

TESIS

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP PEMAKAIAN ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR) PASCA SALIN

Disusun dan diajukan oleh :

WELEM TANDILOLOK SITOANG

Nomor Pokok : C105214208

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 26 Juni 2018

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI

KOMISI PENASEHAT

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

dr. Sriwijaya, Sp. OG(K)
Anggota

Ketua KPPS Pendidikan Dokter Spesialis
Fakultas Kedokteran UNHAS

Dekan
Fakultas Kedokteran UNHAS



Optimization Software:
www.balesio.com

Sp. An-KIC-KAKV

Prof. Dr. dr. Budu, Ph.D. Sp. M(K). M. MedEd

KARYA AKHIR

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP PEMAKAIAN ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR) PASCA SALIN

Affecting Factors Of Postpartum Intra Uterine Device (IUD) Usage

WELEM TANDILOLOK SITO HANG



**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp.1)
PROGRAM STUDI ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**



Optimization Software:
www.balesio.com

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP
PEMAKAIAN ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR)
PASCA SALIN**

TESIS

Sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Pendidikan
Dokter Spesialis dan mencapai sebutan Spesialis Obstetri dan
Ginekologi

Disusun dan diajukan oleh

WELEM TANDILOLOK SITO HANG

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp.1)
PROGRAM STUDI ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : **Welem Tandilolok Sitohang**

No. Pokok : C1052142208

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

Makassar, Juni 2018

Yang menyatakan

Welem Tandilolok Sitohang



TESIS

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP PEMAKAIAN ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR) PASCA SALIN

Disusun dan diajukan oleh

WELEM TANDILOLOK SITOANG

Nomor Induk C 105 214 208

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 26 Juni 2018

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi penasihat

dr.Umar Malinta,Sp.OG(K)

Pembimbing 1

Ketua Program Studi
Departemen Obstetri dan Ginekologi
Universitas Hasanuddin

dr. Sriwijaya, SpOG(K)

Pembimbing 2

Ketua Departemen Obstetri dan Ginekologi
Universitas Hasanuddin

Deviana S. Riu, Sp.OG(K)

Prof. Dr. dr. Syahrul Rauf, Sp.OG(K)



PRAKATA

Dengan memanjatkan puji dan syukur ke hadapan Tuhan Yesus, atas segala berkat, karunia serta perlindungan-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini sebagaimana mestinya sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 pada Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis bermaksud memberikan informasi ilmiah mengenai Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Pemakaian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Pasca Salin yang dapat menjadi bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya.

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar - besarnya kepada **dr. Umar Malinta, SpOG(K)** sebagai pembimbing I dan **dr. Sriwijaya, SpOG(K)**, sebagai pembimbing II atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari pengembangan minat terhadap permasalahan penelitian ini, pelaksanaan sampai dengan penulisan tesis ini. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada **Dr. dr. Arifin Seweng, MPH** sebagai pembimbing statistik yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam bidang statistik dan pengolahan data dalam penelitian ini. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada **Dr. dr. A. Mardiah Tahir, Sp.OG (K)** dan **dr. Eddy Hartono, Sp.OG(K)** sebagai penyanggah

memberikan kritik dan saran dalam menyempurnakan penelitian ini.

Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :



1. Ketua Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin **Prof. Dr. dr. Nusratuddin Abdullah, Sp.OG (K), MARS** (periode 2013 sampai dengan Maret 2017), **Prof. Dr. dr. Syahrul Rauf, Sp.OG(K)** (periode Maret 2017 sampai sekarang); Ketua Program Studi **Dr. dr. Deviana Soraya Riu, Sp.OG(K)**; Sekretaris Program Studi **Dr. dr. Nugraha Utama Pelupessy, Sp.OG(K)**, dan kepada **Prof. dr. John Rambulangi, SpOG(K), Dr. dr Samrichard Rambulangi, SpOG** serta seluruh staf pengajar beserta pegawai di Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang memberikan arahan, dukungan dan motivasi kepada penulis selama pendidikan.
2. Penasihat akademik penulis **Dr. dr. Isharyah Sunarno, Sp.OG(K)** yang telah mendidik dan memberikan arahan selama mengikuti proses pendidikan.
3. Teman sejawat peserta PPDS-1 Obstetri dan Ginekologi khususnya angkatan Januari 2015 atas bantuan dan kerjasamanya selama proses pendidikan
4. Paramedis dan staf Departemen Obstetri dan Ginekologi di seluruh rumah sakit jejaring atas kerjasamanya selama penulis mengikuti pendidikan.

Kedua orang tua terkasih **Jidon Sitohang, SE, SIP, MM** dan **Christina Andi Lolo, Bsc** yang telah memberikan restu untuk penulis melanjutkan pendidikan, disertai dengan doa, kasih sayang,



dan dukungan yang luar biasa selama penulis menjalani pendidikan.

6. Kakak kandung penulis **Sulta Donna Sitohang, SH, MH, Tantry Sitohang Andi Lolo, SP, M.Ak, Arny Sitohang Andi Lolo, ST**, dan keluarga besar yang telah memberikan kasih sayang yang tulus, dukungan, doa dan pengertiannya selama penulis mengikuti proses pendidikan.
7. Pasien yang telah bersedia mengikuti penelitian ini sehingga penelitian dapat berjalan sebagaimana mestinya.
8. Semua pihak yang namanya tidak tercantum namun telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Semoga tesis memberikan manfaat dalam perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya serta Ilmu Obstetri dan Ginekologi pada khususnya di masa yang akan datang.

Makassar, Juni 2018

Welem Tandilolok Sitohang



ABSTRAK

WELEM TANDILOLOK SITO HANG. *Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Pemakaian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Pasca Salin* (dibimbing oleh Umar Malinta, Sriwijaya, Arifin Seweng, A. Mardiah Tahir, Eddy Hartono)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh faktor-faktor pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) pasca salin.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di RS Pendidikan BLU RS Wahidin Sudirohusodo dan jejaring dalam periode Januari 2018 - Mei 2018. Total sampel yang diperoleh adalah 185 sampel kelompok akseptor AKDR pasca salin dan 185 sampel kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *stratified proportional random sampling*. Analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat

Hasil penelitian menunjukkan persentasi responden paling banyak pada umur menjarangkan kehamilan (20-35 tahun), multipara, pendidikan tinggi dan tidak bekerja. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna antara umur, pekerjaan, pengetahuan dan dukungan suami dengan pemakaian kontrasepsi AKDR pasca salin, dimana diperoleh nilai $p < 0.05$, sedangkan paritas tidak memberikan pengaruh. Faktor pengetahuan memberikan pengaruh yang bermakna walaupun tidak dipengaruhi oleh tingkat pendidikan maupun paparan media dengan nilai $p = 0.00$. Berdasarkan analisis multivariat menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi pemakaian AKDR pasca salin yaitu 43.012 kali.

Pemakaian AKDR pasca salin tinggi pada Ibu umur >35 tahun, bekerja, pengetahuan cukup tentang AKDR tanpa memandang tingkat pendidikan dan paparan media, serta mendapat dukungan suami. Pengetahuan dan dukungan suami merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pemakaian AKDR pasca salin.

Kunci: Kontrasepsi AKDR pasca salin, pengetahuan, dukungan suami, pengaruh.



ABSTRACT

WELEM TANDILOLOK SITOANG *Affecting Factors of Postpartum Intra Uterine Device (IUD) Usage* (supervised by Umar Malinta, Sriwijaya, Arifin Seweng, A. Mardiah Tahir, Eddy Hartono)

Study is to investigate affect factors of postpartum Intra Uterine Device (IUD) usage.

Study used an observational design with cross sectional study method. It was conducted at the Wahidin Sudirohusodo Hospital and the network from January – Mei 2018. There were 185 samples for *acceptors postpartum IUD* group and 185 samples for *control* group. Sampling technique using *stratified proportional random sampling*. Data analysis used univariate, bivariate, and multivariate.

The results showed the most percentage of respondents at the age of pregnancy space (20-35 years), multiparencence, higher education and not working. The result of statistic analysis showed that there were a significant correlation between age, occupation, knowledge and support of husband with postpartum IUD contraception, where *p value <0.05*, whereas parity did not give a correlation. Knowledge factors provide a meaningful correlation although not influenced by the educational level and media exposure with a value of *p=0.00*. Based on the multivariate analysis indicates that knowledge was the dominant factor affecting postpartum IUD selectance that is 43.012 times.

Postpartum IUD contraception usage was high in women at >35 years old, working, knowledgeable about IUD without looking her educational level media exposure and got husband support. Knowledge and husband support were the most affecting factors in postpartum IUD usage.

Keywords: *Postpartum IUD contraception, knowledge, husband support, affecting*



DAFTAR ISI

	halaman
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG / SINGKATAN	xvii
I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian	4
II. TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Keluarga Berencana	6
1. Pengertian	6
2. Syarat-syarat menjadi akseptor KB	7
B. Kontrasepsi	8
1. Pengertian	8



2. Jenis Kontrasepsi	8
C. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)	11
1. Pengertian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)	11
2. Pengertian Periode Pasca Persalinan dan AKDR Pasca Salin	12
3. Standar Pelayanan	13
4. Mekanisme Kerja AKDR	14
5. Keuntungan AKDR Pasca salin	15
6. Keterbatasan AKDR Pasca salin	16
7. Waktu untuk pemasangan AKDR	17
8. Indikasi Pemasangan AKDR	18
9. Kontraindikasi Pemasangan AKDR	18
10. Teknik Pemasangan dan Pencabutan AKDR	19
11. Jenis dan Pemasangan AKDR	20
D. Faktor Yang Mempengaruhi Rendahnya Akseptor Menggunakan Metode Kontrasepsi AKDR	KB
1. Umur	22
2. Paritas	24
3. Pekerjaan	25
4. Pendidikan	26
5. Pengetahuan	28
6. Paparan Media	32
7. Dukungan Suami	33



III. KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP	38
A. Kerangka Teori	38
B. Kerangka Konsep	39
C. Hipotesis Penelitian	40
D. Defenisi Operasional	41
IV. METODE PENELITIAN	44
A. Rancangan Penelitian	44
B. Tempat dan Waktu Penelitian	44
C. Kriteria Kelayakan	44
D. Populasi dan Sampel	45
E. Kontrol Kualitas	46
F. Variabel Penelitian	51
G. Alur Penelitian	51
H. Instrumen Penelitian	52
I. Jalannya Penelitian	52
J. Izin Peneltian	52
K. Metode Pengumpulan Data	53
L. Pengolahan dan Analisa Data	53
M. Teknik Pengumpulan Data	56
N. Aspek Etis	57
O. Waktu Penelitian	57
P. Personalia Penelitian	57
HASIL DAN PEMBAHASAN	58



A. Hasil Penelitian	58
1. Analisis Univariat	58
2. Analisis Bivariat	60
3. Analisis Multivariat	65
B. Pembahasan	66
1. Pengaruh umur dengan pemakaian AKDR Pasca Salin	66
2. Pengaruh paritas dengan pemakaian AKDR Pasca Salin	67
3. Pengaruh pekerjaan dengan pemakaian AKDR Pasca Salin	68
4. Pengaruh pengetahuan dengan pemakaian AKDR Pasca Salin	68
5. Pengaruh pengetahuan dengan pemakaian AKDR Pasca Salin Berdasarkan Pendidikan dan Paparan Media	69
6. Pengaruh dukungan suami dengan pemakaian AKDR Pasca Salin	72
VI. KESIMPULAN DAN SARAN	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran	74
C. Keterbatasan Penelitian	75
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN	80



DAFTAR TABEL

Nomor		halaman
1	Nilai Uji Kekonsistenan Internal dan Reliabilitas Variabel Tingkat Pengetahuan Pada Pemakaian AKDR Pasca Salin	49
2	Nilai Uji Kekonsistenan Internal dan Reliabilitas Variabel Tingkat Dukungan Suami Pada Pemakaian AKDR Pasca Salin	50
3	Distribusi Karakteristik Sampel Penelitian	59
4	Analisis Pengaruh Faktor Umur Ibu, Paritas, Pekerjaan, Pengetahuan dan Dukungan Suami Terhadap Pemakaian AKDR Pascasalin	61
5	Analisis Faktor Pengetahuan Ibu Terhadap Pemakaian AKDR Pascasalin Berdasarkan Pendidikan dan Paparan Media	63
6	Hasil Analisis Regresi Logistik Antara Variabel Independen Pekerjaan, Pengetahuan dan Dukungan Suami Terhadap Pemakaian AKDR Pasca salin	65



DAFTAR GAMBAR

Nomor		halaman
1	Kerangka Teori	38
2	Kerangka Konsep	39
3	Alur Penelitian	51



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		halaman
1	Naskah Penjelasan Untuk Responden(Subyek)	80
2	Formulir Persetujuan Mengikuti Penelitian Setelah Mendapat Penjelasan	82
3	Lembar Kuesioner Penelitian	84
4	Data Primer Penelitian	91
5	Analisis Penelitian	96
6	Rekomendasi Persetujuan Etik	107



DAFTAR ARTI LAMBANG/SINGKATAN

Lambang / singkatan	Arti dan keterangan
AKDR	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKBK	Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
<i>BkkbN</i>	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPS	Badan Pusat Statistik
<i>DEPKES RI</i>	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
<i>DMPA</i>	<i>Depo Medroksi Progesteron Asetat</i>
IMS	Infeksi Menular Seksual
IUD	Intrauterine Device
JNPK-KR	Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi
KB	Keluarga Berencana
KIE	Komunikasi, Edukasi Dan Informasi
MAL	Metode Amenorhea Laktasi
MKJP	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
MOW	Metode Operatif Wanita
OR	Odds Ratio
PNS	Pegawai Negeri Sipil
PT	Perguruan Tinggi
PUS	Pasangan Usia Subur
PUSKESMAS	Pusat Kesehatan Masyarakat
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
RUMAH SAKIT DAERAH IBU DAN ANAK	Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak
SD	Sekolah Dasar



SDKI	Survey Demografi Kesehatan Indonesia
SMA	Sekolah Menengah Atas
SMP	Sekolah Menengah Pertama
TNI	Tentara Nasional Indonesia
WHO	<i>World Health Organization</i>



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesakitan dan kematian ibu di Indonesia masih merupakan masalah besar di negara ini. Salah satu program untuk menurunkan Angka Kematian Ibu adalah program Keluarga Berencana. Keluarga berkualitas adalah yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan kedepan, bertanggung jawab, harmonis, dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, dan, misi dari keluarga berencana nasional pada paradigma baru adalah menekankan pentingnya upaya menghormati hak-hak reproduksi sebagai integral dalam meningkatkan kualitas keluarga yang sangat mempengaruhi terwujudnya penduduk yang berkualitas (Affandi,2012).

Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, pemakaian alat kontrasepsi yang baru mencapai 62% (58% menggunakan kontrasepsi modern) dan 4 persen menggunakan kontrasepsi tradisional. Berdasarkan data Riskesdas 2010 jenis alat KB yang digunakan secara nasional, didominasi dengan cara suntik (31,1%), selanjutnya pil (12,3%), AKDR (5,0%), sterilisasi wanita (2,1%), Implant (1,1%), kondom (1,1%), sterilisasi pria (0,1%) dll. Banyak faktor yang mempengaruhi seseorang dalam pemakaian metode kontrasepsi yang digunakan. Purba (2009) menemukan beberapa faktor yang berpengaruh



terhadap pemakaian metode kontrasepsi yang digunakan yaitu faktor predisposisi (umur, pendidikan, jumlah anak, pengetahuan, sikap), faktor pendukung (ketersediaan alat kontrasepsi, jarak rumah ke puskesmas, waktu tempuh dan biaya), faktor pendorong (dukungan suami dan keterampilan petugas kesehatan) (BkkbN,2013).

AKDR merupakan salah satu jenis alat kontrasepsi non hormonal dan termasuk alat kontrasepsi jangka panjang yang ideal dalam upaya menjarangkan kehamilan. Keuntungan pemakaian AKDR yakni hanya memerlukan satu kali pemasangan untuk jangka waktu yang lama dengan biaya relatif murah, aman karena tidak mempunyai pengaruh sistemik yang beredar ke seluruh tubuh, tidak mempengaruhi produksi ASI dan kesuburan cepat kembali setelah AKDR dilepas. Program BkkbN memberikan penekanan pada kontrasepsi AKDR terutama adalah Cu T380 A yang menjadi primadona BkkbN (DEPKES,2014).

Metode kontrasepsi pada setiap Provinsi, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) banyak digunakan di Provinsi Bali, DI Yogyakarta, DKI Jakarta masing-masing sebesar 47,34%, 24,57% dan 21,33% rata-rata nasional hanya 11,03% sedangkan Provinsi Sulawesi Selatan hanya 2,34% dan Sulawesi Barat 2,36%. Pemasangan AKDR pasca salin untuk kota Makassar 3.454 orang. Data jumlah pemasangan AKDR di RSKDIA St. Fatimah Makassar tahun 2015 pasca persalinan sebanyak 526 orang (Sugawan N, 2015).

Rendahnya angka pemakaian AKDR di Sulawesi Selatan khususnya di kota Makassar membuat penulis merasa tertarik untuk



melakukan penelitian tentang AKDR dengan judul “Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Pemakaian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Pasca Salin”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah tersebut di atas maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah ada pengaruh faktor umur ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin di Kota Makassar.
2. Apakah ada pengaruh faktor paritas ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin di Kota Makassar
3. Apakah ada pengaruh faktor pekerjaan terhadap pemakaian AKDR pasca salin di Kota Makassar.
4. Apakah ada pengaruh faktor pengetahuan ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin di Kota Makassar.
5. Apakah ada pengaruh faktor pengetahuan ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin di Kota Makassar berdasarkan tingkat pendidikan dan paparan media.
6. Apakah ada pengaruh faktor dukungan suami terhadap pemakaian AKDR pasca salin di Kota Makassar.
7. Faktor apakah yang paling mempengaruhi pemakaian AKDR pasca salin di Kota Makassar.



C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemakaian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) pasca salin di beberapa Rumah Sakit Jejaring Pendidikan Obstetri dan Ginekologi dan Pusat Kesehatan Masyarakat (PKM) di Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

Mengetahui pengaruh :

- a. Umur ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin
- b. Paritas ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin
- c. Pekerjaan ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin
- d. Pengetahuan ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin
- e. Pengetahuan ibu terhadap pemakaian AKDR pasca salin berdasarkan pendidikan dan paparan media
- f. Dukungan suami terhadap pemakaian AKDR pasca salin
- g. Faktor yang paling berperan dalam pemakain AKDR pasca salin

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Dari hasil penelitian ini penulis berharap dapat menganalisa permasalahan yang ada di masyarakat terutama pada pemakaian kontrasepsi AKDR dan dapat meningkatkan



pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) pasca salin.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan informasi untuk peningkatan strategi pengembangan dan penelitian tentang pengetahuan AKDR yang lebih efektif di masa yang akan datang.

3. Bagi Masyarakat

Sebagai bahan informasi kepada masyarakat khususnya pasang usia subur (PUS) sehingga mereka memahami tentang apa manfaat, serta kelebihan dari kontrasepsi AKDR ini sehingga dapat termotivasi untuk menggunakan AKDR pasca salin.

4. Bagi Peneliti Lain

Hasil dari penelitian dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk melakukan penelitian di tempat lain yang berkaitan dengan penelitian ini.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga Berencana

1. Pengertian

a. Pengertian keluarga berencana menurut undang-undang RI No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera), adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil bahagia dan sejahtera (BkkbN,2013)

b. Keluarga berencana didefinisikan sebagai tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk : a) menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, b) mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, c) mengatur interval diantara kehamilan, d) mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami dan istri (Wiknjosastro,2000)

c. Keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Keluarga berencana artinya kapan anda ingin hamil (Azwar,A 2005)



d. Keluarga berencana (KB) dirumuskan sebagai upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui batas perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Muchji,2007).

Lebih disederhanakan keluarga berencana didefinisikan sebagai cara-cara pengaturan fertilitas untuk membantu seseorang atau suatu anggota keluarga mencapai tujuan tertentu diantaranya :

- 1) Menunda kelahiran
- 2) Mengatur jarak kelahiran
- 3) Mengakhiri fertilitas setelah pencapaian sejumlah anak yang diinginkan (Mochtar,2002)

2. Syarat-syarat menjadi akseptor KB (Saifuddin ,2003)

- a. Pasangan sudah menikah
- b. Usia reproduktif
- c. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- d. Tidak dalam keadaan hamil atau diduga hamil
- e. Tidak ada indikasi medis
- f. Tidak ada kelainan uterus
- g. Persetujuan dari pasangan terutama kontrasepsi AKDR, AKBK(alat kontrasepsi bawah kulit) dan kontak.

Program Keluarga Berencana (KB) dilakukan dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran. Sasaran utama KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih dititikberatkan



pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun (Sulistiyawati, 2011; Kemenkes RI, 2012)

B.Kontrasepsi

1. Pengertian

Kontrasepsi adalah suatu upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan (Wiknjosastro,1999). Metode kontrasepsi ideal harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut :

- a. Dapat dipercaya
- b. Tidak menimbulkan efek samping yang membahayakan
- c. Daya kerjanya dapat diatur sesuai kebutuhan akseptor
- d. Tidak menimbulkan gangguan seawaktu senggama
- e. Tidak memerlukan motivasi terus menerus
- f. Mudah pelaksanaannya
- g. Murah harganya sehingga dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat
- h. Dapat diterima penggunaannya oleh pasangan yang bersangkutan

2. Jenis kontrasepsi

- a. Metode Kontrasepsi Alami Atau Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana ada yang tidak menggunakan alat dan ada yang tidak. Metode kontrasepsi sederhana yang tidak memakai alat meliputi metode pantang berkala, metode suhu basal, metode lendir serviks, metode simtomtermal dan koitus interruptus. Sedangkan metode



kontasepsi sederhana yang menggunakan alat meliputi penggunaan kondom, barier intravagina atau kondom untuk wanita, dan spermisida (Sulistyawati, 2011) .

b. Metode Kontrasepsi Modern

Metode kontrasepsi modern ada beberapa cara yaitu metode kontrasepsi hormonal. Metode kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang mempunyai efektivitas tinggi. Hormonal yang terkandung dalam kontrasepsi ini adalah hormon sintetik estrogen dan progesteron. Metode kontrasepsi hormonal ini terdiri dari pil, suntik dan implant. KB Pil (oral) merupakan alat kontrasepsi hormonal yang terdiri dari pil kombinasi yaitu merupakan pil yang berisi hormon sintesis estrogen dan progesteron. Efektif dan reversibel serta harus diminum setiap hari.

Pil progestin yaitu merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis progesteron. Kontrasepsi Pil memiliki keunggulan seperti tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mengganggu siklus haid, serta dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat. Serta memiliki kelemahan seperti mahal dan membosankan, mual dan perdarahan bercak pada tiga bulan pertama pemakaian, dan nyeri payudara (Handayani, 2010; Sulistyawati, 2011) .



KB suntik yaitu terdiri dari metode kontrasepsi suntik kombinasi merupakan metode kontrasepsi yang diberikan sebulan sekali dengan cara kerja untuk menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (*atrofi*) sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba. Kontrasepsi suntikan progestin ada dua jenis yaitu yang hanya mengandung progestin yaitu Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) , mengandung 150 DMPA yang diberikan setiap 3 bulan. Depo Noretisteron (depo noristerat) , yang mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan. Kontrasepsi ini memiliki keuntungan seperti tidak mempengaruhi hubungan suami istri, tidak mempengaruhi produksi ASI, serta klien tidak perlu menyimpan obat suntik. Serta memiliki kekurangan seperti menimbulkan gangguan haid, tidak bisa dihentikan sewaktu-waktu, dan sering menimbulkan masalah berat badan (Saifuddin, 2006; Sulistyawati, 2011) .

Implant (susuk) yang merupakan salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon dan dipasang pada lengan atas. Kontrasepsi Implant ini terdiri dari 4 jenis yaitu norplant, implanon, janeda dan indoplant. Keuntungan kontrasepsi ini adalah perlindungan jangka panjang, tidak mengganggu hubungan seksual serta tidak mengganggu produksi ASI. Serta memiliki kekurangan seperti perasaan mual, pusing, dan nyeri payudara, tidak bisa dihentikan sendiri, dan perubahan pola haid (Handayani, 2010; Sulistyawati, 2011) .



Penggunaan AKDR merupakan salah satu usaha manusia untuk menekan kesuburan. AKDR terbuat dari semacam plastik dan dililit tembaga dan memiliki bentuk yang bermacam-macam namun bentuk yang umum dikenal oleh masyarakat adalah bentuk spiral. AKDR memiliki banyak keuntungan seperti efektifitas tinggi, tidak ada efek samping hormonal dan tidak ada interaksi dengan obat-obatan (Proverawati, dkk. 2010).

C. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1 . Pengertian Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/*Intra Uterine Device* adalah alat kontrasepsi yang terbuat dari bahan plastik yang halus berbentuk spiral atau berbentuk lain yang dipasang di dalam rahim dengan memakai alat khusus oleh dokter atau bidan / paramedik lain yang sudah dilatih (Irianto, 2007). Dengan adanya alat ini dalam rahim, akan terjadi perubahan pada endometrium yang mengakibatkan kerusakan (lysis) dari spermatozoa sehingga tidak dapat membuahi sel telur (Huliana, 2006).

AKDR/IUD merupakan pilihan kontrasepsi yang efektif, aman dan nyaman bagi banyak wanita dan alat ini terbuat dari plastik dan tembaga yang berbentuk T (oleh karenanya disebut Cooper T) alat ini dengan suatu prosedur sederhana dimasukkan kedalam rahim. Alat ini berfungsi untuk

cegah bersemainya sel telur yang telah dibuahi didalam rahim . Alat

ukup efektif dengan kemampuan sampai 97-98% dalam mencegah



kehamilan, adapun lama pemakaiannya dapat sampai 5-8 tahun, setelah itu harus ganti dengan yang baru (Trivedi A et al,2014).

Ada 2 tipe AKDR yang tersedia :

- a. AKDR yang mengandung tembaga, dibuat dari batang plastik kecil dan kumparan tembaga pada batang utama dan lengannya
- b. AKDR progesterin yang melepaskan sejumlah kecil levonogestrel secara kontinu

AKDR tembaga (CuT-380A) tersedia secara cuma-cuma jika menggunakan fasilitas program KB pemerintah, digunakan untuk insersi pascaplasenta/pascapersalinan dini. Cu 375 (nama dagang dari multi load) dulu banyak digunakan untuk program KB di Indonesia pada tahun 1985-1995 tetapi saat ini jenis tersebut tidak tersedia lagi (JNPK-KR, 2013).

2. Pengertian Periode Pascapersalinan dan AKDR Pasca salin

Periode pasca persalinan merupakan periode penting di mana ibu dan bayi membutuhkan paket pelayanan kesehatan khusus dan terintegrasi, karena tingkat morbiditas dan mortalitas di masa ini cukup tinggi dan para ibu sangat rentan terhadap kehamilan yang tidak terencana. Secara program, periode pasca persalinan dapat didefinisikan sesuai kebutuhan dan prioritas karena intervensi perbaikan dan berbagai masalah yang mungkin terjadi, mungkin berbeda pada periode 6 minggu

ma dengan yang akan terjadi di minggu-minggu selanjutnya atau tahun setelah melahirkan. Periode pasca persalinan dapat dibagi :
 pasca persalinan segera-pascaplasenta dan pasca persalinan dini.



- b. Pasca persalinan awal sampai dengan 6 minggu.
- c. Pasca persalinan lanjut 6 minggu sampai 1 tahun (JNPK-KR, 2013).
AKDR Pasca salin dapat dipasang segera pascaplasenta (dalam 10 menit sejak plasenta lahir), pascapersalinan dini (di atas 10 menit hingga 48 jam pascaplasenta), dan pada saat seksio sesaria (intra-sesaria) (JNPK-KR, 2013).

3. Standar Pelayanan

Pelayanan AKDR Pasca salin harus dilaksanakan dengan mengikuti pedoman berikut ini :

- i. Ibu harus dikonseling mengenai keuntungan, keterbatasan, efektifitas, efek samping, dan penyulit yang terkait langsung dengan AKDR.
- ii. Penyedia pelayan harus menjelaskan prosedur insersi secara jelas dan lengkap, termasuk pencabutan AKDR jika hal tersebut diperlukan.
- iii. Harus dilakukan prosedur penapisan yang mengacu pada kondisi medic dan kriteria kelaikan medik WHO.
- iv. Jika kondisi medis ibu belum memenuhi kriteria medis untuk prosedur insersi maka ibu harus ditawarkan dan mendapat konseling yang benar dan obyektif untuk berbagai metoda KB pascapersalinan lainnya.
- v. Penyedia layanan harus mengaplikasikan upaya pencegahan infeksi yang benar dan mengkaji kesesuaian kelaikan medik sebagai syarat pelayanan AKDR Pasca salin.

insersi harus menggunakan instrument yang memadai untuk melaksanakan prosedur tersebut, misalnya klem ovum atau klem Kelly untuk memastikan AKDR terpasang di fundus.



- vii. Penyedia pelayanan harus membuat catatan dan laporan terkait dengan prosedur insersi AKDR pasca salin dan pelayanan-pelayanan lainnya yang sesuai dengan standar atau protokol klinik insersi AKDR Pasca salin
- viii. Ibu harus mendapat pengamatan lanjutan pasca insersi oleh penyedia pelayanan AKDR.

4. Mekanisme kerja AKDR

Hingga saat ini mekanisme kerja AKDR/ AKDR belum diketahui dengan pasti, tetapi ada beberapa teori dan hipotesis yang menjelaskan mekanisme kerja AKDR sebagai berikut :

- a. Teori reaksi radang non spesifik.
- b. Teori reaksi benda asing yang menyebabkan kumpulan sejumlah besar makrofag yang menelan sperma atau ovum pada permukaan mukosa rahim.
- c. Teori perubahan hormonal melalui peningkatan kadar prostaglandin intrauterine.
- d. Teori efek mekanik, yaitu menimbulkan kontraksi rahim yang menghalangi perjalanan sperma.
- e. Teori perubahan sekresi biokimia dan perubahan enzimatik karbonik-anhidrase dan alkali fosfatase dalam uterus, terutama pada AKDR dengan ion tembaga.

disimpulkan, mekanisme kerja AKDR mungkin sebagai akibat terganggunya transport sel sperma atau ovum atau karena gangguan penetrasi blastokista.



5. Keuntungan AKDR Pasca salin

Keunggulan spesifik AKDR pasca plasenta dan pasca persalinan dini adalah :

- a. Untuk ibu
 - i. Nyaman, menghemat waktu dan frekuensi kunjungan ulang.
 - ii. Aman karena pasti tidak hamil saat insersi.
 - iii. Motivasi tinggi (ibu dan keluarga) untuk menggunakan saat pasca persalinan.
 - iv. Tidak memiliki risiko perforasi karena dinding uterus yang tebal
 - v. Pengurangan keluhan terhadap efek samping awal (kram dan perdarahan).
 - vi. Minimalisasi risiko perdarahan, terutama pengguna metode Amenore Laktasi (MAL), karena uterus berkontraksi baik dan mereka mengalami amenore.
 - vii. Tidak mengganggu jumlah atau kualitas ASI.
 - viii. Ibu tidak menggunakan metode kontrasepsi efektif sebelum meninggalkan rumah sakit.
 - b. Untuk penyedia layanan
 - i. Kepastian bahwa ibu tersebut tidak hamil.
 - ii. Menghemat waktu karena insersi postplasenta/intrasesaria dilakukan di meja yang sama dengan persalinan pervaginam atau perabdominal. Tidak diperlukan evaluasi tambahan dan prosedur klinik terpisah.
- Hanya memerlukan sedikit tambahan instrument, perlengkapan dan bahan yang diperlukan.



- iv. Nyaman untuk staf klinik; membantu mengurangi kepadatan fasilitas kesehatan, yang berarti lebih banyak ibu yang dapat dilayani.

6. Keterbatasan AKDR Pasca salin

Keterbatasan spesifik AKDR Pasca salin antara lain :

- a. Peningkatan risiko ekspulsi spontan, terutama jika pelaksana tidak kompeten dan penempatan AKDR tidak tepat di fundus uteri. Teknik yang tepat dan penempatan yang benar akan mengurangi tingkat ekspulsi pasca insersi.
- b. Perlu kontraksi uterus yang baik untuk mencegah perforasi (walaupun risikonya sangat kecil) pada saat memasang AKDR pasca plasenta, saat seksio sesaria atau 48 jam pertama pasca persalinan karena dinding uterus yang tebal dan kenyal cukup aman untuk insersi dengan metode manual atau instrumental.
- c. Keterbatasan lain AKDR pasca salin sama dengan AKDR interval.

Secara umum keterbatasan AKDR adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi panggul, perforasi uterus, usus dan kandung kemih, bila terjadi bisa terjadi kehamilan ektopik, tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS sehingga wanita yang memiliki peluang promoskuitas (berganti-ganti pasangan) tidak direkomendasikan untuk menggunakan alat kontrasepsi ini, prosedur medis (pemeriksaan pelvik) dilakukan sebelum pemasangan sehingga banyak perempuan yang takut menggunakan kontrasepsi ini, Adanya perdarahan bercak atau posting pada 1-2 hari pasca pemasangan tetapi kemudian akan menghilang.



Akseptor tidak bisa memasang atau melepas sendiri, petugas kesehatan yang diperbolehkan memasang juga yang terlatih. Kemungkinan terlepasnya AKDR setelah pemasangan atau selama pemakaian, sehingga akseptor harus melakukan pemeriksaan keberadaan AKDR dengan meraba menggunakan jari benar pada liang vagina sewaktu-waktu (bila ada indikasi terlepasnya AKDR) atau rutin pada akhir menstruasi.

Kemungkinan komplikasi Cooper T 380 sebagai berikut terdiri dari : (Meilani, 2010) dapat terjadi perforasi pada saat pemasangannya, menimbulkan keluhan wanita (terdapat keputihan yang berlebihan, kadang - kadang bercak darah), perdarahan yang tidak teratur, perdarahan menstruasi lebih banyak, rasa nyeri saat menstruasi, badan kurus karena banyak mengeluarkan keputihan, akan terasa sakit dan kejang selama 3 -5 hari setelah pemasangan dan mungkin dapat menyebabkan anemia jika pendarahan pada saat haid sangat banyak. Apabila pemasangan tidak benar, bisa saja terjadi perforasi dinding uterus (sangat jarang terjadi).

7. Waktu untuk pemasangan AKDR

Waktu yang umum untuk insersi AKDR adalah :

a. Pasca persalinan segera :

Pasca plasenta : insersi dalam 10 menit pasca ekspulsi plasenta pada persalinan per vaginam sehingga dapat dilakukan di meja persalinan yang sama.



Intra-sesarian : Insersi pada saat seksio sesaria, setelah mengeluarkan plasenta dan sebelum menutup dinding segmen bawah rahim atau uterus

Pasca persalian dini : insersi dilakukan dalam waktu di atas 10 menit hingga 48 jam setelah ekspulsi plasenta, dilakukan di ranjang bersalin (sebelum pindah ke bangsal) atau di ruang tindakan obstetrik (jika telah pindah ke bangsal rawat inap).

- b. Pasca persalinan lanjut/Interval: insersi dapat dilakukan kapan saja setelah 4-6 minggu pascapersalinan selama belum terjadi kehamilan.

8. Indikasi Pemasangan AKDR

Harna (2010) mengatakan indikasi AKDR adalah:

- a. Telah mempunyai anak hidup satu atau lebih.
- b. Ingin menjarangkan kehamilan.
- c. Sudah cukup anak hidup, tidak mau hamil lagi namun takut atau menolak cara permanen.
- d. Tidak cocok menggunakan kontrasepsi hormonal karena mengidap penyakit jantung, hipertensi dan lain- lain.
- e. Berusia diatas 35 tahun dimana kontrasepsi hormonal dapat memberikan efek kurang menguntungkan.

9

Kontra Indikasi Pemasangan AKDR

Kontra indikasi mutlak pemasangan AKDR yaitu: (Sarwono, 2006) ahui atau dicurigai hamil, perdarahan vagina abnormal yang belum di osis. Namun apabila patologi uterus atau servik sudah dapat



singkirkan, maka AKDR dapat dipasang. Apabila dicurigai mengidap keganasan saluran genital IUD dapat dipasang setelah dilakukan terapi lokal untuk lesi dini servik, IMS yang aktif atau baru terjadi dalam 3 bulan terakhir. Rongga uterus yang mengalami distorsi hebat sehingga pemasangan/penempatan sulit dilakukan misalnya fibroid besar, alergi terhadap tembaga atau penyakit Wilson (jarang) hanya untuk alat yang mengandung tembaga.

Kontra indikasi relatif antara lain adalah tumor ovarium. Kelainan uterus (mioma, polip dan sebagainya), gonorhea, servisitits, kelainan haid, dismenorhoe dan panjang kavum uteri yang kurang dari 6,5 cm (Sarwono, 2006).

10. Teknik Pemasangan dan Pencabutan AKDR

Pemasangan, penggunaan dan instruksi pemakaian kontrasepsi AKDR yaitu memberi salam sapa ke akseptor dengan ramah dan memperkenalkan diri, melakukan anamnesis, konseling pra pemasangan AKDR. Beri penjelasan pada ibu tindakan yang akan dilakukan dan lakukan dukungan mental agar ibu tidak cemas, mengisi formulir *informed consent*. Menyiapkan alat dan bahan yang akan digunakan : (Sarung tangan, duk steril, ring tang, spekulum, penster klem, tenakulum, sonde uterus, gunting benang, kom untuk larutan DTT dan betadine, kassa, meja teknologi, AKDR/ IUD dalam kemasan). Memasukan tabung inserter sudah berisi AKDR/ IUD dalam kanalis servikalis sampai ada tahanan, keluarkan tabung inserter, potong benang saat tampak keluar



dari lubang tabung 3-4 cm, cuci tangan, catat semua hasil tindakan dokumentasi.

11. Jenis dan Pemasangan AKDR

Menurut Manuaba (2010) jenis dan pemasangan AKDR adalah:

a. Jenis Lippes Loop.

Cara pemasangannya adalah : Lippes Loop dimasukkan kedalam intoduser dari pangkal sampai mendekati ujung proksimal, tali AKDR dapat dipotong dahulu sesuai dengan keinginan atau dipotong kemudian setelah pemasangan. Intoduser dimasukkan kedalam rahim sesuai dengan dalamnya rahim, pendorong AKDR dimasukkan kedalam intoduser untuk mendorong sehingga lippes loop terpasang. Setelah terpasang maka intoduser dan pendorongnya ditarik bersama, tali AKDR dapat dipotong sependek mungkin untuk menghindari sentuhan penis untuk menghindari infeksi.

b. Jenis Copper T atau Seven Copper.

AKDR Copper T atau Seven Copper tersedia dalam keadaan steril, dan baru dibuka menjelang pemasangan dengan cara yaitu : buka kemasan Copper T, masukkan AKDRnya kedalam intoduser melalui ujungnya sampai batas tertentu dengan memakai sarung tangan steril. Intoduser dengan AKDR terpasang dimasukkan kedalam rahim sampai menyentuh fundus uteri dan ditarik sedikit. Selanjutnya pendorong dorong AKDR hingga terpasang, intoduser dan pendorongnya ditarik

Jenis Multiload atau Medusa.



AKDR jenis ini siap dipasang langsung dengan cara: kemasan AKDR telah siap dipasang langsung dengan mendorong sampai mencapai fundus uteri, tanpa berhenti. Setelah mencapai fundus uteri intoduser ditarik, tali AKDR dipotong sependek mungkin. Sterilisasi pemasangan Medusa atau Multiload lebih terjamin.

D. Faktor Yang Mempengaruhi Rendahnya Akseptor KB Menggunakan Metode Kontrasepsi AKDR

Faktor-faktor yang mempengaruhi akseptor KB dalam memilih alat kontrasepsi AKDR diantaranya, umur, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan, ketersediaan alat kontrasepsi KB, petugas kesehatan, media informasi, biaya pemasangan dan dukungan suami. (Weston R S M, Martins L S, Neustandt B A, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2007), bahwa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi AKDR adalah pemberi pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yakni: ketersediaan pelayanan kesehatan, keterjangkauan. Kualitas yakni : keyakinan, tradisi, nilai agama. Faktor informasi yakni; tenaga kesehatan, media massa, kelompok masyarakat, keluarga dan pengalaman orang lain. Karakteristik individu yakni: umur, pendidikan, pekerjaan, sosial ekonomi, pengalaman, dan persepsi.

Dalam penelitian ini penulis hanya membahas variabel yang diteliti : umur, paritas, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan, dukungan

ni.



1. Umur

Usia adalah lama waktu hidup sejak dilahirkan (Depdiknas,2005).

Usia mempengaruhi akseptor dalam penggunaan kontrasepsi. Hubungan umur dengan pemakaian kontrasepsi berperan sebagai faktor intrinsik. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi faaliah, komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal seorang wanita. Perbedaan fungsi faaliah, komposisi biokimiawi dan sistem hormonal pada suatu periode umum menyebabkan perbedaan pada kontrasepsi yang dibutuhkan (Kusumaningrum R, 2009).

Umur wanita menentukan dalam pemakaian kontrasepsi yang akan digunakan karena umur wanita mempengaruhi keinginan terhadap jumlah anak yang dimiliki. Umur wanita yang muda cenderung untuk mempunyai keinginan anak yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang berumur tua. Oleh karena keinginan tersebut, wanita muda cenderung memilih metode kontrasepsi non jangka panjang seperti suntik dan pil. Umur akan mempengaruhi seseorang dalam menentukan pemakaian alat kontrasepsi karena biasanya ibu dengan usia muda (baru pertama kali menggunakan alat kontrasepsi) akan cenderung memilih alat kontrasepsi yang kebanyakan orang pakai (Mubarak,2011).

Departemen kesehatan Republik Indonesia membagi kelompok umur untuk akseptor KB menjadi dua kategori yaitu umur <20 atau >35 tahun untuk menunda kehamilan, umur 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan (Depkes RI, 2006).



Pengaruh umur untuk keikutsertaan ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi dapat dilihat dari pembagian umur sebagai berikut :

a. Umur Ibu kurang dari 20 tahun

Kehamilan dan persalinan pada usia ini telah terbukti meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal sehingga diusahakan pasangan menunda kehamilannya sampai sekurang-kurangnya 20 tahun. Tahap ini disebut sebagai tahap penunda kehamilan sehingga cara KB yang cocok adalah cara yang sederhana atau kalau memilih cara yang efektif dianjurkan memakai pil, pemakaian AKDR kurang dianjurkan karena resiko terkena penyakit radang panggul adalah besar sehingga dikhawatirkan menjadi infertil.

b. Umur Ibu antara 20-35 tahun

Merupakan usia ideal untuk hamil dan melahirkan, tahap ini disebut tahap spacing atau menjarangkan kehamilan antara 4-5 tahun. Pada tahap ini dianjurkan agar pasangan usia subur yang mempunyai satu anak untuk memakai cara yang efektif baik hormonal maupun AKDR.

c. Umur Ibu diatas 35 tahun

Mempunyai resiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan kurun waktu reproduksi muda, kehamilan dan persalinan pada kelompok usia ini tidak hanya berisiko tinggi pada anak tetapi juga pada ibunya. Morbiditas dan mortalitas ibu meningkat dengan tajam pada kelompok ini sehingga bagi pasangan yang sudah mempunyai cukup anak dianjurkan untuk memakai kontrasepsi mantap atau



cara yang efektif seperti AKDR, implant, suntik. Pil tidak dianjurkan lagi karena kegagalan pemakaian yang tinggi dan juga banyaknya efek samping dan kontraindikasi (Siswosudharmo, 2007).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Chaudhury,2013) menunjukkan bahwa penggunaan IUD lebih banyak pada perempuan yang berusia 30 tahun.

2. Paritas

Paritas merupakan jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang ibu dengan persalinan yang pernah dialaminya.

Jenis paritas :

- a. Primipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan bayi untuk pertama kalinya.
- b. Multipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan bayi sudah beberapa kali yaitu 2-5 kali.
- c. Grande multipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi sudah lima kali atau lebih (Mochtar, 2012).

Saat ini terdapat beberapa faktor yang masih menjadi hambatan penerimaan dan penggunaan AKDR secara luas, terutama digunakan pada remaja dan wanita nulipara (Nobiling dkk, 2012).

Hal ini juga terlihat bahwa 73% dari wanita yang memiliki dua anak atau lebih, dilaporkan lebih banyak menggunakan IUD (Chaudhury dkk, 2013). Demikian halnya menurut (Xu dkk, 2011) bahwa penggunaan kontrasepsi AKDR berhubungan positif dengan paritas.



3. Pekerjaan

Kerja adalah sesuatu yang dikeluarkan oleh seseorang sebagai profesi, sengaja dilakukan untuk mendapatkan penghasilan, atau pengeluaran energi untuk kegiatan yang dibutuhkan seseorang untuk mencapai tujuan tertentu (Notoadmojo, 2010).

Pekerjaan ibu adalah kesibukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan (Nursalam 2001 :133).

Status pekerjaan ibu berpengaruh terhadap pemakaian kontrasepsi, terlebih pada ibu yang bekerja di sektor formal. Mereka yang sebagian waktunya digunakan di luar rumah sehingga waktu untuk mengurus anak terbatas, oleh karena itu ibu yang bekerja cenderung memilih anak sedikit sehingga lebih banyak memerlukan pelayanan kontrasepsi dari pada ibu yang tidak bekerja (Erfandi, 2008).

Penelitian-penelitian menemukan bahwa perempuan yang bekerja dan ikut berpartisipasi dalam menyumbang sumber perekonomian keluarga cenderung lebih mengatur kesuburannya, dengan memiliki satu anak atau bahkan tidak sama sekali, persaingan dalam karir dan pekerjaan bahkan kebijakan dari tempat kerja membuat mereka memilih untuk

tidak mempunyai anak, sehingga mereka harus memilih kontrasepsi yang paling efektif dan berlangsung lama dalam waktu yang lama

(Moshia & Ruben, 2013)



4. Pendidikan

Pendidikan adalah lama pendidikan formal terakhir dihitung berdasarkan penggolongan tingkat yang diakui oleh pemerintah. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya, sebaliknya pendidikan yang kurang akan berpengaruh atau menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang harus diperkenalkan, Menurut (Proverawati , 2010) pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan tata laku seseorang/kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Pendidikan suami-istri yang rendah akan menyulitkan proses pengajaran dan pemberian informasi sehingga pengetahuan tentang metode kontrasepsi jangka panjang juga terbatas. Tingkat penerimaan program KB sangat dipengaruhi oleh faktor pendidikan baik suami maupun istri, biasanya dengan semakin tinggi pendidikan yang dicapai, penerimaan akan lebih mudah. Seorang akan dapat bepikir secara rasional dan terbuka terhadap ide-ide baru dan perubahan dengan adanya pendidikan.

Partisipasi akseptor dalam ber KB dinilai sangat rendah, hal ini terlihat jelas pada masyarakat pedesaan yang justru merupakan sebagian besar dari jumlah penduduk Indonesia dengan tingkat pendidikan yang tergolong rendah. Pengaruh juga timbul oleh hambatan kultural dalam masyarakat yang menganggap KB adalah urusan perempuan. Karena kemampuan yang hamil dan melahirkan sehingga menjadi kebiasaan



perempuan untuk menerima perilaku sosial tersebut sebagai hal yang wajar (BkkbN, 2005).

Dari hasil penelitian terdahulu (Ainsyaturradhiah, 2012) berjudul gambaran faktor-faktor pengetahuan akseptor KB tentang alat kontrasepsi AKDR bahwa pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan, karena pengetahuan dipengaruhi pendidikan formal. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Pendidikan sangat mempengaruhi seseorang dalam memotivasi untuk siap berperan serta dalam membangun kesehatan. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat sikap seseorang.

Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi, misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga meningkatkan kualitas hidup. Oleh sebab itu, makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki dan semakin mudah orang tersebut menerima informasi, sehingga seseorang lebih mudah menerima terhadap nilai-nilai yang baru dikembangkan.

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Orang yang berpendidikan tinggi biasanya akan bertindak lebih rasional. Oleh karena itu orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru.

Pendidikan dalam arti formal sebenarnya adalah suatu prosesampaian bahan-bahan/materi pendidikan pada sasaran pendidik



(anak didik) guna mencapai perubahan tingkah laku/tujuan (Notoatmodjo, 2005).

- a. Jenjang pendidikan dasar antara lain SD, MIN, SMP, atau sederajat.
- b. Jenjang pendidikan menengah antara lain SMA atau sederajat
- c. Jenjang pendidikan tinggi yaitu program Diploma, Sarjana, Magister, Spesialis dan Dokter yang di selenggarakan oleh perguruan tinggi.

5. Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang pada calon akseptor sangat berpengaruh terhadap pemakaian kontrasepsi AKDR, IMPLAN, MOW dari beberapa temuan fakta memberikan implikasi program yaitu: manakala pengetahuan dari wanita kurang maka penggunaan kontrasepsi terutama MKJP (metode kontrasepsi jangka panjang) juga menurun. Suami juga perlu diberi informasi karena faktor ketidaktahuan suami akan melarang istri menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (Proverawati,dkk,2010).

Pengetahuan terhadap alat kontrasepsi merupakan pertimbangan dalam menentukan metode kontrsepsi yang digunakan, kualitas pelayanan KB, dilihat dari segi ketersediaan alat kontrsepsi, ketersediaan tenaga yang terlatih dan kemampuan medis teknis petugas pelayanan kesehatan. Adanya hambatan dukungan dari keluarga khususnya suami n pemakaian alat kontrsepsi AKDR, sangat mempengaruhi gunaan kontrasepsi AKDR (Maryatun 2007).



Hasil penelitian Sulistio (2010), diketahui salah satu faktor yang sangat mempengaruhi akseptor KB dalam memilih alat kontrasepsi AKDR yaitu pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka, manakala pengetahuan wanita kurang maka minat dalam penggunaan kontrasepsi terutama AKDR juga menurun.

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau kepandaian. Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu, penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni, indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2005).

Pengetahuan merupakan pemahaman secara internal berdasarkan pada fakta-fakta ilmiah, pengalaman atau kepercayaan tradisional. Pengalaman menunjukkan bahwa pengetahuan ini penting tetapi tidak cukup untuk merubah suatu tindakan karena ada faktor lain yang mempengaruhinya seperti persepsi, motivasi, ketrampilan/keahlian dan lingkungan sosial (Kartjadi, 2005).

Pengetahuan terhadap sejumlah teori-teori yang biasa membantu dalam perencanaan dan menjelaskan hubungan diantara faktor-faktor berbeda sehingga mempengaruhi perilaku dan perubahannya. Pengetahuan didapat dengan menggunakan inovasi-inovasi yang benar



dari informasi yang ada biasa membantu pada program perencanaan dan menjelaskan hubungan diantara faktor-faktor yang berbeda sehingga mempengaruhi perilaku dan perubahannya (Kartjadi, 2005).

Pengetahuan merupakan kemampuan seseorang yang mempengaruhi terhadap tindakan yang dilakukan. Pengetahuan seseorang tidak secara mutlak dipengaruhi oleh pendidikan karena pengetahuan dapat juga diperoleh dari pengalaman masa lalu, namun tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami informasi yang diterima yang kemudian menjadi dipahami.

Sumber-sumber pengetahuan yaitu:

a. Pengetahuan Empiris / Posteriori.

Pengetahuan empiris/posteriori lebih menekankan pengamatan dan pengalaman indera. Didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris juga dapat berkembang menjadi pengetahuan. Deskriptif bila seseorang dapat melukiskan menggambarkan segala ciri, sifat dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali.

b. Pengetahuan Rasionalisme.

Pengetahuan rasionalisme didapatkan melalui akal budi, lebih menekankan pada pengalaman misalnya pengetahuan tentang matematika (Irmayanti, 2007).



Menurut Notoatmodjo (2005) pengetahuan yang diinginkan di dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan yaitu :

i. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

ii. Memahami(*Comprehention*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

iii. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (nyata / sebenarnya).

iv. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tertentu.

v. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

vi. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek (Notoatmojo, 2005).



Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara, angket / kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian/responden (Notoatmdjo,2003).

6. Paparan Media

Media memiliki peranan penting dalam mensosialisasikan keluarga berencana. Kegiatan KIE KB dalam diakses lewat media cetak (koran/majalah, pamphlet, poster), media sosial(internet), maupun media elektronik (radio dan televisi) di seluruh Indonesia (BkbbN,2012).

Berdasarkan analisis lanjutan SDKI tahun 2007 yang dilakukan oleh Asih dan Hadriah, diketahui bahwa semua variable akses informasi yang mencakup media elektronik, media cetak dan sumber informasi lain, menunjukkan hubungan yang bermakna dengan pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang. Pernah mendapatkan informasi dari media cetak memberikan peluang untuk memakai kontrasepsi MKJP sebanyak 1 kalinya (OR =1,36).

Sementara menurut Aryanti (2014), tidak ada hubungan penggunaan MKJP dengan keterpaparan informasi MKJP disebabkan karena jumlah petugas lapangan KB tidak sebanding dengan akseptor KB yang ada di Desa tersebut. Selain itu responden telah mendapatkan informasi MKJP dari sumber lain walaupun informasi yang diterima tidak lengkap dan akurat.

Penelitian Christiani,dkk (2014) meskipun sosialisasi tentang KB telah dilakukan melalui berbagai kegiatan seperti kegiatan bandu, pengajian, maupun metode jemput bola serta obrolan santai,



tetap saja penggunaan MKJP belum mencapai target yang diharapkan. Menurutnya hal tersebut disebabkan karena acara tersebut tergabung dengan acara lain sehingga masyarakat belum betul-betul memahami tentang program KB khususnya MKJP.

7. Dukungan Suami.

Bentuk partisipasi laki-laki dalam KB bisa dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Partisipasi secara langsung sebagai akseptor KB.

Partisipasi pria secara tidak langsung adalah: mendukung istri dalam ber KB, motivator, merencanakan jumlah anak dalam keluarga dan mengambil keputusan bersama (Suryono,2008).

Pendekatan yang mempromosikan kesetaraan dan distribusi pelayanan dan tanggung jawab kesehatan antara laki-laki dan perempuan merupakan pendekatan yang paling efektif. Saat ini telah timbul upaya untuk melibatkan laki-laki secara aktif dalam program kesehatan reproduksi, diantaranya pelayanan KB. Pada program KB tradisional yang berfokus pada laki-laki sebagai pengguna dan pengambil keputusan alat kontrasepsi yang dapat mendorong perempuan untuk menggunakan alat kontrasepsi (Hasan, 2008).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa peran suami dalam penggunaan alat kontrasepsi yaitu:

motivator.

Menurut Sugiri (2009), peran pria dalam program KB tidak berhenti sebagai peserta. Mereka juga harus menjadi motivator wanita



dalam ber KB, ikut merencanakan usia kehamilan, jumlah anak dan jarak kehamilan. Strategi utama yang dilakukan adalah: dengan mendorong keikutsertaan pria dalam memutuskan menggunakan alat KB, yang akan dipakai, aktif dalam mendukung pelaksanaan KB dimasyarakat, dan ikut sebagai peserta KB. Upaya peningkatan partisipasi pria dalam pelaksanaan program KB dan kesehatan reproduksi akan dilaksanakan dengan benar-benar memperhatikan kesamaan hak dan kewajiban reproduksi suami istri untuk mewujudkan keadilan dan kesetaraan gender.

Peran suami sebagai motivator dengan memberikan motivasi/dorongan kepada anggota keluarga/saudaranya yang sudah berkeluarga dan masyarakat disekitarnya untuk menjadi peserta KB dengan menggunakan salah satu kontrasepsi untuk memotivasi orang lain, maka seyogyanya dia sendiri harus sudah menjadi peserta KB karena keteladanan sangat dibutuhkan untuk menjadi seorang motivator yang baik (Suryono,2008).

Disamping itu para suami harus berani ikut mendorong pengembangan cara, alat, atau obat kontrasepsi baru. Dengan komitmen dan langkah-langkah nyata seperti itu diharapkan tingkat kematian ibu karena mengandung dan melahirkan dapat segera diturunkan dan Indonesia bisa mendekati negara-negara lain yang telah terlebih dahulu menurunkan angka kematian karena proses reproduksi tersebut. Semoga

sa kita juga sanggup menjadikan proses reproduksi sebagai suatu tiwa yang manusiawi (Suryono, 2001).



Kurang berperannya suami dalam program KB dan kesehatan reproduksi disebabkan oleh pengetahuan suami mengenai KB yang relatif rendah. Selama ini terkesan program KB itu hanya urusan perempuan, sehingga laki-laki cenderung pada posisi yang pasif (Singodimedjo, 2009). Menurut Suryono (2008), apabila disepakati istri yang akan ber KB, peranan suami adalah: mendukung dan memberikan kebebasan kepada istri untuk menggunakan kontrasepsi atau cara/metode KB, adapun dukungannya meliputi:

- i. Memilih kontrasepsi yang cocok, yaitu kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi istrinya.
- ii. Membantu istrinya dalam menggunakan kontrasepsi secara benar, seperti mengingatkan saat suntikan KB dan mengingatkan istri untuk kontrol.
- iii. Membantu mencari pertolongan bila terjadi efek samping maupun komplikasi dari pemakaian alat kontrasepsi.
- iv. Mengantar istri ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk kontrol/ rujukan.
- v. Mencari alternatif lain bila kontrasepsi yang digunakan saat ini terbukti tidak memuaskan.
- vi. Membantu menghitung waktu subur, apabila menggunakan metode pantang berkala.
- ii. Menggunakan kontrasepsi bila keadaan kesehatan istri tidak memungkinkan.



b. Pengambilan Keputusan.

Pria atau suami memiliki peran lebih dominan dalam mengambil keputusan terhadap kesehatan reproduksi wanita. Namun informasi yang benar tentang kesehatan reproduksi bagi pria di Indonesia masih sangat kurang. Terutama mereka tidak punya banyak pilihan dalam menggunakan metode kontrasepsi yang cocok (Singodimedjo, 2009).

Merencanakan jumlah anak dalam keluarga perlu dibicarakan antar suami dan istri dengan mempertimbangkan kesehatan dan kemampuan untuk memberikan pendidikan dan kehidupan yang layak. Dalam kaitan ini suami perlu mengetahui apa yang dimaksud dengan 4 terlalu yaitu: terlalu muda untuk hamil/melahirkan, terlalu tua untuk melahirkan, terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak antara kehamilan sebelumnya dengan kehamilan berikutnya. Merencanakan jumlah anak dalam keluarga dapat dilakukan dengan memperhatikan usia reproduksi istri (Suryono, 2008).

Memasuki awal perkawinan, suami memiliki peran penting dalam menentukan kelahiran anak. Perencanaan keluarga yang meliputi penentuan jumlah anak, kapan istri hamil, dimana istri akan melahirkan, ditolong oleh siapa dan sebagainya, merupakan peran suami dalam menjaga kesehatan reproduksi dan memilih kontrasepsi (Wilopo, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti lain menunjukkan bahwa suami sangat mempengaruhi pilihan kontrasepsi, jika seorang wanita percaya bahwa suaminya mendukung kontrasepsi, kemungkinan metode kontrasepsi meningkat (Sulistio, 2010),

Peran suami dalam keluarga sangat dominan dan memegang peranan dalam pengambilan keputusan apakah istri akan



menggunakan kontrasepsi atau tidak, karena suami dipandang sebagai pelindung, pencari nafkah dalam rumah tangga dan pembuat keputusan. Beberapa suami mungkin tidak menyetujui pasangan untuk menjadi akseptor KB karena mereka belum mengetahui dengan jelas cara kerja berbagai alat kontrasepsi yang ditawarkan dan suami akan khawatir terhadap kesehatan istrinya. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa suami mempunyai pengaruh besar terhadap penggunaan kontrasepsi yang digunakan oleh istrinya. Pendapat suami mengenai KB cukup kuat pengaruhnya dalam penggunaan metode kontrasepsi untuk istrinya, khususnya dalam pemakaian kontrasepsi dan menjadi peserta KB (Weaver H E, Frankenberg E et al, 2013).

Dukungan keluarga salah satu faktor penguat (reinforcing factor) yang dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Sedangkan dukungan keluarga dalam KB merupakan bentuk nyata dari kepedulian dan tanggung jawab keluarga. Dalam hal ini adalah suami dalam mendukung dan memberikan kebebasan pada istri untuk menggunakan kontrasepsi atau metode KB AKDR (Darmawan, 2009)

