

**EFEKTIVITAS KONSELING (K1, K2, K3)
PADA IBU BERSALIN TERHADAP PEMAKAIAN
ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM *CuT380A***



**AGUS GUNAWAN
P150 720 6046**

**KONSENTRASI PENDIDIKAN
DOKTER SPESIALIS TERPADU (*COMBINED DEGREE*)
BAGIAN ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
PROGRAM STUDI BIOMEDIK
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2010**

**EFEKTIVITAS KONSELING (K1, K2, K3)
PADA IBU BERSALIN TERHADAP PEMAKAIAN
ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM *CUT380A***

TESIS

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Keahlian dan Magister

**PROGRAM STUDI BIOMEDIK
KONSENTRASI PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS TERPADU**

Disusun dan diajukan oleh

AGUS GUNAWAN

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2010**

TESIS

**EFEKTIVITAS KONSELING (K1, K2, K3)
PADA IBU BERSALIN TERHADAP PEMAKAIAN
ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM *CUT380A***

Disusun dan diajukan oleh

AGUS GUNAWAN

No.Pokok P1507206046

Telah dipertahankan didepan Panitia Ujian Tesis

Pada Tanggal 29 Juni 2010

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,

Anggota Penasihat,

Ketua Penasihat,

dr.H.Umar Malinta, Sp.OG(K)

Dr.dr.Hj.A.Mardiah Tahir, Sp.OG

**Ketua Program Studi
Biomedik,**

**Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,**

Prof.dr.Rosdiana Natsir, Ph.D

Prof.Dr.dr.H.Abdul Razak Thaha, M.Sc

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agus Gunawan
No.Pokok : P1507206046
Program Studi : Biomedik
Konsentrasi : Pendidikan Dokter Spesialis Terpadu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2010
Yang menyatakan,

Agus Gunawan

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini sebagaimana `mestinya. Penulisan tesis ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Magister dan Spesialis pada Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Saya menyadari bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun bahasanya, sehingga kritik dan saran yang membangun sangat saya harapkan demi perbaikan selanjutnya. Pada kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih kepada **Dr.dr.Hj. A.Mardiah Tahir, Sp.OG**, sebagai ketua komisi pembimbing, **dr. H. Umar Malinta, Sp.OG(K)**, **dr. IMS. Murah Manoe, Sp.OG(K)**, **dr. Eddy Hartono, Sp.OG(K)**, **dr. H.M. Faisal Idrus, Sp.KJ(K)** dan **Dr.dr.Ilhamjaya Patellongi, M.Kes** sebagai anggota komisi pembimbing dan tim penilai atas dorongan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari pengembangan minat terhadap permasalahan, pelaksanaan penelitian sampai dengan penulisan tesis ini serta kepada **dr.H.Putra Rimba,Sp.OG** yang telah membimbing saya selama pendidikan selaku Penasehat Akademik.

Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Kepala Bagian, Bapak Ketua Program Studi, dan seluruh staf pengajar beserta semua staf pegawai di bagian Obstetri dan Ginekologi. Rasa Hormat dan penghargaan setinggi-tingginya penulis haturkan atas bantuan yang telah diberikan selama ini, kiranya dapat menjadi bekal hidup dalam mengabdikan ilmu saya dikemudian hari.
2. Bapak Ketua Konsentrasi, Ketua Program Studi Biomedik, beserta seluruh staf pengajar pada Konsentrasi Pendidikan Dokter Spesialis Terpadu (*Combined Degree*) Program Studi Biomedik Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin atas bimbingan selama penulis menjalani pendidikan.
3. Semua teman sejawat peserta *Combined Degree* dan teman sejawat PPDS-1 Obgin FK UNHAS atas bantuan dan kerjasamanya selama ini.
4. Semua Paramedis bagian Obstetri dan Ginekologi di seluruh Rumah Sakit pendidikan Obgin FK UNHAS, khususnya di RSIA Siti Fatimah atas kerjasamanya selama penulis menjalani pendidikan.
5. Kepada ibu-ibu bersalin di RSIA Siti Fatimah yang telah bersedia ikut dalam penelitian ini, sehingga penelitian ini dapat berjalan sebagaimana mestinya.
6. Kepada almh. mama terkasih, Ny.Handisah, yang telah membesarkan saya, serta papa dan kedua mertua atas dukungan doa, moril dan materilnya.

7. Kepada istri terkasih Rina, beserta 2 buah hati kami Elen dan Felis atas doa, dukungan, pengertian dan perhatiannya selama penulis menjalani masa pendidikan.
8. Terakhir penulis sampaikan juga ucapan terima kasih kepada semua pihak yang namanya tidak tercantum tetapi telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini dapat berguna bagi perkembangan ilmu Obstetri dan Ginekologi dimasa yang akan datang.

Makassar, Mei 2010

AGUS GUNAWAN

DAFTAR ISI

Halaman judul.....	i
Halaman Pengajuan.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Lembar Pernyataan Keaslian Tesis.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Grafik.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Lambang dan Singkatan.....	xvi

BAB I. PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang Masalah.....	1
I.2. Rumusan Masalah.....	6
I.3. Tujuan Penelitian	7
I.4. Hipotesis Penelitian.....	8
I.5. Manfaat Penelitian.....	8

BAB.II. TINJAUAN PUSTAKA

II.1. Konseling

II.1.1. Definisi Konseling	10
----------------------------------	----

II.1.2. Konseling Keluarga Berencana.....	10
II.1.3. Tujuan Konseling Keluarga Berencana.....	11
II.1.4. Tugas Konselor Keluarga Berencana.....	12
II.1.5. Langkah-langkah Konseling Keluarga Berencana.....	12
II.1.6. Dampak Konseling terhadap Pemakaian AKDR.....	14
II.2. Perilaku	
II.2.1. Konsep Perilaku.....	17
II.2.2. Teori Perilaku.....	20
II.3. Kajian Tentang AKDR	
II.3.1. Definisi Kontrasepsi AKDR	21
II.3.2. Jenis-jenis AKDR.....	21
II.3.3. <i>Copper T 380A</i>	22
II.3.4. Mekanisme kerja AKDR.....	22
II.3.5. Efektivitas AKDR	23
II.3.6. Keuntungan AKDR.....	23
II.3.7. Kelemahan AKDR.....	24
II.3.8. Yang boleh menggunakan AKDR.....	25
II.3.9. Yang tidak diperkenankan memakai AKDR	26
II.3.10. Kerangka Teori.....	27

BAB III. KERANGKA KONSEP

III.1.	Diagram	kerangka
konsep.....		28
III.2.		Variabel
Penelitian.....		29
III.3. Definisi Operasional.....		30

BAB IV. METODE PENELITIAN

IV.1.	Jenis dan Rancangan penelitian.....	35
IV.2.	Tempat dan Waktu Penelitian.....	35
IV.3.	Populasi dan Sampel Penelitian.....	35
IV.4.	Kriteria Inklusi, Eklusi dan <i>Drop Out</i>	36
IV.5.	Perkiraan Besar Sampel.....	37
IV.6.	Cara Pengambilan Sampel.....	38
IV.7.	Ijin Penelitian dan <i>Ethical Clearance</i>	38
IV.8.	Alat, Bahan dan Cara Kerja	
IV.8.1.	Alat dan Bahan.....	38
IV.8.2.	Cara Kerja.....	39
IV.8.3.	Pemasangan AKDR pascaplasentasi dan seksio sesarea.....	40
IV.8.4.	Pemasangan AKDR 2x24 jam dan 40 hari pascasalin.....	41
IV.9.	Alur Penelitian.....	47
IV.10.	Pengolahan dan Analisa Data.....	48

BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

V.1. Karakteristik Sampel Penelitian dan cakupan AKDR.....	50
V.2. Perubahan Tingkat Pengetahuan, Sikap Subyek dan Pemasangan AKDR pada Setiap Tahapan Konseling.....	57
V.3. Hubungan Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Pengetahuan dan Sikap terhadap Cakupan AKDR.....	61
V.4. Grafik Perubahan Distribusi Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku serta Pemasangan AKDR pada Setiap Tahapan Konseling.....	63
V.5. Keterbatasan Penelitian.....	64
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	
VI.1. Kesimpulan.....	65
VI.2. Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA	66
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 1: Karakteristik Sampel Penelitian dan Cakupan AKDR	50
Tabel 2: Perubahan Tingkat Pengetahuan, Sikap serta Pemasangan AKDR pada Setiap Tahapan Konseling.....	57
Tabel 3: Hubungan Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Pengetahuan dan Sikap terhadap Cakupan AKDR	61

DAFTAR GRAFIK

Grafik: Perubahan Distribusi Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku serta Pemasangan AKDR pada Setiap Tahapan Konseling.....	63
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Naskah Penjelasan untuk Responden (Subyek).....	69
Lampiran 2. Fomulir Persetujuan Mengikuti Penelitian setelah Mendapatkan Penjelasan.....	70
Lampiran 3. Formulir Penelitian.....	71
Lampiran 4. Skoring Kuesioner.....	72
Lampiran 5. Konseling AKDR.....	77
Lampiran 6. Kuesioner.....	79
Lampiran 7. Rekomendasi Persetujuan Etik.....	83
Lampiran 7. Data Induk Hasil Penelitian.....	84

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang / Singkatan	Arti dan Keterangan
AKDR	Alat kontrasepsi dalam rahim
<i>CuT380A</i>	<i>Copper T380A</i>
<i>DMPA</i>	<i>Depo medroxy progesteron acetate</i>
RSIA	Rumah sakit ibu dan anak
<i>mm</i>	<i>Millimetre</i>
<i>cm</i>	<i>Centimetre</i>
K1	Konseling 1= Konseling pada ibu inpartu
K2	Konseling 2= Konseling pada ibu pascasalin
K3	Konseling 3= Konseling sebelum keluar dari rumah sakit
KB	Keluarga berencana
KB PP	Keluarga berencana pascaplasentasi
KB PK	Keluarga berencana pascakeguguran
NKKBS	Norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera
BKKBN	Badan kependudukan dan keluarga berencana nasional
PUS	Pasangan usia subur
PKBRS	Program keluarga berencana rumah sakit
<i>LNG</i>	<i>Levonorgestrel</i>
<i>IUS</i>	<i>Intra uterine systems</i>
<i>HIV/AIDS</i>	<i>Human immunodeficiency virus/</i>

	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
PRP	Penyakit radang panggul
MOW	Metode operasi wanita
MOP	Metode operasi pria
MKET	Metode kontrasepsi efektif terpilih
IMS	Infeksi menular seksual
MAL	Metode amenorea laktasi
KTP	Kartu tanda penduduk
ANC	<i>Antenatal care</i>
KPD	Ketuban pecah dini
KJDR	Kematian janin dalam rahim
Hb	Hemoglobin
DTT	Desinfeksi tingkat tinggi
WHO	<i>World Health Organization</i>
Implan	Susuk KB
Spotting	Perdarahan bercak diluar siklus haid normal
ASI	Air susu ibu
UMR	Upah minimum regional
IRT	Ibu rumah tangga

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang Masalah

Paradigma baru program Keluarga Berencana Nasional telah diubah visinya dari mewujudkan norma keluarga kecil bahagia sejahtera (NKKBS) menjadi visi untuk mewujudkan "keluarga berkualitas tahun 2015". Berdasarkan visi dan misi tersebut, BKKBN telah mewujudkan keberhasilannya selain berhasil menurunkan angka kelahiran dan laju pertumbuhan penduduk, juga harapan dapat berhasil meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku masyarakat dan pada akhirnya bersedia memilih terutama kontrasepsi jangka panjang seperti AKDR dalam upaya membangun keluarga berkualitas tahun 2015 (Saifuddin, 2003).

Berdasarkan rekomendasi Rapat Kerja Nasional (Rakernas) yang dilaksanakan di Jakarta tanggal 18-22 Februari 2008, Program KB Pascapersalinan dan Pascakeguguran merupakan salah satu program yang mendapat prioritas untuk dikembangkan ke seluruh Indonesia karena akan memberikan kontribusi yang cukup signifikan terhadap pencapaian peserta KB baru. Tujuannya memberikan kontribusi terhadap percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir melalui pelayanan Program KB PP dan PK yang terjangkau dan berkualitas. Ruang lingkup dan sasaran yaitu

konseling KB berulang pada ibu pascapersalinan dan pascakeguguran serta promosi penggunaan metode kontrasepsi non hormonal seperti AKDR (BKKBN, 2007).

Menurut SDKI 2002-2003 kontrasepsi yang banyak digunakan adalah metode suntikan (49,1 %), pil (23,3 %), AKDR (10,9 %), implan (7,6 %), MOW (6,5 %), kondom (1,6 %), dan MOP (0,7 %). Berdasarkan mini survei BKKBN, pengguna AKDR mengalami penurunan dari 10,9% pada tahun 2002-2003 menjadi 5,4% pada tahun 2006 (BKKBN, 2007). Di Makassar sendiri, jumlah PUS yang menggunakan AKDR menurun dari 11.851 pada tahun 2003 menjadi 9.869 pasangan pada tahun 2006 (Makassar Dalam Angka, 2007). Secara global, diperkirakan lebih dari 100 juta wanita yang memakai AKDR, hampir 40%-nya terdapat di Cina. Sebaliknya hanya 6% di Negara maju dan 0,5% di sub-sahara Afrika (BKKBN, 2007).

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa AKDR berada diposisi ketiga, sedangkan dalam program BKKBN memberikan penekanan pada kontrasepsi AKDR terutama adalah *CuT380A* yang menjadi primadona BKKBN. Karenanya diperlukan usaha-usaha untuk meningkatkan jumlah pengguna AKDR, diantaranya melalui pemasangan AKDR pada ibu pascasalin sebelum meninggalkan rumah sakit (Shelton, 2004). Tidak semua klien berminat terhadap alat kontrasepsi AKDR dikarenakan berbagai alasan yang berbeda-beda seperti takut efek samping, takut proses pemasangan,

dilarang oleh suami, dan kurang pengetahuan tentang kontrasepsi AKDR (Saifuddin, 2003).

Adapun berbagai pertimbangan yang harus diperhatikan oleh akseptor KB agar tidak terjadi salah persepsi setelah pemasangan yaitu pengetahuan dan sikap akseptor KB tentang persyaratan dan keamanan metode kontrasepsi, status kesehatan klien sebelum ber KB, tahu efek samping, konsekuensi kegagalan atau kehamilan yang tidak diinginkan, besarnya keluarga yang direncanakan, persetujuan pasangan, bahkan norma budaya lingkungan dan orang lain (BKKBN, 2007).

Oleh karena ketidakpahaman dan ketakutan ibu bersalin terutama mengenai kontrasepsi jangka panjang AKDR *CuT380A* tersebut, maka diperlukan konseling, dengan konseling yang baik diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, merubah sikap masyarakat sehingga dapat merubah perilaku masyarakat untuk bersedia memilih kontrasepsi jangka panjang AKDR. Konseling pemakaian AKDR segera pada ibu pascasalin merupakan suatu kesempatan yang baik, karena pemasangan dapat segera dilakukan saat pasien masih berada di rumah sakit (Akkuzu, 2009). Dalam hal ini diperlukan peran serta rumah sakit melalui program keluarga berencana rumah sakit (PKBRS). Untuk memperkenalkan kontrasepsi jangka panjang AKDR *CuT380A* diperlukan konseling. Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan.

Seringkali konseling diabaikan dan tidak dilaksanakan dengan baik karena petugas tidak mempunyai waktu serta tidak menyadari pentingnya konseling. Padahal dengan konseling, klien akan lebih mudah mengikuti nasihat yang diberikan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif (Saifuddin, 2004).

Di Indonesia, Konseling kontrasepsi yang berkualitas masih sangat minim dan bahkan sulit sekali menemukan klinik khusus menyediakan jasa konseling yang benar-benar memenuhi standar (Siswono, 2003). Dalam konseling peran konselor besar sekali untuk menentukan keberhasilannya. Keberhasilan konseling kontrasepsi sangat ditentukan oleh kemahiran konselor dalam memerankan tugasnya (Vanessa, 1998).

Melihat kondisi permasalahan dan data di atas, maka dirasakan perlu diambil langkah untuk mengkaji suatu penelitian guna mengetahui efektivitas konseling (K1,K2,K3) yang diharapkan dapat merubah perilaku ibu bersalin mengenai AKDR. Konseling tentang AKDR diperkenalkan pada saat mereka datang di rumah sakit untuk bersalin, K1= Konseling dilakukan pada ibu inpartu, K2= Konseling dilakukan pada ibu pascasalin dan K3= Konseling dilakukan pada ibu sebelum keluar dari rumah sakit. Cara konseling (K1,K2,K3) tersebut telah dilaksanakan di rumah sakit Pelamonia Makassar, namun belum dilaksanakan dan merata di rumah sakit jejaring seluruh Makassar.

Dari hasil penelusuran data sekunder antara 01 Agustus – 31 Oktober 2008 pada dua rumah sakit jejaring di Makassar yaitu di RS Pelamonia dan RSIA Siti Fatimah menunjukkan bahwa, di RS Pelamonia yang mendapatkan konseling (K1,K2,K3) dengan jumlah seluruh akseptor KB sebanyak 46 orang terdapat angka pemakaian kontrasepsi sebanyak 73,9 % (pemakaian AKDR sebanyak 34,8 %, suntikan *DMPA* sebanyak 39,1 %) dan kontrasepsi lain sebanyak 26,1 %. Sedangkan angka pemakaian kontrasepsi di RSIA Siti Fatimah yang tidak mendapatkan konseling khusus (K1,K2,K3) dengan jumlah seluruh akseptor KB sebanyak 50 orang yaitu 22 % (pemakaian AKDR sebanyak 10 %, suntikan *DMPA* sebanyak 12 %), dan kontrasepsi lain sebanyak 2% dan yang memutuskan tidak memakai kontrasepsi apapun sebanyak 76 %.

Dilihat persentase pemakaian kontrasepsi jangka panjang AKDR yang masih rendah oleh ibu pascasalin dibandingkan dengan penggunaan metode kontrasepsi lain, maka perlu diperkenalkan cara konseling kontrasepsi kepada ibu, terutama pada ibu yang baru bersalin dan pertama kali menggunakan kontrasepsi. Oleh karena itu dipandang perlu melakukan penelitian mengenai cara konseling kontrasepsi apa yang sebaiknya dipakai, sehingga dengan cara konseling tersebut dapat meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap serta perilaku ibu untuk memilih kontrasepsi jangka panjang, terutama AKDR dan cakupan pemakaian AKDR meningkat.

Penelitian efektivitas konseling (K1,K2,K3) ini belum pernah dilakukan di rumah sakit pendidikan di Makassar, dan bila konseling (K1,K2,K3) terbukti dapat meningkatkan minat calon akseptor terhadap pemakaian kontrasepsi AKDR, maka cara konseling ini dapat diperkenalkan dan disebarluaskan ke rumah sakit di seluruh Makassar.

I.2. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dari latar belakang masalah, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah konseling (K1,K2,K3) pada ibu bersalin dapat meningkatkan pengetahuan tentang AKDR *CuT380A*
2. Apakah konseling (K1,K2,K3) dapat merubah sikap ibu bersalin tentang AKDR *CuT380A*
3. Apakah konseling (K1,K2,K3) dapat meningkatkan cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* pada ibu pascasalin
4. Apakah peningkatan cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* akibat konseling (K1,K2,K3) melalui peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap ibu bersalin tentang AKDR *CuT380A*.

I.3. TUJUAN PENELITIAN

I.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh konseling terhadap peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan peningkatan cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* pada ibu pascasalin.

I.3.2. Tujuan Khusus.

1. Diketuainya pengaruh konseling (K1,K2,K3) pada ibu bersalin terhadap peningkatan pengetahuan tentang AKDR *CuT380A*
2. Diketuainya pengaruh konseling (K1,K2,K3) terhadap perubahan sikap ibu bersalin tentang AKDR *CuT380A*.
3. Diketuainya pengaruh konseling (K1,K2,K3) terhadap peningkatan cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* pada ibu pascasalin
4. Diketuainya mekanisme peningkatan cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* akibat konseling (K1,K2,K3) melalui peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap ibu bersalin tentang AKDR *CuT380A*.

I.4. HIPOTESIS PENELITIAN

1. Konseling (K1,K2,K3) menyebabkan pengetahuan tentang AKDR *CuT380A* meningkat pada ibu bersalin
2. Konseling (K1,K2,K3) menyebabkan sikap tentang AKDR *CuT380A* berubah pada ibu bersalin
3. Konseling (K1,K2,K3) menyebabkan cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* meningkat pada ibu pascasalin
4. Konseling (K1,K2,K3) meningkatkan cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* pada ibu pascasalin melalui peningkatan pengetahuan dan peningkatan pengetahuan menyebabkan perubahan sikap tentang AKDR *CuT380A*.

I.5. MANFAAT PENELITIAN

1. Memberikan sumbangan bahan rujukan untuk peneliti berikutnya yang menggunakan model kuesioner untuk menilai perubahan perilaku akibat konseling, dalam usaha meningkatkan cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* pada ibu pascasalin.
2. Memberikan masukan sebagai bahan rujukan ke Bagian Obstetri dan Ginekologi FK-UNHAS mengenai efektivitas konseling bertingkat (K1,K2,K3) dapat meningkat cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* pada ibu pascasalin

3. Memberikan masukan sebagai bahan rujukan ke BKKBN mengenai efektivitas konseling bertingkat (K1,K2,K3) dapat meningkat cakupan pemakaian AKDR *CuT380A* pada ibu pascasalin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1. KONSELING

II.1.1. Definisi Konseling

Konseling merupakan proses membantu seseorang untuk belajar menyelesaikan masalah interpersonal, emosional dan memutuskan hal tertentu (Nelson, 1988). Konseling adalah proses pertukaran informasi dan interaksi antara seorang konselor kepada klien untuk membantu klien mengenali kebutuhannya, memilih solusi terbaik dan membuat keputusan yang paling sesuai dengan kondisi yang sedang dihadapi, yang bermuara pada teratasinya masalah yang dihadapi (Gladding, 2009).

II.1.2. Konseling Keluarga Berencana.

Konseling KB adalah tindakan yang dapat membantu klien untuk keluar dari berbagai pilihan seputar masalah KB dan kesehatan reproduksi. Konseling yang baik, yaitu klien merasa puas dalam menggunakan salah satu dari kontrasepsi terutama untuk klien yang baru pertama kali menggunakan kontrasepsi. Klien yang mendapatkan konseling dengan baik akan cenderung memilih alat kontrasepsi dengan benar dan tepat. Pada akhirnya hal itu juga akan menurunkan tingkat kegagalan KB dan mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Untuk meraih keberhasilan

tersebut, tentunya sangat diperlukan tenaga-tenaga konselor yang profesional. Mereka bukan hanya harus mengerti seluk-beluk masalah KB, tetapi juga memiliki dedikasi tinggi pada tugasnya serta memiliki kepribadian yang baik, sabar, penuh pengertian, dan menghargai klien (Robert, 1997).

II.1.3. Tujuan Konseling Keluarga Berencana

Tujuan konseling keluarga berencana adalah (Shrestha, 2000):

1. Memberikan informasi yang tepat, lengkap, serta obyektif berbagai metode kontrasepsi sehingga klien mengetahui manfaat bagi dirinya maupun keluarga.
2. Mengidentifikasi dan menampung perasaan-perasaan negatif, misalnya keragu-raguan maupun ketakutan-ketakutan yang dialami klien sehubungan dengan pelayanan KB atau metode-metode kontrasepsi, sehingga konselor dapat membantu klien dalam hal penanggulangan.
3. Membantu klien untuk memilih metode kontrasepsi yang terbaik bagi mereka. Terbaik disini berarti: metode yang aman bagi klien dan yang ingin digunakan klien. Dengan perkataan lain metode yang secara mantap dipilih oleh klien.
4. Membantu klien memakai kontrasepsi yang dipilih secara aman dan efektif.

5. Memberi informasi cara mendapatkan bantuan dan tempat pelayanan KB.

II.1.4. Tugas Konselor Keluarga Berencana.

Tugas konselor kontrasepsi yaitu (WHO, 2005):

1. Membuat klien memiliki pengetahuan yang lengkap berbagai alat kontrasepsi.
2. Konselor memberikan persiapan-persiapan psikologis bagi klien yang akan mengikuti suatu metode kontrasepsi.
3. Berdasarkan riwayat penyakit dan reproduksi. Apakah klien sudah memenuhi persyaratan untuk menjalani kontrasepsi sesuai dengan keadaan dan pilihannya.

II.1.5. Langkah-langkah Konseling Keluarga Berencana.

Menurut *Gallen* dan *Lettenmaier*, ada langkah-langkah konseling yang dalam bahasa Inggris disebut GATHER, yakni (Siswandi, 2007):

1. *G – Greet client*

Sambut klien secara terbuka dan ramah, tanamkan keyakinan penuh, katakan juga bahwa tempat tersebut sangat pribadi sehingga hal yang didiskusikan akan menjadi rahasia. Tanyakan tentang biodata klien.

2. *A – Ask atau Assess about themselves*

Tanyakan klien tentang permasalahannya, pengalamannya dengan alat KB terutama yang berhubungan dengan alat kontrasepsi AKDR dan kesehatan reproduksinya. Tanyakan jenis alat kontrasepsi yang klien gunakan saat ini dan pastikan apakah klien masih menggunakan alat kontrasepsi AKDR sampai saat ini dan sudah berapa lama ia menggunakannya. Tanyakan darimanakah klien mendapatkan informasi tentang alat kontrasepsi AKDR. Tanyakan juga apakah klien mantap menggunakan alat kontrasepsi AKDR tersebut.

3. *T – Tell client about choices*

Fokuskan perhatian pada alat kontrasepsi yang klien gunakan saat ini. Jelaskan tentang pengertian alat kontrasepsi AKDR, mekanisme kerja alat kontrasepsi AKDR, cara pemasangan alat kontrasepsi AKDR, waktu yang tepat untuk menggunakan alat kontrasepsi AKDR, keuntungan dan efek samping pemakaian alat kontrasepsi AKDR, indikasi dan kontraindikasi pemasangan AKDR.

4. *H – Help client make an informed choices.*

Bantu membuat pilihan yang tepat, dorong ia mengemukakan pendapatnya dan bantu klien untuk memutuskan alat kontrasepsi yang digunakan. Yakinkan klien dengan menanyakan pada klien apakah klien

akan tetap menggunakan alat kontrasepsi AKDR atau akan menggantinya dengan alat kontrasepsi yang lain.

5. *E – Explain fully how to use the choosen method.*

Jelaskan cara menggunakan alat kontrasepsi AKDR, dorong ia berbicara terbuka, jawab pula secara terbuka dan lengkap.

6. *R – Return visit should be welcomed.*

Kunjungan kembali, bicarakan dan sepakati kapan klien kembali untuk *follow-up*, dan selalu mempersilahkan klien kembali kapan saja. Jangan lupa ingatkan klien untuk kontrol dan memeriksakan AKDR tepat waktu dan apabila terjadi keluhan-keluhan setelah pemasangan alat AKDR.

II.1.6. Dampak Konseling terhadap Pemakaian AKDR.

Konseling yang baik meningkatkan kepuasan klien. Konseling yang Informativ dan Empatik membantu klien membuat pilihan mengenai perencanaan keluarga yang baik dan membuat sukses metode pilihan mereka. Penggunaan peragaan secara visual, menggunakan pelvis model , dapat membantu klien mengerti apa yang diharapkan dengan memakai kontrasepsi AKDR. Informasi mengenai AKDR secara benar, komunikasi yang aktif dan konseling yang sifatnya membantu klien dapat meningkatkan pemahaman klien mengenai AKDR dan mengurangi promosi perusahaan yang terlalu membesar-besarkan dan tidak benar mengenai AKDR.

Konseling yang informatif yaitu difokuskan pada kebutuhan klien, membantu klien membuat keputusan yang baik dan dapat meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi. (Rudy, 2003). Wanita yang mendapat konseling yang baik akan merasa lebih puas dengan metode kontrasepsi pilihannya (Backman, 2002) dan akan menggunakan metode tersebut lebih lama dibandingkan wanita yang kurang mendapatkan konseling (Gommaa, 1991). Sepanjang pemakaian AKDR *CuT380A*, *LNG-IUD*, suntikan dan implan, konseling yang baik mengenai kemungkinan perubahan dalam pola menstruasi akan membuat klien suka dan lebih memahami bila hal tersebut terjadi dan puas dengan jenis metode kontrasepsi ini (Balogh, 1989).

Informasi penting kepada klien yang memilih AKDR (Gommaa, 1991)

1. Bagaimana caranya AKDR dipasang dan dilepaskan (perlihatkan menggunakan model jika memungkinkan).
2. Kemungkinan efek samping (terutama perubahan pola haid) dan masalah lain, seperti ekspulsi, perforasi dan penyakit radang panggul.
3. Bagaimana klien dapat memeriksa bahwa AKDR yang sudah dipasang berada pada tempatnya atau tidak.
4. Kapan dan dimana AKDR dipasang dan siapa yang akan memasangnya. Sebelum dipasang, petugas sebaiknya menjelaskan prosedur detail pemasangan AKDR.

5. Operator sebaiknya menjelaskan kepada klien bahwa ibu akan merasakan tidak nyaman selama pemasangan AKDR dan kram selama beberapa hari setelah pemasangan.
6. Operator sebaiknya memberikan kesempatan kepada klien untuk mengatakan kapan saja selama prosedur pemasangan jika klien merasakan tidak nyaman atau kesakitan.
7. Operator dapat memberikan ibuprofen 30 menit sebelum pemasangan dan selanjutnya diminum untuk mengurangi kram dan nyeri pasca pemasangan AKDR.

Setelah insersi AKDR, operator sebaiknya (Neuteboom, 2003)

1. Memberikan catatan kepada klien, mengenai jenis AKDR, tanggal pemasangan, dan tanggal kapan AKDR dilepas dan dipasang kembali, lebih baik dicatat dalam kartu KB.
2. Anjurkan klien untuk datang kembali kapan saja klien mau kembali, termasuk jika klien mempunyai masalah dengan AKDR, bertanya mengenai AKDR, atau ingin melepaskan AKDR; Klien merasa AKDR lepas dan keluar, merasa hamil, atau klien mempunyai gejala PRP.
3. Rencana kontrol AKDR dalam 3-6 minggu pascainsersi atau sesudah menstruasi, diskusikan bagaimana perasaan setelah dipasang AKDR.

Kontrol rutin adalah kesempatan untuk mengecek masalah yang dirasakan.

4. Ajarkan klien untuk memeriksa AKDR sendiri yaitu dengan cara meraba benang atau ekor dari AKDR setelah menstruasi.

II.2. PERILAKU

II.2.1. Konsep Perilaku

Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. *Benyamin Bloom* dalam (Soekidjo Notoatmodjo, 2003) membagi perilaku manusia dalam 3 domain.

Ketiga domain tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan (Domain Kognitif)

Menurut Soekidjo Notoatmodjo, pengetahuan tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1. Tahu, diartikan sebagai pengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan masyarakat dalam mengingat kembali suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima.
2. Memahami, diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat mempraktekan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham terhadap

obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
4. Analisis, diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitanya satu sama lain.
5. Sintesis, menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi, berkaitan dengan kemampuan melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek

2. Sikap (Domain Afektif)

Menurut Soekidjo Notoatmodjo, sikap terdiri dari berbagai tindakan yaitu:

1. Menerima, diartikan bahwa seseorang atau subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan obyek.
2. Merespon, diartikan memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap.

3. Menghargai, diartikan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Praktik (Domain Psikomotor).

Menurut Soekidjo Notoatmodjo, praktik mempunyai beberapa tingkatan yaitu:

1. Persepsi, diartikan dapat mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat I.
2. Respon terpimpin, diartikan dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat II.
3. Mekanisme, diartikan apabila seseorang telah dapat melaksanakan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah menjadi kebiasaan, maka ia telah mencapai praktik tingkat III.
4. Adopsi, merupakan suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikan tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

II.2.2. Teori Perilaku

Berdasarkan teori dari *Lawrence Green* perilaku dipengaruhi 3 faktor yaitu: (Soekidjo Notoatmodjo, 2003)

1. Faktor Pemudah, faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi, tingkat sosial, tingkat ekonomi, budaya.
2. Faktor Pemungkin, faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, jamban dan sebagainya. Fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan.
3. Faktor Penguat, faktor-faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, keluarga, teman sebaya serta sikap dan perilaku para petugas kesehatan untuk berperilaku sehat, kadang-kadang bukan hanya pengetahuan saja yang positif dan dukungan fasilitas saja melainkan diperlukan perilaku contoh dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas (lebih lebih petugas kesehatan), keluarga, teman sebaya dan guru.

Proses pembentukan dan perubahan perilaku masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam individu dan dari luar individu yaitu: (Soekidjo Notoatmodjo, 2003).

1. Faktor dari dalam individu, berupa karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
2. Faktor dari luar individu, berupa lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

II.3. Kajian Tentang Kontrasepsi AKDR

II.3.1. Pengertian Alat Kontrasepsi AKDR

AKDR merupakan salah satu metode kontrasepsi efektif terpilih (MKET), oleh karena efektif dalam memberikan perlindungan terhadap terjadinya kehamilan. Biaya pemasangan yang relatif cukup murah dengan masa pakai yang cukup lama, bahkan sekarang telah dipasarkan AKDR *CuT380A* dengan masa pakai hingga 10 tahun, kesuburan akan segera kembali setelah penghentian pemakaian metode ini (Saifuddin, 2004). AKDR adalah alat kecil terdiri dari bahan yang lentur yang dimasukkan ke dalam rongga rahim atau kavum uteri oleh dokter atau bidan yang sudah terlatih (BKKBN, 2005).

II.3.2. Jenis – jenis AKDR

1. AKDR polos (*Inert Device*), terbuat dari plastik, misalnya: *Lippes Loop*

2. AKDR yang mengandung tembaga, misalnya: *CuT 380A* dan *Nova T*
3. AKDR yang mengandung *progestogen*, misalnya: *Mirena (LNG)*

II.3.3. Copper T 380A

AKDR *CuT380A*, terbuat dari bahan polietilen berbentuk huruf T, pada bagian tubuhnya mengandung barium sulfat yang menjadikan *radio opaque*. Pada bagian tubuh yang tegak, dibalut dengan tembaga sebanyak 176 mg dan pada bagian lengannya masing- masing mengandung 68,7 mg tembaga, dengan luas permukaan $380 \pm 23 \text{ mm}^2$. Ukuran bagian tegak 36 mm dan bagian melintang 32 mm, dengan diameter 3 mm (O'Hanley, 2008).

II.3.4. Mekanisme Kerja Kontrasepsi AKDR

Mekanisme kerja AKDR adalah menimbulkan reaksi peradangan endometrium disertai dengan serbukan leukosit yang dapat menghancurkan blastokista atau sperma (Finger, 2008). Selama menggunakan AKDR tembaga, ion-ion tembaga mengurangi motilitas dan viabilitas sperma, sehingga sangat sedikit sperma sampai ke tuba, AKDR menyebabkan peningkatan lekosit, enzim-enzim dan prostaglandin dalam cairan uterus yang mengganggu fungsi sperma. Penghambatan implantasi merupakan mekanisme kerja sekunder untuk AKDR jenis tembaga (Johnson BA, 2005).

II.3.5. Efektifitas AKDR

Efektifitas AKDR dinyatakan dalam angka kontinuitas yaitu berapa lama AKDR tetap tinggal tanpa ekspulsi spontan, tanpa terjadinya kehamilan, tanpa pengeluaran karena alasan medis atau pribadi. Angka kegagalan AKDR pada umumnya adalah 1-3 kehamilan per 100 wanita per tahun. Efektif selama 10 tahun (Saifuddin, 2004)

II.3.6. Keuntungan AKDR (Saifuddin, 2004)

AKDR mempunyai keunggulan dari alat kontrasepsi yang lain karena umumnya hanya memerlukan satu kali pemasangan dan dengan demikian satu kali motivasi, tidak menimbulkan efek sistemik, ekonomis dan efektifitas cukup tinggi serta kembalinya kesuburan cepat.

1. Sangat efektif. 0,6 - 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 - 170 kehamilan)
2. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
3. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari *CuT-380A*)
4. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
5. Tidak ada efek samping hormonal dengan *CuT-380A*
6. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
7. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau setelah keguguran
8. Dapat digunakan sampai menopause

9. Tidak ada interaksi dengan obat-obat
10. Membantu mencegah kehamilan diluar kandungan

II.3.7. Kelemahan Kontrasepsi AKDR

1. Efek samping umum terjadi:
perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar mensturasi, saat haid lebih sakit.
2. Komplikasi lain: merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar).
3. Tidak mencegah IMS termasuk *HIV/AIDS*.
4. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau yang sering berganti pasangan.
5. Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dapat memicu infertilitas.
6. Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR.
7. Sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1 - 2 hari.

8. Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri, petugas terlatih yang dapat melepas.
9. Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera setelah melahirkan)
10. Tidak mencegah terjadinya kehamilan diluar kandungan.
11. Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR sendiri.

II.3.8. Yang Boleh Menggunakan AKDR

1. Usia reproduktif
2. Keadaan nulipara
3. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
4. Perempuan menyusui yang menginginkan AKDR
5. Setelah melahirkan dan tidak menyusui
6. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
7. Risiko rendah dari IMS
8. Tidak menghendaki metoda hormonal
9. Tidak menyukai mengingat-ingat minum pil setiap hari

10. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1 - 5 hari pascasenggama

11. Perokok

12. Gemuk ataupun kurus

II.3.9. Yang Tidak Diperkenankan Menggunakan AKDR

1. Sedang hamil
2. Perdarahan vagina yang tidak diketahui
3. Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servisititis)
4. Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita penyakit radang panggul dan keguguran yang telah terjadi infeksi.
5. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
6. Penyakit trofoblas yang ganas
7. Diketahui menderita TBC rongga panggul
8. Keganasan pada alat genitalia

9. Kedalaman rongga rahim kurang dari 5 cm.

II.3.10. Kerangka Teori.

Faktor Pendukung

- Ketersediaan alat kesehatan
- Sumber informasi/konseling
- Tempat pelayanan

Faktor predisposisi

- Pengetahuan
- Sikap
- Perilaku
- Pendidikan
- Ekonomi keluarga

Faktor Pendorong
-Dukungan keluarga
-Tokoh masyarakat
-Petugas kesehatan

Pemilihan Alat KB

KB Alamiah
-Pantang berkala
-Senggama terputus
-MAL

Hormonal
-Pil
-Suntik
-
Susuk/implan
-IUD-LNG

Kimia
-Spermiside
-Bilas Vagina

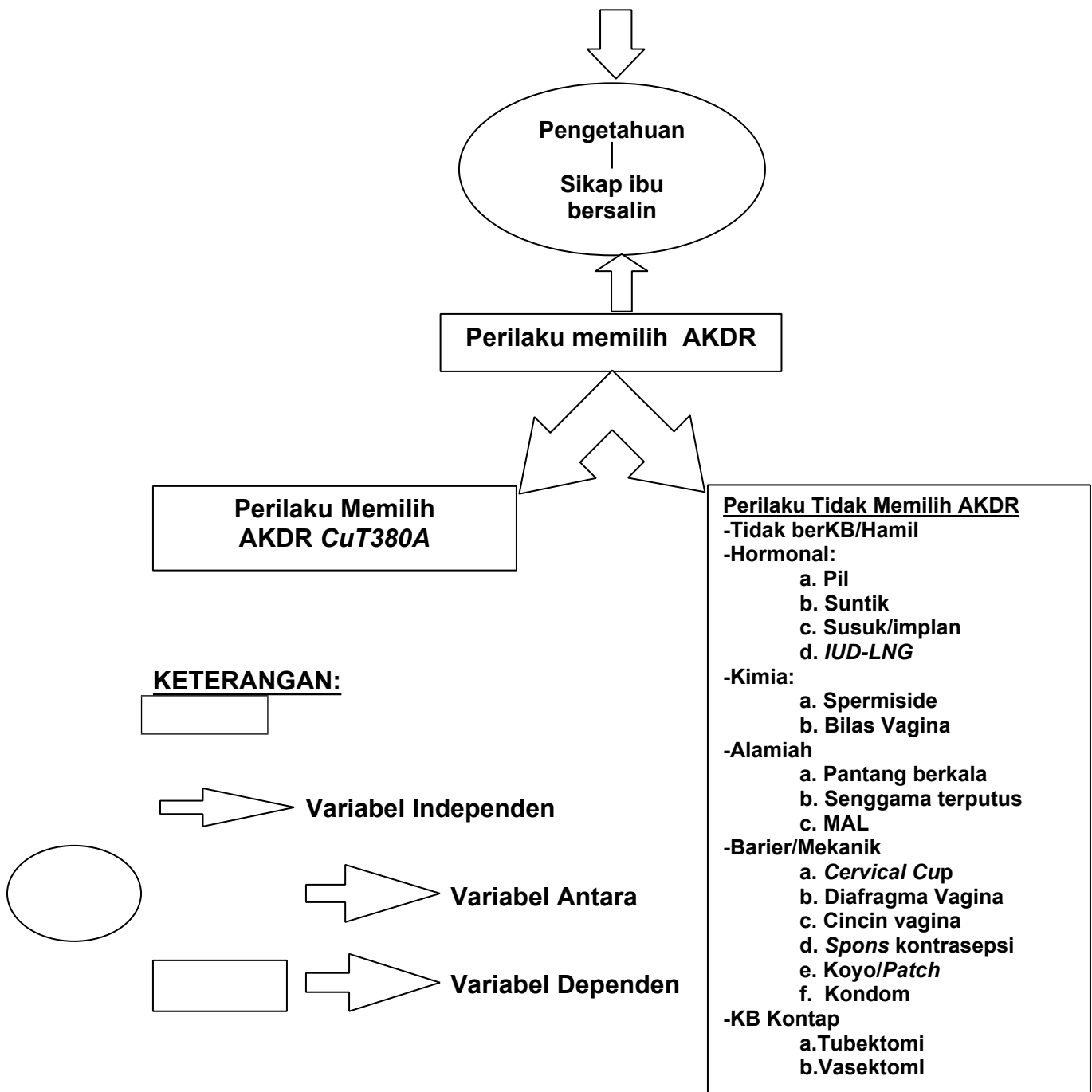
Barier/Mekanik
-AKDR CUT380A
-Cervical Cup
-Diafragma Vagina
-Cincin vagina
-Spons kontrasepsi
-Kovol/Patch

KB KONTAP
-Tubektomi

KERANGKA KONSEP

III.1. Diagram Kerangka Konsep

**Metode
Konseling**



III.2. Variabel penelitian

III.2.1. Variabel dependen (Perilaku memilih AKDR)

III.2.2. Variabel antara (Pengetahuan dan Sikap)

III.2.3. Variabel independen (Metode Konseling)

III.2.4. Variabel Luar:

1. Keterampilan konselor
2. Sikap dan contoh perilaku petugas konseling, tokoh masyarakat, tokoh agama dan teman sebaya
3. Komitmen masyarakat dan pemerintah terhadap KB
4. Ketersediaan sumber dan fasilitas konseling
5. Geografis/transportasi
6. Kepercayaan, budaya/tradisi
7. Karakteristik masyarakat
8. Umur ibu rumah tangga
9. Paritas ibu
10. Pendidikan ibu rumah tangga
11. Pengetahuan, sikap dan perilaku
12. Tingkat sosial/pekerjaan ibu
13. Tingkat ekonomi/pendapatan keluarga
14. Peran suami

III.3. Definisi Operasional.

III.3.1. Data umum.

1. AKDR adalah Alat Kontrasepsi yang dipasang di dalam rahim oleh dokter atau bidan/paramedik lain yang sudah dilatih, yang dipakai dalam penelitian ini adalah *CUT380A*.
2. Calon Akseptor AKDR dalam penelitian ini adalah semua Ibu bersalin di RSIA Siti Fatimah dan yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia ikut dalam penelitian dengan menandatangani *Informed Consent*.
3. Pemasangan AKDR setelah plasenta lahir adalah pemasangan AKDR dalam 10 menit pertama setelah lahirnya plasenta.
4. Pemasangan AKDR saat seksio sesarea adalah pemasangan AKDR yang dilakukan pada saat operasi seksio sesarea yaitu setelah plasenta dikeluarkan dan kavum uteri dibersihkan dengan betadin.
5. Pemasangan AKDR pada 2x24 jam dan 40 hari pascasalin adalah pemasangan AKDR yang dilakukan dengan memakai inserter.
6. Usia adalah usia ibu dihitung dari tanggal penelitian dikurangi dengan tanggal lahir yang tertera pada KTP yang masih berlaku. Bila terdapat kelebihan usia kurang dari enam bulan, maka dibulatkan ke bawah.

Kode 1 : usia < 18 tahun

Kode 2 : usia antara 18 – 35 tahun

Kode 3 : usia > 35 tahun

7. Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal tertinggi yang dicapai dari suatu institusi tertentu yang mencakup tingkat SD/ sederajat, SMP /sederajat, SMU/ sederajat dan Akademi/ Perguruan tinggi/ sederajat.

Kode 3 : Tingkat Pendidikan Rendah :

- Buta huruf
- Tidak tamat / tamat SD atau sederajat
- Tidak tamat / tamat SMP atau sederajat
- Tidak tamat SMA atau sederajat

Kode 2 : Tingkat Pendidikan Sedang :

- Tamat SMA atau sederajat
- Tidak tamat akademi atau perguruan tinggi atau sederajat

Kode 1 : Tingkat Pendidikan Tinggi :

- Tamat akademi atau Perguruan tinggi atau sederajat.

5. Pekerjaan adalah profesi atau kegiatan rutin yang dilakukan sehari-hari yang mendapatkan imbalan uang atau materi. Dalam hal ini responden digolongkan sebagai:

Kode 1 : Bekerja (Bekerja diluar rumah)

Kode 2 : Tidak bekerja (Ibu Rumah Tangga)

6. Penggolongan dibagi berdasarkan standar yang ditetapkan Upah Minimum Propinsi tahun 2010 tentang batas pendapatan perkapita perbulan untuk penduduk perkotaan:

Kode 1 : Di atas garis kemiskinan, pendapatan > Rp. 905.000

Kode 2 : Dibawah garis kemiskinan, pendapatan < Rp.905.000

7. Aktivitas sosial adalah aktivitas responden dalam mengikuti kegiatan di masyarakat, seperti PKK, Posyandu, penyuluhan, kegiatan agama, arisan, dan lain-lain dalam enam bulan terakhir.

Kode 1 : Aktivitas sosial baik : $(80\% \times 8) + 2 = 8,4- 25$

Kode 2 : Aktivitas sosial cukup : $(60\% \times 8) + 2 = 6,8- 8,39$

Kode 3 : Aktivitas sosial kurang : $2- 6,79$

8. Jumlah anak hidup adalah jumlah anak yang dilahirkan sendiri oleh responden yang saat dilakukan penelitian masih hidup.

Kode 1 : Cukup : Bila jumlah anak (≤ 2 orang)

Kode 2 : Banyak : Bila jumlah anak (> 2 orang).

9. Peran suami adalah keikutsertaan suami dalam hal memilih dan mengambil keputusan tentang jenis alat kontrasepsi yang dipakai.

Kode 1 : Bila suami ikut berperan

Kode 2 : Bila suami tidak ikut berperan

III.3.2. Data Khusus

1. Pengetahuan adalah segala informasi yang diketahui yang berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses pembelajaran ini dapat dipengaruhi oleh faktor dari dalam seperti motivasi dan faktor dari luar seperti informasi. Pengetahuan yang ingin dinilai disini adalah pengetahuan ibu akseptor KB tentang AKDR. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden tentang AKDR, ibu akseptor KB diberi 13 pertanyaan yang penilaiannya telah ditentukan.

Kode 1 : Pengetahuan baik

Kode 2 : Pengetahuan cukup

Kode 3 : Pengetahuan kurang

2. Sikap adalah tanggapan atau reaksi seseorang secara konsisten terhadap sesuatu berdasarkan pendirian, pendapatan, dan keyakinan individu tersebut. Yang diteliti adalah sikap ibu akseptor KB mengenai AKDR. Untuk mengetahui sikap ibu akseptor KB tentang AKDR, ibu akseptor KB diberi 4 pertanyaan yang penilaiannya telah ditentukan.

Kode 1 : sikap baik

Kode 2 : sikap cukup

Kode 3 : sikap kurang

3. Perilaku adalah tindakan yang dilakukan seseorang untuk kepentingan atau pemenuhan kebutuhan tertentu berdasarkan pengetahuan, kepercayaan, nilai dan norma kelompok yang

bersangkutan serta merupakan konsekuensi logis dari eksistensi pengetahuan, budaya, atau pola pikir yang dimaksud. Hal yang diteliti adalah perilaku ibu akseptor KB mengenai AKDR. Untuk mengetahui perilaku ibu akseptor KB tentang AKDR, ibu akseptor KB diberi 5 pertanyaan yang penilaiannya telah ditentukan.

Kode 1 : perilaku baik

Kode 2 : perilaku cukup

Kode 3 : perilaku kurang

III.3.3. Konseling (K1,K2,K3)

1. Konseling K1= Konseling pada ibu inpartu
2. Konseling K2= Konseling pada ibu pascasalin
3. Konseling K3= Konseling sebelum keluar dari rumah sakit

III.3.4. Pretest, posttest-1, posttest-2

1. Pretest = Test dilakukan setelah konseling K1
2. Posttest-1 = Test dilakukan setelah konseling K2
3. Posttest-2 = Test dilakukan setelah konseling K3

BAB IV

METODE PENELITIAN

IV.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi eksperimental dengan desain penelitian *Time Series Designs*.

IV.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah yang merupakan rumah sakit jejaring pendidikan Bagian Obstetri dan Ginekologi FK-UH Makassar pada bulan Januari-Maret 2010.

IV.3. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Semua ibu yang bersalin di RSIA Siti Fatimah, dimana ibu bersalin tersebut melakukan *ANC* selama kehamilannya di poli kebidanan RSIA Siti Fatimah dan selama *ANC* telah mendapatkan penyuluhan mengenai berbagai macam alat kontrasepsi.

2. Sampel

Ibu bersalin di RSIA Siti Fatimah yang memenuhi kriteria inklusi, dan yang terpilih sebagai sampel secara *consecutive sampling*.

IV.4. Kriteria Sampel

a). Kriteria Inklusi:

1. Semua ibu bersalin di RSIA Siti Fatimah yang menjalani persalinan secara normal, dimana ibu bersalin tersebut selama kehamilannya melakukan ANC di poli kebidanan RSIA Siti Fatimah dan selama ANC telah mendapat penyuluhan tentang berbagai macam alat kontrasepsi.
2. Berencana menjarangkan kelahiran berikutnya dalam waktu tertentu.
3. Sadar, berkomunikasi dengan baik dan bersedia mengikuti penelitian.

b). Kriteria Eklusi

1. Tidak mendapatkan persetujuan dari suami untuk memakai kontrasepsi AKDR *CuT380A* dengan alasan agama/kepercayaan tertentu.
2. Terdapat komplikasi intrapartum dan pascasalin yang tidak memungkinkan ibu tersebut untuk diikutsertakan dalam penelitian.
3. Terdapat kontraindikasi untuk memakai KB, khususnya AKDR *CuT380A* (misalnya: epilepsi, tumor uterus, gangguan darah, KPD dan kelainan anatomi uterus).

4. Sebelum hamil sekarang ibu memakai kontrasepsi AKDR *CuT380A*, tidak diikuti sebagai sampel penelitian, namun tetap dilayani bila ibu tersebut memilih AKDR *CuT380A* sebagai pilihan kontrasepsi setelah melahirkan.

c). Kriteria *drop out*

1. Terjadi perdarahan pascasalin
2. Terjadi ruptura uteri
3. Terjadi retensio plasenta
4. Terjadi rest plasenta
5. Terjadi infeksi intrapartum
6. Terjadi infeksi puerperalis
7. Pemeriksaan Hb sebelum persalinan < 11,0 gr%
8. Bayi KJDR pada saat inpartu atau bayi meninggal pascasalin
(dipilih kontrasepsi yang menekan produksi ASI)
9. Subyek tidak mengikuti seluruh prosedur penelitian

IV.5. Perkiraan Besar Sampel

Melalui rumus dibawah ini didapatkan besar sampel penelitian sebagai berikut:

$$n = \frac{2(Z\alpha^2 + Z\beta^2) \times Sd^2}{(X1 - X2)^2}$$

Catatan: $Z\alpha=1,960$; $Z\beta=0,842$; $Sd=10$; $X1-X2=5$

Dari rumus diatas, didapatkan besar sampel sebanyak 32 ibu bersalin sebagai sampel.

IV.6. Cara Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*.

IV.7. Ijin Penelitian dan *Ethical Clearance*

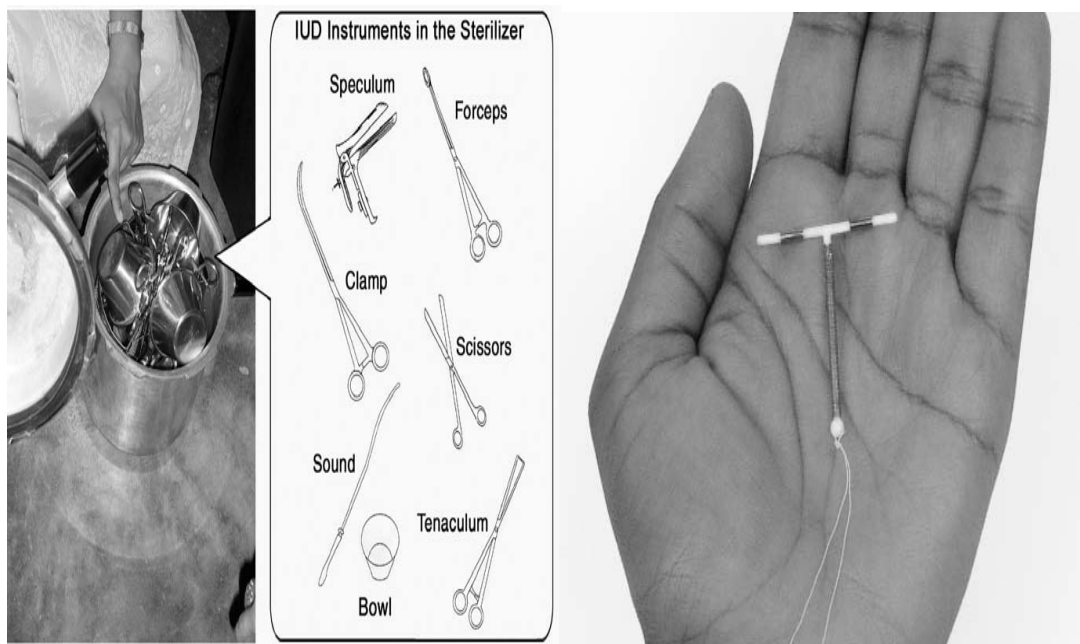
Sebelum penelitian dimulai, peneliti meminta kelayakan etik dari Komisi Etik Penelitian Biomedis pada manusia di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Kepada semua ibu bersalin dijelaskan maksud dan tujuan penelitian secara lisan, kemudian diminta kesediaan serta persetujuan tertulis secara sukarela dan apabila karena suatu alasan tertentu pasien berhak mengundurkan diri dari penelitian.

IV.8. Alat, Bahan dan Cara Kerja

IV.8.1. Alat dan Bahan

1. Surat persetujuan penelitian.
2. Konseling AKDR dan Lembaran kuesioner.
3. AKDR *CuT380A* dalam kemasan steril.
4. Sarung tangan steril.

5. Baskom untuk larutan antiseptik
6. Larutan antiseptik untuk membersihkan serviks uteri.
7. Kain kasa steril dan *Doek* steril
8. Kateter *Foley* no 16.
9. Tampon Tang dan Sondase uterus.
10. Spekulum cocor bebek dan Gunting.
11. *Cunam Ovum*/ Ring Klem.
12. Meja ginekologi



Dikutip dari: Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics,, 1999

IV.8.2. Cara Kerja

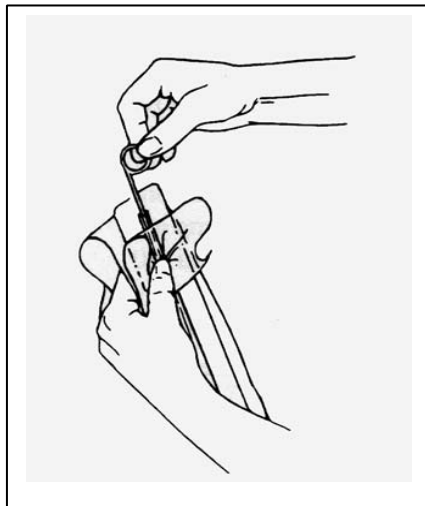
1. Ibu bersalin yang memenuhi kriteria inklusi yang terpilih secara *consecutive sampling*, selanjutnya diminta menandatangani surat persetujuan mengikuti penelitian, setelah mendapatkan penjelasan maksud dan tujuan penelitian.
2. Selanjutnya dilakukan anamnesis dan diminta mengisi data umum.
3. Ibu bersalin dilakukan konseling dan tes memakai kuesioner yang sudah tersedia.
4. Konseling K1, dilakukan konseling AKDR pada ibu saat inpartu, kemudian dilanjutkan dengan *pretest* dengan memakai kuesioner.
5. Konseling K2, dilakukan konseling AKDR pada ibu pascasalin, kemudian dilanjutkan dengan *posttest-1* dengan kuesioner.
6. Konseling K3, dilakukan konseling AKDR pada ibu pascasalin sebelum meninggalkan rumah sakit, kemudian dilanjutkan dengan *posttest-2* dengan memakai kuesioner.
7. Bila ibu bersedia, maka dilakukan pemasangan AKDR *CuT380A*.
8. Pemasangan AKDR *CuT380A* pascaplasentasi dan pada saat seksio sesarea dilakukan secara manual, dimana AKDR dimasukan dengan menggunakan tangan dan didorong setinggi mungkin ke fundus uteri.
9. Pemasangan AKDR *CuT380A* setelah 2x24 jam dan 40 hari pascasalin dilakukan dengan menggunakan inserter.

IV.8.3. Prosedur pemasangan AKDR *CuT380A* pascaplasentasi dan saat seksio sesarea.

Operator menjepit AKDR di ujung jari tengah dan telunjuk tangan kemudian AKDR *CuT380A* didorong masuk ke dalam kavum uteri diletakkan setinggi mungkin sampai lengan AKDR menyentuh fundus uteri (Paduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi AKDR).

IV.8.4. Prosedur pemasangan AKDR *CuT380A* pada ibu (2x24 jam dan 40 hari) pascalin dengan menggunakan inserter.

IV.8.4.1. Cara memasukkan AKDR *CuT380A* dalam kemasan steril yang belum terbuka dan belum kadaluarsa (JHPIEGO, 1999).



Dikutip dari: Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics, 1999.

Jangan membuka kemasan steril yang berisi AKDR atau memasukkan lengannya sampai dipastikan bahwa klien dapat dipasang AKDR (yaitu setelah selesai pemeriksaan panggul, termasuk pemeriksaan spekulum dan bimanual). Jangan memasukkan lengan AKDR dalam tabung inserter lebih dari 5 menit sebelum dimasukkan ke dalam uterus. (Pada waktu memasukkan lengan AKDR di dalam kemasan sterilnya, tidak perlu memakai sarung tangan steril atau DTT).

Langkah 1

Pastikan batang AKDR seluruhnya berada di dalam tabung inserter (sebagian batang AKDR sering keluar dari tabung inserter meskipun kemasannya belum dibuka) dan ujung tabung inserter yang berlawanan dengan ujung yang berisi AKDR berada di dekat tempat membuka kemasan.

Langkah 2

Letakkan kemasan di atas permukaan datar, keras dan bersih, dengan kertas penutup yang transparan berada diatas. Buka kertas penutup di bagian ujung yang berlawanan dari tempat AKDR sampai kira-kira sepanjang setengah jarak dengan leher biru.

Langkah 3

Angkat kemasan dgn memegang bagian yg sudah dibuka (hati-hati jangan sampai AKDR keluar dari tabung inserter). Kedua bagian kertas penutup yang sudah terbuka dilipat ke setiap sisinya dan dipegang saat mengangkat,

sehingga pendorong tetap steril waktu dimasukkan ke dalam tabung inserter. Dengan tangan yang lain, masukkan pendorong ke dalam tabung inserter dan dorong hati-hati sampai menyentuh ujung batang AKDR.

Langka 4

Letakkan kemasan pada tempat datar dengan bagian transparan menghadap ke atas.

Langkah 5

Pegang dan tahan ke-2 ujung lengan AKDR dari atas penutup transparan dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri. Tangan kanan mendorong kertas pengukur dari ujung kemasan yang sudah dibuka sampai ke ujung kemasan yang masih tertutup, sehingga lengan AKDR berada diatas kertas pengukur. Sambil tetap memegang ujung ke-2 lengan, dorong inserter dengan tangan kanan sampai ke pangkal lengan sehingga ke-2 lengan akan terlipat mendekati tabung inserter.

Langkah 6

Tahan ke-2 lengan yang sudah terlipat tersebut dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri. Tarik tabung inserter melewati ke-2 ujung lengan, kemudian dorong kembali dan putar sampai ke-2 ujung lengan masuk ke dalam tabung inserter dan terasa ada tahanan yaitu pada batas lempengan tembaga. Bagian lengan yang mempunyai lempengan tembaga

tidak bisa dimasukkan ke dalam tabung inserter, sehingga tabung inserter jangan di dorong terus kalau terasa ada tahanan.

Langkah 7

Leher biru pada tabung inserter digunakan sebagai tanda kedalaman kavum uteri dan penunjuk ke arah mana lengan akan membuka saat dikeluarkan dari tabung inserter. Pegang leher biru dari atas penutup transparan dan dorong tabung inserter sampai jarak antara ujung lengan yang terlipat dengan ujung leher biru bagian depan sama panjangnya dengan kavum uteri. Putar tabung inserter sampai sumbu panjang leher biru berada pada posisi horizontal sebidang dengan lengan AKDR.

Langkah 8

AKDR sekarang siap untuk dipasang. Buka seluruh penutup transparan secara hati-hati. Pegang tabung inserter yang sudah berisi AKDR dalam posisi horizontal agar AKDR dan pendorong tidak jatuh. Jangan melepas AKDR sebelum tabung inserter mencapai fundus uteri. Sebelum dipasang, tabung inserter jangan sampai tersentuh permukaan yang tidak steril agar tidak terkontaminasi.

IV.8.4.2.Cara pemasangan AKDR CUT380A dengan menggunakan inserter (JHPIEGO, 1999)

Langkah 1

Tarik tenakulum (yang masih menjepit serviks sesudah melakukan sondase uterus) sehingga kavum uteri, kanalis servikalis dan vagina berada dalam satu garis lurus. Masukkan dengan pelan dan hati-hati tabung inserter yang sudah berisi AKDR ke dalam kanalis servikalis dengan mempertahankan posisi leher biru dalam arah horisontal. Sesuai dengan arah dan posisi kavum uteri, dorong tabung inserter sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa ada tahanan dari fundus uteri. Pastikan leher biru tetap dalam posisi horisontal.

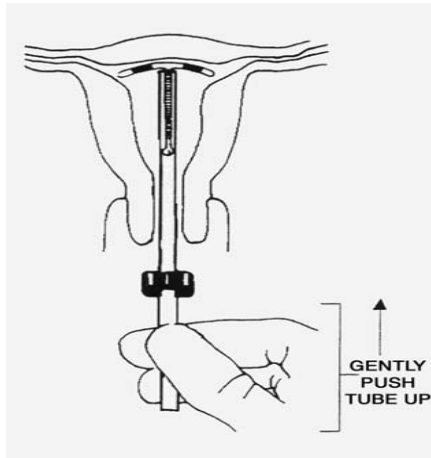
Langkah 2

Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan, sedang tangan lain menarik tabung inserter sampai pangkal pendorong. Dengan cara ini lengan AKDR akan berada tepat di fundus (puncak kavum uteri).

Langka 3

Keluarkan pendorong dengan tetap memegang dan menahan tabung inserter. Setelah pendorong keluar dari tabung inserter, dorong kembali tabung inserter dengan pelan dan hati-hati sampai terasa ada tahanan fundus uteri. Langkah ini menjamin bahwa lengan AKDR akan berada di tempat yang setinggi mungkin dalam kavum uteri.

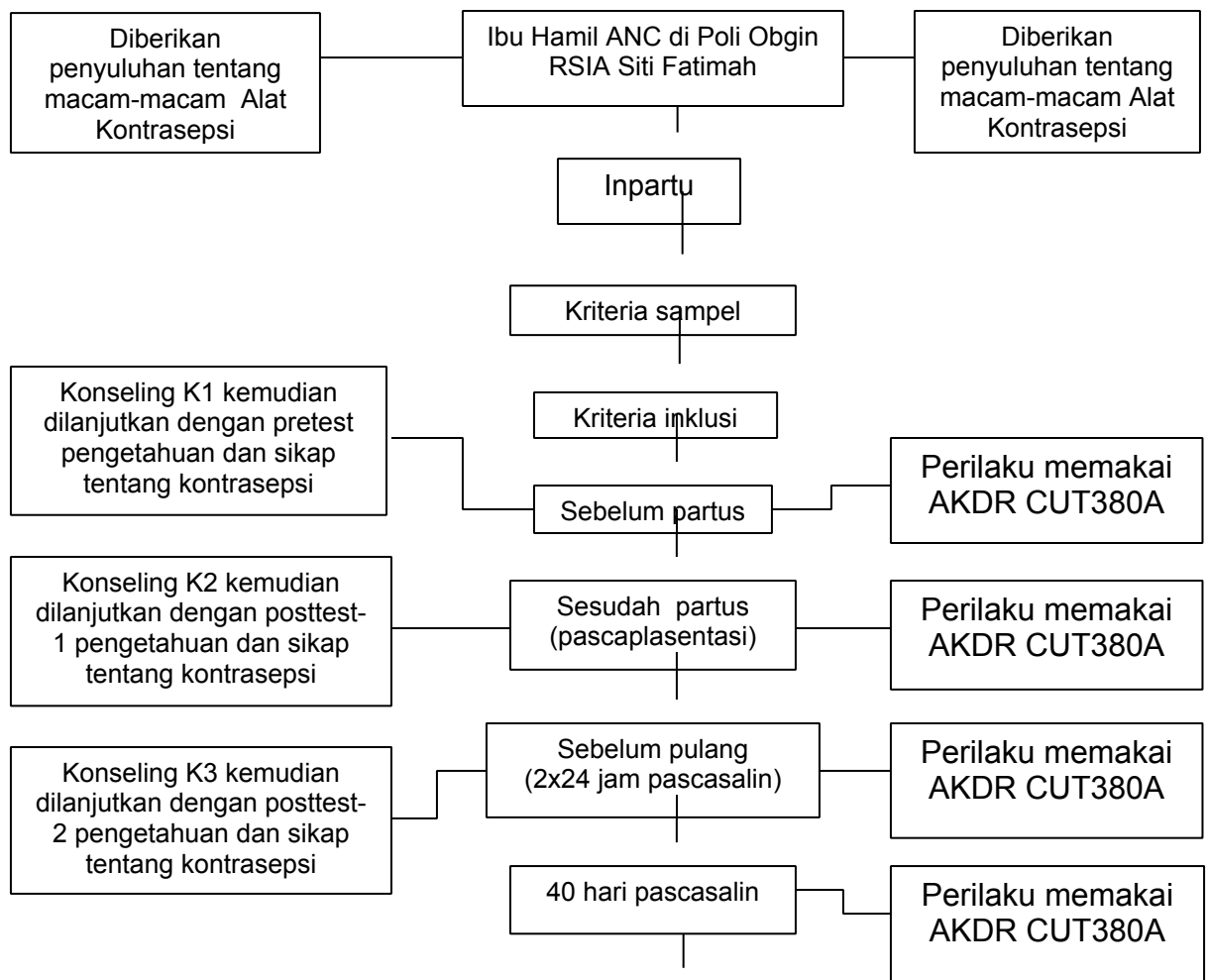
Langkah 4

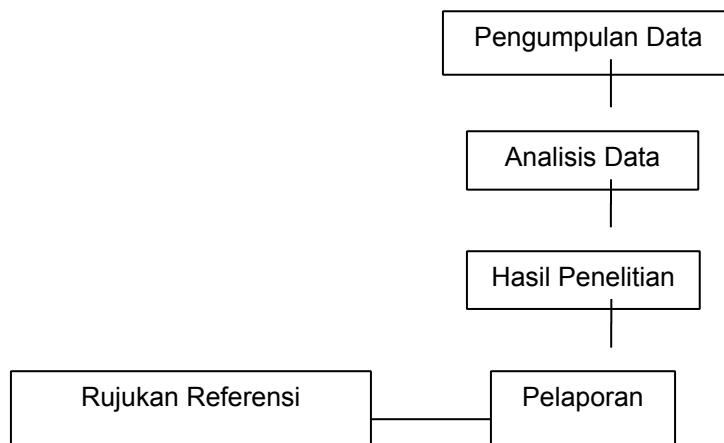


Dikutip dari: Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics, 1999

Keluarkan sebagian tabung inserter dari kanalis servikalis. Pada waktu benang tampak tersembul keluar dari lubang serviks sepanjang 3-4 cm, potong benang tersebut dengan menggunakan gunting *Mayo* yang tajam. Dapat juga dilakukan dengan cara lain yaitu keluarkan seluruh tabung inserter dari kanalis servikalis. Gunakan forseps untuk menjepit benang AKDR kurang lebih 3-4 cm dari lubang serviks. Forseps di dorong kearah uterus dan potong benang di depan jepitan forseps sehingga benang yang tersembul hanya 3-4 cm. Memotong benang dengan menggunakan cara ini dapat mengurangi resiko tercabutnya AKDR (bila gunting tumpul dan benang tidak terpotong benar sehingga hanya terjepit). Lepas tenakulum. Bila ada perdarahan banyak dari tempat bekas jepitan tenakulum, tekan dengan kasa sampai perdarahan berhenti.

IV.9. Alur Penelitian





IV.10. Pengolahan dan analisa data

Data yang diperoleh dicatat dalam *Excel*, diolah dengan perangkat komputer dengan menggunakan program tertentu untuk penghitungan statistik.

Uji statistik yang digunakan adalah:

1. Untuk mengetahui pengaruh konseling berulang (K1,K2,K3) terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan cakupan digunakan uji *Wilcoxon*
2. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap dan cakupan digunakan uji korelasi *Spearman*
3. Batas kemaknaan alfa = 5 %

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dari data sekunder RS Pelamonia, dalam kurun waktu 3 bulan (Agustus–Oktober 2008) sebanyak 46 orang mendapat konseling (K1,K2,K3), terdapat angka pemakaian kontrasepsi AKDR 16 (34,8%) orang, suntikan 18 (39,1%) orang, kontrasepsi lain 12 (26,1%) orang.

Pada penelitian di RSIA Siti Fatimah, dalam kurun waktu 3 bulan (Januari-Maret 2010) sebanyak 40 orang mendapat konseling (K1,K2,K3), angka pemakaian kontrasepsi AKDR 35 (87,5%) orang, suntikan 3 (7,5%) orang, pil 1 (2,5%) orang, kondom 1 (2,5%) orang.

Di Indonesia, Konseling kontrasepsi yang berkualitas masih sangat minim dan bahkan sulit sekali menemukan klinik yang secara khusus menyediakan jasa konseling yang benar-benar memenuhi standar

(Siswono, 2003). Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional telah mewujudkan keberhasilannya selain berhasil menurunkan angka kelahiran dan laju pertumbuhan penduduk, juga harapan dapat berhasil menambah pengetahuan, merubah sikap dan perilaku masyarakat dan pada akhirnya bersedia memilih kontrasepsi jangka panjang seperti AKDR, terutama *CuT380A* yang menjadi Primadona BKKBN dalam upaya membangun keluarga berkualitas tahun 2015 (Saifuddin, 2003)

V.1. Karakteristik sampel penelitian dan cakupan AKDR

Diperoleh 40 Ibu bersalin sebagai sampel dan dilakukan konseling sejak sebelum persalinan (K1), saat persalinan (K2) dan setelah persalinan (K3).

Tabel 1: Distribusi karakteristik umum sampel penelitian dan cakupan AKDR

Variabel	n(%)	AKDR	Bukan AKDR
Umur (tahun)			
> 35 tahun	8(20,0%)	7(87,5%)	1 kondom
18-35 tahun	32(80,0%)	28(87,5%)	3 suntikan, 1 pil
Paritas			
≤ 2 anak	30(75,0%)	26(86,7%)	3 suntikan, 1 pil
> 2 anak	10(25,0%)	9(90%)	1 kondom
Tingkat Pendidikan			
Tinggi	6(15,0%)	6(100%)	
Sedang	22(55,0%)	19(86,4%)	2 suntikan, 1 kondom
Rendah	12(30,0%)	10(83,3%)	1 suntikan, 1 pil
Pekerjaan			
Bekerja	8(20,0%)	8(100%)	
Tidak bekerja	32(80,0%)	27(84,4%)	3 suntikan, 1 pil, 1 kondom

Penghasilan			
Diatas garis kemiskinan	4(10,0%)	4(100%)	
Dibawah garis kemiskinan	36(90,0%)	31(86,1%)	3 suntikan, 1 pil, 1 kondom
Pemasangan AKDR			
Pascaplasentasi	19(47,5%)		
2x24 jam Pascasalin	8(20,0%)		
40 hari Pascasalin	6(15,0%)		
Seksio sesaria	2(5,0%)		
Tidak Pasang	5(12,5%)		

Keterangan: n = jumlah (orang)

1. Dari 40 sampel, yang berusia > 35 tahun sebanyak 8 (20,0%) orang, dimana 7 orang (87,5%) memilih AKDR dan berusia antara 18-35 tahun sebanyak 32 (80%) orang, dimana 28 orang (87,5%) memilih AKDR. Paritas cukup (≤ 2 anak) sebanyak 30 (75,0%) orang, dimana 26 orang (86,7%) memilih AKDR dan paritas banyak (> 2 anak) sebanyak 10 (25,0%) orang, dimana 9 orang (90%) memilih AKDR. Tingkat pendidikan tinggi sebanyak 6 (15,0%) orang, dimana 6 orang (100%) memilih AKDR, tingkat pendidikan sedang sebanyak 22 (55,0%) orang, dimana 19 orang (86,4%) memilih AKDR, tingkat pendidikan rendah sebanyak 12 (30,0%) orang, dimana 10 orang (83,3%) memilih AKDR. Ibu bekerja sebanyak 8 (20,0%) orang, dimana 8 orang (100%) memilih AKDR dan ibu rumah tangga sebanyak 32 (80,0%) orang, dimana 27 orang (84,4%) memilih AKDR. Penghasilan diatas garis kemiskinan sebanyak 4 (10,0%) orang, dimana 4 orang (100%) memilih AKDR dan dibawah garis kemiskinan sebanyak 36 (90,0%) orang, dimana 31 orang (86,1%) memilih AKDR.

2. Ibu yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi dan bekerja dengan penghasilan diatas garis kemiskinan semuanya (100%) memilih AKDR.
3. Ibu berusia diatas 35 tahun, dengan paritas banyak (> 2 anak) akan membatasi jumlah anak dengan memakai AKDR sebagai metode kontrasepsi jangka panjang.
4. Satu kasus ibu berusia diatas 35 tahun, paritas banyak (> 2 anak) memilih kondom. Hal ini sangat ironis karena ibu ini paritasnya dengan anak yang baru dilahirkan sekarang berjumlah 5 anak dan telah berumur 36 tahun. Ibu ini pernah memakai spiral namun gagal (hamil), setelah diberikan konseling kembali ibu tetap tidak bersedia memakai AKDR *CuT380A*. Menurut pemilihan KB secara kaskade, ibu ini cocok memilih Kontap-Tubektomi atau minimal kontrasepsi jangka panjang AKDR, namun ibu tersebut tetap memilih kondom. *Skinner* mengatakan, sesuatu yang menyakitkan (gagal AKDR) akan di jauhi atau ditinggalkan (perilaku ibu tidak bersedia memakai AKDR) dan sebaliknya sesuatu yang bermanfaat dan menguntungkan akan diulang-ulang.
5. Ibu berusia 18-35 tahun dengan paritas (2 anak) akan menunda kehamilan dan menjarangkan jarak anak berikutnya dengan memakai AKDR sebagai metode kontrasepsi efektif terpilih pascasalin.

6. Ibu berusia 18-35 tahun dengan paritas banyak (> 2 anak) akan membatasi jumlah anak dengan memakai AKDR sebagai metode kontrasepsi jangka panjang.
7. Ibu berusia 18-35 tahun dengan paritas (1 anak) yang menginginkan kehamilan anak berikutnya kurang dari 2 tahun akan memilih kontrasepsi non jangka panjang (seperti: suntikan, pil).
8. Dari 40 sampel, sebanyak 35 ibu bersalin yang bersedia memakai AKDR dengan waktu pemasangan yang berbeda, yaitu: 2 orang dipasang pada saat seksio sesaria, 19 orang pascaplasentasi, 8 orang dipasang pada 2x24 jam pascasalin, dan 6 orang dipasang 40 hari pascasalin. Sebanyak 5 orang sampai dengan konseling tingkat K3 bahkan setelah 40 hari pascasalin tetap tidak bersedia dipasang AKDR.
9. Sampai dengan konseling K2 sebanyak 19 orang pengetahuan dan sikapnya sudah baik dan AKDR dipasang pascaplasentasi. Pada kasus ini disamping pengetahuan yang baik, keputusan suami dan keluarga serta keberanian ibu sangat menentukan waktu pemasangan AKDR, apakah AKDR dipasang pascaplasentasi atau dalam waktu 2x24 jam pascasalin, mengingat pemasangan AKDR pascaplasentasi masih sangat awam dan belum banyak disosialisasikan ke masyarakat. Kelebihan pemasangan AKDR pascaplasentasi karena ostium masih

terbuka, mengurangi jumlah darah, infeksi dan nyeri perut serta penerimaan ibu lebih baik.

10. Sampai dengan konseling K3 sebanyak 8 orang pengetahuan dan sikapnya semakin baik sehingga AKDR dipasang 2x24 jam pascasalin atau sebelum meninggalkan rumah sakit. Pada kasus ini ibu, suami dan keluarga belum bersedia dipasang AKDR pada saat plasenta lahir dengan alasan takut dan sakit serta masih banyak darah keluar setelah melahirkan. Mereka menganggap AKDR hanya dapat dipasang setelah 40 hari pascasalin seperti yang dilakukan selama ini oleh bidan-bidan, namun setelah konseling K3 pengetahuan dan sikap ibu semakin baik serta ada dukungan suami dan keluarga akhirnya pasien bersedia memakai AKDR setelah 2x24 jam pascasalin. Perubahan perilaku secara edukasi melalui tahapan konseling terjadi pada ibu ini. Konseling khususnya AKDR sebaiknya secara bertingkat dan dilakukan oleh konselor yang sama, waktu tepat (ibu saat bersalin) dan berkesinambungan.
11. Sebanyak 6 orang AKDR dipasang setelah 40 hari pascasalin, dengan alasan menunggu menstruasi dan persetujuan keluarga serta adanya pengaman KB selama ibu menyusui. Pada kasus ini konseling masih berlangsung meskipun proses konseling K3 di rumah sakit telah berakhir, peneliti masih melakukan konseling pada ibu tentang AKDR lewat

telepon. Proses konseling (komunikasi, informasi dan edukasi) masih terus berlanjut dan dapat di katakan bahwa pengetahuan ibu meningkat serta sikap ibu berubah pada saat konseling K4. Perubahan perilaku secara edukasi sudah terjadi selama berlangsungnya tahapan konseling dan hubungan konselor dan klien sangat menentukan keberhasilan konseling.

12. Dari 35 orang yang sudah dipasang AKDR dalam perjalanan sebanyak 4 orang memilih tidak melanjutkan AKDR dengan berbagai alasan. Sebanyak 2 orang disebabkan ekspulsi, setelah diselidiki lebih lanjut ternyata ibu ini riwayat dilakukan pemasangan AKDR pascaplasentasi dan tidak bersedia kembali dipasang AKDR dengan alasan takut dan akhirnya memilih kontrasepsi suntikan *DMPA*. Pada kasus ini, berlaku kembali teori perilaku dari *Skinner*. Menurut laporan kejadian angka ekspulsi pada pemasangan AKDR pasacaplasi lebih tinggi dibandingkan dengan pemasangan pada saat seksio sesarea, pascasalin 2x24 jam, pasca abortus, 4-6 minggu pascasalin. Pemasangan AKDR pascaplasentasi sebaiknya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sudah terlatih dan dipasang kurang dari 10 menit setelah plasenta lahir. Dan sebanyak 1 orang didapatkan *rapid test positif* setelah satu hari pasca pemasangan AKDR, 20 hari pasca pemasangan pasien tersebut datang kembali meminta AKDRnya dilepas, dan akhirnya AKDR dilepas kembali

oleh petugas POKJA *HIV-AIDS* di Puskesmas Jumpang Baru. Menurut kategori WHO untuk persyaratan penggunaan metode kontrasepsi, pasien akseptor AKDR dengan *rapid test positif* termasuk kategori 4 yaitu pada kondisi ini metode kontrasepsi AKDR tidak dapat digunakan, sebab pada saat pemasangan AKDR timbul perlukaan dan jumlah darah yang keluar pada setiap siklus haid dapat melemahkan daya tahan tubuh serta darah dapat menjadi media subur tumbuhnya bakteri yang ikut masuk ke dalam rongga rahim pada saat pemasangan. Jika tidak diobati dapat menyebabkan infeksi yang kemudian bisa berakibat terjadinya Penyakit Radang Panggul (PRP). Penapisan calon akseptor AKDR harus lebih selektif lagi, mengingat ditemukan calon akseptor yang positif *HIV*. Satu orang akseptor AKDR setelah 37 hari pemasangan meminta AKDRnya dilepaskan dengan alasan dilarang oleh mertua. Pada kasus ini, keputusan mertua menjadi penghambat calon akseptor KB pasangan usia subur dan bertentangan dengan UU kesehatan No 10 tahun 1992, Pasal 18: Setiap pasangan suami istri dapat menentukan pilihannya dalam merencanakan dan mengatur jumlah anak dan jarak antara kelahiran yang berlandaskan pada kesadaran serta bertanggungjawab terhadap generasi sekarang maupun yang akan datang. Peneliti tetap memberikan konseling dan motivasi kembali kepada 3 orang tersebut (2 kasus ekspulsi dan 1 kasus yang minta AKDR

dilepas karena dilarang mertua), namun mereka dengan alasan yang kuat tetap tidak bersedia melanjutkan AKDR. Satu orang dengan *rapid test positif*, AKDR dilepaskan kembali oleh karena menurut kriteria WHO termasuk kategori 4 yaitu AKDR tidak boleh digunakan. sebanyak 31 orang sisanya (dari 35 orang akseptor AKDR) yang telah dipasang sampai dengan berakhirnya penelitian ini masih menjadi akseptor AKDR.

V.2. Hasil Perubahan Tingkat Pengetahuan, Sikap Subyek dan pemasangan AKDR setelah Konseling

Tabel 2: Perubahan tingkat pengetahuan, sikap serta pemasangan AKDR pada setiap tahapan konseling.

Variabel	Tahapan Konseling		
	Sebelum/K1 n (%)	Saat Bersalin/K2 n (%)	Sesudah/K3 n (%)
Tingkat Pengetahuan			
Baik	6 (15,0%)	9 (22,5%)	28 (70,0%)
Cukup	17 (42,5%)	24 (60,0%)	9 (22,5%)
Kurang	17 (42,5%)	7 (17,5%)	3 (7,5%)
Uji Wilcoxon		$p=0,007$	$p=0,007$
Sikap			
Baik	33 (82,5%)	37 (92,5%)	39 (97,5%)
Cukup	4 (10,0%)	2 (5,0%)	1 (2,5%)
Kurang	3 (7,5%)	1 (2,5%)	0 (0,0%)
Uji Wilcoxon		$p=0,098$	$p=0,180$
Peran Suami			
Berperan	38 (95,0%)	38 (95,0%)	39 (97,5%)
Tidak Berperan	2 (5,0%)	2 (5,0%)	1 (2,5%)
Uji Wilcoxon		$p=1,000$	$p=1,000$
AKDR			
Ya	2 (5,0%)	21 (52,5%)	35 (87,5%)

Tidak	38 (95,%)	19 (47,5%)	5 (12,5%)
Uji <i>Wilcoxon</i>		$p=0,000$	$p=0,000$
Bukan AKDR			
Kondom			1 (2,5%)
Pil			1 (2,5%)
Suntik			3 (7,5%)

Uji *Wilcoxon* ($p=0,05$), tingkat pengetahuan (K1-K2 $\rightarrow p=0,007$, K2-K3 $\rightarrow p=0,007$), sikap (K1-K2 $\rightarrow p=0,098$, K2-K3 $\rightarrow p=0,180$), AKDR (K1-K2 $\rightarrow p=0,000$, K2-K3 $\rightarrow p=0,000$).

1. Pada konseling K1 sebelum melahirkan, ternyata hanya 6 orang (15,0%) dengan tingkat pengetahuan baik, setelah konseling K2 menjadi 9 orang (22,5%) dan setelah konseling K3 menjadi 28 orang (70,0%) berkategori baik. Sama juga sikap masing-masing setelah konseling K1 33 orang (82,5%) berkategori baik, setelah K2 menjadi 37 orang (92,5%) dan setelah K3 menjadi 39 orang (97,5%). Begitu pula dengan pemasangan AKDR, juga meningkat secara bertahap, sesuai akumulasi konseling, yaitu: konseling K1 ada 2 orang (5,0%), sampai konseling K2, menjadi 21 orang (52,5%) dan setelah konseling K3, menjadi 35 orang (87,5%) yang bersedia memakai AKDR. Menurut uji *Wilcoxon*, peningkatan pengetahuan setiap tahapan konseling bermakna seiring dengan meningkatnya cakupan pemakaian AKDR setiap tahapan konseling, namun tidak terhadap sikap, hal ini disebabkan sikap ibu dari awal konseling sudah baik.
2. Perubahan sikap (baik) dapat dilihat secara kualitatif, pada konseling K1 ke K2 meningkat dari 33 (82,5%) menjadi 37 orang (92,5%) dan dari K2

ke K3 meningkat lagi dari 37 (92,5%) menjadi 39 orang (97,5%). Sejak konseling K1, ibu sudah mempunyai sikap yang baik sehingga perubahan-perubahan yang ada tidak begitu nyata. Hal pertama karena sejak awal konseling K1, konselor sudah dapat memberikan jawaban mengenai informasi negatif khususnya tentang kegagalan-kegagalan akseptor AKDR dan berhasil meyakinkan keraguan yang disampaikan ibu, seperti: AKDR menyebabkan perdarahan, hamil diluar kandungan, hubungan suami-istri merasa sakit. Hal kedua tentang: siapa yang akan memasang AKDR (dilayani oleh dokter), dimana dipasang AKDR (RSIA Siti Fatimah) dan bila ada konsultasi bisa menghubungi peneliti. Perubahan perilaku seseorang dapat terjadi melalui paksaan, bujukan dan pendidikan. Pada penelitian ini perubahan sikap terjadi secara edukasi dan sudah terjadi pertama kali pada saat penyuluhan di poli pada saat ANC yaitu sikap ibu yang bersedia memakai alat kontrasepsi setelah melahirkan. Pada saat ibu inpartu diberikan konseling tentang AKDR, pengetahuan ibu meningkat dan ibu bersedia memakai AKDR. Sebab lain adalah sikap ibu menjadi bias oleh situasi yang tidak nyaman yaitu rasa sakit saat kontraksi rahim dan melahirkan. Menurut teori perilaku dari *Skinner*, pengalaman yang menyakitkan akan ditinggalkan, sehingga situasi ini akan mempengaruhi perilaku memilih AKDR.

3. Sampai tingkat konseling K3 ada 3 orang (7,5%) tingkat pengetahuannya masih kurang, hal ini disebabkan selama konseling ibu tidak mengungkapkan informasi negatif tentang AKDR dan bersifat tertutup, sehingga peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap selama proses konseling tidak terjadi. Setelah dipelajari kembali, ternyata 3 orang yang pengetahuannya kurang adalah termasuk dari 5 orang yang tidak bersedia memakai AKDR, yaitu akseptor (kondom, suntik, dan pil). AKDR memang bisa dikatakan kontrasepsi yang unik, tidak seperti metode suntikan atau pil, kesulitan bagi konselor untuk meyakinkan klien karena mitos negatif tentang AKDR yang sudah melekat di masyarakat. Oleh sebab itu perlu penyuluhan pada pasangan usia subur calon akseptor KB mengenai AKDR mengingat mitos negatif, sehingga kedepan pengetahuan tentang AKDR menjadi lebih baik dan angka cakupan pemakaian AKDR meningkat.
4. Pada 5 orang yang tidak bersedia dipasang AKDR, ibu mempunyai alasan yang kuat untuk tidak bersedia memakai AKDR, yaitu; 3 kasus memilih suntikan *DMPA* dengan alasan kontrasepsi sebelumnya memakai suntikan *DMPA* dan sudah merasa aman. Sebanyak 1 kasus memilih pil dengan alasan sebelum menikah pernah memakai pil dengan tujuan mencegah kehamilan. Keputusan ibu pada 2 kasus ini sesuai dengan teori perilaku dari *Skinner* yaitu pengalaman yang

menguntungkan dan bermanfaat bagi dirinya akan selalu diulang-ulang. Seperti seekor Tikus masuk kedalam kotak yang ada tuasnya, setiap kali si Tikus menekan tuas akan keluar makanan, karena menguntungkan si Tikus maka tuasnya akan terus ditekan-tekan untuk mendapatkan makanan.

V.3. Hasil Uji Korelasi Variabel Penelitian

Tabel 3: Hubungan umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan dan sikap terhadap cakupan.

KORELASI	PENGETAHUAN	SIKAP	CAKUPAN
Umur	0,241 (p=0,134)	0,282 (p=0,077)	0,025 (p=0,878)
Pendidikan	0,194 (p=0,231)	0,014 (p=0,933)	0,068 (p=0,678)
Pekerjaan	-0,365 (p=0,021)	0,078 (p=0,633)	0,025 (p=0,878)
Penghasilan	-0,511 (p=0,001)	0,153 (p=0,346)	0,017 (p=0,919)
Pengetahuan	1,000	0,076 (p=0,641)	0,373 (p=0,018)
Sikap		1,000	0,174 (p=0,282)
Cakupan			1,000

Uji *Spearman* ($p=0,05$), korelasi pengetahuan terhadap cakupan ($p=0,018$)

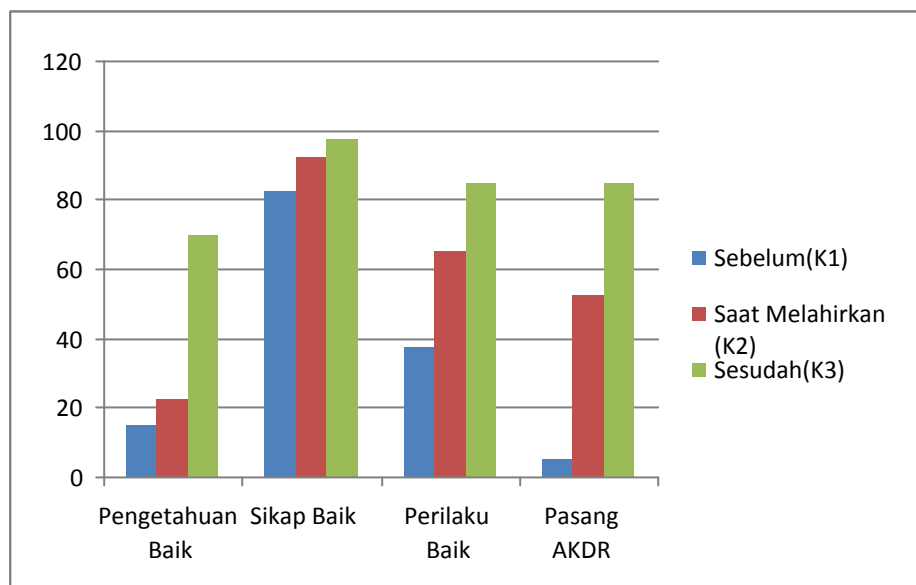
1. Seorang ibu yang bekerja akan melakukan interaksi sosial dengan orang lain lebih sering dan memiliki pengetahuan lebih banyak serta luas, ditambah ibu ini selama *ANC* mendapat penyuluhan berbagai macam alat

kontrasepsi. Sehingga dari awal ibu sudah mempunyai sikap bersedia memakai kontrasepsi setelah melahirkan, namun ibu masih belum tahu metode kontrasepsi apa yang akan dipakainya. Pada saat inpartu ibu diberikan konseling edukasi tentang AKDR, juga adanya ketersediaan sarana dan prasarana serta dukungan dari suami dan keluarga, maka hal tersebut memungkinkan terwujudnya perilaku memilih AKDR. Menurut *Lawrence Green*, perilaku dipengaruhi oleh faktor pemudah (pengetahuan dan sikap), faktor pemungkin (konselor/dokter) dan faktor penguat (dukungan suami). Menurut uji korelasi *Spearman*, terdapat korelasi antara pekerjaan, penghasilan terhadap pengetahuan dan pengetahuan terhadap cakupan pemakaian AKDR, namun tidak dengan sikap, hal ini disebabkan sikap ibu dari awal konseling sudah baik.

2. Dari karakteristik sampel penelitian berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan terhadap sikap dan cakupan pemakaian AKDR tidak didapatkan perbedaan bermakna menurut uji *Spearman*, hal ini mencerminkan bahwa karakteristik tersebut diatas tidak berhubungan dengan sikap dan cakupan pemilihan AKDR, hal ini disebabkan sikap ibu dari awal konseling sudah baik. Demikian juga tidak ada korelasi antara umur dan pendidikan terhadap pengetahuan, hal ini berarti bahwa pengetahuan kelompok umur dan pendidikan ibu adalah sama tentang

AKDR. Hubungan antara kelompok karakteristik sampel satu dengan yang lain saling mendukung terhadap pemilihan AKDR.

V.4. Grafik Perubahan Distribusi Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku serta Pemasangan AKDR pada Setiap Tahapan Konseling



Grafik Perubahan Disribusi Tingkat Pengetahuan, Sikap, Perilaku dan AKDR pada Setiap Tahapan Konseling

Dari grafik tersebut dapat dilihat perubahan tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku yang beriring sesuai akumulasi konseling dan diikuti

dengan peningkatan jumlah pemasangan AKDR. Walaupun besarnya perubahan tidak persis sama (angka perubahannya tidak sama besar), tetapi peningkatan dari tahap ke tahapan berikutnya beriring satu sama lain (tingkat pengetahuan beriring dengan sikap, perilaku dan pemasangan AKDR). Tampak pada grafik perubahan sikap sejak dari awal konseling K1 sudah baik, bertambah baik di konseling K2, dan bertambah baik lagi di konseling K3.

V.5. Keterbatasan Penelitian

1. Sumber data baru yang diperoleh selama proses konseling (seperti informasi negatif, keraguan ibu, dan mitos negatif) tidak tercatat dan menjadi alat ukur dalam kuesioner penelitian ini.
2. Beberapa variabel luar yang dapat menghambat atau mendukung pemakaian AKDR *CuT380A* tidak tercatat dalam alat ukur kuesioner penelitian ini.
3. Secara metodologi desain penelitian ini tidak menggunakan kontrol (tanpa konseling atau konseling KB secara umum saja)

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

VII.1. Kesimpulan

1. Pada setiap tahapan konseling (K1,K2,K3) terdapat perubahan tingkat pengetahuan seiring dengan perubahan cakupan pemakaian AKDR, namun tidak terhadap sikap.
2. Konseling (K1,K2,K3) terbukti efektif meningkatkan pengetahuan dan cakupan pemakaian AKDR.

VII.2. Saran

1. Konseling (K1,K2,K3) pada ibu bersalin perlu disosialisasikan pada semua petugas pelayanan KB di rumah sakit karena terbukti dapat meningkatkan cakupan pemakaian AKDR, terutama pemasangan AKDR pascaplasentasi.
2. Perlu penelitian dengan memakai kontrol (orang yang tidak di konseling).

VII. DAFTAR PUSTAKA

- Akkuzu G, Vural G, Eroglu K et al. *Reasons for continuation or discontinuation of IUD in postplacental/early postpartum periods and postpuerperal/interval periods: one-yeras follow up*. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2009;29;2.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 2003 Kebijakan dan Strategi Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Jakarta.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 2005 Upaya Peningkatan Penggunaan AKDR Jakarta; 1-2.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 2007 Perkembangan Pencapaian Peserta KB baru Menurut Alat Kontrasepsi, diakses pada Desember 2007.
- Balogh, S.A., Klavon, S.L., Basnayake, S., Puertollano, N., Ramos, R.M., and Grubb, G.S. *Bleeding patterns and acceptability among Norplant users in two Asian countries*. Contraception 39(5): 541-553. May 1989.
- Backman, T., Huhtala, S., Luoto, R., Tuominen, J., Rauramo, I., and Koskenvuo, M. *Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system*. Obstetrics and Gynecology 99(4): 608-613. Apr. 2002.

- Finger WR, 2008. *IUD insertion timing vital in postpartum use*. Available from <http://www.un.org/popin/index>.
- Gladding T. *Celebrate Counseling Awareness Month*. London: American Counseling Association; 2009.
- Gallen, M., Lettenmaier, C., and Green, C. (1987). *Counseling makes a difference*. *Population Reports*, Series J, No. 35. Population Information Program, Johns Hopkins University.
- Gommaa, H.I. *Effects of contraceptive counseling on mother's acceptance, continuation rate and side effects of I.U.D. and pill*. Summary. 1991. 11 p.
- Grimes, D., Schulz, K., Van Vliet, H., and Stanwood, N. *Immediate postpartum insertion of intrauterine devices* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.
- JHPIEGO Corporation. (1993). *IUD Guidelines for Family Planning Service Program*. 2nd Baltimore: Maryland. JHPIEGO Outlook. (1989). Tarnish Does Not Affect Copper IUDs. Outlook, 7(2):8.
- JHPIEGO. *IUD guidelines for family planning service programs: A problem solving reference manual*. 2nd ed. McIntosh, N., Kinzie, B., and Blouse, A., eds. Baltimore, JHPIEGO, 1995.
- JHPIEGO. *IUD ModCal course notebook for trainers*. Baltimore, JHPIEGO, Aug. 1999.
- Johnson BA, 2005. *Insertion and removal of intrauterine devices*. In *American Family Physician*. Methodist Charlton of Medical Centre. Dallas. Texas.
- Nelson-Jones R. (1988) *Practical Counselling and Helping Skills: Helping Clients to Help Themselves*. Holt, Rinehart and Winston; Sydney, pp.13-35.
- Neuteboom, K., DeE Kroon, C.D., Dersjant-Roorda, M., and Jansen, F.W. *Follow-up visits after IUD-insertion: Sense or nonsense? A technology assessment study to analyze the effectiveness of follow-up visits after IUD insertion*. *Contraception* 68(2): 101-104. 2003.

- Notoatmodjo S. 2003 Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Dalam: Ilmu Kesehatan Masyarakat Jakarta: Rineka Cipta.
- O'Hanley K, DH Huber, 2008. *Postpartum IUDS: key for success*. Available from <http://www.ncbi.com>.
- Robert A. Hatcher, M.D, M.P.H, et.al. 1997 *The Essentials of Contraceptive Technology, A handbook for Clinical Staff*. The John Hopkins School of Public Health.
- Rudy, S., Tabbutt-Henry, J., Schaefer, L., and Mcquide, P.A. *Improving client-provider interaction*. Population Reports, Series Q, No. 1. Baltimore, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, Fall, 2003.
- Shrestha, D.P. *Determinants of current contraceptive use among Nepalese women: An analysis of NFH survey 1991*. Nepal Population and Development Journal: 1-9. Jul. 2000.
- Siswandi. 28 Nopember 2007 Konseling Keluarga Berencana. Dalam: terjemahan bebas dari Robert A. Hatcher, M.D, M.P.H, et.al. 1997. *The Essentials of Contraceptive Technology, A handbook for Clinical Staff*. The John Hopkins School of Public Health., diakses pada 28 Nopember 2007 <http://www.kesrepro.info/?q=node/68>.
- Saifuddin AB, Djajadilaga, Affandi B, Bimo 2003 Buku Acuan Nasional Pelayanan Keluarga Berencana. Dalam: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo Jakarta.
- Saifuddin AB. 2004 Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi edisi 1, cetakan ke-4. Dalam: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo Jakarta; MK 72-7.
- Siswono. 2003 Konseling Keluarga Berencana Berkualitas Belum Dipahami. Dalam: *Indonesian Nutrition Network*, diakses pada 1 Juli 2003 <mailto:info@gizi.net>
- Seksi Integritas Pengolahan dan Diseminasi Statistik. Makassar Dalam Angka, 2007, Badan Pusat Statistik Kota Makassar. 2007. 134-5.
- Shelton, J. and Rivera, R. *IUDs: A resurging method*. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for

Communication Programs, Mar. 2004. (Global Health Technical Briefs) 2 p.

Vanessa C, Margareth P, Anne R. 1998 *Communicating with patients: A Quick reference guide for clinicians*. In: Association of Reproduction Health Professionals (ARHP) San Fransisco.

World Health Organization (WHO) and The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center For Communication Programs, Information and Knowledge For Optimal Health (INFO). *Decision-making tool for family planning clients and providers*. Baltimore, INFO and Geneva, WHO, 2005.

Lampiran 1

NASKAH PENJELASAN UNTUK RESPONDEN (SUBJEK)

Selamat pagi ibu, saya dr.Agus Gunawan ingin melakukan penelitian tentang “Efektivitas Konseling (K1,K2,K3) pada Ibu Bersalin terhadap Pemakaian Alat Kontrasepsi dalam Rahim *CuT380A*”. Kegunaan penelitian ini adalah konseling (K1,K2,K3) diharapkan dapat menambah pengetahuan dan merubah sikap dan perilaku ibu pascasalin tentang Alat Kontrasepsi dalam Rahim *CuT380A*. Secara Nasional dan Propinsi angka pemakaian AKDR masih kurang dan cenderung menurun. Diharapkan dengan konseling yang baik angka cakupan pemakaian Alat Kontrasepsi dalam Rahim akan meningkat. Perlu ibu ketahui bahwa Alat Kontrasepsi dalam Rahim adalah kontrasepsi jangka panjang dimana setelah pemasangan ibu tidak perlu mengingat-ingat lagi karena kontrasepsi ini efektif selama 10 tahun, dapat menjarangkan dan merencanakan kehamilan dan kembalinya kesuburan dengan segera sehingga dapat dilepaskan kapan saja bila ibu menginginkan hamil kembali.

Pada penelitian ini, kami memasang AKDR jenis *CuT380A* pada ibu setelah melahirkan, baik segera setelah ari-ari lahir, dalam 2 hari setelah melahirkan dan 40 hari setelah melahirkan. Ibu mempunyai hak untuk menolak ikut dalam penelitian ini. Demikian pula bila terjadi hal-hal yang tidak memungkinkan ibu untuk terus ikut dalam penelitian ini, atau ibu merasa tidak bersedia lagi, maka ibu berhak untuk mengundurkan diri. Penolakan ibu tidak mempengaruhi tindakan yang seharusnya dilakukan pada ibu. Tetapi kesediaan ibu akan memberi manfaat yang besar. Kami akan sangat menghargai keikutsertaan dan kepedulian ibu terhadap pengembangan ilmu kedokteran ini.

Bila ibu merasa masih ada hal yang belum jelas atau belum dimengerti dengan baik saat ini ataupun saat penelitian ini berjalan, maka ibu dapat

menanyakan atau meminta penjelasan pada saya: dr.Agus Gunawan (Tlp.flexi: 0411-5210972/ GSM: 08122140626)

Data penelitian ini akan dikumpulkan dan disimpan tanpa menyebutkan nama ibu dalam arsip tertulis atau elektronik (komputer) yang tidak bisa dilihat oleh orang lain selain peneliti atau tim Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Unhas. Kami akan meminta izin pula menggunakan data ibu bila kemudian hari masih diperlukan.

Jika ibu bersedia untuk berpartisipasi, diharapkan menandatangani surat persetujuan mengikuti penelitian. Atas kesediaan ibu meluangkan waktu untuk mengikuti penjelasan ini dan kerjasama yang baik, kami mengucapkan terima kasih.

**DISETUJUI OLEH
KOMISI ETIK PENELITIAN
KESEHATAN
FAK. KEDOKTERAN UNHAS
Tgl.**

Identitas Peneliti:

Nama : dr.Agus Gunawan
Catalya II

Alamat : Jl.Boulevard Komplek

Blok H / No.27 Panakkukang
Makassar.

Telepon : 0411-5210972/08122140626

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN
SETELAH MENDAPATKAN PENJELASAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Dengan sesungguhnya saya menyatakan bahwa setelah mendapat penjelasan dan menyadari manfaat penelitian yang berjudul " Efektivitas Konseling (K1, K2, K3) pada Ibu Bersalin terhadap Pemakaian Alat Kontrasepsi dalam Rahim *CuT380A*" maka saya setuju untuk diikutsertakan dalam penelitian ini dan bersedia berperan serta dengan mematuhi ketentuan yang berlaku dalam penelitian ini dan memberikan keterangan yang sebenarnya.

Saya tahu bahwa keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak ikut dan mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapat pelayanan kesehatan. Juga saya berhak bertanya atau meminta penjelasan pada peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya juga mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti. Demikian juga biaya perawatan dan pengobatan bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan akibat penelitian ini, akan dibiayai oleh peneliti.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

	NAMA	TANDA TANGAN	TGL/BLN/THN
Klien :			
Saksi 1 :			
Saksi 2 :			

Tempat memperoleh tambahan informasi:

Nama : dr.Agus Gunawan
 Alamat : Jl.Boulevard Komplek Catalya II
 Blok H / No.27 Panakkukang Makassar

DISETUJUI OLEH
KOMISI ETIK PENELITIAN
KESEHATAN
FAK. KEDOKTERAN UNHAS
 Tgl.

Telepon: 0411-5210972 / 08122140626

Dokter Penanggung jawab Medis:

1. Dr.dr.Hj.A.Mardiah Tahir, Sp.OG
Telepon : 0811410595
2. dr.H.Umar Malinta, Sp.OG(K)
Telepon : 0811449975

Lampiran 3

FORMULIR PENELITIAN
EFEKTIVITAS KONSELING (K1,K2,K3) PADA IBU BERSALIN
TERHADAP PEMAKAIAN AKDR *CuT380A*

1. No. Penelitian :
2. Nomor registrasi :
3. Nama istri/suami :

4. Umur istri/suami :
5. Alamat istri/suami :
6. Pendidikan istri/suami :
7. Pekerjaan istri/suami :
8. Nomor telepon :
9. Paritas : G.....P.....A.....
10. Tanggal persalinan :
11. Penyakit yang sedang /pernah diderita;
- Infeksi/keganasan pada rongga panggul :
 - DM :
 - Penyakit paru kronik :
12. Jenis AKDR yang dipasang : *CuT380A*
13. Harapan bila menjadi akseptor AKDR :
14. Kekhawatiran bila menjadi akseptor AKDR :
15. Bila menerima untuk menjadi akseptor AKDR, apa alasannya :
16. Bila menolak menjadi akseptor AKDR, apa alasannya :

Lampiran 4

SKORING KUESIONER

Skoring

A. Pengetahuan

Pertanyaan nomor 1 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Pertanyaan nomor 2:

Jawaban yang benar : Perencanaan kehamilan sehingga kehamilan hanya terjadi pada waktu yang diinginkan, usaha untuk merencanakan jumlah anak, usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha untuk mengatur jarak kehamilan, dan usaha untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga.

- Bila ≥ 3 jawaban benar diberi skor 5
- Bila 2 jawaban benar diberi skor 3
- Bila 1 jawaban benar diberi skor 1

Pertanyaan nomor 3 :

Jawaban yang benar : Menjarangkan kehamilan, menunda kehamilan, mengatur jarak kehamilan, merencanakan jumlah anak, dan membatasi jumlah anak

- Bila ≥ 3 jawaban benar diberi skor 5
- Bila 2 jawaban benar diberi skor 3
- Bila 1 jawaban benar diberi skor 1

Pertanyaan nomor 4 :

Jawaban yang benar : Pil, suntik, AKDR, susuk, dan kondom

- Bila ≥ 4 jawaban benar diberi skor 5
- Bila 1-3 jawaban benar diberi skor 3
- Bila menjawab tidak tahu diberi skor 1

Pertanyaan nomor 5 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Pertanyaan nomor 6 :

Jawaban yang benar: A. Alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim terbuat dari bahan plastik dan tembaga yang dipasang oleh dokter atau bidan terlatih.

- Jawaban A diberi skor 5
- Jawaban B, C, dan D diberi skor 3
- Jawaban E diberi skor 1

Pertanyaan nomor 7 :

Jawaban yang benar : 10 tahun, 5 tahun, dan 3 tahun

- Bila 3 jawaban benar diberi skor 5
- Bila 1-2 jawaban benar diberi skor 3
- Bila menjawab tidak tahu diberi skor 1

Pertanyaan nomor 8 :

Jawaban yang benar : A. Rahim

- Jawaban A diberi skor 5

- Jawaban lainnya diberi skor 1

Pertanyaan nomor 9 :

Jawaban yang benar : A. Tidak

- Bila jawaban benar diberi skor 5
- Bila jawaban salah diberi skor 1

Pertanyaan nomor 10 :

Jawaban yang benar : Saat haid hampir selesai, haid tinggal sedikit, setelah melahirkan dan setelah keguguran.

- Bila ≥ 3 jawaban benar diberi skor 5
- Bila 1-2 jawaban benar diberi skor 3
- Bila menjawab tidak tahu diberi skor 1

Pertanyaan nomor 11 :

Jawaban yang benar : Dokter dan Bidan terlatih

- Bila 2 jawaban benar diberi skor 5
- Bila 1 jawaban benar diberi skor 3
- Bila tidak ada jawaban yang benar diberi skor 1

Pertanyaan nomor 12 :

Jawaban yang benar : Keinginan ibu, ibu ingin hamil, timbul efek samping yang mengganggu, masa pakai telah habis

- Bila ≥ 3 jawaban benar diberi skor 5
- Bila 1-2 jawaban benar diberi skor 3
- Bila menjawab tidak tahu diberi skor 1

Pertanyaan nomor 13 :

Jawaban yang benar:Keputihan,haid lebih lama dan banyak,haid lebih nyeri.

- Bila 3 jawaban benar diberi skor 5
- Bila 1 - 2 jawaban benar diberi skor 3
- Bila menjawab tidak tahu diberi skor 1

Kesimpulan penilaian

Skor tertinggi : 65

Skor terendah : 13

Interval : 52

Pengetahuan baik : $(80\% \times 52) + 13 = 54,6 - 65$

Pengetahuan cukup : $(60\% \times 52) + 13 = 44,2 - 54,59$

Pengetahuan kurang : 13 - 44,19

B. Sikap

Pertanyaan nomor 1 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Pertanyaan nomor 2 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Pertanyaan nomor 3 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Pertanyaan nomor 4 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Kesimpulan penilaian

Skor tertinggi : 20

Skor terendah : 4

Interval : 16

Sikap baik : $(80\% \times 16) + 4 = 16,8 - 20$

Sikap cukup : $(60\% \times 16) + 4 = 13,6 - 16,79$

Sikap kurang : $4 - 13,59$

C. Perilaku

Pertanyaan nomor 1 :

Jawaban yang benar : Pil, suntik, spiral, susuk, dan kondom

- Bila 1 jawaban diberi skor 5
- Bila >1 jawaban diberi skor 1

Pertanyaan nomor 2 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 3
- Bila jawaban C diberi skor 1

Pertanyaan nomor 3 :

Jawaban benar : A. Rumah sakit, B.Dokter, C.Bidan, D. Puskesmas

- Bila jawaban A/B/C/D diberi skor 5

- Bila jawaban E (posyandu) diberi skor 1

Pertanyaan nomor 4 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Pertanyaan nomor 5 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Kesimpulan penilaian

Skor tertinggi : 25

Skor terendah : 5

Interval : 20

Perilaku baik : $(80\% \times 20) + 5 = 21 - 25$

Perilaku cukup : $(60\% \times 20) + 5 = 17 - 20,9$

Perilaku kurang : 5 - 16,9

D. Aktifitas Sosial

Pertanyaan nomor 1 :

- Bila lebih dari 3 skor 5
- Bila 2 - 3 skor 3
- Bila < 2 skor 1

Pertanyaan nomor 2 :

- Bila jawaban A diberi skor 5
- Bila jawaban B diberi skor 1

Kesimpulan penilaian

Skor tertinggi : 10

Skor terendah : 2

Interval : 8

Aktivitas sosial baik : $(80\% \times 8) + 2 = 8,4 - 10$

Aktivitas sosial cukup : $(60\% \times 8) + 2 = 6,8 - 8,39$

Aktivitas sosial kurang : 2 - 6,79

E. Peran Suami

- Bila jawaban A diberi skor 5 (suami berperan)
- Bila jawaban B diberi skor 1 (suami tidak berperan)

Lampiran 5

KONSELING AKDR

Selamat pagi/siang/malam ibu dan bapak, terima kasih atas waktu yang sudah ibu dan bapak berikan, pada kesempatan ini dan sesuai janji yang telah kita sepakati sebelumnya, saya dokter Agus Gunawan akan mencoba membantu ibu dalam mengatasi kekwatiran yang akan dihadapi

ibu mengenai pilihan kontrasepsi yang aman dan cocok yang akan ibu pilih selepas ibu melahirkan. Saya akan memberikan pemahaman tentang Alat Kontrasepsi dalam Rahim, sehingga ibu dan bapak memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai kontrasepsi tersebut. Kontrasepsi ini aman dan tidak berbahaya, dapat diandalkan dan dapat dipakai dalam waktu lama secara efektif, yang pasti Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) atau yang lebih umum ibu-ibu dan bapak-bapak mengenali alat kontrasepsi tersebut sebagai IUD atau Spiral adalah suatu alat kontrasepsi berbentuk alat kecil dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga (*Copper, Cuprum, Cu*), mempunyai benang dan banyak macamnya, pada kesempatan ini dipakai yang terbuat dari logam tembaga berbentuk seperti huruf T (*Copper T*). Selain itu, ada yang berbentuk sepatu kuda (*Multiload*), namun yang paling terkenal adalah jenis **Copper T**. Kontrasepsi tersebut jadi pilihan karena kenyamanannya. Dalam konseling saya ini, saya akan memperkenalkan AKDR jenis *CUT380A*. Cara pemakaian kontrasepsinya adalah alat spiral dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina oleh dokter dengan bantuan alat. Cara kerja AKDR *CUT380A* adalah mencegah kehamilan terutama mencegah pertemuan sel telur dan sperma, membuat sperma sulit memasuki rahim, mengurangi kemampuan sperma untuk membuahi telur, mungkin juga mengganggu implantasi telur pada rahim. Efektivitas AKDR *CUT380A* sangat efektif, yaitu *CuT380A* dapat untuk pemakaian 10 tahun, dan dapat dibuka sebelum waktunya jika ibu-ibu atau istri-istri bapak-bapak sekalian ingin hamil kembali. Kegagalan rata-rata 0.8 kehamilan per 100 pemakai wanita hanya pada tahun pertama pemakaian. Keuntungan AKDR *CUT380A* cocok untuk mencegah kehamilan atau menjarangkan kehamilan dalam jangka panjang, tidak terpengaruh "faktor lupa" dari pemakai (misalnya pil), tidak mengganggu hubungan suami istri, tidak ada efek samping hormonal, tidak mengganggu laktasi (menyusui), tidak berinteraksi dengan obat-obatan, meningkatkan kenyamanan hubungan suami-istri karena rasa aman ibu terhadap risiko kehamilan, dapat dipasang segera setelah plasenta lahir dan dalam waktu 2x24 jam sesudah melahirkan, kesuburan cepat kembali setelah AKDR dilepas. Kekurangan AKDR *CUT380A* yaitu efek sampingnya terhadap siklus haid (menstruasi), antara lain perubahan pola haid biasanya pada tiga bulan pertama pemakaian yakni: haid menjadi lebih lama dan lebih banyak, perdarahan bercak (*spotting*) diantara siklus haid, siklus menjadi lebih pendek, kadang-kadang nyeri haid lebih dari biasanya, namun tidak berbahaya dan bukan tanda kelainan atau penyakit. Perlu tenaga terlatih untuk memasang dan membukanya, serta perlu kunjungan berkala untuk evaluasi, terkadang pada saat berhubungan badan (bagi kaum bapak) suka terasa ada benang yang kadang-kadang terasa mengganggu tetapi tidak selamanya. Efek samping umum lainnya adalah segera setelah pemasangan dapat terjadi rasa sakit

perut atau kram, hal ini dapat dihindarkan dengan konseling sebelum pemasangan AKDR seperti ini, relaksasi dan persiapan pemasangan yang baik. Perdarahan berulang segera setelah pemasangan; dapat berlangsung 3-5 hari. AKDR *CUT380A* dapat dipasangkan setiap saat, asal yakin sedang tidak hamil yakni: segera setelah plasenta lahir, dalam waktu 2x24 jam sesudah melahirkan. Siapa saja yang tidak boleh memakai AKDR *CUT380A*, yaitu wanita yang mempunyai infeksi rongga panggul, Wanita yang sedang menderita Penyakit Hubungan Seksual (seperti *AIDS*, *Gonore*, *Klamidia*) atau selama 3 bulan terakhir, Wanita dengan banyak pasangan, Wanita dengan kanker mulut rahim atau kanker alat reproduksi lainnya (ovarium, endometrium), Wanita dengan penyakit *trofoblast* (hamil anggur, Koriokarsinoma) atau TBC kandungan. Karena keamanan AKDR, maka secara umum, kebanyakan hampir semua wanita termasuk ibu boleh memakai AKDR *CUT380A*. AKDR boleh dipasang pada: perokok berat, menyusui, gemuk atau kurus, Diabetes, penyakit Liver/ Empedu / Pankreas, penyakit Tiroid, Epilepsi, TBC (bukan TBC kandungan), Varises, Hipertensi, pasca operasi-operasi seperti apendiks, hamil diluar kandungan, dll. Sebagai pemakai, ibu bisa memeriksa sendiri keberadaan alat tersebut. Caranya dengan meraba benang alat kontrasepsi tersebut di mulut rahim. Seandainya ibu sudah melakukan pemasangan kontrasepsi ini, jangan lupa melakukan pemeriksaan ulang. Kapan pemakai AKDR (Akseptor AKDR) harus datang untuk memeriksakan diri, yaitu 1 bulan pasca pemasangan, 3 bulan kemudian, setiap 6 bulan berikutnya, bila terlambat haid 1 minggu, perdarahan banyak atau keluhan istimewa lainnya. Perlu ibu dan bapak ketahui AKDR *CUT380A* adalah kontrasepsi jangka panjang dan termasuk metode kontrasepsi efektif terpilih sangat cocok bagi ibu sekalian yang baru saja melahirkan baik yang baru pertama kali melahirkan maupun yang sudah pernah melahirkan sebelumnya karena AKDR *CUT380A* bagi ibu yang ingin menunda kehamilan berikutnya dalam jangka waktu lama minimal 2 tahun atau lebih lama lagi bahkan seumur hidup bila ibu telah memiliki anak cukup serta AKDR *CUT380A* berguna bagi ibu yang akan menyusui sendiri bayinya dengan asi, karena AKDR *CUT380A* tidak mengganggu produksi asi. Seandainya ada yang tidak dipahami selama berlangsungnya penjelasan, ibu-ibu dan bapak-bapak langsung dipersilakan bertanya.

Lampiran 6

KUESIONER

No.Resp:

A. KUESIONER

Diisi oleh Pewawancara

Nomor Kuesioner :
 Tempat / Tanggal Pengisian :
 Pewawancara :

Jawaban pada kuesioner ini akan kami rahasiakan, mohon anda menjawab dengan sejujurnya

DATA UMUM RESPONDEN

1. Nama Ibu :
2. Usia (sesuai KTP) :
3. Suku :
4. Agama :
5. Pendidikan terakhir :
6. Pekerjaan ibu :
7. Nama Suami :
8. Usia (sesuai KTP) :
9. Suku :
10. Agama :
11. Pendidikan terakhir :
12. Pekerjaan Suami :
13. Alamat :
14. Jumlah anak yang hidup :
15. Jumlah anak yang dilahirkan : A).Laki-laki = B).Perempuan=
16. Jumlah Keguguran :
17. Pendapatan keluarga :
 - a). Suami :Rp<1,5 juta /1,5 juta-3 juta / >5 juta /bulan
 - b). Isteri :Rp<1,5 juta /1,5 juta-3 juta / >5 juta /bulan
 - c). Anggota keluarga yang lain :Rp<1,5 juta/ 1,5 juta-3 juta / >5 juta/ bulan
16. Jumlah anggota keluarga yang ditanggung :

B. DATA DEMOGRAFI

Petunjuk pengisian:

- B.1. Bacalah dengan cermat semua pertanyaan yang ada dalam kuesioner ini.
- B.2. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan pendapat dan keadaan yang sebenarnya.
- B.3. Jawaban yang disilang boleh lebih dari satu
- B.4. Mohon kesediaan ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang tersedia.

1. Berapa umur ibu (sesuai KTP) ?
 - a. < 18 tahun
 - b. 18 – 34 tahun
 - c. ≥ 35 tahun
2. Pendidikan terakhir yang ibu tempuh ?
 - a. SLTP atau sederajat
 - b. SMU atau sederajat
 - c. Akademi/ Perguruan Tinggi
3. Apakah pekerjaan ibu ?
 - a. Ibu rumah tangga
 - b. Wiraswasta/ Swasta
 - c. PNS / ABRI

4. Berapa jumlah anak ibu yang hidup ?
 - a. < 2 anak
 - b. 2-3 anak
 - c. \geq 4 anak
5. Berapa penghasilan keluarga ibu per bulan ?
 - a. < 500.000
 - b. 500.000 – 1.000.000
 - c. > 1.000.000
6. Darimanakah ibu mendapatkan informasi tentang Keluarga Berencana ?
 - a. Radio / Televisi
 - b. Koran / Majalah
 - c. Tokoh masyarakat dan tokoh agama
 - d. Penyuluhan oleh tenaga kesehatan
 - e. Teman

C. PENGETAHUAN

Petunjuk pengisian:

- C.1. Bacalah dengan cermat semua pertanyaan yang ada dalam kuesioner ini.
 - C.2. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan pendapat dan keadaan yang sebenarnya.
 - C.3. Jawaban yang disilang boleh lebih dari satu
 - C.4. Mohon kesediaan ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang tersedia.
1. Apakah ibu pernah mendapat penyuluhan tentang macam-macam alat kontrasepsi selama kunjungan ibu hamil di poli kebidanan rumah sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah ?
 - a. Ya
 - b. Tidak pernah
 2. Apakah yang ibu ketahui tentang Keluarga Berencana ?
(jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Perencanaan kehamilan sehingga kehamilan hanya terjadi pada waktu yang diinginkan.
 - b. Usaha untuk merencanakan jumlah anak.
 - c. Usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan.
 - d. Usaha untuk mengatur jarak kehamilan.
 - e. Usaha untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga.
 3. Apakah yang ibu ketahui tentang kegunaan Keluarga Berencana ?
(jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Menjarangkan kehamilan
 - b. Menunda kehamilan
 - c. Mengatur jarak kehamilan
 - d. Merencanakan jumlah anak
 - e. Membatasi jumlah anak
 4. Sebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi yang ibu ketahui ?
(Jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Pil
 - b. Suntik
 - c. AKDR
 - d. Susuk
 - e. Kondom
 - f. Sterilisasi
 5. Apakah ibu pernah mendapatkan konseling tentang Alat Kontrasepsi Dalam Rahim CUT380A di kamar bersalin rumah sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah ?
 - a. Ya
 - b. Tidak pernah
 6. Apakah yang ibu ketahui tentang Alat Kontrasepsi dalam Rahim(AKDR)?
 - a. Alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim terbuat dari bahan plastik dan

- tembaga yang dipasang oleh dokter atau bidan terlatih.
- b. Alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim.
 - c. Alat kontrasepsi yang dipasang oleh bidan.
 - d. Alat kontrasepsi yang berbentuk spiral.
 - e. Tidak tahu
7. Pemasangan Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) dapat digunakan untuk jangka waktu berapa lama ? (jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. 10 tahun
 - b. 5 tahun
 - c. 3 tahun
 - d. Tidak tahu
 8. Di bagian tubuh manakah Alat Kontrasepsi dalam Rahim dapat dipasang ?
 - a. Rahim
 - b. Alat kemaluan
 - c. Bokong
 - d. Tidak tahu
 9. Apakah AKDR mengganggu kelancaran ASI ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 10. Saat kapan alat kontrasepsi AKDR boleh dipasang ?
(jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Saat haid hampir selesai
 - b. Darah haid tinggal sedikit
 - c. Setelah melahirkan
 - d. Setelah keguguran
 - e. Tidak tahu
 11. Siapakah yang diperbolehkan untuk memasang dan mencabut kembali Alat Kontrasepsi dalam Rahim (jawaban boleh lebih dari satu).
 - a. Dokter terlatih
 - b. Bidan terlatih
 - c. Dukun
 12. Pencabutan Alat Kontrasepsi dalam Rahim dapat dilakukan bila ?
(jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Keinginan ibu
 - b. Ibu ingin hamil
 - c. Timbul efek samping yang mengganggu
 - d. Masa pakai telah habis
 - e. Tidak tahu
 13. Apakah ibu tahu efek samping Alat Kontrasepsi dalam Rahim
(jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Keputihan
 - b. Haid lebih lama dan banyak
 - c. Saat haid lebih nyeri
 - d. Tidak tahu

D. SIKAP

1. Apakah ibu setuju bahwa Alat Kontrasepsi dalam Rahim/Spiral/IUD adalah Alat Kontrasepsi yang aman dan efektif?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
2. Apakah ibu setuju bahwa Alat Kontrasepsi dalam Rahim/Spiral/IUD dapat mencegah kehamilan ?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju

3. Apakah ibu setuju bahwa Alat Kontrasepsi dalam Rahim/Spiral/IUD lebih praktis daripada alat kontrasepsi pil dalam hal penggunaan?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju
4. Apakah ibu setuju untuk menggunakan Alat Kontrasepsi dalam Rahim/Spiral/ IUD disaat menyusui ?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju

E. PERILAKU

1. Apakah ibu menggunakan salah satu cara ber-KB ?
 Jika Ya, alat kontrasepsi apa yang ibu gunakan ?
 Jika tidak, alat kontrasepsi apa yang pernah/akan ibu gunakan ?
 - a. Pil
 - b. Suntik
 - c. Spiral / IUD / AKDR
 - d. Susuk
 - e. Kondom
2. Berapa lama ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut ?
 - a. >10 tahun
 - b. 5-10 tahun
 - c. <5 tahun
3. Dimana ibu mendapatkan pelayanan Keluarga Berencana dan alat kontrasepsi tersebut ?
 - a. Puskesmas
 - b. Rumah sakit
 - c. Posyandu
 - d. Bidan
 - e. Dokter
4. Apakah ibu mendapatkan konseling tentang IUD CUT380A di kamar bersalin rumah sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah ?
 - a. Ya
 - b. Tidak pernah
5. Apakah ibu pernah menganjurkan kepada ibu-ibu yang lain untuk menggunakan alat kontrasepsi ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

F. AKTIVITAS SOSIAL

1. Kegiatan sosial apa saja yang ibu ikuti dalam 6 bulan terakhir?
 (jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. PKK
 - b. Posyandu
 - c. Penyuluhan
 - d. Kegiatan agama
 - e. Arisan
2. Apakah ibu mendapat penyuluhan tentang macam-macam alat kontrasepsi selama kunjungan ibu hamil di poli kebidanan rumah sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah ?
 - a. Ya
 - b. Tidak pernah

G. PERAN SUAMI

1. Apakah suami turut berperan dalam mengambil keputusan mengenai alat kontrasepsi yang ibu gunakan saat ini?
 - a. Ya
 - b. Tidak