12	30 hari	hari ke-19
31 hari	hari ke-13	31 hari	hari ke-20
32 hari	hari ke-14	32 hari	hari ke-21
33 hari	hari ke-15	33 hari	hari ke-22
34 hari	hari ke-16	34 hari	hari ke-23
35 hari	hari ke-17	35 hari	hari ke-24

Sumber: sulistyawati, Ari (2011)

3. Senggama Terputus

Senggama terputus adalah metode KB tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina dan tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum. Manfaat dari senggama terputus antara lain: efektif bila dilaksanakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya, tidak ada efek samping, dapat digunakan setiap waktu, tidak membutuhkan biaya, meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana, untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam (BKKBN, 2010).

Senggama terputus juga memiliki keterbatasan antara lain: efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 27-40 kehamilan per 100 perempuan pertahun), efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis dan memutus kenikmatan dalam hubungan seksual (BKKBN, 2010).

4. Metode Barrier

a. Kondom merupakan selubung atau kondom karet yang dibuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani), yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal yang bila digulung

berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (BKKBN, 2010).

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dengan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah kedalam saluran reproduksi perempuan. Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten (kegagalan 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun) (BKKBN, 2010).

Sebagai alat kontrasepsi kondom juga memiliki manfaat diantaranya: tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan Akseptor, tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan secara khusus, memberikan dorongan pada suami untuk ikut melakukan program keluarga berencana, dapat mencegah penyakit infeksi melular seksual (IMS) dan HIV/AIDS, mencegah ejakulasi dini, membantu mencegah terjadinya kanker serviks, saling berinteraksi sesama pasangan, mencegah imunion fertilitas (BKKBN, 2010).

Keterbatasan juga sangat mempengaruhi keberhasilan suatu alat kontrasepsi, keterbatasan kondom antara lain: efektivitasnya tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi

sentuhan langsung), pada beberapa Akseptor bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, beberapa Akseptor malu untuk membeli kondom di tempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (BKKBN, 2010).

- b. Diafragma merupakan kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Manfaat diafragma antara lain: efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya, bila digunakan saat haid dapat menampung darah haid, tidak mengganggu kesehatan Akseptor tidak mempunyai pengaruh sistemik, salah satu bentuk perlindungan terhadap IMS dan HIV/AIDS (BKKBN, 2010).

Diafragma juga memiliki keterbatasan yaitu: efektifitas sedang (angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun), keberhasilan tergantung pada kepatuhan penggunaan, motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual, pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan diperlukan untuk mengetahui ketepatan pemasangan, pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra. Enam jam pasca hubungan seksual alat masih harus berada diposisinya (BKKBN, 2010).

- c. Spermisida, merupakan bahan kimia (biasanya *nonoksimol 9*) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma yang menyebabkan sel membran sperma pecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur dan dikemas dalam bentuk *aerosol* (busa), tablet vaginal dan krim (BKKBN, 2010).

Spermisida memiliki manfaat antara lain: efektif seketika (busa dan krim), tidak mengganggu produksi ASI, bisa digunakan sebagai pendukung metode lain, tidak mengganggu kesehatan Akseptor, tidak ada pengaruh sistemik, mudah digunakan, meningkatkan rubrikasi selama hubungan seksual, tidak perlu resep dokter dan melindungi terhadap IMS, HIV/AIDS (BKKBN, 2010).

Keterbatasan spermida yaitu: efektifitas kurang (18-29 kehamilan per 100 perempuan pertahun), bergantung pada kepatuhan penggunaan, penggunaan harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual dan efektifitas aplikasinya hanya 1-2 jam (BKKBN, 2010).

5. Kontrasepsi Kombinasi (Hormon *Estrogen dan Progesteron*)

Pil kombinasi dan suntikan kombinasi merupakan dua jenis dari kontrasepsi kombinasi.

- a. Pil kombinasi, pil ini ada tiga jenis yaitu : *monosofatik*, pil yang tersedia dalam kemasan 1 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* dalam dosis yang sama dan 7 tablet tanpa hormon aktif. *Bifasik*, pil yang tersedia dalam 21 tablet mengandung hormon

aktif *estrogen/progestin* dengan dua dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormon aktif. *Trifasik*, pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* dengan tiga dosis yang berbeda dengan 3 tablet tanpa hormon aktif (BKKBN, 2010).

Pil kombinasi juga memiliki keterbatasan diantaranya: mahal dan membosankan, mual, perdarahan bercak, pusing, nyeri payudara, berat badan naik sedikit, *amenorhea*. Tidak dapat diberikan pada perempuan yang sedang menyusui, sebagian kecil dapat menimbulkan perubahan suasana hati sehingga menurunkan libido, meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan sehingga resiko stroke perempuan >35 tahun dan merokok perlu hati-hati. Pil ini juga tidak mencegah IMS, HBV, HIV/AIDS (BKKBN, 2010).

- b. Suntikan kombinasi, 25 mg *depo medroksiprogesteron asetat* dan 5 mg *estradiol sipionat* yang diberikan injeksi *intra muscular* sebulan sekali (*Cyclofem*), dan 50 mg *noretindron enantat* dan 5 mg *estradiol valerat* yang diberikan injeksi *intra muscular* sebulan sekali (BKKBN, 2010).

Keterbatasan dalam pemakaian alat kontrasepsi ini adalah terjadi perubahan pada pola haid, bercak darah (*spotting*), perdarahan sela sampai 10 hari, mual, sakit kepala, (keluhan seperti ini akan hilang pada suntikan kedua dan ketiga), Akseptor harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan, efektifitas

berkurang jika digunakan bersamaan dengan obat *epilepsi/tuberkulosis* (BKKBN, 2010).

Selain itu juga dapat terjadi efek samping yang serius seperti stroke, pembekuan darah pada paru dan otak, kemungkinan timbul tumor hati, penambahan berat badan, kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian, dan tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, HBV, HIV/AIDS (BKKBN, 2010).

Kontrasepsi kombinasi ini berkerja dengan cara menekan ovulasi, mencegah *implantasi*, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, penggerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. Manfaat pil kombilnasi ini antara lain: memiliki efektivitas tinggi bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), resiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid teratur (BKKBN, 2010).

Selain dari itu kontrasepsi ini juga dapat digunakan dalam jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakan, dapat digunakan dari masa remaja hingga *menopause*, mudah dihentikan, dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat, membantu mencegah kehamilan ektopik/kanker ovarium dan *endometrium* (BKKBN, 2010).

Kontrasepsi kombinasi dapat diberikan pada usia reproduktif, telah atau belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan dan tidak memberikan ASI secara eksklusif, pasca keguguran, *anemia* karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, riwayat kemamilan ektopik, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal/pembuluh darah/mata/saraf. Penyakit tiroid, radang panggul, endometriosis. Dan tumor ovarium jinak (BKKBN, 2010).

Kontrasepsi kombinasi juga tidak boleh diberikan pada wanita hamil/dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, hepatitis, perokok dengan usia >35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke/tekanan darah >180/110 mmHg, riwayat gangguan pembekuan darah, kanker payudara, dicurigai kanker payudara, migrain dan tidak dapat menggunakan pil kombinasi secara teratur setiap hari (BKKBN, 2010).

c. Kontrasepsi *Progestin*

Kontrasepsi *progestin*, kontrasepsi pil *progestin*, *implan*, AKDR dengan *progestin* merupakan jenis kontrasepsi *progestin*.

- 1) Kontrasepsi suntikan, kontrasepsi ini ada dua jenis yang hanya mengandung *progestin* yaitu:

- a) *Depomedroksi progesteron asetat (depoprovera)*, mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara disuntik secara intramuskular.
- b) *Depo noreisteron enantat (deponoristerat)* yang mengandung 200 mg *noretindron*, diberikan setiap dua bulan dengan secara *intramuskular* (BKKBN, 2010).

Kedua kontrasepsi ini memiliki efektivitas yang tinggi (0,3 kehamilan per 1000 perempuan pertahun). Kontrasepsi ini bekerja dengan cara mencegah ovulasi, mengentalkan dinding serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis, *atrofi*, dan menghambat transportasi gamet ke tuba (BKKBN, 2010).

Keuntungan kontrasepsi ini antara lain, mencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak mengandung *estrogen* sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung/gangguan pembekuan darah, tidak ada pengaruh terhadap ASI, Akseptor tidak perlu menyimpan obat suntuk, dapat digunakan oleh perempuan dengan usia >35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kehamilan ektopik/kanker *endometrium*. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara, mencegah penyebab radang panggul, dan menurunkan krisis *anemia* bulan sabit (*sickle cell*) (BKKBN, 2010).

Alat kontrasepsi ini juga memiliki keterbatasan antara lain: sering ditemukan gangguan haid, Akseptor bergantung pada tempat pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya, permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering, tidak menjamin perlindungan terhadap IMS, HBV, HIV/AIDS (BKKBN, 2010).

Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian karena belum habisnya pelepasan otot suntikan dari deponya juga menjadi salah satu keterbatasannya.

- 2) Kontrasepsi pil *progestin* (minipil), jenis minipil ini antara lain: kemasan dengan isi 35 pil: 300µg *noretindron*, dan kemasan isi 28 pil: 72µg *desogestre*. Kontrasepsi ini bekerja dengan cara menekan sekresi *gonadotropin* dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), *endometrium* mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks, mengubah motilitas tuba sehingga transformasi sperma terganggu (BKKBN, 2010).

Keuntungan menggunakan alat kontrasepsi ini antara lain: sangat efektif bila dilakukan dengan benar, tidak mengganggu hubungan suami istri, tidak mempengaruhi ASI, kesuburan cepat kembali, nyaman dan mudah digunakan, sedikit efek samping, dapat dihentikan setiap saat, tidak mengandung *estrogen*, mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid,

menurunkan tingkat *anemia*, dan mencegah kanker *endometrium* (BKKBN, 2010).

Mini pil juga memiliki keterbatasan yaitu: 30%-60% mengalami gangguan haid, peningkatan/penurunan berat badan, harus digunakan setiap hari, dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil maka kegagalan menjadi lebih besar, payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis/jerawat, resiko kehamilan ektopik cukup tinggi, efektivitasnya menjadi rendah apabila digunakan dengan obat *tuberculosis/epilepsi*, tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka (tetapi sangat jarang terjadi), dan tidak melindungi diri dari IMS, HBV, HIV/AIDS.

- 3) *Implan* adalah jenis kontrasepsi progestin yang ketiga. *Implan* merupakan jenis kontrasepsi yang pemakaiannya dengan cara memasukkan tabung kecil dibawah kulit pada bagian tangan yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan (BKKBN, 2010).

Jenis *Implan* adalah *norplant*, *implanon*, *jadena*, dan *indoplan*. Cara kerja *Implan* adalah dengan mengentalkan lendir serviks, mengganggu proses pembentukan *endometrium*, mengurangi transformasi sperma, dan menekan ovulasi. Jenis kontrasepsi yang sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan) (BKKBN, 2010).

Keuntungan kontrasepsi ini antara lain: daya guna yang tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan,

tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh *estrogen*, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, Akseptor hanya perlu kembali ke klinik apabila ada keluhan, dapat dicabut apabila setiap saat sesuai kebutuhan, mengurangi *anemia*, melindungi kanker *endometrium*, melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, dan menurunkan angka kejadian *endometritis* (BKKBN, 2010).

Pada pemakaian alat kontrasepsi ini sering timbul keluhan seperti: *spotting*, *hipermenorea*, *amenorhea*, nyeri kepala/pusing, peningkatan/penurunan berat badan, perasaan mual, perubahan mood/gelisah, membutuhkan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, Akseptor tidak dapat sendiri menghentikan kontrasepsi ini, terjadi kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun) dan tidak memberikan perlindungan terhadap penularan IMS, HBV, HIV/AIDS.

- 4) AKDR dengan progestin merupakan jenis AKDR yang mengandung hormon steroid diantaranya *prigestase* yang mengandung *progesteron* dan *mirena* yang mengandung *levinorgestrel* yang sangat efektif (0,5-1 kehamilan per 100 perempuan per tahun) (BKKBN, 2010).

Cara kerja jenis kontrasepsi ini adalah dengan mencegah terjadinya pembuahan dengan memblok bersatunya ovum

dengan sperma, *endometrium* mengalami transformasi yang irreguler sehingga mengganggu implantasi, mengurangi jumlah sperma mencapai tuba dan mengaktifkan sperma (BKKBN, 2010).

Keuntungan kontrasepsi ini antara lain: efektif dengan produksi jangka panjang (satu tahun), tidak mengganggu senggama, tidak berpengaruh terhadap ASI, kesuburan kembali setelah AKDR diangkat, efek samping dan sistemik sangat yang sangat kecil, mengurangi nyeri haid, pengobatan alternatif pengganti operasi pada uterus disfungsi dan *adenomiosis*, merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause, tidak mengurangi kerja obat *tuberkulosis* dan *epilepsi* karena AKDR dengan progestin bekerja lokal pada *endometrium* (BKKBN, 2010).

Sebagai AKDR dengan progestin ini juga memiliki keterbatasannya yaitu: diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan, Akseptor tidak dapat menghentikan sendiri, *amenorhea*, dapat terjadi perforasi uterus, kejadian kehamilan ektopik relatif tinggi, menyebabkan infertilitas, mahal, progestin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang, memperburuk perjalanan penyakit payudara, memicu pertumbuhan miom uterus.

AKDR dengan progestin ini dapat dipasang dengan waktu: selama siklus haid, jika ibu dapat dipastikan tidak hamil, sesudah melahirkan dalam waktu 48 jam pertamapasca persalinan, 6-8 minggu atau lebih sesudah melahirkan, segera setelah induksi haid, pasca keguguran dengan syarat tidak ada bukti-bukti adanya infeksi (BKKBN, 2010).

6. Alat Kontrasespsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan kedalam rahim dimana AKDR ini ada 2 jenis yaitu: AKDR Nova T dan CuT-380A, kecil dan kerangka dari plastik yang fleksibel yang berbentuk seperti huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga. Alat kontrasespsi ini bekerja dengan cara menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, dan mencegah implantsi telur dalam uterus (BKKBN, 2010).

Keuntungan pemakaian kontrasepsi ini diantaranya: memiliki efektifitas yang tinggi (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan), metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti), tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada efek samping hormonal, tidak mempengaruhi kualitas dan produksi ASI, dapat digunakan setelah menopause, tidak ada interaksi dengan obat-obatan dan mencegah kehamilan ektopik (BKKBN, 2010).

Kontrasepsi ini juga mempunyai keterbatasan yaitu: perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, *spotting*, saat haid lebih sakit, tidak mencegah IMS, HBV, HIV/AIDS, tidak baik digunakan bagi wanita yang IMS dan sering berganti-ganti pasangan, Akseptor tidak dapat melepas alat kontrasepsi sendiri, AKDR dapat keluar sendiri dari uterus tanpa diketahui (sering sekali terjadi apabila dipasang segera setelah melahirkan), tidak mencegah kehamilan ektopik, perempuan harus memeriksa benang AKDR dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya kedalam vagina dimana sebagian perempuan tidak mau melakukan ini (BKKBN, 2010).

7. Kontrasepsi Mantap

A. *Tubektomi*, merupakan prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas atau kesuburan seseorang perempuan dengan mengoklusi (mengikat, memotong dan memasang cincin) pada tuba falopi sehingga sperma dan ovum tidak dapat bertemu (BKKBN, 2010).

Tubektomi memiliki manfaat sebagai alat kontrasepsi antara lain: sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), tidak *mempengaruhi* proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama, pembedahan sederhana yang dilakukan dengan anastesi lokal, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual dan berkurangnya resiko kanker ovarium (BKKBN, 2010).

Tubektomi juga memiliki keterbatasan yaitu: harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini, Akseptor dapat menyesal dikemudian hari, resiko komplikasi kecil, rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan, dilakukan oleh dokter terlatih, tidak melindungi diri dari IMS, HBV, HIV/AIDS (BKKBN, 2010).

Alat kontrasepsi ini dapat dilakukan oleh: usia >26 tahun, paritas lebih dari dua, yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya, pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius, pasca persalinan, pasca keguguran, paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

- B. *Vasektomi* adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi pada vasdeferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi (BKKBN, 2010).

Informasi yang harus diberikan pada Akseptor meliputi: pertahanan band aid selama tiga hari, luka yang sedang dalam penyembuhan jangan ditarik-tarik/digaruk, boleh mandi setelah 24 jam asal daerah luka tidak basah dan setelah tiga hari luka boleh dicuci dengan sabun dan air, pakailah penunjang skrotum dan usahakan skrotum kering (BKKBN, 2010).

Selain itu informasi yang harus diberikan apabila jika ada nyeri berikan analgetik, hindari mengangkat barang berat dan kerja

keras untuk tiga hari, boleh bersenggama setelah hari ke 2-3 namun untuk mencegah kehamilan pakailah kondom atau cara kontrasepsi lain selama tiga bulan atau sampai ejakulasi 15-20 kali, periksa semen tiga bulan pasca *vasektomi* atau sesudah 15-20 ejakulasi (BKKBN, 2010).

2.3 PUS

Menurut Kemenkes RI tahun 2010, PUS adalah pasangan yang berstatus menikah (suami istri) yang istri dan suaminya berusia 15-49 tahun dimana pasangan tersebut lebih diprioritaskan untuk menggunakan alat atau cara KB. Menurut Yanti (2011) KB merupakan salah satu pelayanan dimana kesehatan preventif yang paling dasar dan utama bagi wanita. Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Mulyani, 2017).

Menurut WHO 1970, KB adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (WHO dalam Suratun, ddk, 2013)

Meskipun tidak selalu diakui demikian, peningkatan dan perluasan pelayanan KB merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang sedemikian tinggi akibat kehamilan yang dialami oleh wanita. Banyak wanita harus menentukan pilihan kontrasepsi yang sulit, tidak hanya karena terbatasnya jumlah metode yang tersedia tetapi juga karena metode-metode tertentu mungkin tidak dapat diterima sehubungan dengan kebijakan

nasional Keluarga Berencana, kesehatan individual dan seksualitas wanita atau biaya untuk memperoleh kontrasepsi (Mirahwati, 2013).

2.4 Pengambilan Keputusan

Pengambilan merupakan suatu hasil atau keluaran dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan suatu jalur tindakan di antara beberapa alternatif yang tersedia dimana setiap proses pengambilan keputusan selalu menghasilkan satu pilihan final. Keputusan dibuat untuk mencapai tujuan melalui pelaksanaan atau tindakan (Mirahwati, 2013).

Tingkatan pengambilan keputusan antara lain:

- 1) Keputusan otomatis, merupakan bentuk keputusan yang dibuat dengan sangat sederhana.
- 2) Keputusan berdasarkan informasi yang diharapkan, merupakan tingkatan keputusan yang telah mempunyai informasi yang sedikit kompleks, artinya informasi yang ada telah memberi aba-aba untuk mengambil keputusan tetapi keputusan belum dibuat karena informasi perlu dipelajari terlebih dahulu.
- 3) Keputusan berdasarkan berbagai pertimbangan merupakan tingkat keputusan yang lebih banyak membutuhkan informasi. Informasi tersebut dikumpulkan serta dianalisis untuk dipertimbangkan agar menghasilkan keputusan.
- 4) Keputusan berdasarkan ketidakpastian ganda, merupakan tingkat keputusan yang paling kompleks. Jumlah informasi yang diperlukan semakin banyak selain itu, dalam informasi yang sudah ada terdapat ketidakpastian. Keputusan semacam ini lebih banyak mengandung

resiko dan terdapat keraguan dalam pengambilan keputusannya (Mirahwati, 2013).

Jenis pengambilan keputusan antara lain:

- 1) Keputusan pribadi, merupakan keputusan yang diambil untuk kepentingan diri sendiri dan dilakukan secara perorangan. Keputusan bersama.
- 2) Keputusan bersama merupakan keputusan yang diambil berdasarkan kesepakatan bersama dan untuk kepentingan bersama. Keputusan bersama tidak boleh menguntungkan satu pihak dengan merugikan pihak lain (Mirahwati, 2013).

Kategori pengambilan keputusan antara lain:

- a) Keputusan Representasi, merupakan keputusan yang dihadapi dengan informasi yang cukup banyak, dan mengetahui dengan tepat bagaimana memanipulasi informasi tersebut. Keputusan empiris, merupakan keputusan yang kurang memiliki informasi namun mengetahui bagaimana memperoleh informasi dan pada saat informasi itu diperoleh dinamakan keputusan empiris.
- b) Keputusan Informasi, merupakan keputusan yang kaya akan informasi, tetapi diliputi dengan kontroversi tentang bagaimana memperoleh informasi. Selanjutnya akan menghasilkan keputusan informasi.
- c) Keputusan eksplorasi, merupakan keputusan yang kurang akan informasi dan tidak ada kata sepakat yang dianut untuk memulai mencari informasi serta tidak tahu dari mana usaha pengambilan keputusan akan dimulai (Mirahwati, 2013).

2.5 Perilaku

Menurut Prof, Dr. Soekidjo Notoatmodjo tahun 2012, perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi, perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri oleh sebab itu, perilaku manusia itu mempunyai bentangan yang sangat luas mencakup: berjalan, berbicara, bereaksi berpakaian dan lain-lain. Bahkan kegiatan internal seperti berfikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia untuk kepentingan kerangka analisis dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut baik dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung.

Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan itu merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia hereditas atau faktor keturunan adalah konsepsi dasar atau selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor dalam rangka terbentuknya perilaku disebut proses belajar (*learning process*).

Perilaku atau aktivitas yang ada pada individu atau organisme itu tidak timbul dengan sendirinya, tetapi sebagai akibat dari adanya stimulus atau rangsangan yang didapatkan individu atau organisme itu. Perilaku atau aktivitas merupakan jawaban atau respon terhadap stimulus dimana perilaku organisme tidak dapat lepas dari pengaruh lingkungan dan organisme itu sendiri .

Terdapat dua jenis perilaku yaitu: Perilaku *refleksif*, merupakan perilaku secara spontan yang terjadi atas reaksi terhadap stimulus yang didapatkan organisme tersebut dan perilaku yang *nonrefleksif*, perilaku yang dikendalikan atau diatur oleh pusat kesadaran atau otak. Perilaku ini merupakan perilaku yang dibentuk dan dapat dikendalikan. Oleh karena itu, perilaku ini dapat berubah dari waktu ke waktu sebagai hasil proses belajar.

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

- a) Perilaku tertutup (*covert behavior*), merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung/tertutup (*covert*). Dimana respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada pelatihan, persepsi pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
- b) Perilaku terbuka (*overt behavior*), merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata dan terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Benyamin bloom (1908) yang di kutip dari Notoatmodjo 2012 seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain yaitu:

- 1) Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*Knowledge*).
- 2) Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).

- 3) Praktek atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Skinner dalam Notoatmodjo (2014) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku itu terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori ini disebut teori *S-O-R* atau *Stimulus-Organisme-Response*. Perilaku manusia adalah aktivitas yang timbul karena adanya stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

Proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri individu itu sendiri. Adapun Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut antara lain:

- 1) Susunan saraf pusat, memegang peranan penting dalam perilaku manusia, karena perilaku merupakan sebuah bentuk perpindahan dari rangsang yang masuk ke rangsang yang dihasilkan. Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi.
- 2) Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun objeknya sama.
- 3) Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku.

- 4) Emosi, Aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani.

Keadaan jasmani merupakan hasil keturunan (bawaan). Proses pencapaian kedewasaan pada manusia semua aspek yang berhubungan dengan keturunan dan emosi akan berkembang sesuai dengan hukum perkembangan.

A. Pengetahuan

Pengetahuan (*Knowledge*) merupakan hasil rasa keingintahuan manusia terhadap sesuatu dan hasrat untuk meningkatkan harkat hidup sehingga kehidupan menjadi lebih baik dan nyaman yang berkembang sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan manusia baik dimasa sekarang maupun di masa depan. Pengetahuan hanya sekedar menjawab pertanyaan *What*, misalnya apa alam, apa manusia, apa air dan lainnya (Ayu Putri Ariani, 2014).

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2012), Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia (penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba). Sebagian besar pengetahuan dipengaruhi melalui mata dan telinga.

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terbentuknya sikap seseorang. Berdasarkan pengalaman dan penelitian, jika seseorang memiliki pengetahuan yang baik maka akan memiliki perilaku yang baik pula. Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif dibagi menjadi 6 tingkatan yaitu :

- 1) Tahu (*know*), merupakan mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
- 2) Memahami (*comprehension*), merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui sehingga dapat menginterpretasikan dengan benar. Orang yang paham terhadap suatu objek atau materi dapat menjelaskan, *menyebutkan* contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap suatu objek yang dipelajari.
- 3) Aplikasi (*application*), merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil (sebenarnya) selain dari pada itu aplikasi diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.
- 4) Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menyangka materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu dengan yang lain.
- 5) Sintesis (*Syntesis*), suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian didalam suatu keseluruhan yang baru. Kesimpulannya sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi yang ada.
- 6) Evaluasi (*evaluation*) adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau abjek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Menurut Notoatmodjo (2010), berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah dikelompokkan menjadi dua, yaitu cara tradisional atau nonilmiah dan ilmiah atau melalui proses penelitian sebagai berikut:

1. Cara memperoleh kebenaran pengetahuan nonilmiah meliputi :
 - a. Cara coba-salah (*Trial and error*), cara ini dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan sebelum adanya peradaban. Jika seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya pemecahannya dilakukan dengan coba-coba saja. Percobaan pertama gagal, dilakukan percobaan kedua dan seterusnya sampai masalah tersebut terpecahkan yang kedua adalah secara kebetulan penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi dikarenakan tidak sengaja oleh orang yang bersangkutan.
 - b. Cara kekuasaan atau otoriter, dalam kehidupan sehari-hari banyak sekali kebiasaan yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Kebiasaan ini biasanya diwariskan turun temurun. Sumber pengetahuan dapat berupa pemimpin masyarakat. Berdasarkan pengalaman pribadi, pengalaman adalah guru terbaik demikian kata pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman ini merupakan sumber pengetahuan.
 - c. Cara akal sehat (*Common Sense*), sebelum ilmu pendidikan berkembang, orang tua pada zaman dahulu menggunakan cara hukuman fisik agar anaknya mau menuruti nasihat orang tuanya.

Ternyata cara ini berkembang menjadi teori, bahwa hukuman adalah metode bagi pendidikan anak.

- d. Kebenaran melalui wahyu, ajaran adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari tuhan melalui para nabi. Kebenaran ini harus di terima dan diyakini oleh pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak.
 - e. Kebenaran secara intuitif, kebenaran ini diperoleh manusia secara cepat sekali melalui proses diluar kesadaran tanpa melalui proses penalaran atau berfikir. Melalui jalan pikiran sejalan dengan perkembangan kebudayaan, cara berfikir manusia ikut berkembang. Manusia mampu menggunakan penalaran dalam jalan pikirannya dalam memperoleh pengetahuan.
 - f. Induksi, proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan khusus ke pernyataan umum kemudian di simpulkan kedalam konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala kemudian deduksi, pembuatan kesimpulan dan pernyataan-pernyataan umum ke pernyataan yang khusus.
2. Cara baru atau ilmiah, cara baru dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah atau lebih populer disebut dengan metode penelitian (*Research methodology*).

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarga.

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perihal yang didasari

oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Penelitian Rogers (1974), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu:

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- b. *Interest*, yakni orang yang mulai tertarik kepada stimulus.
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya) hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, orang telah mencoba berperilaku baru.
- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Roger dalam Notoatmodjo, 2012).

Penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas, apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dari sikap positif, dan maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Roger dalam Notoatmodjo, 2012).

B. Sikap

Sikap adalah perasaan atau pandangan seseorang yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap suatu objek atau stimulus. Sikap merupakan konsep yang paling penting dalam psikologi sosial yang membahas unsur sikap baik sebagai individu maupun kelompok. Menurut Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan suatu predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan suatu objek.

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok antara lain: kepercayaan (keyakinan)/ ide/konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional/evaluasi terhadap suatu objek, dan kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Pembentukan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting (Allport dalam Syahdrajat, 2015).

Sikap terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Menurut Syaifuddin Azwar (2011) faktor-faktor yang dapat membentuk sikap adalah sebagai berikut:

- a. Pengalaman pribadi, untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan, dan pengalaman akan lebih mendalam atau lebih dalam membekas.
- b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting, pada umumnya individu cenderung untuk memiliki sikap yang searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Situasi ini dapat pula dilihat antara hubungan atasan dengan bawahan.
- c. Pengaruh kebudayaan, kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila kita hidup dalam budaya sosial yang sangat mengutamakan kehidupan berkelompok, maka sangat mungkin kita akan mempunyai sikap negatif terhadap kehidupan individualisme yang mengutamakan kepentingan perorangan.
- d. Media massa, sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, dan majalah mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Menyampaikan informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang.
- e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama, lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik atau buruk,

garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya.

- f. Pengaruh faktor emosional, kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Prasangka sering sekali merupakan bentuk sikap negatif yang didasari oleh kelainan kepribadian pada orang-orang yang sangat frustrasi.

Taksonomi bloom (1956) dalam buku “Kapita Selekta Kuisisioner”

(2013) tahapan domain sikap adalah sebagai berikut :

- 1) menerima (*Receiving*), Tahap sikap menerima adalah kepekaan seseorang dalam menerima rangsangan (*stimulus*) dari luar yang datang kepada dirinya sendiri dalam bentuk masalah, situasi, gejala, dan lain-lain. Termasuk dalam jenjang ini misalnya adalah kesadaran dan keinginan untuk menerima stimulus, mengontrol dan menyeleksi gejala-gejala atau rangsangan dari luar.
- 2) Menanggapi, tahap sikap menanggapi adalah kemampuan yang dimiliki oleh seseorang untuk mengikutsertakan dirinya secara aktif dalam fenomena tertentu dan membuat seleksi terhadapnya. Tahap ini lebih tinggi daripada tahap menerima.
- 3) Menilai, merupakan memberikan nilai atau memberikan penghargaan terhadap suatu kegiatan atau objek sehingga apabila kegiatan tersebut tidak dikerjakan, dirasakan akan membawa kerugian atau penyesalan.

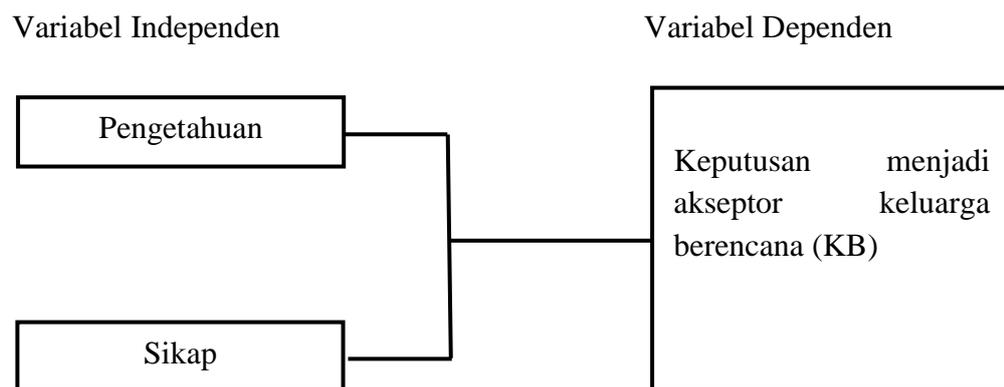
Menilai merupakan tingkat afektif yang lebih tinggi lagi daripada menerima atau menanggapi.

- 4) Mengelola, tahap sikap mengelola adalah mempertemukan perbedaan nilai sehingga terbentuk nilai baru yang *universal*, yang membawa pada perbaikan umum. Mengatur atau mengorganisasikan merupakan pengembangan dari nilai kedalam satu system organisasi, termasuk didalamnya hubungan satu nilai dengan nilai lainnya. Serta, pemantapan dan prioritas nilai yang telah dimilikinya.
- 5) Menghayati, tahap sikap menghayati adalah keterpaduan semua sistem nilai yang telah dimiliki oleh seseorang, yang telah mempengaruhi pola kepribadian dan tingkah lakunya. Nilai tersebut telah tertanam secara konsisten pada sistemnya dan telah mempengaruhi emosinya. Menghayati merupakan tingkat afektif tertinggi, karena tahap sikap ini telah benar-benar bijaksana. Menghayati telah masuk pada pemaknaan yang *Philosophy Of Life* yang mapan. Pada tahap ini peserta telah memiliki system nilai yang telah mengontrol tingkah lakunya untuk suatu waktu yang lama sehingga membentuk karakteristik “pola hidup” tingkah lakunya menetap, konsisten, dan dapat diamalkan.

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan pedoman penelitian yang digunakan untuk mengidentifikasi perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam keputusan menjadi Akseptor Keluarga Berencana, yang meliputi aspek pengetahuan dan sikap. Perilaku masyarakat dalam pemilihan kontrasepsi dipengaruhi beberapa faktor yaitu efektifitas, keamanan, frekuensi pemakaian, efek samping, serta kemauan dan kemampuan untuk melakukan kontersepsi secara teratur. Selain itu dilihat dari aspek-aspek biaya, agama dan kultur budaya (sulistyawati, 2011).

Skema 2.1 Kerangka Konsep



BAB III METODELOGI PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian *Kuantitatif* dan Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain *Deskriptif* dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi Tahun 2020.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi

Tempat penelitian ini dilaksanakan di Desa Hutatinggi Kecamatan Puncak Sorik Marapi Kabupaten Mandailing Natal Provinsi Sumatera Utara. Adapun pertimbangan penentuan lokasi ini adalah Desa Hutatinggi belum pernah di lakukan penelitian yang sejenis yaitu perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga Berencana.

3.2.2 Waktu

Waktu penelitian dimulai dari pengajuan judul pada bulan Maret 2020, pembuatan proposal bulan April sampai Juni 2020, ujian proposal bulan Juli penatalaksanaan penelitian pada bulan Agustus 2020, serta pelaksanaan seminar hasil pada bulan September 2020.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu Pasangan Usia Subur (PUS) akseptor KB di Desa Hutatinggi Tahun 2020 sebanyak 71 orang.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili dari seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu *total sampling* dimana seluruh populasi dijadikan sampel dengan jumlah PUS yang ber-KB 71 orang.

3.4 Etika Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini didasarkan pada prinsip etik dalam penelitian dimana terdapat beberapa prinsip yaitu:

- 1) Prinsip manfaat (*the principle of beneficence*) yaitu peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmalafience*), apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian.
- 2) Prinsip menghormati martabat manusia (*the principle of respect for human dignity*) terdiri dari:

- a. *The Right Self-Determination*, manusia sebagai makhluk bebas memiliki otonomi untuk mengatur kehidupannya, berarti dalam penelitian manusia bisa ikut serta atau tidak tanpa ada paksaan dari pihak manapun yang berhak bertanya, menolak informasi yang diberikan, meminta klarifikasi, dan mengakhiri keikutsertaannya.
- b. *The Right to Full Disclosure*, manusia memiliki hak untuk menentukan apa yang akan dilakukan termasuk bebas dari paksaan dalam jenis apapun.

Pada praktiknya sebelum dilakukan penelitian, maka peneliti terlebih dahulu mendapatkan persetujuan dari institusi pendidikan yaitu program studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan dan izin dari Kepala Desa Hutatinggi. Peneliti juga memberikan penjelasan kepada calon responden tentang tujuan dan prosedur penelitian. Jika responden bersedia, maka peneliti mempersilahkan responden untuk menandatangani *informed consent*.

- 3) Prinsip keadilan (*the principle of justice*) yang terdiri dari:
 - a) *The Right to Fair Treatment*, responden berhak untuk mendapatkan keadilan dan tindakan yang sama sebelum dan setelah penelitian dan tidak ada diskriminasi dalam pemilihan responden.
 - b) *Right to privacy*, merahasiakan nama responden dan responden berhak mendapatkan kerahasiaan atas apa yang telah dia lakukan dalam penelitian serta responden juga harus diberitahu apa hasil dari penelitian tersebut.

Dalam aplikasinya yaitu peneliti tidak boleh mencantumkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat responden dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau identification number) sebagai pengganti identitas responden (Aziz, 2011).

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari instrumen terkait sebelumnya (Umami Syafitri, Gadi Rusnanti Faizah Laili, Yanti Novita Harahap dan Henny). Instrumen terdiri dari tiga bagian kuesioner yaitu data demografi, kuesioner perilaku pasangan usia subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi klien keluarga berencana yang meliputi tiga aspek yaitu: pengetahuan dan sikap.

Aspek pengetahuan terdiri dari 10 pertanyaan terstruktur tertutup dengan pilihan jawaban: a, b, dan c jika responden dapat menjawab benar diberi nilai = 1, sedangkan jika salah diberi nilai = 0. Penilaian kategori pengetahuan berdasarkan presentase sebagaimana berikut: Pengetahuan baik, apabila jawaban responden benar antara 76-100% dari nilai tertinggi. Pengetahuan cukup, apabila jawaban responden benar antara 56-75% dari nilai tertinggi dan pengetahuan kurang, apabila jawaban responden benar antara 55-0% dari nilai tertinggi. Aspek sikap terdiri dari sepuluh pernyataan terstruktur tertutup dengan menggunakan skala *likert* dengan pilihan jawaban: sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Pernyataan 1-5 merupakan pernyataan positif dan pernyataan 6-10 merupakan pernyataan negatif. pernyataan positif, skor Sangat Setuju (SS) = 4, Setuju (S) = 3, Tidak Setuju (TS) = 2, dan Sangat Tidak Setuju (STS) = 1.

pernyataan negatif skor Sangat Setuju (SS) =1, Setuju (S) = 2, Tidak Setuju (TS) = 3, Sangat Tidak Setuju (STS) = 4. Total skor penilaian sikap diperoleh dari nilai terendah 10 dan nilai tertinggi 40, dimana semakin positif skor semakin baik sikap PUS dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana.

Penilaian kategori sikap berdasarkan presentase sebagaimana berikut: sikap positif apabila jawaban responden benar antara 51-100% dari nilai tertinggi dan sikap negatif apabila jawaban responden benar antara 0-50% dari nilai tertinggi.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner secara langsung terhadap PUS yang mencakup karakteristik responden berupa pengetahuan dan sikap menjadi akseptor keluarga berencana .

2. Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari instansi lain atau tempat penelitian yaitu data dari Desa dan Bidan Desa di Hutatinggi.

Prosedur digunakan dalam pengumpulan data, sebagai berikut:

- a. Peneliti meminta surat izin kepada bagaian akademik Universitas Aufa Royhan untuk melakukan penelitian
- b. Peneliti mengajukan permohonan izin kepada kepala Desa Hutatinggi

- c. Peneliti meminta bantuan kepada Bidan Desa untuk membantu mencari calon responden untuk mengikuti proses pengujian kuesioner
- d. Peneliti memperkenalkan diri menjelaskan tinjauan diadakan penelitian ini serta meminta persetujuan responden untuk mengisi kuesioner
- e. Peneliti memberikan kuesioner kepada responden dan mendampingi responden selama proses pengisian kuesioner
- f. Peneliti mengumpulkan kembali lembar kuesioner setelah selesai mengisi.
- g. Peneliti memeriksa kelengkapan kuesioner yang telah diserahkan dan meminta responden melengkapi apabila ada jawaban kuesioner yang belum lengkap dan mengumpulkan kembali

3.7 Defenisi Operasional

1. Defenisi Operasional

Untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel diamati atau diteliti, karena variabel-variabel tersebut perlu dibatasi. Ini juga bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrument (alat ukur).

Tabel 3.2 Variabel Penelitian

No	Variabel Penelitian	Defenisi Operasional	Alat ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui pasangan usia subur (PUS) tentang metode kontrasepsi keluarga berencana (KB)	Kuesioner	Penilaian kuesioner	1. Kurang jika benar 0-5 pertanyaan 2. Cukup jika benar 6-7 pertanyaan 3. Baik jika benar >7 pertanyaan	Ordinal
2	Sikap	pandangan yang disertai kecenderungan untuk bertindak dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana	Kuesioner	Penilaian kuesioner	1. Negatif jika responden memiliki jumlah kategori 10-20 dari jumlah pertanyaan 2. Positif jika responden memiliki jumlah kategori 21-40 dari jumlah pernyataan	Ordinal

2. Pengolahan Data

a. Pengolahan Data

Pengumpulan data ini menggunakan data primer yaitu data yang diperoleh dari wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan konsep teoritis untuk mendapatkan data tentang perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana.

Data yang terkumpul diolah dengan langkah-langkah antara lain :

- 1) *Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan, bila terdapat kesalahan dan kekurangan dalam mengumpulkan data maka diperbaiki dengan memeriksa kembali dan dilakukan pendataan ulang.

2) *Coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas *beberapa* kategori sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya, pemberian kode untuk setiap pertanyaan dalam format kuesioner.

3) *Tabulating* yaitu membuat tabel-tabel data sesuai dengan tujuan penelitian dan *Persentase* merupakan data yang ditabulasi diubah dalam bentuk persentase dengan menggunakan rumus:

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

Keterangan:

p : persentase

f : frekuensi

n : total populasi

3.8 Analisa Data

3.8.1 Analisa Univariat

Analisa data yang dilakukan adalah analisa univariat, dimana semua variabel dianalisa secara *deskriptif* dengan berdasarkan hasil penilaian dari pengetahuan dan sikap. Dari pengolahan data deskriptif, data demografi disajikan dalam tabel distribusi frekuensi dan persentase. Hasil analisa data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk melihat pengetahuan dan sikap Pasangan Usia Subur (PUS) dalam keputusan menjadi akseptor keluarga berencana.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Hasil Penelitian

Pada BAB ini diuraikan hasil penelitian mengenai perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana di Desa Hutatinggi Tahun 2020. Penelitian ini telah dilaksanakan mulai Juli sampai dengan Agustus 2020 di Desa Hutatinggi dengan jumlah 71 responden. Untuk mengidentifikasi perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana, peneliti menggunakan kuesioner yang berisikan dua puluh pertanyaan meliputi sepuluh pertanyaan tentang pengetahuan dan sepuluh pernyataan tentang sikap. Berikut ini akan dijabarkan mengenai hasil penelitian tersebut berdasarkan karakteristik responden, pengetahuan dan sikap perilaku pasangan usia subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana di Desa Hutatinggi Tahun 2020.

1. Data Demografi Responden

Hasil penelitian ini ditampilkan dalam **Tabel 4.1** tentang karakteristik responden mencakup umur, suku, pendidikan, agama, dan jumlah anak.

Tabel 4.1
Distribusi Responden Berdasarkan Data Demografi Perilaku Pasangan
Usia Subur (PUS) Dalam Pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor
Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi Tahun 2020 (n=71)

Karakteristik	Istri	
	F	(%)
Umur		
15-22 tahun	5	(7)
23-31 tahun	33	(46,5)
32-40 tahun	23	(32,4)
41-49 tahun	10	(14,1)
Suku		
Jawa	0	(0)
Batak	71	(100)
Melayu	0	(0)
Banjar	0	(0)
Pendidikan		
SD sederajat	0	(0)
SMP sederajat	4	(5,6)
SMA sederajat	61	(85,9)
Perguruan Tinggi	6	(8,5)
Agama		
Islam	71	(100)
Kristen	0	(0)
Jumlah Anak		
Belum Punya Anak	5	(7)
1 Orang	17	(23,9)
2 Orang	17	(23,9)
>2 Orang	32	(45,1)

Berdasarkan **Tabel 4.1** dapat diketahui bahwa mayoritas Pasangan Usia Subur berumur 23-31 tahun sebanyak 33 orang istri (46,5 %), semuanya bersuku Batak 71 orang istri (100 %), mayoritas berpendidikan Sekolah Menengah Atas 61 orang istri (85,9 %). Semuanya beragama Islam 71 PUS (100 %), dan umumnya jumlah anak >2 Orang adalah 32 pasangan usia subur (45,1 %).

2. Pengetahuan responden

Pengetahuan (*Knoeledge*) merupakan hasil rasa keingintahuan manusia terhadap sesuatu dan hasrat untuk meningkatkan harkat hidup sehingga kehidupan menjadi lebih baik dan nyaman yang berkembang sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan manusia baik dimasa sekarang maupun di masa depan. Pengetahuan hanya sekedar menjawab pertanyaan *What*, misalnya apa alam, apa manusia, apa air dan lainnya (Ayu Putri Ariani, 2014).

Tabel 4.2
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Pasangan Usia Subur (PUS) Dalam Pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana Di Desa Hutatinggi Tahun 2020 (n=71)

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	36	50,7
Cukup	33	46,5
Kurang	2	2,8

Berdasarkan **Tabel 4.2** dapat diketahui bahwa pengetahuan pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana (KB) mayoritas berpengetahuan baik sebanyak 36 orang (50,7%), berpengetahuan cukup sebanyak 33 orang (46,5 %), dan minoritas berpengetahuan kurang sebanyak 2 orang (2,8 %).

Hasil penelitian ini dapat dilihat secara rinci pada **Tabel 4.3** tentang distribusi responden berdasarkan pertanyaan pengetahuan pasangan usia subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana di Desa Hutatinggi.

Tabel 4.3
Distribusi Responden Berdasarkan Pertanyaan Pengetahuan Pasangan Usia Subur (PUS) Dalam Pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi Tahun 2020 (n=71)

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban			
		Benar		Salah	
		f	(%)	F	(%)
1	Keluarga Berencana (KB)	68	(96)	3	(4)
2	Metode yang tidak menggunakan alat atau obat	57	(80)	14	(20)
3	Salah satu metode yang alamiah	59	(83)	12	(17)
4	Kontrasepsi yang diberikan setiap hari	50	(70)	21	(30)
5	Alat kontrasepsi yang membantu mencegah penularan HIV/Aids	60	(85)	11	(16)
6	Kontrasepsi dilakukan sebulan sekali	47	(66)	24	(34)
7	Kontrasepsi dilakukan 3 bulan sekali	59	(83)	12	(17)
8	Keuntungan dari metode KB <i>implan</i>	30	(42)	41	(58)
9	Waktu yang baik untuk menjalani KB metode operasi (tubektomi dan vasektomi)	31	(44)	40	(56)
10	Keuntungan dari metode kelender	68	(96)	3	(4)

Berdasarkan hasil penelitian pengetahuan pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana menunjukkan bahwa umumnya pasangan usia subur (PUS) menjawab dengan benar tentang pengertian keluarga berencana (KB) 68 orang (96 %). Selain itu pasangan usia subur juga menjawab dengan benar tentang keuntungan metode kelender 68 orang (96 %). Dan jawaban yang sedikit menjawab benar yaitu keuntungan dari metode KB *implan* 31 orang (42 %) serta

Waktu yang baik untuk menjalani KB metode operasi (tubektomi dan vasektomi) 31 (44 %).

3. Sikap Responden

Sikap adalah perasaan atau pandangan seseorang yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap suatu objek atau stimulus. Sikap merupakan konsep yang paling penting dalam psikologi sosial yang membahas unsur sikap baik sebagai individu maupun kelompok. Menurut Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Tabel 4.4

Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Pasangan Usia Subur (PUS) Dalam Pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana di Desa Hutatinggi tahun 2020 (n=71)

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Positif	65	92
Negatif	6	8

Berdasarkan **Tabel 4.4** dapat diketahui bahwa sikap pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana (KB) mayoritas bersikap positif sebanyak 65 orang (92 %) dan minoritas bersikap negatif sebanyak 6 orang (8 %). Hasil penelitian ini dapat dilihat secara rinci pada **Tabel 4.5** tentang distribusi responden berdasarkan pernyataan sikap pasangan usia subur (PUS) dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana di Desa Hutatinggi.

Tabel 4.5
Distribusi Responden Berdasarkan Pernyataan Sikap Pasangan Usia Subur (PUS) Dalam Pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana Di Desa Hutatinggi Tahun 2020 (n=71)

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
1	Menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kehamilan	46 (65)	18 (25)	7 (10)	0 (0)
2	KB operasi hanya digunakan pasangan yang tidak mau punya anak lagi.	26 (37)	38 (53)	7 (10)	0 (0)
3	Memiliki 2 orang anak sudah cukup laki-laki maupun perempuan.	35 (49)	20 (28)	15 (21)	1 (1)
4	Menjadi akseptor keluarga berencana merupakan program yang sangat bagus untuk menjaga kesehatan reproduksi wanita	40 (56)	26 (37)	4 (6)	1 (1)
5	Keluarga berencana membawa dampak yang baik untuk kita	37 (52)	26 (37)	7 (10)	1 (1)
6	Mempunyai anak dalam jumlah yang sedikit dapat menjamin hari tua ibu	14 (20)	25 (35)	26 (37)	6 (8)
7	Banyak anak banyak rezeki merupakan paham yang dianut oleh budaya ibu	19 (27)	16 (23)	29 (41)	7 (10)
8	Kontrasepsi mantap hanya untuk orang yang berpenghasilan banyak	20 (28)	20 (28)	23 (32)	8 (11)
9	Alat kontrasepsi membuat seseorang tidak dapat memiliki anak lagi.	15 (21)	16 (23)	37 (52)	3 (4)
10	Ibu yang sudah memiliki anak lebih dari lima tidak dianjurkan memakai alat kontrasepsi yang permanen	19 (27)	25 (35)	22 (31)	5 (7)

Berdasarkan hasil penelitian sikap pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana menunjukkan bahwa umumnya pasangan usia subur (PUS) sangat setuju dengan menggunakan alat kontrasepsi dapat mengatur jarak kehamilan 46 orang (65 %), pasangan usia subur juga sangat setuju dengan menjadi akseptor keluarga berencana merupakan program yang sangat bagus untuk menjaga kesehatan reproduksi wanita 40 orang (56 %), selain itu pasangan usia subur (PUS) tidak setuju terkait dengan banyak anak banyak rezeki merupakan paham yang dianut oleh budaya ibu 29 (41 %).

BAB V PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

4. Karakteristik Pasangan Usia Subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana

Pada **Tabel 4.1** dapat dilihat bahwa dari 71 pasangan usia subur mayoritas berumur 23-31 tahun sebanyak 33 orang istri (46,5 %). menurut Agus Riyanto Budiman dalam bukunya “Kapita Selekta Kuesioner” (2013) umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang dimana semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ditta Tourisia (2015), dari 86 PUS yang ber KB, 60,5 % yang berusia dibawah 35 tahun. Sedangkan usia diatas 35 tahun keatas yang ikut KB hanya 34,5 % saja. Pasangan usia subur mayoritas bersuku Batak 71 orang istri (100 %). Pendekatan sosial budaya menghendaki pengetahuan yang lebih mendalam mengenai nilai dan norma-norma yang berhubungan dengan adat kebiasaan dan melanjutkan keturunan. Hal ini juga perlu diperhatikan tentang prinsip-prinsip keturunan dan pandangan masyarakat tradisional diantaranya prinsip keturunan dimana tujuan perkawinan serta nilai dan kelangsungan hidup, nilai anak laki-laki atau perempuan bagi golongan masyarakat tertentu, anggapan lingkungan masyarakat mengenai keluarga yang tidak mempunyai anak/keturunan.

Pada jenjang pendidikan mayoritas pasangan usia subur berpendidikan Sekolah Menengah Atas 61 orang istri (85,9 %). Sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2010) yang mengatakan bahwa, pendidikan mempunyai peranan penting dalam menentukan kualitas manusia. Tingkat pendidikan masyarakat dikaitkan dengan kemampuan dalam menyerap dan menerima informasi dalam bidang kesehatan dan keluarga.

Semuanya pasangan usia subur beragama Islam 71 PUS (100 %). Pandangan agama dalam KB dan kesejahteraan keluarga sangat mendukung karena pada gilirannya gerakan KB dengan tanggung jawab “Keluarga Kecil Yang Bahagia Sejahtera” merupakan amanat agar manusia itu sehat dan baik dalam melaksanakan tugasnya terhadap Tuhannya, keluarga dan negaranya.

Jumlah anak pasangan usia subur mayoritas >2 Orang 32 PUS (45,1 %). Hal ini sesuai dengan penelitian dari Oktriyanto (2015) dimana jumlah anak yang diinginkan di Desa >2 dalam satu keluarga yaitu 86,7 %. Masih tingginya rata-rata jumlah anak dalam satu keluarga di Indonesia menjadi salah satu yang mendorong masih tingginya laju pertumbuhan penduduk.

5. Pengetahuan Pasangan Usia Subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana di Desa Hutatinggi mayoritas berpengetahuan baik sebanyak 36 orang (50,7 %). Namun jumlah responden yang memiliki pengetahuan KB cukup persentasenya juga masih sangat besar yaitu sebanyak 33 orang (46,5%).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behaviour*) karena perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Hal ini sangat beralasan karena beberapa hal yang dapat mempengaruhi pengetahuan adalah umur dan pendidikan dimana dapat diketahui bahwa dari 71 pasangan usia subur sebanyak 61 orang istri (85,9 %). Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Faktor lainnya yang mempengaruhi pengetahuan adalah umur, dalam penelitian yang dilakukan dari 71 pasangan usia subur sebanyak 33 orang istri (46,5 %) memiliki umur 23-31 tahun dimana dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang dimana semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin baik. Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi

organ. Pada aspek psikologis dan mental saraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Umami Dian Syahfitri dimana 49,5 % ibu-ibu berpengetahuan baik tentang KB di Kelurahan Belawan I. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Johana D. Bernadus (2013), lebih dari 56,3 % akseptor KB yang memiliki pengetahuan baik, sehingga jika pengetahuan baik maka program KB pun akan berhasil. Tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Endarwati (2015) sebanyak 60 % ibu mempunyai pengetahuan yang baik tentang KB.

Gaster (2011) juga menyebutkan dalam penelitiannya yang dilakukan di desa Larangan Kecamatan Larangan Kabupaten Brebes dari 88 responden yang diteliti sebanyak 66 % memiliki pengetahuan yang baik tentang KB. Berdasarkan hasil penelitian Sariyono, dari 100 responden. yang berpengetahuan baik tentang KB cenderung lebih besar untuk memakai metode kontrasepsi KB dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan rendah.

6. Sikap Pasangan Usia Subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana (KB) mayoritas bersikap positif sebanyak 65 orang (92 %), namun masih ada responden yang memiliki sikap negatif terhadap program KB sebanyak 6 orang (8 %) namun persentase tersebut masih dapat ditolerir. Sikap ini

merupakan konsekuensi langsung dari pengetahuan dan pemahaman responden mengenai kontrasepsi. Hasil ini sejalan dengan tingkat pengetahuan mengenai KB yang dimiliki oleh responden, bahkan terdapat beberapa responden yang memiliki pengetahuan yang cukup, memiliki sikap yang positif terhadap KB.

Hal ini sangat beralasan karena salah satu faktor yang mempengaruhi sikap seseorang adalah umur, dimana dalam penelitian yang dilakukan dari 71 pasangan usia 33 orang istri (46,5 %) memiliki umur 23-31. Pada umumnya semakin tua umur seseorang maka sikap yang ditunjukkan akan semakin baik karena telah berpengalaman dibandingkan sikap seseorang yang memiliki usia yang lebih muda. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga mempengaruhi sikap positif yang akan terbentuk pada diri seseorang.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Erna Listyani sebanyak 54,8 % mempunyai sikap yang positif dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana (KB) dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah mereka mengetahui tentang keluarga berencana sehingga diharapkan dapat mempengaruhi sikap pasangan usia subur dalam ber-KB menjadi positif.

Gaster juga menyebutkan dalam penelitiannya yang dilakukan di desa Larangan Kecamatan Larangan Kabupaten Brebes dari 88 responden yang diteliti sebanyak 65 % memiliki sikap positif tentang KB. Penelitian lain juga dilakukan oleh Susiani Endarwati tahun 2015 dari 30 responden yang

diteliti 56,7 % bersikap positif tentang KB. Menurut Marilia sikap individu akan memberi warna atau corak tingkah laku atau perbuatan yang bersangkutan, sehingga jika pasangan usia subur menganggap keluarga berencana itu penting maka pasangan usia subur tersebut akan berpartisipasi dalam menggunakan metode kontrasepsi.

Notoatmodjo, (2010) mengatakan bahwa perilaku manusia terbentuk dari tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*Predisposing Factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan sebagainya dan faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersediannya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan dimana faktor-faktor pendorong terwujud dalam sikap dan perilaku kesehatan sehingga tingkat pengetahuan dan sikap pasangan usia subur terhadap keluarga berencana berhubungan dengan perilaku pasangan usia subur itu sendiri dalam berpartisipasi dalam menggunakan metode kontrasepsi keluarga berencana.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Ancha Sitorus, 2019 menyebutkan dalam penelitiannya yang dilakukan di Kabupaten Tapanuli Selatan dan Kabupaten Asahan dari 303 responden yang diteliti sebanyak 207 orang (68.3 %) memiliki pengetahuan baik tentang KB dan memiliki sikap positif sebanyak 245 orang (80.9 %).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gaster dimana dalam penelitiannya yang dilakukan di desa Larangan Kecamatan Larangan Kabupaten Brebes dari 88 responden yang diteliti sebanyak 58 % berpartisipasi dalam keluarga berencana.

5.2 Keterbatasan

Terdapat beberapa hal yang menjadi keterbatasan penelitian, salah satunya adalah penelitian ini menggunakan desain penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*, dimana hasil yang ada menunjukkan keterkaitan saja bukan hubungan yang bersifat kausalistik. Kerangka konsep dalam penelitian ini hanya menggambarkan karakteristik responden, pengetahuan dan sikap pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana. Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner yang berisi pertanyaan untuk menilai pengetahuan dan sikap yang sudah disediakan alternatif jawabannya, sehingga memungkinkan responden tidak dapat mengemukakan jawabannya dengan bebas. Proses pengumpulan data dari responden berlangsung pada bulan Juli dengan sistem membagikan kuesioner kepada pasangan usia subur di Desa Hutatinggi.

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan tentang perilaku pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana di Desa Hutatinggi Tahun 2020 dapat disimpulkan bahwa:

1. Mayoritas pasangan usia subur berpengetahuan baik dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga berencana 36 orang (50,7 %).
2. Mayoritas pasangan usia subur bersikap positif dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor Keluarga berencana 65 orang (91,5 %).

6.2 Saran

Berdasarkan hasil yang didapat pada penelitian tersebut, maka dikemukakan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pelayanan kesehatan

Diharapkan untuk tetap meningkatkan penyuluhan keluarga berencana agar dapat menambah informasi sehingga pengetahuan pasangan usia subur tentang KB lebih baik.

2. Bagi masyarakat khususnya responden /pasangan usia subur

Diharapkan untuk tetap mencari informasi dan mengikuti penyuluhan-penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan agar dapat menambah ilmu pengetahuan.

3. Peneliti selanjutnya

Peneliti lainnya yang ingin meneliti tentang perilaku pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana agar melanjutkan penelitian lebih spesifik dengan variabel yang lebih bervariasi dan diharapkan dapat meneliti dengan cara melihat dari sisi korelasi, agar dapat dilihat apakah ada hubungan antara pengetahuan dan sikap pasangan usia subur dalam pengambilan keputusan menjadi akseptor keluarga berencana.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, A.P. (2014). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kebidanan Dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Azwar, Saifuddin. (2011). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- BKKBN. (2010). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono.
- BKKBN. (2011). *Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: BKKBN.
- Budiman, A. (2013). *Kapita Selekta Kuesioner : Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Kabupaten Mandailing Natal, (2018). *Profil Kesehatan Mandailing Natal*. Panyabungan: Dinas Kesehatan Kabupaten Mandailing Natal
- Ditta Tourisia.(2015). *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Partisipasi Suami Dalam Ber Kb*. Diakses pada tanggal 01 agustus 2020 file:///c:/users/user/downloads/61-181-1-pb%20(1).pdf.
- Endang dan Elisabeth, S.W. (2017). *Panduan Materi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Endarwati, S. (2015). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Akseptor KB Aktif Tentang Kontrasepsi Implan di Desa Doko Kecamatan Ngasem Kabupaten Kediri*. Diakses pada tanggal 01 Agustus 2020. file:///C:/Users/USER/Downloads/88-Article%20Text-124-1-10-20190409%20(1).pdf.
- Gaster. (2011). *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Pria Tentang Keluarga Berencana Dengan Perilaku Pria Dalam Berpartisipasi Menggunakan Metode Kontrasepsi Keluarga Berencana Di Desa Larangan Kecamatan Larangan Kabupaten Brebes*. Diakses pada tanggal 01 Agustus 2020. [http://garuda.ristekbrin.go.id/journal/view/5466?issue=%20Vol%208,%20No%201%20\(2011\):%20](http://garuda.ristekbrin.go.id/journal/view/5466?issue=%20Vol%208,%20No%201%20(2011):%20)
- Harahap, Yanti Novita. (2011). *Pengaruh Budaya Akseptor Kb Terhadap Penggunaan Kontrasepsi IUD di Kecamatan Pantai Labu Kabupaten Deli Serdang*. Universitas Sumatera Utara. Diakses pada tanggal 02 April 2020. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/35039>.
- Henny. (2009). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu PUS Akseptor Kontrasepsi Non Hormonal Tentang Kontrasepsi Hormonal di Desa Telaga Sari Kecamatan Tanjung Morawa Tahun 2009*. Universitas

Sumatera Utara. Diakses pada tanggal 02 April 2020.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/14253/09E02377.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Hidayat, Aziz Alimul. (2011). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis*. Jakarta: Salemba Medika.

Johana D. Bernadus. (2013). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (Akdr) Bagi Akseptor Kb Di Puskesmas Jailolo*. Diakses pada tanggal 01 agustus 2020.
 file:///C:/Users/USER/Downloads/1760-3279-1-SM.pdf

Listiani. E. (2012). *Hubungan Pengetahuan Suami Tentang Keluarga Berencana Dengan Sikap Suami Dalam Ber-Kb Di Desa Mrisen Juwiring Klaten* Diakses pada tanggal 01 Agustus 2020
http://eprints.ums.ac.id/20569/22/11._NASKAH_PUBLIKASI.pdf.

Mulyani, N. S. (2017). *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Marilia. (2014). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Pemakaian Alat Kontrasepsi pada PUS di Puskesmas Comoro Dili Timor Leste*. Diakses pada tanggal 01 Agustus 2020
https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/690ae3cf23d8aa048d55bdad857dcd8d.pdf.

Muhammad, A. S. (2019). *Faktor pengetahuan dan sikap kebutuhan kb yang tidak terpenuhi di Kabupaten Tapanuli Selatan dan Kabupaten Asahan*. Diakses pada tanggal 10 September 2020.
<http://ejournal.helvetia.ac.id/index.php/jbk/article/view/4313>

Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Oktriyanto. (2015). *Nilai Anak dan Jumlah Anak yang Diinginkan Pasangan Usia Subur di Wilayah Perdesaan dan Perkotaan* . Diakses pada tanggal 01 Agustus 2020. file:///C:/Users/USER/Downloads/10013-Article%20Text-28934-1-10-20150829%20(2).pdf.

Profil Kesehatan Indonesia, (2018). Diakses Pada tanggal 20 Maret 2020.
https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf

- Profil Kesehatan Sumut, (2018). Diakses pada tanggal 20 Maret 2020
<http://dinkes.sumutprov.go.id/v2/download.html>
- SDGs, (2019) <http://sdgs.bappenas.go.id/sekilas-sdgs/>
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Afabeta
- Sulistiyawati, Ari. (2011). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta. Salemba Medika
- Suratun; Maryani, S; Hartini; dkk. (2013). *Pelayanan keluarga berencana dan pelayanan kontrasepsi*. Jakarta : Trans Info media.
- Sutomo, S. (2018). *Perilaku Pasangan Usia Subur Dalam Kepesertaan Akseptor Keluarga Berencana Di Masyarakat Baduy*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2020.
<http://jurnal.poltekkesbanten.ac.id/Medikes/article/view/53/37>
- Syafitri, Ummi Dian. (2010). *Hubungan Tingkat Pengetahuan KB Pada Ibu-Ibu Terhadap Penggunaan Kontrasepsi di Kelurahan Belawan I Kecamatan Belawan*. Universitas Sumatera Utara. Diakses pada tanggal 02 April 2020. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/23518>.
- Syahdrajat, T. (2015). *Panduan Menulis Tugas Akhir Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Kencana.
- Sindung Haryanto. (2012). *Spektrum Teori Sosial dari Klasik Hingga Postmodern*. Jogjakarta: Ar-ruzz Media.
- Sariyono (2009). *Partisipasi pria dalam keluarga berencana di Kecamatan Jetis, Kabupaten Bantul. Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 4 No 2*. Diakses pada tanggal 01 Agustus 2020.
<https://media.neliti.com/media/publications/4924-ID-partisipasi-pria-dalam-keluarga-berencana-di-kecamatan-jetis-kabupaten-bantul.pdf>.
- Thesis *Caomengqian Guan*. (2019). *China's Family Planning Policy and Contraceptive Using*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2020.
<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=8984767&fileOid=8984768>
- UU No.52 Pasal 1 Tahun (2009). *Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2020.
<https://jdih.kemenpppa.go.id/peraturan/uu%20no%2052%20tahun%2009.pdf>
- Yanti. (2011). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi (untuk Mahasiswa Kebidanan)*. Jakarta. Pustaka Rihana.

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON RESPONDEN

Assalamualaikum Wr.Wb/ Salam sejahtera

Dengan Hormat,

Nama saya Rofidah, sedang menjalani pendidikan di Program Studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsimpuan . Saya sedang melakukan penelitian yang berjudul “Perilaku Pasangan Usia Subur dalam pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana (KB)”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi Perilaku Pasangan Usia Subur dalam pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana (KB).

Kami akan memberikan pertanyaan tertutup terstruktur kepada Ibu tentang :

- a. Data demografi seperti: Umur, Agama, Suku, Penghasilan kepala keluarga, Jumlah Anak, pendidikan Terakhir, Pekerjaan.
- b. Pertanyaan pengetahuan, sikap dalam keputusan menjadi akseptor keluarga berencana.

Partisipasi Ibu bersifat sukarela tanpa paksaan. Setiap data yang ada dalam penelitian ini akan dirahasiakan dan digunakan untuk kepentingan peneliti, untuk penelitian ini Ibu tidak akan dikenakan biaya apapun. Bila Ibu membutuhkan penjelasan, maka dapat menghubungi saya:

Nama : Rofidah

Alamat : Hutatinggi

No. HP : 082247994030

Terimakasih saya ucapkan kepada Ibu yang telah ikut berpartisipasi pada penelitian ini. Keikutsertaan Ibu dalam penelitian ini akan menyumbangkan sesuatu yang berguna bagi ilmu pengetahuan. Setelah memahami berbagai hal yang menyangkut penelitian ini diharapkan Ibu bersedia mengisi lembar persetujuan yang telah kami persiapkan.

Hutatinggi, 2020

Peneliti

(Rofidah)

LEMBAR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nomor Responden : _____

Umur : _____

Alamat : _____

Setelah mendapat penjelasan dari penelitian tentang “Perilaku Pasangan Usia Subur dalam Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana (KB)”, maka dengan ini saya secara sukarela dan tanpa paksaan menyatakan bersedia ikut serta dalam penelitian tersebut.

Demikian surat pertanyaan ini untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Hutatinggi, 2020

(_____)

**KUESIONER PERILAKU PUS DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN
MENJADI AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA
DI DESA HUTATINGGI
TAHUN 2020**

No.Responden:
(diisi oleh peneliti)

Petunjuk

Jawablah Pertanyaan berikut ini, dengan memberikan tanda centang (√) untuk salah satu jawaban yang sesuai dengan kondisi anda.

A. Data Demografi

<p>Umur Istri</p> <p><input type="checkbox"/> 15-22 tahun</p> <p><input type="checkbox"/> 23-31 tahun</p> <p><input type="checkbox"/> 32-40 tahun</p> <p><input type="checkbox"/> 41-49 tahun</p>	<p>Agama</p> <p><input type="checkbox"/> Islam</p> <p><input type="checkbox"/> Kristen</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Budha</p> <p><input type="checkbox"/> Konghuchu</p>
<p>Suku Istri</p> <p><input type="checkbox"/> Jawa</p> <p><input type="checkbox"/> Batak</p> <p><input type="checkbox"/> Melayu</p> <p><input type="checkbox"/> Banjar</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain,.....</p>	<p>Jumlah anak</p> <p><input type="checkbox"/> Belum Punya Anak</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Orang</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Orang</p> <p><input type="checkbox"/> >2 Orang</p>
<p>Pendidikan Terakhir Istri</p> <p><input type="checkbox"/> SD sederajat</p> <p><input type="checkbox"/> SMP sederajat</p> <p><input type="checkbox"/> SMA sederajat</p> <p><input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi</p>	

B. Pertanyaan pengetahuan

Jawablah Pertanyaan dibawah ini, dengan memberikan tanda silang (X) untuk salah satu jawaban yang menurut anda paling tepat.

1. Keluarga Berencana (KB) adalah....
 - a. Usaha untuk menjarangkan kehamilan
 - b. Usaha untuk mendapatkan anak
 - c. Tindakan yang dilakukan setelah melahirkan
2. Metode yang tidak menggunakan alat atau obat adalah....
 - a. Kondom
 - b. *Implan*/ KB susuk
 - c. Senggama terputus
3. Salah satu metode yang alamiah adalah....
 - a. Pil
 - b. Metode kelender
 - c. Suntik
4. Kontrasepsi yang diberikan setiap hari adalah.....
 - a. Suntikan
 - b. Pil KB
 - c. *Implan*
5. Alat kontrasepsi yang membantu mencegah penularan HIV/Aids adalah....
 - a. Kondom
 - b. *Implant*/KB susuk
 - c. Pil
6. Kontrasepsi yang dilakukan sebulan sekali adalah....
 - a. Suntikan Cyclofem
 - b. Pil KB
 - c. *Implan*
7. Kontrasepsi yang dilakukan tiga bulan sekali adalah....
 - a. *Implan*
 - b. Suntikan depo
 - c. Pil KB
8. Keuntungan dari metode KB *implan*/KB susuk adalah....
 - a. Tidak mengganggu kegiatan senggama
 - b. Mencegah penyakit menular seksual
 - c. Semua jawaban benar
9. Waktu yang baik untuk menjalani KB metode operasi (tubektomi dan vasektomi) adalah....
 - a. Sudah terdeteksi atau dicurigai hamil
 - b. Pasangan yang tidak ingin memiliki keturunan lagi
 - c. Pasangan yang ingin memiliki keturunan lagi
10. Keuntungan dari metode kelender adalah.....
 - a. Murah dan tanpa biaya
 - b. Mencegah dari infeksi menular seksual
 - c. Dapat digunakan dalam jangka panjang

C. Pernyataan Sikap

Jawablah Pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda centang (√) untuk salah satu jawaban anda dengan ketentuan:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya perlu menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kehamilan saya.				
2	KB operasi hanya digunakan oleh pasangan yang tidak mau punya anak lagi.				
3	Memiliki 2 orang anak sudah cukup laki-laki maupun perempuan.				
4	Menjadi akseptor keluarga berencana merupakan program yang sangat bagus untuk menjaga kesehatan reproduksi wanita				
5	Keluarga berencana membawa dampak yang baik untuk kita				
6	Mempunyai anak dalam jumlah yang sedikit dapat menjamin hari tua ibu				
7	Banyak anak banyak rezeki merupakan paham yang dianut oleh budaya ibu				
8	Kontrasepsi mantap hanya untuk orang yang berpenghasilan banyak				
9	Alat kontrasepsi membuat seseorang tidak dapat memiliki anak lagi				
10	Ibu yang sudah memiliki anak lebih dari lima tidak dianjurkan memakai alat kontrasepsi yang permanen				



UNIVERSITAS AFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDEMPUNAN
FAKULTAS KESEHATAN

Berdasarkan SK. Menristekdikti RIN Nomor: 461/EPT/2019, 17 Juni 2019

Di Bangunan Sarjana 01, Detaraluhulu, Kota Padangsidempuan 22733

Telp 085 441 336 507 Fax: 085 441 22684

e-mail: afa@royhan.ac.id atau afa@unarsid.com http://unarsid.ac.id

Nomor : 1372/TKES/UNARE/PM/III/2020 Padangsidempuan, 6 Agustus 2020
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Desa Hutatinggi
Di

Madina

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Kesehatan di Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan, kami mohon bantuan saudara agar kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Rofidah

NIM : 18060079P

Program Studi : Kebidanan Program Sarjana

di berikan izin melakukan Penelitian di Desa Hutatinggi untuk penulisan Skripsi dengan judul "Perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) Dalam Pengambilan Keputusan Keluarga Berencana Di Desa Hutatinggi Tahun 2020".

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan bantuan saudara kami ucapkan terimakasih.



Armi Mulyah, SKM, M.Kes
NIDN. 0118108703



PEMERINTAH KABUPATEN MANDAILING NATAL
DESA HUTATINGGI
KECAMATAN PUNCAK SORIK MARAPI

Hutatinggi, 07 Agustus 2020

Nomor	: 434/48/HTT.08/2020	Kepada	
Sifat	: Penting	Yth. Dekan UNAR	
Lampiran	: -	Kota Padangsidempuan	
Perihal	: Penyampaian Izin Penelitian	di-	
		Tempat	

Menindaklanjuti Surat Universitas Aifa Royhan Di Kota Padangsidempuan Fakultas Kesehatan, Nomor: 1372/FKES/UNAR/PM/VIII/2020, Tanggal: 06 Agustus 2020, perihal: Izin Penelitian.

Berkenaan dengan hal di atas, bersama ini kami berikan izin penelitian kepada:

Nama : Rofidah

NIM : 18060079P

Program Studi : Kebidanan Program Sarjana

JUDUL : "Perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) Dalam Pengambilan Keputusan Menjadi Akseptor Keluarga Berencana Di Desa Hutatinggi Tahun 2020", Mulai bulan Agustus 2020 sampai selesai.

Demikian surat ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.



Hutatinggi

INPUT DATA DENGAN MENGGUNAKAN SPSS

UMUR ISTRI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15-22 tahun	5	7.0	7.0	7.0
23-31 tahun	33	46.5	46.5	53.5
32-40 tahun	23	32.4	32.4	85.9
41-49 tahun	10	14.1	14.1	100.0
Total	71	100.0	100.0	

SUKU ISTRI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Batak	71	100.0	100.0	100.0

PENDIDIKAN ISTRI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP sederajat	4	5.6	5.6	5.6
SMA sederajat	61	85.9	85.9	91.5
Perguruan Tinggi	6	8.5	8.5	100.0
Total	71	100.0	100.0	

AGAMA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	71	100.0	100.0	100.0

ANAK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Belum Punya Anak	5	7.0	7.0	7.0
1 Orang	17	23.9	23.9	31.0
Valid 2 Orang	17	23.9	23.9	54.9
>2 Orang	32	45.1	45.1	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	3	4.2	4.2	4.2
Valid BENAR	68	95.8	95.8	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	14	19.7	19.7	19.7
Valid BENAR	57	80.3	80.3	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	12	16.9	16.9	16.9
Valid BENAR	59	83.1	83.1	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	21	29.6	29.6	29.6
Valid BENAR	50	70.4	70.4	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	11	15.5	15.5	15.5
Valid BENAR	60	84.5	84.5	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	24	33.8	33.8	33.8
Valid BENAR	47	66.2	66.2	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	12	16.9	16.9	16.9
Valid BENAR	59	83.1	83.1	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	41	57.7	57.7	57.7
Valid BENAR	30	42.3	42.3	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	40	56.3	56.3	56.3
Valid BENAR	31	43.7	43.7	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PENGETAHUAN 10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SALAH	3	4.2	4.2	4.2
Valid BENAR	68	95.8	95.8	100.0
Total	71	100.0	100.0	

KATEGORI PENGETAHUAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

	KURANG	2	2.8	2.8	2.8
Valid	CUKUP	33	46.5	46.5	49.3
	BAIK	36	50.7	50.7	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

PERNYATAAN 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Setuju	7	9.9	9.9	9.9
	Setuju	18	25.4	25.4	35.2
	Sangat Setuju	46	64.8	64.8	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

PERNYATAAN 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Setuju	7	9.9	9.9	9.9
	Setuju	38	53.5	53.5	63.4
	Sangat Setuju	26	36.6	36.6	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

PERNYATAAN 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
	Sangat Tidak Setuju	1	1.4	1.4	1.4
	Tidak Setuju	15	21.1	21.1	22.5
Valid	Setuju	20	28.2	28.2	50.7
	Sangat Setuju	35	49.3	49.3	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

PERNYATAAN 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
	Sangat Tidak Setuju	1	1.4	1.4	1.4
	Tidak Setuju	4	5.6	5.6	7.0
Valid	Setuju	26	36.6	36.6	43.7
	Sangat Setuju	40	56.3	56.3	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

PERNYATAAN 5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Sangat Tidak Setuju	1	1.4	1.4
	Tidak Setuju	7	9.9	11.3
Valid	Setuju	26	36.6	47.9
	Sangat Setuju	37	52.1	100.0
	Total	71	100.0	100.0

PERNYATAAN 6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Sangat Setuju	14	19.7	19.7
	Setuju	25	35.2	54.9
Valid	Tidak Setuju	26	36.6	91.5
	Sangat Tidak Setuju	6	8.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0

PERNYATAAN 7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Sangat Setuju	19	26.8	26.8
Valid	Setuju	16	22.5	49.3
	Tidak Setuju	29	40.8	90.1

Sangat Tidak Setuju	7	9.9	9.9	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PERNYATAAN 8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat Setuju	20	28.2	28.2	28.2
Setuju	20	28.2	28.2	56.3
Valid Tidak Setuju	23	32.4	32.4	88.7
Sangat Tidak Setuju	8	11.3	11.3	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PERNYATAAN 9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat Setuju	15	21.1	21.1	21.1
Setuju	16	22.5	22.5	43.7
Valid Tidak Setuju	37	52.1	52.1	95.8
Sangat Tidak Setuju	3	4.2	4.2	100.0
Total	71	100.0	100.0	

PERNYATAAN 10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sangat Setuju	19	26.8	26.8	26.8
Setuju	25	35.2	35.2	62.0
Valid Tidak Setuju	22	31.0	31.0	93.0
Sangat Tidak Setuju	5	7.0	7.0	100.0
Total	71	100.0	100.0	

KATEGORI SIKAP

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
POSITIF	65	91.5	91.5	91.5
Valid NEGATIF	6	8.5	8.5	100.0
Total	71	100.0	100.0	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa Rifidah
 NIM 18060079P
 Nama Pembimbing 1. Sri Sattika Sari Dewi, S.T.I.M. Keb
 2. Husni Yaturramadhan, M. Farm, Apt

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Sabtu 14 Maret 2020	Pengyusunan judul proposal Skripsi	AC Judul proposal Skripsi	
2.	Senin 30 Maret 2020	Konsul proposal skripsi Bab I, II, III dan Cover	- Perbaiki Bab I, II, III dan Cover - Cara penulisan	
3.	Sabtu 11 April 2020	Konsul lembar Persetujuan, Kata Pengantar, Daftar Isi, Konten, Lembar Isi dan Cover	- Perbaiki Kata Pengantar, Daftar Isi, Konten - Cara penulisan	
4.	Senin 13 April 2020	Konsul proposal Bab Persetujuan Proposal	Perbaiki Hipotesis	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Rifidah
 NIM : 18060079P
 Nama Pembimbing : 1. Sri Sartika Sari Dewi, STTM Keb
 2. Hasni Yaturramadlan, M Farm, Apt

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
5.	Jum'at 19 Mei 2020	konsul proposal	- Partikel Bab 1, Bab 2 - Urutabel penelitian kemangka - kerangka	
6.	Sabtu 30 Mei 2020	konsul proposal	- Perbaiki spasi tabel	
7.	Sabtu 03 Juni 2020	konsul proposal	- Perbaiki Bab 1 lebih spesifik lagi - Tujuan proposal - Maksud proposal - Tambahkan data di Bab 1	
8.		konsul proposal	Revisi proposal	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : ROFIDAH
 Nim : 18060079P
 Nama Pembimbing : 1. Sri Sartika Sari Dewi, SST, M Keb
 2. Apt. Hasni Yaturramadhan, M Farm

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	03 Juli 2020	Konsul BAB IV dan perbitisan Bab 3, 4, 5	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Tabel - Perbaiki top 3, 4, 5 sesuai Aturan Persus 	
2.	06 Agustus 2020	Konsul Bab IV dan V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Bab V tambahkan Jurnal 	
3.	07 Agustus 2020	Konsul bab VI dan Lampiran	<ul style="list-style-type: none"> - Kesimpulan dari penelitian ini - Lengkapi lampiran - Jangan lupa dokumentasi. 	
4.	10 Agustus 2020	Konsul Abstrak	<ul style="list-style-type: none"> - Abstrak harus singkat, jelas dan mencakup seluasnya - ke ujian hasil kripsi 	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : ROJIDAH
 NIM : 180600790
 Nama Pembimbing : 1. Sri Sartika Sari Dewi, SST, M Keb
 2. Hasni Yaturramadhan, M. Fani Apt

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	14 Maret 2020	Pengajuan Judul Proposal Penelitian	RCC Judul Proposal Penelitian	
2.	17 April 2020	Pengajuan proposal Bab I, Bab II, Bab III	Perbaiki Cover, Bab I, Bab II, Bab III	
3.	14 Mei 2020	Pengajuan Proposal	Perbaiki Cara Rujuk, Daftar Pustaka, Perhitungan Spasi	
4.	30 Juni 2020	Pengajuan Proposal	Perbaiki Rata kiri, kanan, Tabel Terbuta, Daftar Singkatan.	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : ROHDAH

NIM : 18060079P

Nama Pembimbing : 1. Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb

2. Hasni Yaturramadhan, M. FarmApt

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
5.	05 Juli 2020	Perijinan Proposal	ACC Seminar Proposal	3A.

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa ROFIDAH
 Nim 18060079P
 Nama Pembimbing 1. Sri Sartika Sari Dewi, SST, M.Keb

2. Apt. Hasni Yaturramadhan, M.Farm

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	16 Agustus 2020	Konsul Bab IV, V, VI Master Tabel	Perbaiki Cara Penulisan Tabel, Perbaiki Master tabel yang ketidaktepatan cara Tunjukkan Data Menarik	
2.	22 Agustus 2020	Konsul Perbaikan Bab N, V, VI	-Perbaiki Paper Pustaka -Perbaiki Lampiran.	
3.	25 Agustus 2020	Konsul Skripsi	ACC Skripsi	

DOKUMENTASI KEGIATAN





